

A | E | S | O | P

VOL. XXII
N.º 47
FEVEREIRO
2022



3,2,1 VAMOS INVESTIGAR | DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA |
SABIA QUE... | ESPAÇO DO LEITOR |
À CONVERSA COM... | IDEIAS SOBRE GESTÃO | PND

35
ANOS

**AESOP, Like.
Recomendações,
partilha.
Perioperatório,
clique.**

Estamos juntos no facebook e no
instagram, sempre em linha em
www.aesop-enfermeiros.org e à distância
de um clique através do e-mail
aesop@aesop-enfermeiros.org

FICHA TÉCNICA

Revista AESOP
Vol.XXII / N.º47 /
fevereiro 2022

Propriedade e Edição

Associação dos
Enfermeiros de
Sala de Operações
Portugueses - AESOP

Sede, Redação, Administração, Publicidade e Assinaturas

Av. do Brasil, 1,
Piso 4 sala 1 e 2,
1700-062 Lisboa
E-mail:
aesop@aesop-
enfermeiros.org

Diretora

Daniela Dias

Conselho Editorial

Fátima Gonçalves
Filomena Postigo
Madalena Cabrita
Sandrina Fernandes

Corpo Editorial Científico

António Freitas
Esmeralda Nunes
Lucília Nunes
Manuel Valente
Mercedes Bilbao
Mónica Macedo
Susana Ramos

Design e Paginação

Whitespace

Publicação

Semestral

ISSN

2184-092X

Depósito Legal

147626/00



ÍNDICE

6

ATUALIDADE

**6º Fórum Nacional
de Bloco Operatório**

10

3,2,1 VAMOS

INVESTIGAR

**A Investigação
e a Enfermagem**

14

DIVULGAÇÃO

CIENTÍFICA

**Áreas de trabalho
anestésico suscetíveis
de contaminação
numa cirurgia**

22

SABIA QUE...

**Regulamento Geral de
Proteção de Dados**

26

ESPAÇO

DO LEITOR

Artigo de opinião

30

À CONVERSA

COM...

**Enfermeira
Margarida Rodrigues**

36

IDEIAS SOBRE

GESTÃO

**A inteligência
emocional da equipa
e segurança do
doente cirúrgico**

44

PND

**Perioperative
Nursing Day**

EDITORIAL



Caros associados da AESOP é com imenso prazer que vos apresento o 47º número da revista AESOP. Reflete a visão desta nova equipa editorial, que tenho o prazer de dirigir.

Teve como foco principal a criação de rúbricas diversificadas, atuais e acima de tudo pertinentes e próximas da prática dos enfermeiros perioperatórios.

Em fevereiro de 2021 esta equipa editorial criou a sua primeira revista – a Revista AESOP N.º45 – dedicada ao XIX Congresso Nacional da AESOP, realizado totalmente online, face ao desafio da pandemia e à necessidade de atualização de conhecimentos. Não posso deixar de referir a apreensão inicial da equipa face à responsabilidade de reinventar a revista AESOP neste ano simbólico para a associação. Fez sentido tornar esta revista acessível através do nosso site, enriquecendo a formação profissional dos enfermeiros perioperatórios.

Celebrámos os 35 anos da AESOP com um número especial salientando acontecimentos e personalidades que construíram a Enfermagem Perioperatória em Portugal e fizeram crescer a AESOP, tornando-a uma entidade de referência no nosso país e além-fronteiras.

Apresentamos, as novas rúbricas da Revista AESOP que esperamos irem ao encontro das expetativas dos associados e responsabilidade desta associação.

→ **Sabia que...**

Rúbrica com temas diversos da prática dos enfermeiros perioperatórios, organizada de forma sintetizada com as principais ideias e conceitos do tema.

→ **3,2,1 Vamos Investigar**

Porque a investigação está mesmo ao alcance de todos, tem de ser acessível e parte integrante da prática. Esperamos com esta rúbrica contribuir para a sua utilização mais frequente.

→ **Ideias sobre Gestão**

Rúbrica com temáticas diversas relacionadas com a gestão de um bloco operatório e equipa de enfermagem.

→ **À conversa com...**

Entrevistas que promovam um momento de partilha e inspiração. Testemunhos empreendedores, de adaptação, superação de desafios e descoberta.

→ **Espaço do Leitor**

Espaço de partilha onde convidamos os enfermeiros perioperatórios à divulgação de experiências, conhecimentos ou opiniões.

→ **Perspetiva histórica**

Convidamos ao embarque numa viagem ao passado. Pensar no futuro da Enfermagem Perioperatória só faz sentido se conhecermos a nossa história. Sugerimos dar um passo atrás para podermos ir mais adiante.

→ **GREEN OR**

Vamos tornar o BO mais verde – num momento em que as alterações climáticas e a necessidade de desenvolver comportamentos sustentáveis e a economia circular assume extrema relevância. Esperamos promover uma prática no bloco operatório mais ecológica através de assuntos relacionados com a gestão de recursos, resíduos e redução do desperdício.

Convidamos à leitura e divulgação deste novo número da revista AESOP e contamos com os vossos trabalhos e sugestões, assumindo o compromisso de fazermos melhor.

Esperamos pelo vosso feedback nas redes sociais ou através do nosso mail:
revista@aesop-enfermeiros.org
ou aesop@aesop-enfermeiros.org.

Obrigado por nos acompanharem nesta jornada e sejam bem-vindos ao 47º Número da Revista AESOP.

Daniela Dias

Diretora da Revista AESOP
Direção Nacional AESOP

ATUALIDADE



6º Fórum Nacional de Bloco Operatório

O ano 2021 imprimiu, de forma muito positiva, a atividade científica da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – AESOP, através do seu 6º Fórum Nacional de Bloco Operatório, realizado nos dias 9 e 10 de dezembro. Centrado no lema *“Reduzindo desperdício, acrescentando valor”* e envolvido na habitual partilha multidisciplinar do conhecimento perioperatório versou, mais uma vez num registo virtual, temáticas de grande relevo para o contexto e para o desenvolvimento da prática de cuidados perioperatórios.



6º FÓRUM NACIONAL DE BLOCO OPERATÓRIO

9-10 DEZEMBRO 2021



PROGRAMA

Assim, numa dinâmica científica entre o que os profissionais fazem, porque sabem e o que precisam de dominar para saber fazer, inspirou o programa científico num conjunto de aspetos assentes no novo estado da arte no ambiente perioperatório, todos eles reveladores de certezas que, resumidamente, passamos a transcrever:

- A problemática da retenção de profissionais nas organizações de saúde.
 - A cultura da prescrição oportuna para uma administração da medicação segura – a consciencialização dos direitos, com a conseqüente apropriação dos deveres na senda do ponto de viragem de paradigma.
 - Um planeamento cirúrgico alicerçado por uma liderança emocional, facetada por uma gestão inteligente do foco – planos operatórios exequíveis, efetivos e eficientes para todos.
- A revisão dos procedimentos em uso face a uma constante necessidade de equilíbrio entre exigência, complexidade e eficácia nos planos de gestão dos equipamentos.
 - A maturidade no domínio científico da COVID 19 enquanto recurso essencial à tomada de decisão da prática clínica perioperatória segura.
 - A integração, nos sistemas de informação perioperatória em uso, dos aspetos clínicos referentes aos consumíveis cirúrgicos e dispositivos médicos, na lógica do consenso entre o imprescindível, o dispensável e o recomendável.
 - A investigação-ação está presente e patente na enfermagem perioperatória e é tida como influenciadora e fulcral no processo de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem perioperatória.

REDUZINDO DESPERDÍCIO, ACRESCENTANDO VALOR

COORDENAÇÃO EXECUTIVA
Manuel Valente / Mercedes Bilbao

GESTORA EXECUTIVA
Mónica Macedo

COMISSÃO CIENTÍFICA
Fátima Gonçalves (Coordenadora)
Daniela Dias
Filomena Postigo
Madalena Ponte Cabrita
Manuel Valente
Mercedes Bilbao
Sandrina Fernandes

COMISSÃO ORGANIZADORA
Mónica Macedo (Coordenadora)
Clara Pinto Ferreira Esmeralda
Nunes
Leonor Gil
Mercedes Ganito

9 DE DEZEMBRO 2021
QUINTA-FEIRA

17:00 **ACOLHIMENTO**

17:15 **SESSÃO DE ABERTURA**
Mercedes Bilbao

17:30 **CONFERÊNCIA INAUGURAL**
O que falta para a retenção efetiva de profissionais nas organizações de saúde
Helena Almeida
Moderador: Fátima Gonçalves

18:30 **SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**
Comissão Científica: Daniela Dias e Sandrina Fernandes

Intervenções de enfermagem perioperatória na prevenção da ILC
Mariana Santa

Projeto de desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação perioperatória
Joana Araújo

Cateter urinário nos doentes cirúrgicos: monitorizar para melhorar
Sofia Mota

UPP no contexto perioperatório: monitorizar para prevenir
Sofia Mota

19:15 **SIMPOSIUM 3M**
Controlo da Normotermia perioperatória

19:30 **SESSÃO DE E-POSTERS**
Comissão Científica: Filomena Postigo e Madalena P. Cabrita

9 DE DEZEMBRO 2021
QUINTA-FEIRA

20:30 **O 3º DESAFIO DA OMS: FICOU NO TRANSFER?**
Moderador: Leila Sales
Painel de Palestrantes: André Coelho, António Marques, Nuno Ferreira

21:30 **AGENDAMENTO CIRÚRGICO, O QUE HÁ DE NOVO?**
Moderador: Mónica Macedo
Palestrante: José Manuel Rego Dias

21:45 **ENCERRAMENTO**

Entre os vinte e três trabalhos científicos submetidos, foram selecionados catorze, sendo sete em forma de comunicação livre e sete em forma de póster.

No âmbito da sua dimensão organizativa, este evento científico, contou com a:

- Inscrição de quatrocentos e oitenta e nove profissionais com presença virtual e respetiva participação via chat;
- Presença de quinze parceiros da indústria suportados pelo novo PCO (*Professional Congress Organizer*) e, parceiro na gestão da Associação, a Diventos;

Pode-se, em termos de síntese, classificar esta atividade formativa como mais uma oportunidade de revisão e desenvolvimento do conhecimento em contexto perioperatório, largamente marcada pelos substantivos:

investigação, experiência e competência perioperatória, por sua vez adjetivados pela perseverança, resiliência, confiança e determinação.

O próximo número da revista AESOP destacará as diversas temáticas abordadas ao longo destes dois dias de formação. Aproveite a oportunidade para aprender e atualizar conhecimentos sobre a prática perioperatória. Aceite o desafio deste 6º Fórum AESOP: “Reduzindo desperdício, acrescentando valor”.

Mónica Macedo

Gestora Executiva do 6º Fórum de BO
Direção Nacional AESOP

10 DE DEZEMBRO 2021
SEXTA-FEIRA

17:00 **SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**
Comissão Científica: Fátima Gonçalves e Manuel Valente

Sleeve gástrica laparoscópico em ambulatório abordagem perioperatória
Helena Monteiro

Rastreabilidade VS Reprocessamento do material cirúrgico: um desafio diário do EPO
Jorge Ferreira

Dor aguda pós-operatória em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica
Ana Isabel Rodrigues

17:45 **SIMPOSIUM J&J**
Como criar um ambiente seguro no bloco operatório: para lá da pandemia CoVid-19
Palestrante: Paulo Nogueira Lopes

18:00 **GESTÃO DE EQUIPAMENTOS: COMO FAZER?**
Moderador: Esmeralda Nunes
Painel de Palestrantes: Sebastião Ferreira e Sebastien Duranteau

19:00 **SIMPOSIUM MEDTRONIC**
O papel do enfermeiro peri-operatório na cirurgia bariátrica: a nossa realidade
Painel de Palestrantes: Andreia Ferreira e Cristina Melo

19:15 **PRESSÃO NEGATIVA OU POSITIVA NA SO, NAS MEDIDAS DE ISOLAMENTO AÉREO PERIOPERATÓRIO?**
Moderador: Isabel Veloso
Palestrante: Manuel Valente

10 DE DEZEMBRO 2021
SEXTA-FEIRA

19:45 **SIMPOSIUM BBraun**
A utilidade da rastreabilidade individual dos DMUM
Painel de Palestrantes: Márcio Silva e Patrícia Ruivo

20:00 **SIMPOSIUM ASP**
A segurança do paciente primeiro. Importância da adequada validação dos dispositivos médicos para reduzir o risco de infeção.
Luís Manso

20:15 **RESULTADOS DO INQUÉRITO À IMPLEMENTAÇÃO DA RECOMENDAÇÃO DA AESOP & SPA: NORMALIZAÇÃO DO CARRO DE ANESTESIA**
Moderador: Cláudia Alves
Palestrante: Manuel Valente

20:30 **CONTABILIZAR OU NÃO CONTABILIZAR: EIS A QUESTÃO?**
Moderador: Mercedes Bilbao

Registo de consumíveis cirúrgicos: o que temos a certeza!
Luís Matos

Registo de consumíveis cirúrgicos: estaremos a agravar o risco clínico?
António Páscoa

Responsabilidades na documentação clínica no contexto do DM implantável
Mária Judite Neves

Que tecnologias para um registo “desumanizado”?
José Duarte

Discussão

10 DE DEZEMBRO 2021
SEXTA-FEIRA

21:30 **NOMEAÇÃO DOS TRABALHOS PREMIADOS**

21:45 **ENCERRAMENTO**

3, 2, 1

VAMOS

INVESTIGAR



A Investigação e a Enfermagem

Uma reflexão sobre a sua utilidade na prática clínica

A ciência tem evoluído progressivamente, determinando constantes desafios na área da saúde. Esta evolução, impõe a todos os profissionais que a integram, não só possuírem dimensões diferenciadas de competências, mas também o dever de evoluir e assumir o papel de agente ativo e de mudança na profissão e na sociedade.

Perante este desafio, a Enfermagem tem correspondido, afirmando-se como profissão e disciplina, assumindo uma identidade própria detentora de um domínio específico de conhecimento. Enquanto profissão, pela sua relevância e complexidade, tem evoluído redefinindo-se e adaptando-se continuamente às necessidades e exigências crescentes dos cuidados de saúde. Enquanto disciplina, tem ao longo dos anos, desenvolvido modelos e teorias, ampliando o seu foco e construindo um conhecimento mais sólido de base científica. Percursora desta evolução e naquilo que podemos apelidar de “relação simbiótica” surge a investigação.

A Enfermagem enquanto profissão, tal como a conhecemos, é recente e, percorreu um longo caminho até adquirir a notoriedade e a relevância de que desfruta atualmente¹. Para esse crescimento contribuiu o desenvolvimento das Especialidades em Enfermagem, os cursos de pós-licenciatura, a criação de cursos de formação pós-graduada, aumentando o investimento na formação e consequentemente, na investigação. Com a diferenciação académica dos enfermeiros surgem os estudos de investigação, trazendo uma nova dinâmica e reflexão sobre a prática, projetando a Enfermagem. Importa também referir que, apesar dos trabalhos de investigação realizados serem de domínio académico, é notória uma mudança gradual neste paradigma, surgindo trabalhos de investigação relacionados e direcionados para a prática, sem as restrições temporais características das investigações em contexto

académico, envolvendo vários profissionais, protocolos de pesquisa mais sistematizados, atingíveis e adequados aos vários contextos de cuidados.

A investigação constitui o método de excelência na produção, validação e expansão do conhecimento científico. Investigar e questionar os contextos, equacionando-os, permitem o cruzamento da teoria com a prática, identificando problemas baseados na observação e a sua posterior validação.

A investigação procura estimular a reflexão e a capacidade de análise crítica. Refletindo sobre aquilo que se faz e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, sendo que a Enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que atualmente se debate¹, permitindo a sua atualização e desenvolvimento.



Na década de 50, surgiu a primeira revista dedicada à investigação em Enfermagem - Nursing Research.

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação². Este é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades². Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem, incluindo assim: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena².

SABIA QUE



As primeiras teses de doutoramento em Enfermagem em Portugal iniciaram-se em 2001 e atualmente existem cerca de 500 concluídas.

SABIA QUE



Em Portugal, a investigação em Enfermagem surgiu nos anos 70 com o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública e posteriormente estendeu-se para outros cursos de especialização.

A importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão como ciência e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para uma prestação de cuidados consciente e baseada na melhor evidência, tem sido reconhecida, no seio da classe profissional, como um alicerce para a consolidação do saber. O conhecimento produzido pela investigação em Enfermagem permite desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde³. O reconhecimento da individualidade de conhecimentos especializados da Enfermagem Perioperatória⁴ tem o potencial para possibilitar, de forma mais consolidada, a produção do conhecimento específico dessa área do saber. O aprofundar desses conhecimentos reveste as práticas de suporte teórico, possibilitando não só a construção de conhecimento, como a alteração das práticas e a produção de indicadores específicos para a Enfermagem Perioperatória e para a prática especializada dos cuidados de enfermagem.

A aprendizagem do processo de investigação dos enfermeiros portugueses decorre no Curso Geral de Enfermagem e na Formação Pós-graduada, contudo a investigação de enfermagem continua a ser realizada, quase em exclusivo, em contexto académico. Dada a importância do processo de investigação para o desenvolvimento do corpo de conhecimentos da enfermagem perioperatória, criamos uma rubrica nesta revista sobre investigação científica: 3, 2, 1 VAMOS INVESTIGAR. Com este espaço procuramos que os enfermeiros perioperatórios reconheçam a investigação como uma ferramenta, aliada preciosa na resolução de problemas que surjam no contexto do seu exercício profissional e como podem dar o seu contributo, para o aprofundar de forma sistematizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.
2. Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: tomada de posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
3. Vieira, J. (2015). A investigação em Enfermagem. *Revista Clínica Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca*, 3(1), 5. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/119/72>
4. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Ata da Assembleia Geral Extraordinária de 7 de maio de 2015*.



No próximo número
abordaremos a metodologia
PBE – Prática Baseada
na Evidência

Daniela Dias
Enf. Especialista em EMC
Direção Nacional AESOP

Sandrina Fernandes
Enf. Especialista em EMC
Direção Nacional AESOP

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA



**Áreas de trabalho anestésico
suscetíveis de contaminação
numa cirurgia**

Artigo de investigação

Daniela Filipa Dias

Mestre em Enfermagem, Enf.ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta.

RESUMO

As infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS) representam o evento adverso mais frequente na prestação de cuidados de saúde a nível global e são um assunto de elevada prioridade, pois além de afetarem diretamente a morbilidade e mortalidade dos doentes aumentam a despesa associada aos cuidados de saúde. As salas operatórias possuem um elevado número de potenciais reservatórios permitindo o desenvolvimento de microrganismos e a sua transmissão através de material contaminado e superfícies. As estratégias de prevenção e controlo da infeção no bloco operatório (BO) têm de ser objeto de reflexão assumindo o enfermeiro um papel fundamental na adoção de boas práticas e adequação dos recursos indispensáveis à segurança do doente e equipa cirúrgica.

Define-se como objetivo principal identificar as áreas de trabalho anestésico mais suscetíveis de estarem contaminadas durante uma cirurgia. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, atendendo aos últimos dez anos (janeiro 2009-janeiro 2019). Após a leitura do título e palavras-chave resultou numa pré-seleção de 14 artigos dos quais 7 integraram a amostra final.

A superfície do equipamento de anestesia assume-se como o objeto mais provável de estar contaminado numa cirurgia, seguido do carro de anestesia, os monitores, ratos, teclados, telefones, manípulos e equipamento de monitorização. Associada à transmissão de agentes patogénicos na sala operatória surge a má prática na preparação da medicação endovenosa, o não cumprimento da técnica asséptica total na realização

de procedimentos invasivos, a limpeza inadequada dos equipamentos de monitorização e a higienização deficiente das mãos dos profissionais de saúde.

A sensibilização para a correta higienização das mãos é a principal recomendação no controlo das IACS, assim como o alerta dos profissionais para a ocorrência de contaminação da área anestésica pela permanência de material suscetível de estar contaminado.

Palavras-chave: anestesia, controlo de infeção, enfermagem, perioperatório, IACS

ABSTRACT

Healthcare-associated infections (HAIs) represent the most frequent adverse event in healthcare delivery globally. They are a priority issue, as they not only directly affect patient morbidity and mortality, but also increase healthcare-related expenditure. Operating rooms have a large number of potential reservoirs allowing microorganisms to grow and be transmitted from contaminated material and surfaces. Infection prevention and control strategies in the operating room (OR) must be the object of reflection, with the nurse assuming a key role in the adoption of best practices and adequacy of the resources necessary for the safety of patients and the surgical team.

The main objective is to identify the anesthetic work areas that are most likely to be contaminated during surgery. A literature review was conducted, going over the last ten years (January 2009-January 2019). After reading the title and keywords, 14 articles were pre-selected, of which 7 were included in the final sample.

The anesthesia administration equipment is the most likely object to be contaminated during surgery, followed by the anesthesia cart, monitors, PC mouse, keyboards, telephones, handles, and monitoring equipment. Associated with the transmission of pathogens in the operating room is poor practice in preparing intravenous medication, failure to follow the full aseptic techniques when performing invasive procedures, inadequate cleaning of monitoring equipment, and poor hand hygiene by health professionals.

Awareness of proper hand hygiene is the main recommendation in the control of HAIs. Professionals should also be alerted to the occurrence of contamination of the anesthetic area due to the existence of contaminated material.

Keywords: anesthesia, infection control, nursing, perioperative, HAIs

INTRODUÇÃO

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) representam o evento adverso mais frequente na prestação de cuidados de saúde a nível global, de acordo com a Organização Mundial de Saúde¹. No mesmo sentido, o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) afirma que a cada dezoito doentes atendidos numa instituição de saúde europeia, um contrai uma infecção, conseqüentemente, a hospitalização torna-se mais prolongada, podendo ocorrer incapacidades a longo prazo, aumento de microrganismos multirresistentes à antibioterapia e a custos adicionais para as organizações de saúde². Deste modo, as IACS representam um assunto de elevada prioridade e urgência, pois além de afetarem

diretamente a morbidade e mortalidade dos doentes, levam a um aumento exponencial da despesa associada aos cuidados de saúde.

A promoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeção permitem reduzir a transmissão e incidência de infeções, reduzindo as situações em que é necessária prescrição antibiótica, contribuindo para a diminuição, quer do consumo, como da ocorrência de situações de resistência aos antimicrobianos³. Atualmente, o maior desafio dos cuidados de saúde assenta no controlo eficaz das vias de transmissão, através das quais o agente infeccioso pode colonizar um hospedeiro suscetível e/ou o ambiente. O ambiente da sala operatória tem potencial para ser inoculado com partículas aerossolizadas em cirurgias envolvendo motores, lavagem ou desbridamento cirúrgico de feridas que podem conter agentes patogénicos⁴. Devido às características inerentes ao ambiente perioperatório, este tem uma elevada probabilidade de possuir um grande número de potenciais reservatórios capazes de originar o desenvolvimento de microrganismos e providenciar vetores de transmissão e sua conseqüente disseminação⁵, existindo assim, um risco aumentado de transmissão de agentes patogénicos através de material contaminado e superfícies⁶.

O potencial de contaminação e transmissão de uma infeção no BO não é negligenciável devido a fatores físicos (presença de inúmeras superfícies de difícil limpeza pela sua textura ou localização; permanência na área anestésica de material de forma visível ou oculta passível de estar contaminado) e fatores humanos (higienização deficiente das mãos dos profissionais de saúde e esses comportamentos poderem ser vetores de transmissão de agentes patogénicos)⁷.

Deste modo, as estratégias de prevenção e controlo da infeção no BO têm de ser

ampliadas e ponderadas, assumindo o enfermeiro um papel fundamental na adoção de boas práticas e na adequação de recursos indispensáveis ao ambiente seguro e controle dos riscos, promovendo a segurança do doente e equipa cirúrgica⁸. O enfermeiro perioperatório é vital na prevenção da infeção aquando da presença do doente no BO e leva a sério o seu papel de advogado do doente na prevenção de infeção, alertando, muitas vezes quando não é fácil fazê-lo, na presença de possíveis quebras na assepsia ou na norma de prevenção da infeção⁹.

Os enfermeiros desempenham as suas funções zelando pelo controlo e prevenção da infeção, na área anestésica e cirúrgica, nas suas funções de anestesia, circulação e instrumentação. Para este trabalho considerou-se, para efeitos de pesquisa, a área do trabalho anestésico (integrando a área física e procedimentos). Quem presta e colabora nos cuidados anestésicos desenvolve um conjunto de intervenções que exigem contacto físico com o doente e frequentemente com sangue e fluidos corporais do mesmo⁴.

Face à problemática das IACS em contexto perioperatório considerarei importante sistematizar a informação existente através de uma revisão sistemática da literatura. Enquadrada e justificada a escolha do tema e dada a sua extensão, incidirei a pesquisa na área anestésica a partir da seguinte pergunta:

Quais as áreas de trabalho anestésico suscetíveis de estarem contaminadas durante uma cirurgia?

objectivo geral

→ **Identificar as áreas de trabalho anestésico mais suscetíveis de estarem contaminadas durante uma cirurgia.**

objetivos específicos

→ **Identificar quais os objetos e procedimentos mais prováveis de contaminar uma sala operatória durante o cuidado anestésico**

→ **Identificar recomendações para minimizar a transmissão cruzada e o desenvolvimento de uma IACS.**

ASPECTOS METODOLÓGICOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi realizada uma revisão da literatura durante o mês de fevereiro de 2019, selecionando artigos publicados entre janeiro 2009 e janeiro de 2019. Utilizou-se a plataforma de pesquisa e bases de dados online EBSCOHost. Na equação de pesquisa, formulada em língua inglesa, foi utilizado o descritor MeSH infection e truncagens nurs* e anest*, com restrição de data de publicação e acesso *full text*. A amostra inicial era composta por 176 resultados, que após a leitura do título e palavras-chave resultou numa pré-seleção de 14 artigos dos quais 7 integraram a amostra final, após avaliação crítica face à relevância e credibilidade. Foi salvaguardada a eficiência e fiabilidade do processo de colheita de dados e, não foi pedido parecer à comissão de ética para a realização desta revisão, por se ter utilizado evidência científica disponível em base de dados.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Da leitura dos artigos da amostra final foi possível identificar áreas/zonas de trabalho anestésico mais suscetíveis de contaminação durante uma cirurgia (**ESQUEMA 1**).

O equipamento de administração de anestesia é considerado o objeto da área de trabalho anestésico mais provável de estar contaminado, referido em quatro dos sete artigos ^{4,10,11,12}, com foco no balão, manípulos de O₂ e dos gases anestésicos.



Esquema 1 Áreas de trabalho anestésico suscetíveis de contaminação numa cirurgia.

O carro de anestesia é um objeto possível de estar contaminado durante uma cirurgia. Na preparação de medicação, a superfície do carro pode ficar contaminada e o mesmo pode acontecer no seu interior, se o acesso for feito com luvas contaminadas ou, sem uma prévia desinfecção das mãos¹². Colocar materiais em cima do carro de anestesia/medicação, como caixas de luvas, que não serão removidos na limpeza entre doentes deve ser evitado¹². Os computadores, monitores, ratos e teclados^{7,10,12} são referidos como fontes de contaminação devido à realização dos registos perioperatórios, acesso ao processo do doente e adequar parâmetros de monitorização ou ventilação. As mãos e as luvas dos profissionais podem contaminar os teclados e ratos enquanto são elaborados os registos, ao mesmo tempo que se cuida do doente, conduzindo a uma transferência inadvertida de sangue ou agentes patogénicos do doente para o equipamento¹⁰. Os monitores *touchscreen* podem ser fonte de transmissão pois apesar de serem limpos entre casos, a limpeza deve ser efetuada com produto antimicrobiano adequado a ecrãs⁷.

Na abordagem da via aérea, um dos momentos mais críticos do cuidado anestésico, o anestesista e enfermeiro de anestesia necessitam realizar várias intervenções, num curto espaço de tempo, entre gestão do material crítico – punho e lâmina laringoscópio – e adequação dos parâmetros ventilatórios e vigilância hemodinâmica do doente. Existe dificuldade em controlar a contaminação ambiental durante a abordagem da via aérea¹³. A não utilização de luvas na abordagem da via aérea é uma prática que favorece a contaminação, quer da área envolvente, como das mãos dos profissionais¹². O punho de laringoscópio e as respetivas lâminas são considerados objetos contaminados após a abordagem da via aérea¹⁰. Colocar um laringoscópio

contaminado na superfície do ventilador, contamina o ambiente de trabalho anestésico independentemente do uso de um ou dois pares de luvas¹⁰. A utilização de dois pares de luvas na abordagem da via aérea é uma estratégia referida, pois com a remoção do primeiro par de luvas após a laringoscopia, a contaminação ambiental perioperatória é reduzida quando comparada com o uso de apenas um par¹⁰. O estetoscópio usado na verificação do nível do tubo endotraqueal é considerado um objeto crítico, manipulado com luvas/mãos contaminadas. O aspirador de anestesia é considerado um objeto altamente contaminado após o seu uso⁷. A aspiração de secreções pode provocar a contaminação da área envolvente e, se for realizada sem luvas, é determinante na propagação de microrganismos⁷.

A mesa operatória é considerada um objeto que pode ser contaminado na cirurgia^{4,12}.

O telefone é suscetível de contaminação devido ao contacto com luvas contaminadas ou com as próprias mãos dos profissionais, tornando-o um veículo de transmissão cruzada^{4,11}. O mesmo se verifica com os puxadores/manípulos das portas e gavetas da sala operatória^{10,11}.

Todos os equipamentos que rodeiam o doente numa cirurgia (suportes de soro, seringas e bombas infusoras, aspirador de anestesia, equipamento de aquecimento, ecógrafo e todo o material de monitorização reutilizável) são objetos considerados contaminados, quer pela manipulação feita com luvas/mãos contaminadas, como pelo contacto direto com o doente¹². Outro aspeto destacado é a presença de cola/adeseivo nesses equipamentos que pode funcionar como superfície favorável à proliferação de microrganismos¹⁰.

A quebra da assepsia na realização de procedimentos invasivos é outro fator promotor do desenvolvimento de uma

infecção¹². A realização de técnicas anestésicas invasivas na cabeceira do doente, com pouca visibilidade por parte de outros profissionais, com risco de quebra da técnica asséptica e contaminação da área envolvente, aumenta o risco de desenvolvimento de IACS⁷.

A preparação da medicação é um domínio importante no cuidado anestésico e está associada à transmissão de agentes patogénicos por via sanguínea devido à má prática na preparação da medicação endovenosa¹⁴. Todas as seringas usadas são consideradas contaminadas^{7,14}. A reutilização de seringas e agulhas é determinante na transmissão direta de sangue potencialmente infetado e fluidos corporais de um doente para o outro, mesmo que só tenha sido usada na torneira ou sistema de soro^{7,14}. Quando a seringa está vazia, após utilização, o seu interior esteve exposto ao ar da sala operatória podendo ficar contaminada com microrganismos transmitindo-os ao doente aquando da sua reutilização¹⁴. A utilização de soros, ou soluções de diluição, na preparação de medicação para vários doentes favorece o risco de transmissão cruzada^{12,13,14}.

É recomendada a utilização de soros single-dose na preparação da medicação^{12,13} e sempre com a utilização de uma nova agulha e seringa¹². Os cateteres endovenosos, torneiras de três vias e obturadores/válvulas de pressão positiva para soroterapia são referidos como equipamentos sensíveis à contaminação¹². A cateterização de um acesso venoso periférico sem a utilização de luvas é uma prática potenciadora do risco de infeção⁷.

A escassez da higienização das mãos dos profissionais de saúde, o aumento da medicação endovenosa e a elevada manipulação das portas e torneiras aumentam a probabilidade de contaminação das torneiras e sistemas de soros conectados ao doente¹². A contaminação dos puxadores da porta afeta todos os profissionais de saúde e pode afetar

outros profissionais e serviços do hospital¹⁰ funcionando as mãos dos profissionais como vetores de transmissão de microrganismos.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O equipamento de administração de anestesia assume-se como o objeto mais provável de estar contaminado numa cirurgia, seguido do carro de anestesia, os monitores, ratos, teclados, telefones, manípulos e equipamento de monitorização. Associada à transmissão de agentes patogénicos na sala operatória surge a má prática na preparação da medicação endovenosa, o não cumprimento da técnica asséptica na realização de procedimentos invasivos, a limpeza inadequada dos equipamentos de monitorização e a higienização deficiente das mãos dos profissionais de saúde.

A sensibilização para a correta higienização das mãos é a principal recomendação no controlo das IACS de acordo com os artigos analisados^{4,7,10,12,13,14}, associada à utilização frequente de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) durante a prestação de cuidados anestésicos^{4,7,12,13}. Os pontos de distribuição de SABA devem estar em vários locais da zona de trabalho anestésico e à entrada do BO e salas operatórias^{12,13}. O enfermeiro perioperatório tem a responsabilidade, ao cuidar do doente cirúrgico, de zelar pelo cumprimento da técnica asséptica, preparação segura da medicação e adesão a práticas que previnam o desenvolvimento

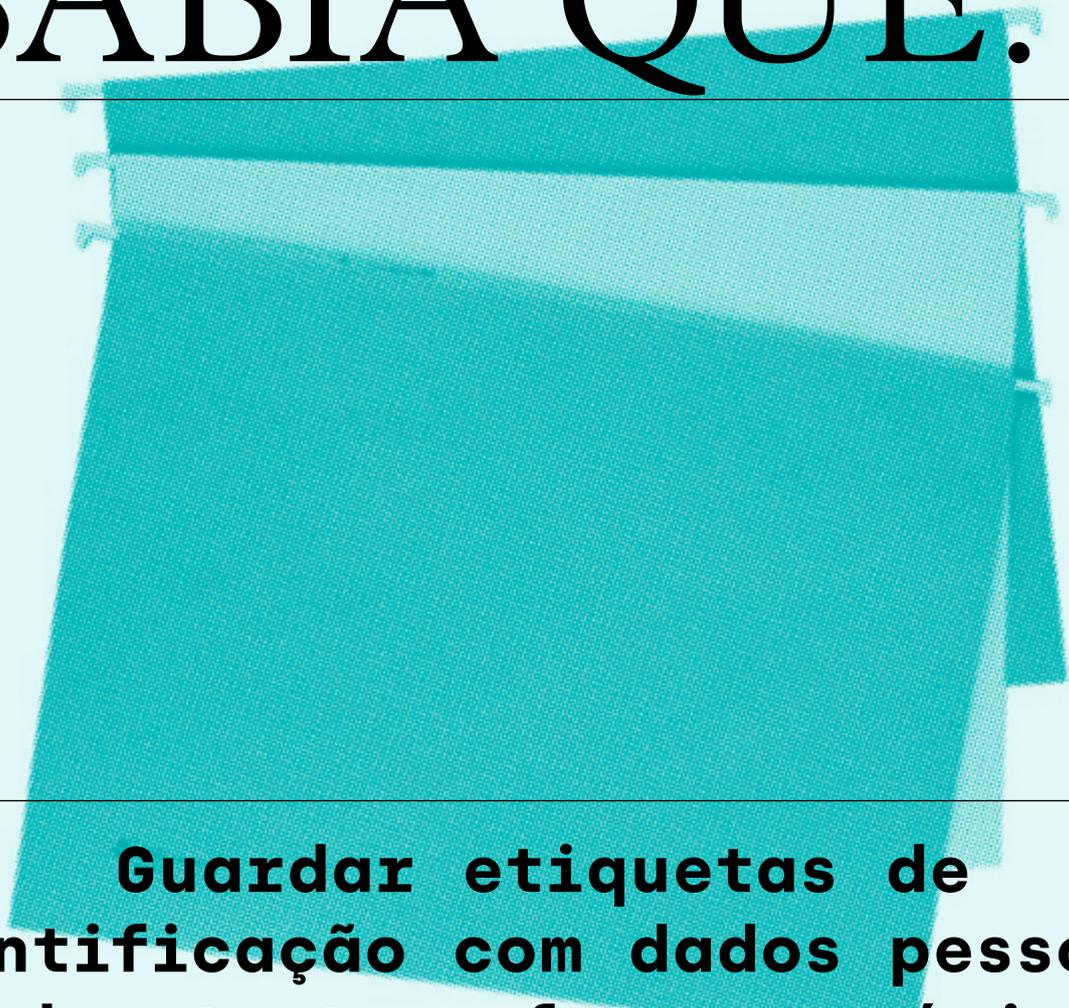
de IACS e a contaminação ambiental na área de trabalho anestésico.

A necessidade de um *turnover* entre 15-30 min desafia a realização de uma limpeza adequada e precisa nas áreas de trabalho anestésico. Os profissionais de saúde do BO devem estar sensibilizados para este tema e para a importância de respeitar o tempo de limpeza e desinfecção da sala operatória, tendo o enfermeiro um papel de relevo quer na monitorização do processo de limpeza pelos assistentes operacionais, como na sensibilização para a presença de material suscetível de estar contaminado. A existência de ações de formação, adequadas ao profissional de saúde do BO, sobre prevenção e controlo de infeção e sobre a manutenção, limpeza e armazenamento do equipamento específico da sala operatória e seu efeito na cadeia de transmissão de microrganismos podem ser outras das estratégias a adotar na prevenção das IACS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf
2. European Cent European Centre for Disease Prevention and Control. (2013, July 4). *Each day, one in 18 patients in European hospitals has a healthcare-associated infection: ECDC estimates* [Press release]. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/press/Press%20Releases/press-release-healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-.pdf>
3. Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos*. 37.
4. Biddle, C. (2009). Semmelweis Revisited: Hand Hygiene and Nosocomial Disease Transmission in the. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 77(3), 229–238.
5. Armellino, D. (2017). Minimizing Sources of Airborne, Aerosolized, and Contact Contaminants in the OR Environment. *AORN Journal*, 106(6), 494–501. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.09.012>
6. Padgette, P., & Wood, B. (2018). Conducting a Surgical Site Infection Prevention Tracer. *AORN Journal*, 107(5), 580–590. <https://doi.org/10.1002/aorn.12121>
7. Cosgrove, M. S. (2015). Infection control in the operating room. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 27(1), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2014.10.004>
8. Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática dos cuidados*. Lidel.
9. Foran, P. (2015). Perioperative nursing: Preventing infection behind closed doors. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 23(3), 37.
10. Fitzpatrick, M., Arheart, K. L., Rosen, L. F., Carling, P., Birnbach, D. J., & Munoz-Price, L. S. (2014). Double Gloves. *Anesthesia & Analgesia*, 120(4), 848–852. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000000230>
11. Jefferson, J., Whelan, R., Dick, B., & Carling, P. (2011). A Novel Technique for Identifying Opportunities to Improve Environmental Hygiene in the Operating Room. *AORN Journal*, 93(3), 358–364. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.08.022>
12. Munoz-Price, L. S., Bowdle, A., Johnston, B. L., Bearman, G., Camins, B. C., Dellinger, E. P., Geisz-Everson, M. A., Holzmann-Pazgal, G., Murthy, R., Pegues, D., Prielipp, R. C., Rubin, Z. A., Schaffzin, J., Yokoe, D., & Birnbach, D. J. (2019). Infection prevention in the operating room anesthesia work area. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 40(1), 1–17. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.303>
13. Griffis, C. A. (2013). *PRACTICE NEWS*. 81(3), 174–177.
14. Ford, K. (2013). Survey of syringe and needle safety among student registered nurse anesthetists: Are we making any progress? *AANA Journal*, 81(1), 37–42.

SABIA QUE...



Guardar etiquetas de identificação com dados pessoais de utentes, foto ou cópia das mesmas, qualquer que seja o tipo de formato, é Crime?

Regulamento Geral de Proteção de Dados

São considerados dados pessoais as informações que dizem respeito a uma pessoa ou que permitem identificá-la. Cada indivíduo é detentor dos seus dados pessoais e é quem decide se os compartilha ou não.

Entre esses dados encontram-se os que identificam a pessoa ou aqueles que permitem comunicar com a própria.

Inclui-se ainda, na gama de informação protegida, os dados em saúde (por exemplo: processo clínico, informação clínica, etc.).

O Regulamento Geral de Proteção de Dados – RGPD veio substituir a antiga lei de proteção de dados pessoais e pretende normalizar a legislação da proteção de dados em toda a União Europeia (UE), eliminando as disparidades existentes entre os regimes jurídicos dos vários países.

Tem como grande objetivo garantir a privacidade e integridade dos dados dos consumidores da UE e define que todos os cidadãos têm o direito de saber como os seus dados estão a ser usados, bem como o direito de ter os seus dados completamente apagados se tal for solicitado.

Cada organização deve assegurar-se que os seus colaboradores desenvolvem a sua atividade profissional respeitando os princípios da Minimização dos Dados: Os dados pessoais só devem ser tratados na mínima extensão possível para corresponder à finalidade pretendida e/ou ao consentimento prestado.

Alinea c), art.º 5º do RGPD

“A ignorância ou má interpretação da lei não justifica a falta do seu cumprimento nem isenta as pessoas das sanções nela estabelecidas.”

Artigo 6.º Código Civil

Todos os colaboradores de uma instituição, independentemente do tipo de vínculo existente, estão obrigados a cumprir as políticas e procedimentos no âmbito do RGPD. O dever de confidencialidade mantém-se mesmo após a cessação de funções ou término do contrato.

É prática comum e ilícita a recolha de vinhetas/etiquetas de identificação de utentes intervencionados cirurgicamente para efeitos curriculares, tal como para registo das cirurgias adicionais por parte da equipa perioperatória com fins de controlo

financeiro. A coleção, foto ou cópia dessa informação, contendo inúmeros dados pessoais, é não só ilegal, como dispensável.

Para efeitos curriculares ou de gestão de produção, o nº do processo é suficiente para identificar uma cirurgia.

Qualquer documentação, foto ou cópia, que contenha dados pessoais, como vinhetas/etiquetas de identificação, agendamentos operatórios, partes do processo clínico, não podem sair das instalações (nem mesmo consultados, por outrem, salvo na execução das suas funções profissionais), sem que tal seja absolutamente necessário para o cumprimento dos respetivos deveres profissionais e com autorização formal do responsável de acesso aos dados em saúde (Responsável pelo Acesso à Informação/RAI).

É, ainda, necessário cumprir com a legislação em vigor relativa à conservação e destruição de suportes de dados obsoletos ou inutilizáveis, nomeadamente daqueles que contenham dados pessoais e/ou sensíveis.

Sempre que se manuseiam dados pessoais em suporte físico, devem guardar-se todos os documentos em local seguro, de acesso condicionado e controlado, preferencialmente em mobiliário com chave de acesso.

Ao nível dos acessos/autenticação nos sistemas digitais, cada utilizador deve bloquear a sessão do computador sempre que se ausente do posto de trabalho. Os profissionais são responsáveis pela utilização da sua palavra-passe, não devendo partilhá-la nem permitir que outrem efetue registos na sua sessão, a responsabilidade em caso de culpa ou negligência será sempre do dono das credenciais de acesso.

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) criou o Manual de Cibersegurança para os Enfermeiros, definindo os 10 Mandamentos da Cibersegurança e divulga conselhos de forma periódica nas suas redes sociais para nos tornarmos profissionais mais responsáveis e zelosos desta temática.

A utilização de dados de forma incompatível com a finalidade da recolha é Crime!

O incumprimento do exposto no RGPD constitui contraordenação, que pode ser grave ou muito grave, sendo punidas com coimas consoante o tipo de infração:

→ **Grave**

O desvio de dados pessoais; utilização e/ou acesso a dados de forma indevida (pena de prisão de 1 ano; multa até 120 dias; 500€ até 250.000€ se pessoa singular; 2.500€ a 10.000.000€ se PME)

→ **Muito grave**

A viciação ou destruição de dados; a inserção de dados falsos (pena de prisão de 2 anos; multa até 240 dias; 1.000€ até 500.000€ se pessoa singular; 5.000€ a 20.000.000€ se grande empresa)

É urgente alterar o paradigma relativo à proteção de dados. Todas as organizações, seus colaboradores e entidades prestadores de serviços, terão que cumprir com o RGPD.

Essa mudança começa com a necessidade imediata de ministrar formação aos colaboradores diretos e prestadores de serviços, e simultaneamente incluir nos programas de integração aos novos profissionais, estagiários, estudantes.

No perioperatório é urgente adotar sistemas digitais para o tratamento da informação clínica, reduzindo a informação em suporte físico e acessível a qualquer profissional. Atualizando hardware e software adequado às exigências atuais, o profissional conseguirá aceder à informação necessária, efetuar os registos da sua responsabilidade, respeitando não só o RGPD, como a legislação referente à informação em saúde.

É imperioso começar já! O dever de Sigilo/Segredo profissional mantém-se, mesmo após cessar funções/estágio na instituição.

Todos os dados são pessoais!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lambelho, A., Mendes, J.B. (2019) *O RGPD e o impacto nas organizações: 6 meses depois. Atas. X congresso internacional de ciências jurídico empresariais*. Instituto Politécnico de Leiria.
- Lei n.º58/2019 de 8 de agosto da Assembleia da República. Diário da República: I série, N.º151, 2019.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (n.d.). Manual de Cibersegurança para enfermeiros. <https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/Manual-do-enfermeiro.pdf>
- Regulamento Geral Proteção Dados (EU)2016/679, 27 abril 2016
- Teves, D.M. (2019) *A proteção de dados pessoais – o novo paradigma jurídico*. (Dissertação de mestrado). Universidade dos Açores.

Didier Valente

Enf. Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
B0 Central Pediátrico CHULC – Hospital Dona Estefânia

SABIA QUE...

A ignorância ou má interpretação da lei não justifica a falta do seu cumprimento nem isenta as pessoas das sanções nela estabelecidas. art 6.º Código Civil

**GUARDAR ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO OU TIRAR FOTO:
É CRIME!**

**PARA EFEITOS CURRICULARES OU DE GESTÃO DE PRODUÇÃO, O Nº DO PROCESSO
É SUFICIENTE PARA IDENTIFICAR UMA CIRURGIA!**

**O DESVIO DE DADOS PESSOAIS;
A UTILIZAÇÃO E/OU ACESSO A DADOS DE FORMA INDEVIDA:**

COIMA

Pena de prisão de 1 ano,
Multa até 120 dias,
500€ até 250.000€ se pessoa singular
2.500€ a 10.000.000€ se PME

**A VICIAÇÃO OU DESTRUÇÃO DE DADOS;
A INSERÇÃO DE DADOS FALSOS:**

COIMA

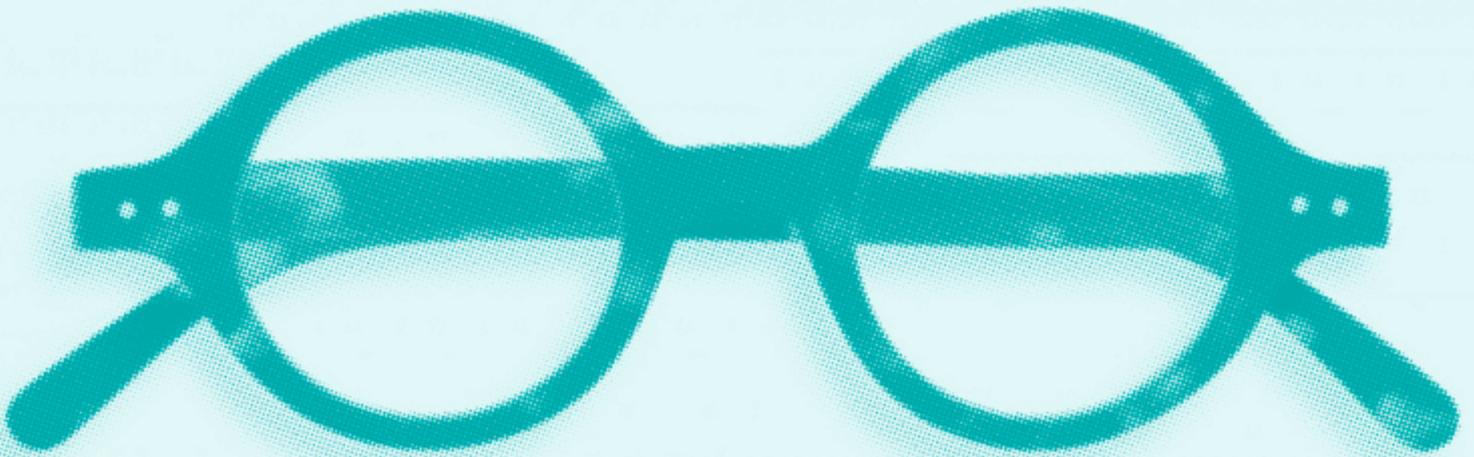
Pena de prisão de 2 ano,
Multa até 240 dias,
1000€ até 500.000€ se pessoa singular
5.000€ a 20.000.000€ se grande empresa

TODOS OS DADOS SÃO PESSOAIS!

Todos os colaboradores de uma instituição estão obrigados a cumprir o RGPD.
O dever de Confidencialidade mantém-se, mesmo após a cessação de funções ou estágios.

REGULAMENTO GERAL PROTEÇÃO DADOS (EU) 2016/679, 27 ABRIL 2016

ESPAÇO DO LEITOR



Um Ano de Consulta de Enfermagem não presencial – a Experiência do Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória

Artigo de opinião

A 11 de Março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara estado de pandemia pela COVID 19. As várias limitações impostas para conter esta pandemia, levaram a uma necessidade de reorganização nas diversas áreas de saúde incluindo na atividade cirúrgica não urgente. A Cirurgia de Ambulatório não foi exceção e somente a atividade considerada prioritária continuou a ser realizada.

Dando resposta às necessidades impostas pela tutela e considerando a estrutura física do edifício do Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória (CICA), percebeu-se posteriormente que grande parte da cirurgia eletiva poderia retomar a sua atividade não comprometendo a segurança dos profissionais nem dos próprios clientes. Para tal teriam que ser tomadas medidas orientadas, dinâmicas e rigorosas de preparação e controlo destas mesmas cirurgias.

É neste contexto que é implementada a Consulta de Enfermagem não presencial (CENP) nas 24h/48h prévias à cirurgia. Esta foi um marco de inovação a vários níveis, pois até então só a consulta presencial pré-cirúrgica era realizada. Para este fim organizou-se uma equipa formada por enfermeiros capacitados e com *expertise* que não só permitiu implementar rápida e eficazmente a CENP, como também ultrapassar as dificuldades inerentes ao seu início. Foi também criado em tempo útil, e em estreita articulação com o grupo de sistemas de informação, um questionário próprio para o registo dos dados obtidos durante a CENP, tal como a possibilidade de consulta/tratamento desses dados.

Esta consulta teve como ponto de partida a triagem de eventual sintomatologia característica da COVID-19, permitindo que alguns clientes evitassem deslocações ao hospital e fossem encaminhados precocemente para o SNS24, quebrando possíveis cadeias de transmissão. Da mesma forma,

este contacto permitiu a organização de fluxos no interior do serviço, conseguindo estratificar as horas de chegada dos clientes, evitando assim a aglomeração de pessoas na sala de espera.

Numa fase posterior, a realização do teste laboratorial molecular para COVID-19, nas 24/72h prévias à cirurgia tornou-se obrigatória, sempre que o procedimento cirúrgico fosse realizado sob anestesia geral, regional ou sob sedação. Neste sentido, mais uma vez, a CENP revelou ser essencial, permitindo verificar se esta condição estava ou não a ser cumprida.

Antecipando-se à norma 13/2020 relativa à Retoma da Atividade Assistencial – Cirurgia Eletiva decretada pela Direção Geral de Saúde esta ferramenta foi uma mais-valia no início da atividade cirúrgica programada e organização do CICA em tempos de pandemia.

A implementação da CENP que teve como primazia o despiste de clientes com COVID-19 trouxe diversos proveitos aos cuidados perioperatórios. Este contacto permitiu a elaboração de planos de tomada de decisão em enfermagem, reais e personalizados, promovendo a antecipação e organização dos cuidados perioperatórios seguros e eficientes tanto para os profissionais como para os clientes.

Para além disso, a interação e a empatia estabelecidas entre a díade enfermeiro/cliente possibilitou a otimização da preparação física e psicológica prévia à cirurgia e consequentemente permitiu diminuir eventuais estados de ansiedade subjacentes. A CENP permitiu uma maior proximidade entre o cliente e o enfermeiro, conseguindo o cliente expor as suas dúvidas, diminuir receios e crenças erróneas, através do diálogo com o enfermeiro que o contacta. Desta forma, uma possível desistência ou uma ida menos serena para a intervenção cirúrgica, pode ser transformada num momento mais esclarecido, seguro e ambientado, centrado no cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que a pandemia colocou grandes desafios aos sistemas de saúde a nível global, em Portugal expôs de forma declarada e imediata as fragilidades financeiras e constrangimentos na capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) há muito denunciadas.

Todavia este soube adaptar-se às exigências impostas e o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório foi um desses exemplos de adaptação e reinvenção, cuja equipa motivada pela necessidade em superar esta adversidade e elevar o perfil que a caracteriza, procurou ter uma visão abrangente da instituição e das novas oportunidades que dela podem surgir.

Assim, através das capacidades e conhecimentos técnicos, aliados à experiência de anos, a equipa CICA desenvolveu novas competências, por um lado dando resposta às exigências dos tempos atuais e por outro lado desafiando o desconhecido com criatividade e coragem.

Este novo olhar sobre a consulta de enfermagem pode construir o caminho para o amanhã, tendo sempre como objetivos prosperidade para a organização, fidelização do cliente através de uma experiência cirúrgica mais eficiente e uma recuperação mais eficaz, mas também na organização das unidades, alavancando o trabalho de toda a equipa multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Breda, L.F. (2020). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente.
- Pelarigo, A. S. (2019). *Implementação da consulta de enfermagem pré-operatória: cuidar no pré preparando o pós operatório*. <http://hdl.handle.net/10400.26/29203>
- Silva, P. (2021). A Importância da Consulta de enfermagem Pré-operatória em tempos de covid. *HPA magazine*, 14. <https://www.grupohpa.com/pt/media/media-center/publicacoes/hpa-magazine/hpa-magazine-14/a-importancia-da-consulta-de-enfermagem-pre-operatoria-em-tempos-de-covid/>

Autores

Afonso, P.

Enf. Especialista em EMC, CICA – CHUP

Borges, J.

Enf. Especialista em ESMP, CICA – CHUP

Botelho, P.

Enf. Especialista em ESIP, CICA – CHUP

Carneiro, S.

Enf. CICA – CHUP

Gonçalves, J.

Enf. Especialista em EMC, CICA – CHUP

Lobão, M.

Enf. Especialista em EMC, CICA – CHUP

Maia, A.7

Enf. Mestranda em EMC, CICA – CHUP

Morais F.

Enf. CICA – CHUP

Moreira, I.

Enf. CICA – CHUP

Moreira, P.

Enf. CICA – CHUP

Pereira, L.

Enf., Mestre em Comunicação Clínica, CICA – CHUP

Pereira, R.

Enf. Supervisora, CHUP

Rodrigues, V.

Enf. Especialista em Enf.Comunitária, CICA – CHUP

Teixeira, C.

Enf. CICA – CHUP

Teixeira, M.

Enf. CICA – CHUP

Trindade, M.

Enf. CICA – CHUP

Silva, B.

Enf. Especialista em EMC, CICA – CHUP

Valente, Z.

Enf. Gestor, CICA – CHUP

Todas as opiniões contam.

Esperamos pelo vosso feedback nas
redes sociais ou através do nosso mail:
revista@aesop-enfermeiros.org ou
aesop@aesop-enfermeiros.org.

À CONVERSA COM...

“À conversa com...” é uma das novas rúbricas onde serão divulgadas entrevistas diversificadas apresentando várias perspetivas sobre o contexto perioperatório. Como primeiro tema optámos por abordar uma realidade que atinge o Sistema Nacional de Saúde que é a saída contínua de profissionais qualificados, com implicações nas equipas e nos utentes..

**Enfermeira
Margarida
Rodrigues,
39 anos**



Os Enfermeiros são detentores de conhecimentos e ferramentas que lhes permite desenvolver a sua atividade de forma exemplar, no entanto “Portugal enfrenta atualmente um fenómeno anormal quanto há emigração de enfermeiros portugueses, cujas razões acreditamos serem as condicionantes socioeconómicas que se vivem atualmente”¹. Neste sentido partilhamos a experiência da Enfermeira Margarida Rodrigues (MR), 39 anos de idade, esteve emigrada em Inglaterra durante 10 anos e regressou por motivos familiares a Portugal. Neste momento desempenha funções de enfermeira gestora adjunta num bloco operatório de um hospital privado em Lisboa.

A MR referiu que a vontade de trabalhar no bloco operatório (BO), remonta aos tempos de estudante, onde na disciplina opcional de Enfermagem Perioperatória, teve a oportunidade de fazer um estágio observacional no bloco operatório e refere ter ficado “absolutamente fascinada” e de ter “percebido muito bem o papel dos enfermeiros de bloco operatório para a sinergia da equipa multidisciplinar que tem como objetivo primordial a segurança do doente.”

Em 2005 iniciou o seu percurso profissional no bloco operatório de pediatria do Hospital de Dona Estefânia. Aliando a sua vontade de enveredar pela pediatria e ao mesmo tempo descobrindo o mundo do perioperatório que se tornou o fio condutor da sua carreira.

Foi em 2008 que rumou a Inglaterra, devido à “conjuntura sócio económica da altura, a falta de perspetivas de progressão na carreira, a necessidade de acumular dois empregos para garantir estabilidade financeira comprometendo a minha própria saúde e vida familiar”, mas também devido à vontade “de querer alargar horizontes e perceber as diferenças do exercício de enfermagem perioperatória noutro país.”

Pode resumidamente descrever o seu percurso profissional e académico em Inglaterra?

MR Em Inglaterra concluí o Mestrado em Estudos Clínicos e Gestão. Trabalhei em vários hospitais do setor público e privado, com doentes pediátricos e também adultos. Destaco o Great Ormond Street Hospital Children’s Charity por ser uma referência mundial e um local de aprendizagem diferenciada e o Royal Alexandra Childrens’ Hospital.

¹ <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/trabalhar-no-estrangeiro/>

Qual o significado de ser enfermeira perioperatória?

MR Eu não consigo traduzir numa palavra aquilo que para mim significa tanto, até porque a Enfermagem Perioperatória engloba várias áreas de enfermagem cada vez mais especializadas. Enquanto enfermeira de anestesia significa transformar o medo da criança e dos pais numa gargalhada enquanto fazemos uma corrida de maca em ziguezague pelo corredor até ao transfer. Enquanto enfermeira circulante significa ser capaz de assegurar o equilíbrio dinâmico entre os vários elementos da equipa multidisciplinar e otimizar o tempo operatório. Enquanto enfermeira instrumentista significa o método e a minúcia a que tive de me moldar para que nada falhe na mesa operatória. Enquanto enfermeira de recobro significa conseguir tornar o acordar do doente o mais tranquilo possível.

Como foi esse período da sua vida?

MR Foi uma ótima aventura. É claro que existiram dificuldades e obstáculos, mas as oportunidades de aprendizagem e progressão na carreira superaram as minhas expectativas. A experiência de vivência multicultural também foi muito enriquecedora.

Como funciona o bloco operatório em Inglaterra?

MR Existem semelhanças e diferenças. Do ponto de vista estrutural, todas as salas operatórias têm uma sala de indução anestésica e muitas vezes existem também salas de preparação contíguas à sala operatória onde se preparam as mesas cirúrgicas. Assim, o doente é anestesiado na sala de indução anestésica com o anesthesiologista e o enfermeiro de apoio à anestesia e só depois é transferido para a sala operatória. Esta diferença estrutural promove uma maior independência da equipa de anestesia em relação à restante equipa no momento de indução anestésica. Em termos de equipamentos e instrumental as diferenças devem-se ao orçamento disponível em cada hospital, tal como em Portugal. Isto foi um aspeto que contribuiu para uma adaptação célere ao BO em Inglaterra, uma vez que não me deparei com nenhum equipamento que não tivesse já utilizado em Portugal.

“Trabalhar noutra país, pode significar uma melhoria nas condições de vida, reconhecimento profissional e melhores condições de trabalho, mas existem sempre alguns desafios. A adaptação a uma nova cultura, uma língua diferente, a distância de Portugal, da sua família e da rede de amigos, são apenas algumas.”

Como se articula o funcionamento da sala de indução com a sala operatória?

MR Na sala de indução o doente é anestesiado pelo anestesiológista e o enfermeiro de apoio à anestesia ou técnico de bloco operatório (O.D.P. Operating Theatre Practitioner). O doente nunca fica sozinho. Após a indução anestésica é transferido para a sala operatória onde se encontra a restante equipa: enfermeiro instrumentista, enfermeiro circulante, auxiliar de ação médica e cirurgiões. A indução é feita após o reprocessamento da sala anteriormente utilizada. Em contexto pediátrico estão também presentes no momento inicial da indução anestésica um dos pais ou acompanhante legal da criança e a enfermeira do serviço de internamento/ ambulatório.

Quais as principais funções dos enfermeiros perioperatórios em Inglaterra?

MR As funções do Enfermeiro Perioperatório dividem-se em enfermeiro de apoio à anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de recobro. Dentro de cada uma destas funções existem diferenças específicas que os enfermeiros desempenham em Inglaterra e em Portugal. Por exemplo, em Inglaterra o enfermeiro de apoio à anestesia assegura a manutenção da via aérea do doente enquanto o anestesiológista insere o acesso venoso periférico e administra a medicação. Ressalvo que para ser enfermeiro de apoio à anestesia no Reino Unido é imprescindível uma formação adicional em anestesia. No recobro o rácio de enfermeiro/doente é de 1:1 pois o doente chega ao recobro com a máscara laríngea colocada.

Os doentes vão para a ucpa com tubo endotraqueal colocado? Se sim como procede o enfermeiro?

MR Não. Os doentes vão para o recobro com máscara laríngea colocada a respirar espontaneamente com aporte de oxigénio. Por esse motivo o rácio de enfermeiro/doente no recobro é de 1:1. O manuseamento da via aérea no recobro é da competência do enfermeiro de recobro.

Considera que desenvolveu competências em Inglaterra?

MR Indubitavelmente. Enquanto enfermeira instrumentista adquiri competências na instrumentação de cirurgia de adultos, particularmente ortopedia, bem como em cirurgia pediátrica. Enquanto enfermeira de recobro desenvolvi competências na manutenção de via aérea comprometida, sendo o desafio maior em crianças com idade inferior a 3 anos. Também desenvolvi competências na área da gestão e supervisão de alunos e formação.

“Os enfermeiros portugueses têm uma excelente preparação e isso é reconhecido pela equipa multidisciplinar. Sempre fui muito acarinhada e se não fossem os contratempos de cariz familiar, ainda lá estaria, até porque vi o vencimento ser reduzido em cerca de 40%.”

Como é a progressão de um enfermeiro perioperatório em Inglaterra?

MR Toda a carreira de enfermagem, no sector público, está dividida em escalões que vão do 5 ao 9, que se subdividem em sub-escalões. A progressão nesses sub-escalões até ao topo do escalão 6 é normalmente automática com o decorrer dos anos de serviço. Já a mudança de escalão é feita mediante a aquisição de competências, formação adicional e abertura de vagas nos quadros. No âmbito da enfermagem perioperatória as competências são específicas a esta área. No sector privado pode existir maior liberdade de negociação salarial.

Quais são as competências específicas da enfermagem perioperatória no Reino Unido?

MR Não existe um único documento que defina de forma universal o que são estas competências, porque há uma grande variabilidade de contextos perioperatórios. No entanto, toda a progressão da carreira assenta primeiramente nos standards definidos pela ordem dos enfermeiros (NMC – Nursing and Midwifery Council Standards of Proficiency for Registered Nurses). Adicionalmente, existem recomendações da AFPP (Association for Perioperative Practise) equivalente à AESOP, no Reino Unido sobre o currículo essencial de enfermagem perioperatória, acessível no link <https://www.afpp.org.uk/careers/Standards-Guidance>. A Organização de Trabalhadores do NHS (NHS Employers) também tem elaborado documentos uteis para a definição de competências relativas aos diferentes escalões da carreira de enfermagem perioperatória (<https://www.nhsemployers.org/sites/default/>

[files/2021-06/theatre-practitioners-profiles.pdf](https://www.nhsemployers.org/sites/default/files/2021-06/theatre-practitioners-profiles.pdf)).

Outra fonte relevante de informação são os websites de oferta de emprego, por exemplo: <https://www.jobs.nhs.uk/> onde se encontram descrições detalhadas das competências requeridas para cada posto de trabalho. Um exemplo de competência específica é o manuseamento da via aérea com máscara laríngea no recobro, como mencionei anteriormente. No que se refere às competências de enfermeiros instrumentistas e circulantes não existem diferenças entre o Reino Unido e Portugal. Quando me refiro a competências específicas em enfermagem perioperatória necessárias à progressão na carreira, estou a dar ênfase a toda o conhecimento obtido pelos profissionais em contexto de trabalho e formação adicional que são diferenciadores de forma individual e decisivos quando se concorre a uma vaga de emprego.

Qual o reconhecimento que os enfermeiros de bloco operatório portugueses têm em Inglaterra?

MR Os enfermeiros portugueses têm uma excelente preparação e isso é reconhecido pela equipa multidisciplinar.

“Os enfermeiros portugueses são reconhecidos pelo seu excelente desempenho e iniciativa, pelo que existe muita oferta, nomeadamente em áreas especializadas.”

Que mensagem gostaria de deixar aos enfermeiros perioperatórios que estão a pensar emigrar ou regressar a Portugal?

MR Aos que vão desejo boa sorte e que trabalhem sempre com muito profissionalismo e brio de forma a enaltecer a enfermagem portuguesa. Aos que voltam desejo que consigam ser agentes de mudança, contribuindo com a aprendizagem que trazem na bagagem para uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

O que tem que mudar em Portugal para evitar que outros enfermeiros tenham de sair do país?

MR Melhores condições salariais, maior flexibilidade nos horários de trabalho, melhores condições para progressão académica. Menor burocratização de concursos públicos que se arrastam por anos. Maior autonomia dos hospitais e centros de saúde para contratação de profissionais de forma a garantir os rácios recomendados. Equidade na carreira de enfermagem independentemente do vínculo laboral.

“Esta conjuntura, levou e continua a levar à saída de muitos profissionais altamente qualificados que começa agora a ser gravemente sentido, sendo necessário tomar medidas urgentes para travar esta tendência!”

EM RETROSPETIVA

UM DESAFIO

O primeiro cargo de chefia

UMA DIFICULDADE

A adaptação aos diferentes sotaques

A MAIOR ALEGRIA

Ter entrado no Great Ormond Street

A MAIOR TRISTEZA

O Brexit

Filomena Postiço

Enf. Especialista em EMC à pessoa em situação perioperatória
BO Central Pediátrico CHULC - Hospital Dona Estefânia
Direção Nacional AESOP

IDEIAS SOBRE GESTÃO

A inteligência emocional da equipa e segurança do doente cirúrgico

Neste artigo, faz-se uma breve reflexão sobre a Inteligência Emocional (IE), a sua importância no trabalho de equipa em ambiente perioperatório e o impacto que poderá ter na segurança do doente. Sugerem-se algumas estratégias que os gestores podem utilizar para o crescimento emocional dos profissionais com consequente aumento do controlo emocional para melhor orientação do pensamento e da ação da equipa.

Atualmente, sabe-se que um elevado quociente de inteligência por si só não basta para se ter sucesso profissional, sendo as competências emocionais essenciais para potenciar as capacidades profissionais.

Segundo Goleman (2014), existem cinco competências emocionais e sociais básicas: autoconsciência, autorregulação, motivação, empatia e aptidões sociais. As competências cognitivas, tais como o raciocínio analítico e a perícia técnica, são aptidões mínimas necessárias para efetuar um trabalho¹.

As capacidades não técnicas, como a inteligência emocional, a resiliência e a capacidade de comunicação, são hoje competências essenciais que distinguem um profissional excepcional de um médio. O controlo e equilíbrio entre a racionalidade e as emoções aumentam a eficácia das decisões¹.

As descobertas nas áreas das neurociências contribuíram para mudar a crença de que as emoções prejudicavam o raciocínio e deviam ser mantidas fora do local de trabalho². O cérebro emocional, mais rápido e primitivo, faculta a tomada de decisões, ao dar uma linha de orientação intuitiva que permite decidir entre as diversas possibilidades³. Por sua vez, o cérebro racional, atua mais lentamente (cerca do dobro do tempo), atenua, afina, relativiza e aperfeiçoa as reações do cérebro emocional⁴. Ambos formam um todo que permite ao ser humano compreender, interpretar e reagir ao ambiente

e aos fenómenos^{3,5}. A competência profissional situa-se entre a cognição e a emoção. Existe uma sinergia entre as capacidades de inteligência emocional e de inteligência cognitiva, sendo que quando o desempenho sobressai é porque o profissional possui ambas. Atualmente, considera-se o domínio das emoções e a capacidade para lidar com as emoções mesmo que negativas, um dos pontos essenciais para a otimização dos níveis de desempenho profissional e da qualidade do trabalho^{2,1}. O ambiente onde os profissionais de saúde trabalham influenciam o seu estado emocional.

A IMPORTÂNCIA DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL (IE) NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

Os profissionais de saúde, nos mais diversos contextos, estão em permanente interação com outros profissionais, utentes e familiares. No ambiente perioperatório estabelecem um elevado número de interações num curto espaço de tempo, gerem situações complexas, de elevado risco e imprevisibilidade, e precisam de uma concentração e controlo máximos. Estão sujeitos a um estado emocional em alteração permanente e a fatores que potenciam o desgaste físico e emocional. É óbvia a importância que a IE tem neste contexto tão específico de cuidados.

Os profissionais com inteligência emocional prestam atenção às emoções, entendem-nas e lidam bem com elas utilizando-as numa função adaptativa com vantagens para si e para os outros ³. Aqueles que possuem um elevado autoconhecimento, entendendo as suas emoções e situações em que ocorrem e que são capazes de reduzir os seus estados emocionais negativos e prolongar os positivos, mostram níveis mais elevados de saúde⁷.

As competências relacionais facilitam o relacionamento com os doentes, familiares e com os outros profissionais de saúde. A capacidade de interpretar os sinais emocionais possibilita orientar o pensamento e ajustar os comportamentos para atingir os objetivos ou metas pretendidas. A adaptabilidade, o autocontrolo, a resiliência, a capacidade de decisão e a capacidade de fomentar o diálogo, utilizando uma linguagem adequada, de expressar forma assertiva as emoções e de gerir conflitos têm uma enorme relevância no sucesso e eficiência da atuação do profissional de saúde.

Por outro lado, a empatia, a capacidade de gerir as emoções e de escutar os outros, contribuem para um ambiente de trabalho mais harmonioso, facilitam o trabalho da equipa e o foco no essencial, nas necessidades do doente e na sua segurança e simultaneamente ajudam na regulação dos conflitos e fatores que interferem negativamente na atividade e no controlo das situações.

Uma elevada consciência emocional permite ter consciência da situação, isto é, permite recolher a informação relevante, compreendê-la e conseqüentemente permite prever, projetar e antecipar o que pode acontecer como resultado das possíveis ações de todos. Possibilita tomar decisões, comunicá-las, implementá-las e revê-las continuamente de forma flexível adequando-se às circunstâncias e finalidades, ou seja, permite atuar de forma adequada e com estratégia.

Uma maior maturidade emocional das equipas determina a qualidade do trabalho e sucesso organizacional.

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E SEGURANÇA DO DOENTE

Grande parte dos erros e acidentes são atribuídos a fatores humanos, frequentemente causados por inexperiência, distração, ruído, sobrecarga de trabalho, fadiga, stress, problemas interpessoais, conflitos, entre outros ou têm origem em falhas organizacionais ou do sistema frequentemente relacionadas com problemas de comunicação, falta de liderança, erros no desenho dos processos ou distribuição de tarefas, responsabilidades mal definidos, falta de formação, ausência de barreiras de segurança^{8,9,10}. No bloco operatório, os profissionais de saúde lidam com uma variedade de situações e trabalham com diversas equipas. Momentos de grande instabilidade, imprevisibilidade, interrupções, pouco controlo e autonomia, associados a turnos pesados e longos, horas extras em sala de cirurgia, com doentes com situações clínicas complexas podem causar erros e elevado stress que, por sua vez, podem provocar respostas emocionais menos eficazes, em determinados momentos^{11,12,13}.

Múltiplos estudos estabelecem uma relação entre o stress dos profissionais de saúde e incidentes que afetam a segurança do doente.

Há características crónicas e recorrentes do trabalho que aumentam a pressão sobre as equipas e a probabilidade de ocorrência de eventos adversos: a pressão do tempo, elevadas solicitações, interrupções, desconcentração e baixo controlo, podem provocar eventos, tais como: documentação incompleta ou incorreta, erros de medicação, atrasos na prestação de cuidados e situações de violência^{14,15}.

Uma deficiente autoconsciência, autorregulação ou empatia podem desencadear respostas desadequadas e interações emocionalmente pouco inteligentes. Atitudes desajustadas podem, em alguns casos, desencadear situações hostis e atitudes abusivas, que desmoralizam, desconcentram, desmotivam e desgastam a equipa. A falta de aptidões relacionais e sociais podem estar na origem de comportamentos rudes e perturbadores entre os profissionais de saúde e representam uma ameaça séria à segurança do paciente e à qualidade geral do atendimento^{12,16}.

A qualidade da comunicação pode ser afetada pelas emoções¹⁷. As emoções alteram a entoação, o timbre da voz, o volume, as pausas e a componente não verbal, a expressão e postura. Estas alterações na comunicação influenciam a forma como a mensagem é transmitida e percebida e provocam diferentes efeitos e sensações¹⁸. A relação entre inteligência emocional e a eficácia da comunicação é um aspeto a ter em conta na gestão da segurança do doente.

Sabemos que uma parte significativa dos erros clínicos resultam de falhas de comunicação na equipa e reconhece-se a importância de desenvolver estratégias que promovam a eficácia da comunicação como forma fundamental de redução de erros e aumento dos níveis de segurança do doente.

LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL - AUMENTA A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL (IE) DA EQUIPA

A IE não é um estado inato e permanente, é possível aumentar as competências emocionais da equipa com uma abordagem dirigida¹⁹. Também é possível avaliar o nível de inteligência emocional dos profissionais utilizando escalas apropriadas. Vilela e Filipe²⁰ adaptaram e validaram a Escala das Capacidade de Inteligência Emocional, de Veiga Branco, à população de enfermeiros portugueses.

Os líderes devem promover sessões de treino para regulação das emoções e desenvolvimento da maturidade emocional que ajudem as equipas a comunicar e a trabalhar de modo mais eficiente.

Planear formações regulares que ensinem as estratégias para lidar com o stress, o cansaço emocional, a desmotivação e que ajudem elevar a autoestima, a satisfação no trabalho e o compromisso organizacional, melhorando os resultados finais^{21,22,23}. Por outro lado, deve fomentar-se um ambiente que estimule a participação, o pensamento crítico e a ética. A capacidade de questionar, de interagir e intervir sobre o que não é correto, aumenta a autonomia e contribui para reduzir a incerteza, erros e stress. O nível de IE e o comportamento ético dos profissionais tem um impacto significativo no comportamento ético da restante equipa.

É essencial treinar a resiliência individual e da equipa. Os comportamentos de proteção para enfrentar momentos complexos devem ser aprendidos por meio de suporte e educação²⁴.

As equipas podem prosperar a partir da adversidade, tirando partido dos erros. Sessões de formação para aprofundar conhecimentos, treinar habilidades técnicas em equipa, analisar incidentes e desenvolver atitudes positivas aumentam o controlo sobre as situações e a cultura de segurança.

Os líderes têm de estar atentos a sinais de alerta: demonstrações de cansaço extremo, irritação, atitudes menos ajustadas, emoções negativas, exacerbadas, interações hostis, mexericos, abusos e atos desmoralizantes. Devem estar atentos a características recorrentes e crónicas do trabalho que podem ser preditores de eventos adversos. É fundamental levar a equipa a tomar consciência das situações que geram mal-estar e stress, situações complexas, conflituantes e sobrecarga de trabalho e fomentar a mudança das atitudes através de uma melhor compreensão do local de trabalho e alteração das práticas. Entender que há diferença entre um mau dia ou uma sucessão de maus dias que afetam as emoções da equipa tornando-se uma realidade permanente.

É necessário dentro da equipa multiprofissional criar momentos reguladores e sessões e estratégias que estimulem os profissionais de saúde a refletir e concentrar-se nos efeitos dos comportamentos disruptivos e promover uma comunicação aberta, o respeito mútuo e a tomada de decisão partilhada para se obter a qualidade e segurança no atendimento ao doente.

Poderá ser necessário redesenhar os processos de trabalho com o objetivo de aumentar o controlo sobre as atividades e reduzir os elementos causadores de stress garantindo melhores cuidados e a segurança do doente ^{14,12}.

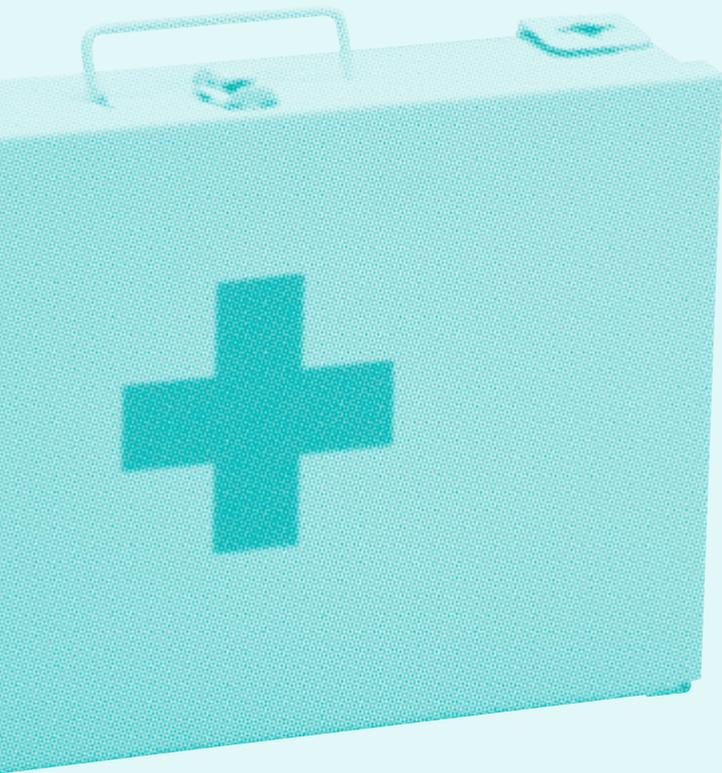
Algumas estratégias simples podem ser importantes para gerir situações causadoras de stress: reuniões de planeamento e de avaliação da atividade, momentos de reflexão sobre o que correu bem ou menos bem, ouvir grupos de Gestão do Risco ou de Segurança do Doente que lancem um novo olhar sobre o mesmo acontecimento, relatar e anotar o que aconteceu no trabalho e impacto sobre os intervenientes e sobre o doente, fazer sessões de relaxamento, treinar a comunicação, treinar competências técnicas, praticar meditação, entre outros ²⁵.

É essencial que as equipas tomem consciência que os comportamentos emocionalmente pouco inteligentes, comportamentos rudes e perturbadores, bullying e incivilidade (ridículo e humilhação) e conflitos entre os profissionais de saúde são uma ameaça para a segurança do doente e qualidade dos cuidados de forma geral ²⁶.

O *bullying* e incivilidade diminuem a autoestima, geram frustração, angústia, insónia, ansiedade e preocupação e que os profissionais submetidos a *bullying* tendem a adotar esses comportamentos no seu futuro, como profissionais, perpetuando-os nos processos de socialização de novos colegas podendo tornar-se num processo endémico ²⁷. Os líderes e formadores devem zelar para que estes processos tóxicos no ambiente de trabalho sejam eliminados no contexto de trabalho e nos processos de supervisão clínica, evitando que as novas gerações de profissionais sejam socializadas com práticas negativa ²⁷.

Devem existir códigos de conduta e comportamento que orientem os profissionais e que estabeleçam os processos formais para gestão de conflitos e abordagem de comportamentos inaceitáveis ²⁶.

Programas de formação sobre a IE como competência profissional, questões éticas e de civilidade na saúde devem ser integradas nos programas curriculares das diferentes profissões e a nível das organizações e dos serviços²⁸. Os líderes devem obrigatoriamente desenvolver as suas competências emocionais tornando-se líderes transformacionais, capazes de contagiar as emoções das equipas e influenciar comportamentos. O desenvolvimento de líderes transformacionais emocionalmente competentes produzirá grupos emocionalmente competentes que podem melhorar o seu desempenho, eficácia e o comprometimento com a organização²⁹.



Mercedes Bilbao

Enf. Coordenadora CHULC
Direção Nacional AESOP

Mercedes Ganito

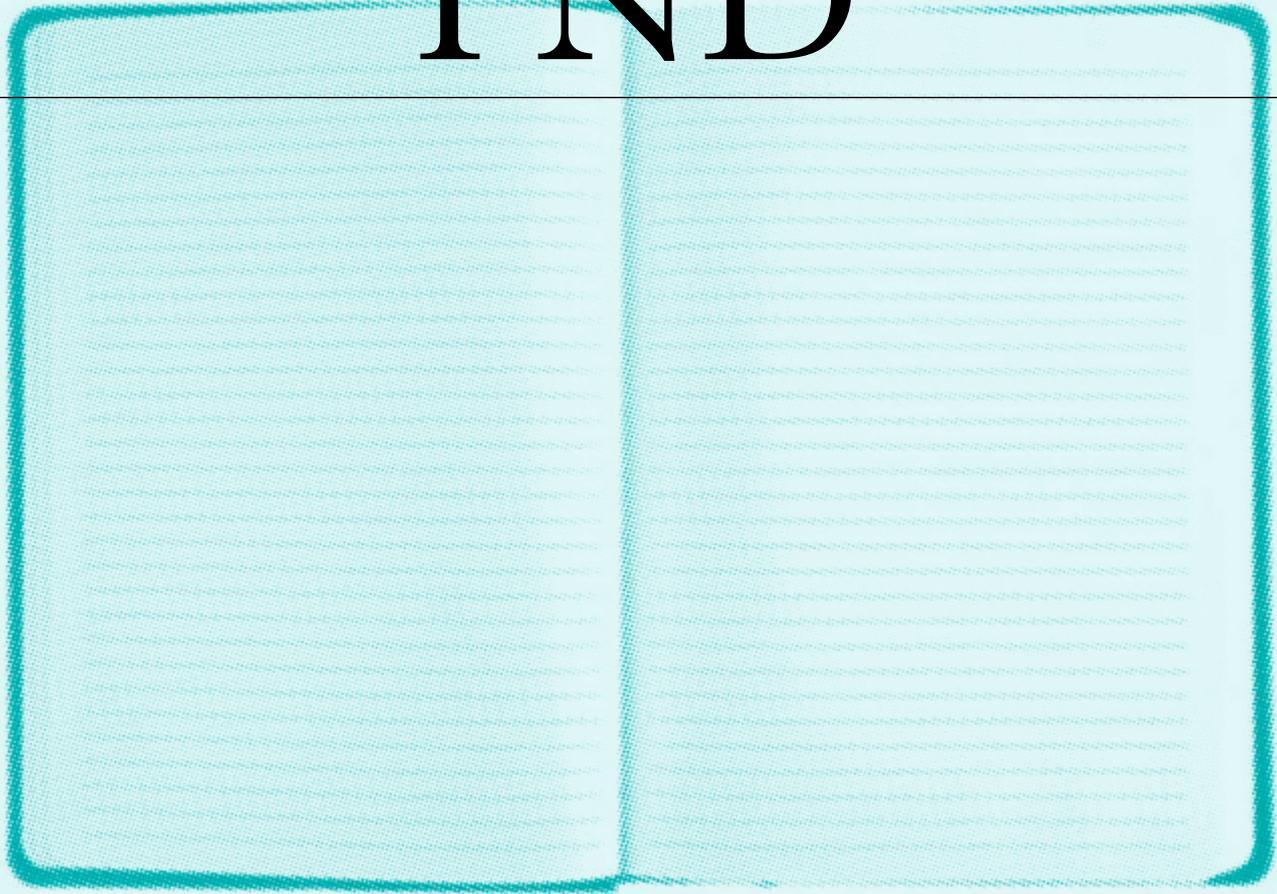
Enf. Gestora do BO Central de Pediatria
CHULC - Hospital Dona Estefânia
Direção Nacional AESOP

BIBLIOGRAFIA

1. Goleman, D. (2014). *Trabalhando com a Inteligência Emocional*. Temas e Debates.
2. Ceitil, M. (2010). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Edições Sílabo.
3. Martin, D., & Boeck, K. (1997). *O que é a Inteligência Emocional: Como conseguir que as nossas emoções determinem o nosso triunfo em todas as situações*. Pergaminho.
4. Damásio, A. (1995). *O erro de descartes, emoção razão e cérebro humano* (10th ed.). Publicações Europa- América.
5. Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: A Construção do Cérebro Consciente*. Temas e Debates.
6. Filipe, L. A. (2017). *Inteligência Emocional Percebida do Enfermeiro e a Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Coimbra.
7. Landa, J. & López-Zafra, E. (2010). The Impact of Emotional Intelligence on Nursing: An Overview. *Psychology, 1*, 50-58. doi: 10.4236/psych.2010.11008.
8. Penney, P. J., & Earl, C. E. (2004). Occupational noise and effects on blood pressure: exploring the relationship of hypertension and noise exposure in workers. *AAOHN journal: official journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 52*(11), 476-480.
9. West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA, 296*(9), 1071-1078. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071>
10. Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health care management review, 32*(3), 203-212. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>
11. Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J., & Freischlag, J. (2010).

- Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of surgery*, 251(6), 995–1000. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>
12. Littlejohn P. (2012). The missing link: using emotional intelligence to reduce workplace stress and workplace violence in our nursing and other health care professions. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 28(6), 360–368. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.006>
 13. Chrouser, K. L., Xu, J., Hallbeck, S., Weinger, M. B., & Partin, M. R. (2018). The influence of stress responses on surgical performance and outcomes: Literature review and the development of the surgical stress effects (SSE) framework. *American journal of surgery*, 216(3), 573–584. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.02.017>
 14. Elfering, A., Semmer, N. K., & Grebner, S. (2006). Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. *Ergonomics*, 49(5-6), 457–469. <https://doi.org/10.1080/00140130600568451>
 15. Lewis, E. J., Baernholdt, M. B., Yan, G., & Guterbock, T. G. (2015). Relationship of adverse events and support to RN burnout. *Journal of nursing care quality*, 30(2), 144–152. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000084>
 16. Stovall, M., Hansen, L., & van Ryn, M. (2020). A Critical Review: Moral Injury in Nurses in the Aftermath of a Patient Safety Incident. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 52(3), 320–328. <https://doi.org/10.1111/jnu.12551>
 17. Codier, E., & Codier, D. (2015). A model for the role of emotional intelligence in patient safety. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 2(2), 112–117. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.157594>
 18. Schutz, R. L. (2004). *Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, na especialid.* (U. D. SOCIAIS, Editor). <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/715/1/teseProfSchutz.pdf>.
 19. Cherniss, C., Goleman, D., Emmerling, R., Cowan, K., & Adler, M. (1998a). Bringing Emotional Intelligence to the Workplace: A Technical Report Issued by the Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations. *The Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations*.
 20. Vilela, C., & Filipe, M. (2012). Adaptação e Validação da Escala das Capacidades da Inteligência Emocional (EVB-CIE) em Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 62-72.
 21. Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: a review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of clinical nursing*, 16(8), 1405–1416. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01749.x>
 22. Cherniss, C., Goleman, D., Emmerling, R., Cowan, K., & Adler, M. (1998b). Guidelines for Best Practice. (T. C. Organizations, Ed.) *The Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations*. https://www.eiconsortium.org/pdf/guidelines_for_best_practice.pdf
 23. Feather R. (2009). Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter?. *Journal of nursing management*, 17(3), 376–382. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00931.x>
 24. Edward, K.-I., & Warelow, P. (2005). Resilience: When coping is emotionally intelligent. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(2), 101–102. <https://doi.org/10.1177/1078390305277526>
 25. Habel, M. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*.
 26. The Joint Commission (revisão 2021). Sentinel Event Alert: Behaviors that undermine a culture of safety. <https://www.jointcommission.org/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea-40-intimidating-disruptive-behaviors-final2.pdf>. (T. J. Commission, Ed.)
 27. Randle J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of advanced nursing*, 43(4), 395–401. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02728.x>
 28. Clark, C. M., Olender, L., Cardoni, C., & Kenski, D. (2011). Fostering civility in nursing education and practice: nurse leader perspectives. *The Journal of nursing administration*, 41(7-8), 324–330. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31822509c4>
 29. Zafra, E. L., Martos, M. P., Martos, P. B., & Landa, J. M. (2017). A liderança transformacional é um preditor da inteligência emocional do grupo em contextos de trabalho? *International Journal of Social Psychology, Revista de Psicologia Social*, 32, nº3, pp. 524-538.

PND



Perioperative Nursing Day

O tema do Perioperative Nursing Day (PND) escolhido pela European Operating Room Nurses Association (EORNA) para 2021 foi “Perioperative Nurses: Together we will succeed”. Com o objetivo de reconhecer e divulgar projetos que tenham sido implementados para manter ou melhorar a qualidade dos cuidados prestados, à pessoa em situação perioperatória em contexto de pandemia, a AESOP, através do lema “Uma ideia, uma mudança!”, desafiou os Enfermeiros Perioperatórios (EPO) a participar num concurso digital de pósteres que teriam que ser construídos baseados na metodologia centrada num problema real e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.

RESULTADOS PND 2021

Responderam a este desafio EPO de todo o território nacional. Foram recebidos 33 pósteres de 29 Hospitais/Centros Hospitalares/Unidades Locais de Saúde, distribuídos por 14 distritos de Portugal Continental e Regiões Autónomas.

Os trabalhos foram inseridos numa plataforma de votação on-line no site da AESOP e divulgados nas redes sociais. Foram votados pela população entre 15 de fevereiro a 30 de junho de 2021.

Dando cumprimento ao regulamento estabelecido, no 6º Fórum de Bloco Operatório 2021, foram divulgados os resultados do concurso e apresentados 2 pósteres:

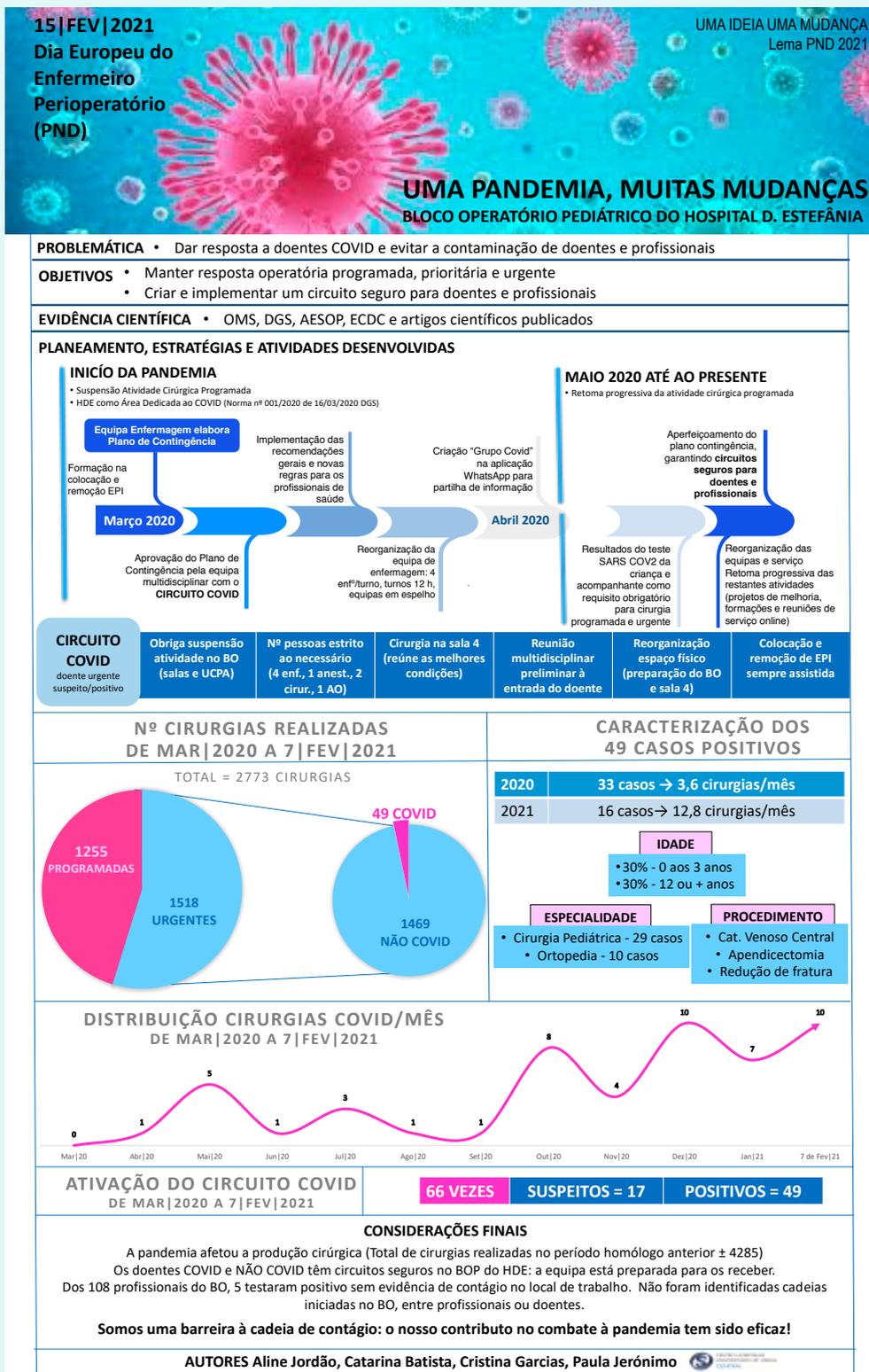
- **o mais votado pelo público**
Póster nº 33 “UMA PANDEMIA, MUITAS MUDANÇAS”; Bloco Operatório Central de Pediatria do Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central EPE;
Autoras: Aline Jordão; Catarina Batista; Cristina Garcias; Paula Jerónimo
- **o selecionado pela AESOP**
Póster nº 12 “EPI-HUMANIZE: Humanização dos Equipamentos de Proteção Individual no Perioperatório na Pandemia COVID-19”; Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE;
Autores: Graziela Fagundes; Óscar Marinho; Paula Magalhães; Ana Cristina Pires

Os resultados podem ser consultados no site da AESOP (https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2021/12/PND2021_tabela-resultados.pdf).



Apesar das dificuldades sentidas por todos, a adesão dos enfermeiros perioperatórios e os trabalhos apresentados foram surpreendentes. Mais uma vez, os objetivos foram cumpridos: o papel social e contributo da Enfermagem perioperatória para a saúde da população durante a pandemia foi amplamente divulgado e reconhecido!

VOTAÇÃO DO PÚBLICO



Póster nº 33 "UMA PANDEMIA, MUITAS MUDANÇAS"
 Bloco Operatório Central de Pediatria do Hospital de Dona Estefânia,
 Centro Hospitalar Lisboa Central EPE; Autoras: Aline Jordão;
 Catarina Batista; Cristina Garcias; Paula Jerónimo

SELECIONADO PELA AESOP

DIA EUROPEU DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS - 15.02.2021

“UMA IDEIA, UMA MUDANÇA!”



Bloco operatório
Graziela Fagundes, Óscar Marinho, Paula Magalhães, Ana Cristina Pires

EPI-HUMANIZE – Humanização dos Equipamentos de Proteção Individual no Perioperatório na pandemia COVID-19

Identificação do problema

A pandemia de Covid 19 implicou mudanças na intervenção de Enfermagem ao doente perioperatório.

A utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) tornou-se essencial em todos os momentos de relação com os doentes. Adquire ainda maior significado quando estamos perante o caso de um doente perioperatório com infeção suspeita/confirmada de SARS-Cov-2, pela diversidade de EPI que utilizados, para garantir a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde.

Com a utilização massiva dos EPI surgiram os efeitos desagradáveis na comunicação e consequentemente na capacidade de promover relação empática e de humanização dos cuidados de Enfermagem Perioperatória.

Suporte teórico

Em 2014 Mary Beth Heffernan, uma artista plástica desenvolveu o PPE Portrait Project como forma de humanizar os EPI durante o surto de Ébola na Libéria.

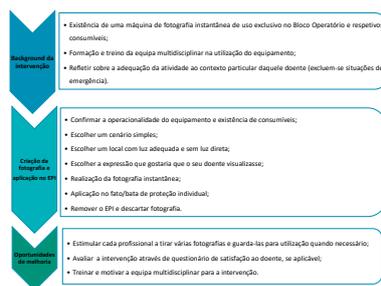
Com o aparecimento da pandemia de COVID-19 este projeto ganhou novo rumo, principalmente nos Estados Unidos da América, sendo atualmente uma ONG designada por PPEportrait.

Os EPI reduzem significativamente a capacidade dos doentes verem a linguagem corporal, em particular a expressão facial que é inerente à individualidade humana. Esta forma de comunicação não verbal é uma parte importante da troca de informações e é vital para estabelecer uma relação interpessoal e de confiança. (hpcp-uk.org,2020)

Objetivos

- Promover a Humanização dos cuidados de Enfermagem no Perioperatório;
- Reduzir a Ansiedade do doente cirúrgico suspeito ou com infeção por SARS-Cov-2;
- Contribuir para a Melhoria da Qualidade dos cuidados prestados no contexto pandémico;
- Promover a Satisfação dos Enfermeiros Peri-operatórios com os cuidados prestados.

Planeamento de estratégias e atividades



Atividades desenvolvidas

- Sensibilização da equipa multidisciplinar para a intervenção;
- Treino da equipa para a execução da fotografia;
- Intervenção em contexto de doentes com infeção SARS-Cov-2 não emergentes;
- Avaliação da taxa de execução da implementação;
- Implementação de melhorias.

Resultados



A avaliação observacional dos diferentes elementos envolvidos na intervenção, durante o período de intervenção (01.01.2021 a 31.01.2021) foi a seguinte:

1. A equipa multidisciplinar refere as vantagens na domínio da comunicação com o doente, sentindo-a mais eficaz e menos geradora de ansiedade.
2. Referem também vantagens na identificação e melhorias na comunicação entre profissionais.
3. Na perspetiva do doente, estes avaliam a intervenção como positiva e humanizada.

Apesar do período de intervenção ter sido curto, as reflexões sobre a sua eficácia foram bastante encorajadoras à sua continuidade e possível reprodutibilidade noutros contextos.

Contudo, carecemos da aplicação de indicadores para uma avaliação de resultados baseada em dados mais objetivos.

Conclusões

- Embora longe de ser uma solução completa, apresenta potencial de humanizar os cuidados de Enfermagem Perioperatória.
- Esta intervenção não apresenta custos acrescidos relevantes, nem interfere com as dotações de Enfermeiros perioperatórios.
- É facilmente reproduzível noutros contextos perioperatórios e outros onde se prestam cuidados a doentes com infeção por SARS-Cov-2.

BIBLIOGRAFIA
Bateson, G. (1985). 'The Ecological Approach to Human Development'. In: Bateson, G. (Ed.), 'Ecological Psychology' (pp. 1-40). London: Routledge.
Bateson, G. (1985). 'The Ecological Approach to Human Development'. In: Bateson, G. (Ed.), 'Ecological Psychology' (pp. 1-40). London: Routledge.
Bateson, G. (1985). 'The Ecological Approach to Human Development'. In: Bateson, G. (Ed.), 'Ecological Psychology' (pp. 1-40). London: Routledge.

Póster nº 12 "EPI-HUMANIZE: Humanização dos Equipamentos de Proteção Individual no Perioperatório na Pandemia COVID-19
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE; Autores: Graziela Fagundes;
Óscar Marinho; Paula Magalhães; Ana Cristina Pires

#EPND2022

EORNA
European Operating Room Nurses Association



**Perioperative nursing
Education improves practice**

European Perioperative Nursing Day
15 February 2022



www.eorna.eu

DESAFIO PND 2022

Para dar resposta ao lema da EORNA para o PND 2022 “PERIOPERATIVE NURSING: EDUCATION IMPROVES PRACTICE”, a AESOP propôs a divulgação de pequenos filmes com mensagens que mostrem o peso das atividades formativas na prática clínica e a forma como a EDUCAÇÃO em ambiente perioperatório contribui para a atualização técnica das práticas dos enfermeiros, da equipa multiprofissional e os benefícios que traz às populações.

Assim, tendo como objetivo demonstrar a importância que a EDUCAÇÃO tem para os Enfermeiros Perioperatórios, na prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação perioperatória, a AESOP propôs que na semana de 13 a 19 de fevereiro de 2022 cada equipa, usando a criatividade, divulgasse nas redes sociais pequenos filmes ao estilo Tik-Tok® que faça alusão ao Lema.

Todos os detalhes estão disponíveis na carta de adesão enviada aos Enfermeiros Perioperatórios (EPO) e disponível no site da AESOP.

Os EPO que pretendam liderar e dinamizar as iniciativas do PND na sua organização ou unidade poderão contactar a AESOP através de: aesop@aesop-enfermeiros.org

Filomena Postiço

Enf. Especialista em EMC à pessoa em situação perioperatória
BO Central Pediátrico CHULC – Hospital Dona Estefânia
Direção Nacional AESOP

Mercedes Ganito

Enf. Gestora do Bloco Operatório Central de Pediatria
CHULC – Hospital Dona Estefânia
Direção Nacional AESOP

Caros Enfermeiros Perioperatórios
ajudem a tornar a revista AESOP
a referência para toda a comunidade
da Enfermagem Perioperatória
e a mantê-la viva durante muitos
e muitos anos. Obrigado.

Mais informações sobre critérios
de publicação, dúvidas ou publicidade,
no site www.aesop-enfermeiros.org
ou através do mail
aesop@aesop-enfermeiros.org
ou revista@aesop-enfermeiros.org.

