

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES

A | E | S | O | P

VOL. XXII
N.º 48
JULHO
2022



6º FÓRUM
NACIONAL
DE BLOCO
OPERATÓRIO

DIVULGAÇÃO
CIENTÍFICA

GREEN OR

PND 2022

ATUALIDADE

35
ANOS

WWW.AESOP-ENFERMEIROS.ORG



**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.º48 /
julho 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 Postiço
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

4

EDITORIAL

Estamos de volta

6

6º FÓRUM

NACIONAL

**Reduzindo desperdício,
acrescentando valor**

34

DIVULGAÇÃO

CIENTÍFICA

**Projeto de Intervenção
no Bloco Operatório
Central: Boas Práticas
na Manutenção da
Assepsia Cirúrgica**

44

GREEN OR

**Vamos tornar o BO
mais verde**

48

PND 2022

**Dia Europeu
do Enfermeiro
Perioperatório**

50

ATUALIDADE

**Convite para o
XX Congresso AESOP**

EDITORIAL



Estamos de volta a mais um espaço de partilha científica em prole do conhecimento da Enfermagem Perioperatória.

O 48º número da revista AESOP inspira-nos pela coerência científica das suas rubricas e compromete-nos num desenvolvimento teórico-prático perioperatório, por sua vez alicerçado no processo formação-ação que caracteriza o propósito deste número.

Redigida sobre a linha temporal 2021-2022, esta edição atua ao nível das conquistas assumidas pelo 6º Fórum de Bloco Operatório, dos contributos associados ao projeto Perioperative Nursing Day (PND) 2022, dos resultados produzidos pelo artigo “Projeto de Intervenção no Bloco Operatório Central: Boas Práticas na Manutenção da Assepsia Cirúrgica”, do estado da arte sobre o comportamento sustentável e a economia circular (Green OR: vamos tornar o BO mais verde) e, por fim, dos propósitos delegados ao XX Congresso AESOP.

Este biénio, caracterizado pelo contexto pandémico da COVID 19, marca definitivamente a história de vida, pessoal e profissional, de cada um de nós e muito em concreto a do enfermeiro perioperatório.

Todos sabemos do que falamos. Não precisamos de muitos substantivos para expor o que fizemos, e fazemos, nem de muitos adjetivos para expressar o que sentimos ou pensamos. Basta admitir!

Somos a AESOP. Representamos, assim, os enfermeiros que assumem a mudança implícita, moldando o desempenho perioperatório através do prefixo “Re”!

Reconstruímos procedimentos para práticas seguras, como podemos constatar através do documento “Recomendações para a Abordagem de doente em contexto Perioperatório Suspeito, Provável, Contaminado ou Infetado por SARS-CoV-2 (CoVid-19), março 2020”.

Reescrevemos essas recomendações com base nas atualizações sucessivas de conhecimento produzido e reflexão sobre os dados da pandemia em curso, através do documento “Recomendações para a Abordagem de doente em contexto Perioperatório Suspeito, Provável, Contaminado ou Infetado por SARS-CoV-2 (CoVid-19) – Atualização abril 2020 – AESOP”.

Redesenhamos o acesso, os fluxos e os circuitos de profissionais, utentes, materiais e equipamentos, a organização dos planos operatórios e refletimos sobre quais os aspetos da saúde, da pessoa em experiência perioperatória, relevantes para um processo de documentação dos cuidados de enfermagem seguro, como se pode constatar no documento “Orientações para a Retoma da Atividade Cirúrgica Eletiva na Fase de Desconfinamento (CoVid-19) – AESOP, maio 2020”.

Readaptamos os meios de comunicação entre profissionais, incorporando o formato virtual no XIX Congresso Nacional, no 6º Fórum de Bloco Operatório e nas reuniões de trabalho.

Redefinimos o processo de comunicação entre profissionais e utentes ao redesenharmos o modo não presencial da consulta de enfermagem perioperatória com o recurso a teleconsulta, a videochamada, ao *chat*,

ao filme, a APP’s disponíveis e ao telefone.

Em síntese, começamos por readaptar, incorporar, atuar, continuar sem hesitar e persistir, para conseguirmos prosperar na consciencialização desta mudança. Somos os enfermeiros perioperatórios, somos AESOP. Mais ainda: integramos os enfermeiros perioperatórios ativos em Portugal, no fundo somos os que garantem os cuidados perioperatórios seguros e especializados.

Juntem-se a nós na forma que considerarem mais adequada ao momento e ao contexto – associados, seguidores, colaboradores, formadores etc. Formemos uma equipa mais representativa, que continue a dignificar a investigação, a privilegiar a formação-ação, a desenvolver os projetos do perioperatório, a representar a Enfermagem Perioperatória no país e no mundo, a assessorar os nossos pares na prestação de cuidados, na gestão e no ensino e a integrar o utente na equipa e no processo de cuidados, capacitando-o para uma experiência perioperatória positiva. Juntos conseguiremos adjetivar esta mudança pela perseverança, ressonância, resiliência, confiança e determinação. Sejamos a AESOP.

Estimados Associados da AESOP sejam bem-vindos ao 48º número da vossa Revista AESOP!

Mónica Macedo
Gestora Executiva do 6º Fórum de BO
Direção Nacional AESOP

AESOP JUL 2022

6º FÓRUM NACIONAL DE BLOCO OPERATÓRIO



A AESOP realizou, em modo virtual, dia 9 e 10 de dezembro de 2021, o seu 6º Fórum Nacional de Bloco Operatório, com o Lema “Reduzindo desperdício, acrescentando valor”.

Foram abordadas temáticas de grande importância para a prática dos cuidados perioperatórios.

Nesta rúbrica destacamos alguns desses temas:

→ **0 que falta para a retenção efetiva de profissionais nas organizações de saúde?**

Artigo da autoria da Enf.ª Gestora e Prof.ª Helena Almeida e da Enf. Especialista Fátima Gonçalves (Coordenadora da Comissão Científica)

Considerando a pertinência da temática da Conferência Inaugural e impulsionadas pelas excelentes críticas, a palestrante e a moderadora desta sessão, aceitaram o desafio de criar um artigo, promovendo uma maior partilha e reflexão sobre o tema da retenção de profissionais nas organizações de saúde e os fatores críticos de sucesso que a promovem.

→ **0 3º desafio da OMS ficou no transfer?**

Este painel teve como tema central o 3º desafio da OMS “medicação sem danos”. Será apresentado um resumo alargado das principais partilhas realizadas pelos palestrantes: Nuno Ferreira (Ordem dos Enfermeiros), António Marques da Silva (Ordem dos Médicos) e André Coelho (Direção Geral de Saúde). A moderação deste painel esteve a cargo da professora Leila Sales.

→ **Agendamento cirúrgico: o que há de novo?**

Resumo da intervenção do palestrante Dr. José Manuel Rego Dias que elucidou sobre os aspetos ideológicos e metodológicos que operacionalizam o complexo processo de agendamento cirúrgico. Este painel contou com a moderação da Enf.ª Mónica Macedo, coordenadora da comissão organizadora deste 6º Fórum de Bloco Operatório.

→ **Mensagem da comissão científica**

Daniela Dias
Enf. Especialista em EMC
Direção Nacional AESOP



**O que falta para
a retenção efetiva
de profissionais nas
organizações de saúde?**

Artigo

RESUMO

Nos últimos anos as organizações de saúde, principalmente as do setor público, debatem-se com um problema crescente de insatisfação e desmotivação por parte dos profissionais de saúde que as integram. Esta realidade determina a mobilidade destes profissionais para as organizações privadas, assim como a emigração, na procura de melhores condições de trabalho e de vida. Estamos, assim, perante novos desafios nos sistemas de saúde e confrontados com a necessidade premente de redefinição de estratégias e modelos de gestão de pessoas para a criação de ambientes favoráveis à prática que permitam a atração e retenção deste capital humano.

A capacitação de um profissional de saúde requer muito tempo e um grande investimento por parte das equipas e das organizações pelo que as organizações devem incrementar uma cultura que privilegie o talento, pois este é um dos fatores que contribuem para transformar a crise em sucesso organizacional. A elaboração deste artigo tem como objetivo abordar a problemática da retenção de profissionais nas organizações de saúde e refletir sobre fatores críticos de sucesso, que são determinantes na retenção deste importante capital humano.

Palavras-chave: retenção de profissionais; ambientes favoráveis à prática; gestão estratégica de pessoas

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde a nível mundial deparam-se com um crescendo de necessidades de saúde por parte dos cidadãos e com o imperativo das restrições orçamentais decorrentes da garantia de sustentabilidade destes sistemas, devendo conduzir, simultaneamente, a uma melhoria da saúde das populações e aos melhores resultados económico-financeiros.

Esta realidade determina novas exigências e desafios com consequentes alterações das condições de trabalho nas organizações de saúde. Assiste-se a uma preocupação crescente, por parte dos profissionais que exercem a sua atividade nestas organizações, de que as condições dos contextos de trabalho afetem a qualidade do seu desempenho e tenham repercussões na qualidade de cuidados fornecidos aos cidadãos e, como um todo, nos resultados da performance organizacional.

É reconhecido o percurso de desenvolvimento das profissões da área da saúde, nomeadamente o percurso académico, com os profissionais a realizarem pós-graduações, mestrados e doutoramentos e da crescente exigência de capacidades e competências, contudo existe a perceção de que esta exigência não é valorizada e não recebem uma compensação adequada pelo seu trabalho.

Estas constatações têm sido tornadas publicas através dos diferentes meios de comunicação social e, da leitura das notícias publicadas sobre médicos e enfermeiros, ressaltam sentimentos de cansaço, desmotivação e insatisfação com as desigualdades provocadas pela reestruturação das carreiras, desvalorização do percurso e das categorias profissionais, dificuldade de progressão sobrecarga de trabalho, rácios inadequados, exposição ao risco, ausência de diálogo

e desconsideração dos governos. São também apontados outros fatores como a falta de condições de trabalho, falta de profissionais, ausência de remuneração de base digna, sobrecarga de urgências hospitalares e excesso de horas extraordinárias, trabalho não pago e descanso não gozado, fraco investimento nos hospitais e ausência de negociação de uma política para as profissões.

Estes fatores são de extrema importância para a atração e retenção de profissionais nas organizações de saúde do setor público em Portugal.

A elaboração deste artigo tem como objetivo abordar a problemática da retenção de profissionais nas organizações de saúde e analisar fatores críticos de sucesso.

O CONTEXTO E A PROBLEMÁTICA DA RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

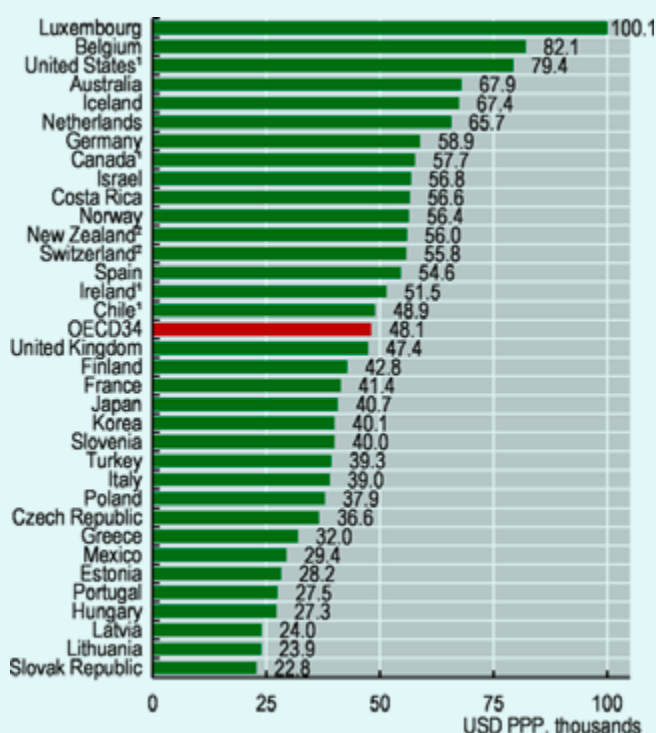
De entre os vários fatores geradores de insatisfação nos profissionais de saúde estão os baixos salários. Vários estudos comprovam que a remuneração é um fator importante para os profissionais se sentirem recompensados pelo papel que desempenham^{1,2}.

Segundo o relatório *Health at a Glance* da OCDE, divulgado a 7 de novembro de 2021, reportando-se ao ano de 2019, Portugal era o quinto país da OCDE que pior remunerava os enfermeiros, em paridade de poder de compra, a seguir à Eslováquia, Lituânia, Letónia e Hungria^(a).

(a) A remuneração dos enfermeiros refere-se ao rendimento médio bruto anual, (USD dollars PPP). A paridade do poder de compra (PPC) é uma métrica usada por analistas macroeconómicos que compara as moedas de diferentes países, incluindo contribuições para a segurança social e impostos sobre o rendimento a pagar pelo trabalhador

A remuneração dos enfermeiros em vários países, inclusivamente nos Estados Unidos, é mais alta do que na maioria dos outros países da OCDE, explicando porque estes países conseguem atrair todos os anos milhares de enfermeiros de outros países³.

Remuneração dos enfermeiros hospitalares, USD PPP, 2019

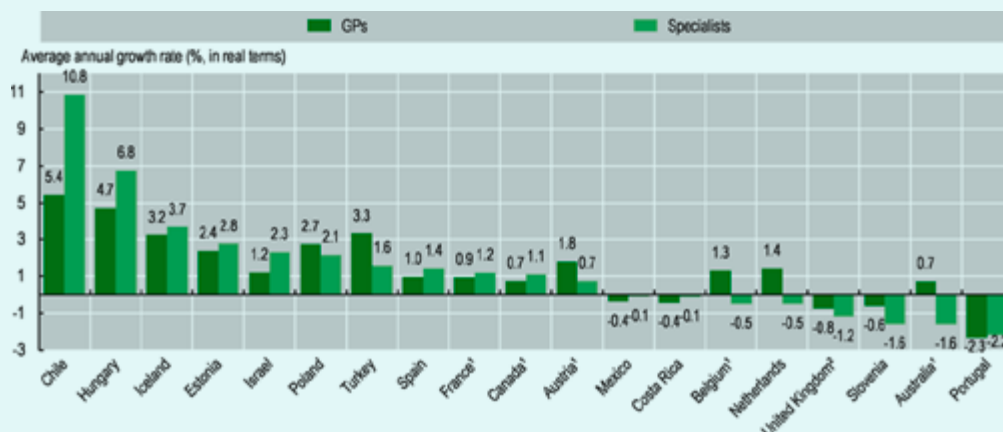


Fonte: Relatório *Health at a Glance*, OCDE 2021

A pandemia por COVID-19 chamou ainda mais a atenção para a taxa de remuneração dos enfermeiros e a necessidade de garantir uma remuneração suficiente para atrair e reter enfermeiros na profissão.

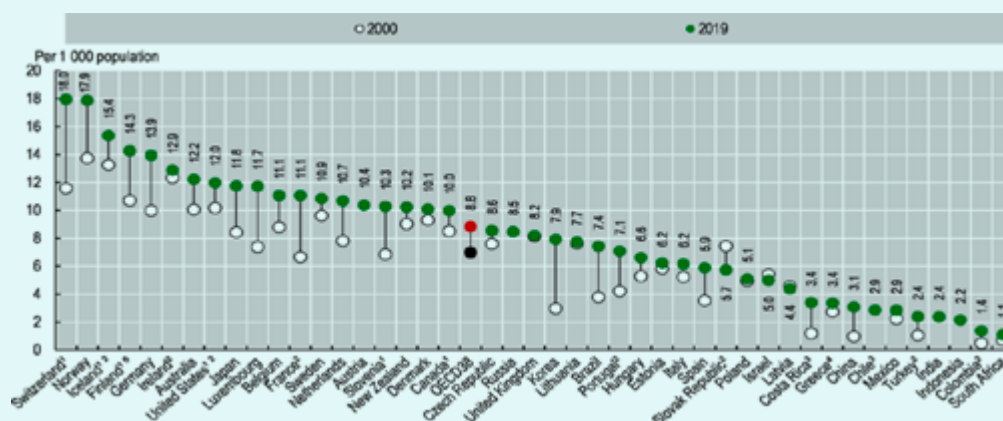
De acordo com o relatório Portugal é o país da OCDE onde a remuneração dos médicos mais diminuiu, em termos reais, entre 2010 e 2012 e, desde então, a remuneração dos médicos aumentou, mas, em termos reais, permaneceu menor em 2019 do que em 2010.

Crescimento da remuneração dos clínicos gerais e especialistas (termos reais), 2010-19



Fonte: Relatório Health at a Glance, OCDE 2021

Enfermeiros por 1 000 habitantes, 2000 e 2019



Fonte: Relatório Health at a Glance, OCDE 2021

As diferenças nos níveis de remuneração dos médicos entre os países também podem atuar como um fator de “desligamento” ou de “atração” quando se trata da migração de médicos. A título de exemplo são referidas as situações do Chile e da Hungria, onde os governos aumentaram substancialmente a remuneração dos médicos, na última década, para reduzir a emigração para outros países como a Alemanha e o Reino Unido ³.

Este relatório, aponta também como fatores de insatisfação, que influenciam a retenção de profissionais de saúde,

a sobrecarga de trabalho e as dotações insuficientes. Portugal detinha, em 2019, um rácio de 7,1 enfermeiros por mil habitantes, muito abaixo da média dos 38 países da OCDE, que é de 8,8 enfermeiros ³. Este rácio é claramente insuficiente para as necessidades da população com uma demografia caracterizada por aumento da esperança de vida, elevado índice de envelhecimento e múltiplas comorbilidades que determinam elevado consumo de recursos em saúde.

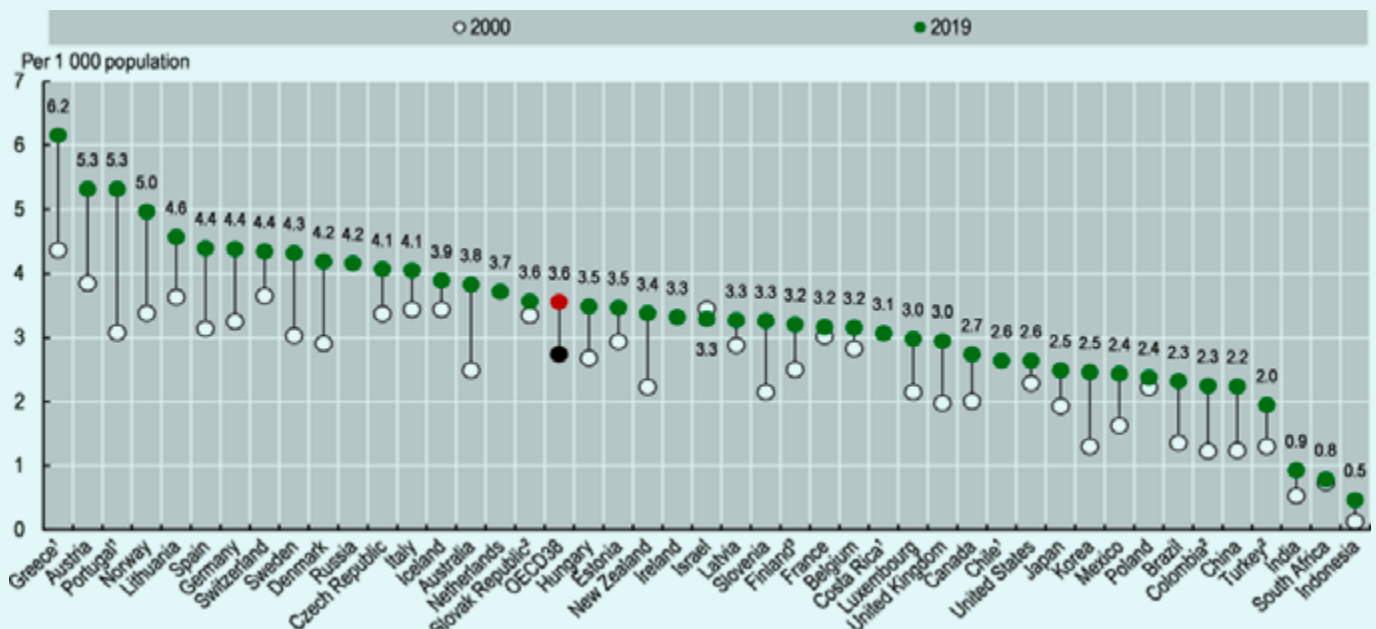
Relativamente ao número de médicos, Portugal surge como o 3.º país da OCDE com maior rácio de médicos per capita, existindo 5,3 médicos por mil habitantes, o que coloca Portugal à frente de países como Alemanha, França e Reino Unido. No entanto, internamente, constata-se que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) está a vivenciar falta de recursos médicos, nomeadamente em várias áreas de especialidade, porque muitos médicos têm vindo progressivamente a optar por trabalhar no regime privado, ou liberal, face à insatisfação existente com as condições de trabalho nas organizações do SNS.

Outro indicador que retrata o poder de atração e retenção de profissionais de saúde está relacionado com a migração internacional, neste caso específico de médicos e enfermeiros.

O número e a proporção de médicos e de enfermeiros com formação estrangeira a trabalharem nos países da OCDE continuou a aumentar na última década³.

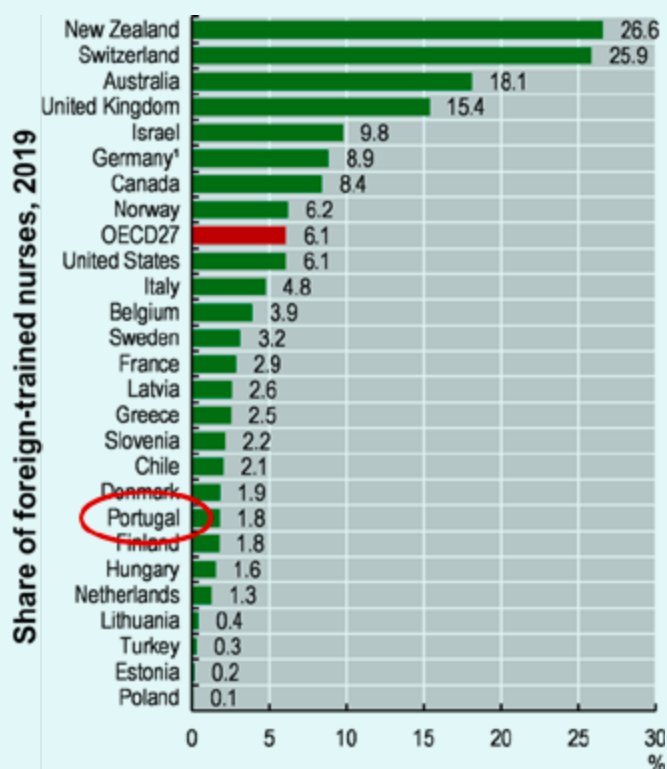
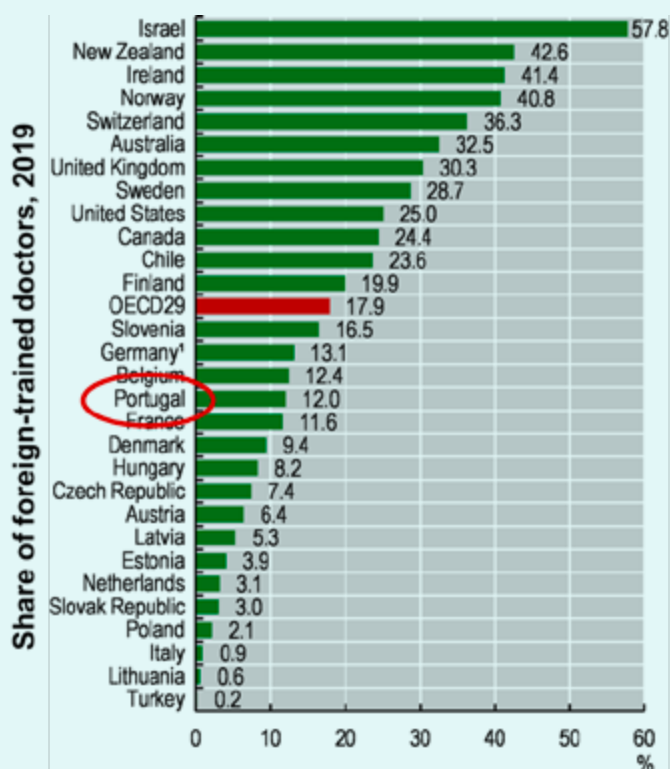
Em 2019, 12% dos médicos e 1,8% dos enfermeiros a exercerem funções em Portugal obtiveram pelo menos seu primeiro diploma em outro país, sendo uma percentagem muito inferior à média apresentada pela OCDE, o que demonstra que temos uma fraca capacidade de atração destes profissionais para o nosso país e, por outro lado, muitos profissionais formados em Portugal emigram para outros países que lhes oferecem melhores condições de trabalho.

Médicos por 1 000 habitantes, 2000 e 2019



Fonte: Relatório Health at a Glance, OCDE 2021

Migração internacional – percentagem de médicos e enfermeiras que trabalham nos países da OCDE e que obtiveram seu primeiro diploma em outro país



Fonte: Relatório Health at a Glance, OCDE 2021

OS NOVOS DESAFIOS DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS VS DE PESSOAS

Analisadas algumas causas que dificultam a atração e retenção de profissionais de saúde nas organizações do SNS em Portugal, importa agora focar os novos paradigmas organizacionais, nomeadamente alguns desafios que se colocam à gestão de recursos humanos *versus* gestão de pessoas^(b), que podem influenciar a capacidade de retenção de profissionais.

(b) A gestão estratégica de pessoas refere-se a um dos aspetos mais importantes na gestão empresarial, pois prima pela valorização das pessoas na organização, pela gestão de competências, permitindo que elas participem na gestão.

Na atualidade, em que se procura obter a performance organizacional, há claramente uma mudança das características valorizadas no trabalho e na liderança, com enfoque na liderança inspiradora e visionária, (re) definição dos postos de trabalho, interação entre o trabalho e a tecnologia, flexibilidade laboral, transição de uma abordagem individual do trabalho para a de equipa e do controlo do trabalho feito pela hierarquia para o do mercado (utente/cliente) e na capacidade para aprender ao longo da vida.

Definem-se os verdadeiros líderes como pessoas com um grande pensamento estratégico, inspiradores, afáveis e visionárias. Estes líderes têm o seu foco no reforço do *coaching e feedback*.

Espera-se que as organizações proporcionem aos profissionais: formação, centrada em novas competências profissionais e articulada com o planeamento estratégico, utilizada como instrumento de gestão e suportada por alterações dos processos de cuidados e da tecnologia; diferenciação, veiculada pela assunção de uma cultura assente no mérito e no desempenho, responsabilizando e reconhecendo em função de resultados; liderança motivadora baseada nas competências individuais e orientada para resultados; fidelização, existência de uma cultura e sentimento de pertença, prestígio como elemento fidelizador, identificação com a visão, missão e valores e cooperação entre profissionais e serviços.

Por outro lado, importa valorizar a multigeracionalidade, que pode ter impactos positivos e negativos na liderança e na gestão de recursos humanos, na medida em que a identidade geracional pode ser suscetível de determinar o que os indivíduos dessa geração querem do trabalho. Tendo por base a proposta de Pritchard e Whiting ⁴ agrega-se as diferentes categorias geracionais e coortes de idade, no Quadro 1. Estas diferenças intergeracionais representam desafios para os gestores na gestão eficaz da sua força de trabalho dado apresentarem valores e expectativas diferentes em relação ao trabalho, que não são facilmente compatíveis ⁵.

Quadro 1: Mudança de gerações – características

Geração X (Nascidos entre 1965 e 1979)	Geração Y "Millennials" (Nascidos entre 1980 e 1996)	Geração Z "Centennials" (Nascidos entre 1997 e 2012)
<ul style="list-style-type: none"> → Sentimento de lealdade face à organização, sobretudo se sentiu que a organização o valorizou e investiu nele, dando-lhe formação e oportunidades de evolução; Dificuldades em se desvincular (sentimento de traição); → Forte sentido de compromisso face à organização (sentido de dever). 	<ul style="list-style-type: none"> → Focado na sua carreira profissional, agradece e reconhece as oportunidades que a organização lhe deu, mas tal não é impedimento de aceitar novos projetos, sem sentimento de culpa; → Valoriza imenso o seu sucesso profissional, podendo privilegiar a sua carreira face à sua vida pessoal; → Aprecia que o gestor ouça as suas preocupações e reconheça o seu valor dentro da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> → Valoriza imenso a sua vida pessoal, ter tempo para si e seus interesses, pelo que a gestão deste equilíbrio pode levá-lo a recusar oportunidades de evolução se as mesmas implicarem perda de qualidade de vida; → Menos sentido de compromisso no cumprimento dos deveres (menor espírito de sacrifício); → Mais realista nos seus planos e com menos expectativas de prosperidade, maior tendência para arriscar e ser empreendedor.

A identificação de como cada geração difere no seu local do trabalho, quais os seus valores de trabalho primordiais, quais os fatores que mais a motiva, fornecerá às organizações e aos gestores, oportunidades para ajustar e adaptar as suas práticas, políticas e estratégias, tendo em vista um aumento não só da produtividade, mas também da motivação, satisfação e retenção do seu capital humano. Reconhecer, compreender e lidar com as diferenças geracionais torna-se cada vez mais importante para o sucesso organizacional. As estratégias do gestor passam por 3Cs: Comunicação, Compromisso e Compensação ⁶. Conhecer e responder às diferentes necessidades de comunicação e respeito pela diferença são fundamentais para o compromisso, compensação, *coaching* e *mentoring* como forma de gerir talentos, promover e valorizar o conhecimento, experiência e habilidades.

É fundamental que o gestor valorize os atributos positivos de cada geração, permitindo desenvolver um plano que promova a qualidade das prestações e a produtividade.

Por outro lado, o talento é algo cada vez mais desejado por parte das organizações.

A gestão de talento aponta para a identificação dos fatores, nos colaboradores, que mais contribuem para a criação de valor e sustentam uma organização de excelência ⁷.

Possuir ou construir talento envolve uma tríade: Competências (conhecimentos e habilidades); Estratégia (visão de futuro); Motivação (paixão e energia). Para que o talento se desenvolva é necessário, acima de tudo, obter conhecimento e desenvolver esse conhecimento com treino, numa atividade que dê prazer e que permita manter a motivação.

Muitas vezes aquilo que uma organização necessita encontra-se exatamente no seu quadro de pessoal, já devidamente alinhado com os objetivos e com a estratégia organizacional. É evidente a importância de uma organização realizar um processo adequado de gestão de talento, através da criação de modelos onde seja possível potencializar os diversos colaboradores pois o talento organizacional é um dos principais fatores para transformar, a longo prazo, a crise em sucesso organizacional. ⁸

É necessário a compreensão por parte de cada organização, tanto a nível individual como coletivo, da existência de uma cultura que privilegia o talento.

Etapas fundamentais no processo de Gestão de Talento (Tarique e Schuler, 2010, cit. Guerreiro, 2012) ⁹

Identificação e atração de talento	Desenvolvimento de talento	Retenção de talento
<ul style="list-style-type: none"> → Processos de recrutamento e seleção; → Identificação do potencial de competências; → Identificação das competências chave. 	<ul style="list-style-type: none"> → Valorizar pontos fortes do desempenho; → Intervir nas lacunas de competências de modo a suprimi-las; → Identificar e padronizar diversos tipos de personalidades; → Realizar formações e processos de socialização. 	<ul style="list-style-type: none"> → Garantir a possibilidade de mobilidade interna; → Proposta de valor através de recompensas; → Foco na motivação dos colaboradores; → Foco na satisfação dos colaboradores; → Importância de um nível de <i>commitment</i> elevado para com os objetivos organizacionais.

AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA COMO PROMOTORES DA RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS

A falta de condições de trabalho afeta a saúde física e psicológica dos profissionais levando à insatisfação profissional, rotatividade, absentismo e problemas no desempenho¹⁰. O ICN, a este propósito, afirma que os ambientes de trabalho pouco saudáveis enfraquecem o desempenho dos enfermeiros e os afasta de ambientes de trabalho específicos ou da própria profissão, sublinhando que “há ambientes que fazem precisamente o contrário, que apoiam a excelência e têm o poder de atrair e reter os enfermeiros”, aos quais atribuiu a designação de “Ambientes Favoráveis à Prática”, reforçando a ideia de que “Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade”^(10, p.5).

Ambientes favoráveis à prática são serviços de saúde custo-efetivos que apoiam a excelência e o trabalho, têm o poder de atrair e reter pessoal e de melhorar a satisfação, segurança e resultados dos utentes¹¹.

Múltiplas variáveis contribuirão para a criação de ambientes favoráveis à prática e, nesse sentido, para garantir a retenção de profissionais e o crescimento quantitativo e qualitativo de recursos humanos, reforçando a capacidade de resposta às necessidades dos cidadãos.

A Qualidade do Ambiente de Trabalho foi estudada, nas últimas quatro décadas, como um fator significativo que afeta os enfermeiros e os resultados do paciente^{12,13, 14, 15,16}.

Os estudos indicam que a Qualidade do Ambiente de Trabalho influencia a retenção de enfermeiros, a rotatividade, o *burnout*^{13,14,15,17,18}; e as percepções dos enfermeiros sobre qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados^{12,13,15}.

Os atributos do ambiente de trabalho do enfermeiro estão relacionados com

a satisfação dos enfermeiros no trabalho e com a intenção de permanecer no local de trabalho.

A American Academy of Nursing, em 1982, após um estudo de cerca de 20 anos, identificou 41 hospitais que, de uma forma consistente, atraíam e retinham enfermeiros. Estes hospitais eram considerados bons locais de trabalho, proporcionavam excelentes cuidados de enfermagem aos utentes e foram designados hospitais-íman^{(c) 19}.

Em 2002, outro estudo, intitulado “Magnet Hospitals Revisited”, permitiu que o pessoal de enfermagem de 14 destes hospitais identificasse oito atributos essenciais para a qualidade dos cuidados, sendo estes: suporte à formação; trabalhar com outros enfermeiros clinicamente competentes; relações positivas entre enfermeiros e médicos; prática autónoma de enfermagem; uma cultura centrada no cliente; supervisão e controle da prática de enfermagem; adequação da parte dos colaboradores; suporte da gestão de enfermagem²⁰.

Acredita-se que um ambiente de trabalho favorável à prática maximiza a saúde e o bem-estar dos profissionais, os resultados de qualidade para os utentes e o desempenho organizacional²¹.

Os ambientes de trabalho pouco saudáveis repercutem-se na qualidade do serviço prestado e no compromisso para com a organização.

(c) O termo hospital-íman (“magnet-hospital”) tem como referência “uma unidade que consegue atrair e reter pessoal com boas qualificações e que presta bons cuidados. Nestes locais os enfermeiros, têm taxas mais baixas de *burnout*, maior satisfação profissional e melhores resultados com os doentes” (ICN, 2007, p.14).

PROMOÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA: ENTIDADES E RESPONSABILIDADES

São quatro as partes interessadas do sector da saúde que têm os seus papéis e responsabilidades na promoção de ambientes favoráveis à prática dos profissionais de enfermagem: o Governo; as Organizações de Saúde; os Profissionais; os Organismos de Regulação / Ordens ¹⁰.



Figura 1. Partes interessadas do setor da saúde que têm os seus papéis e responsabilidades na promoção de ambientes favoráveis à prática

Os governos têm responsabilidades no que se refere às condições de trabalho dos profissionais de saúde porque decidem onde e como investir e as áreas prioritárias de atuação.

As organizações de saúde têm responsabilidades em componentes consideradas determinantes da qualidade dos ambientes da prática de cuidados, nomeadamente as práticas de gestão, estruturas de apoio; políticas de recursos humanos, políticas de gestão de erros, condições para captação de recursos humanos, dotações seguras.

Os profissionais, dos vários níveis, têm responsabilidades em componentes relacionadas com a gestão e liderança, comunicação

organizacional, ética e deontologia profissional, educação e desenvolvimento profissional. As lideranças de enfermagem e médicas assumem particular relevância porque delas depende grande parte dos fatores de influência na qualidade e na eficiência dos serviços e, por conseguinte, das organizações de saúde. Face aos desafios de um ambiente em permanente mudança, as organizações necessitam de valorizar, cada vez mais, os gestores que possuem capacidades de liderança no sentido de inspirarem e motivarem os colaboradores a aceitarem como seus os objetivos e interesses da organização, sendo crucial o seu papel para a manutenção de uma cultura de qualidade.

As Ordens Profissionais, decorrentes da atribuição pelo Estado dos poderes de auto-regulação profissional, terão que assumir na sua política, no âmbito das orientações para a profissão e o controlo da profissão, as questões que se prendem com os ambientes favoráveis à prática. Deverão analisar as tendências para informar os empregadores e governo relativamente a questões emergentes da força de trabalho, entendendo “questões emergentes” como algo que ocorre, algo de novo, questões novas no âmbito da profissão.

Os papéis e responsabilidades destas quatro entidades estão organizados em cinco linhas estruturantes ou organizadores: reconhecimento profissional, práticas de gestão, estruturas de apoio, educação, higiene e segurança no trabalho, cujas características podem ser usadas como referência para detetar deficiências e desenvolver estratégias para promoção de ambientes favoráveis à prática dos profissionais de saúde e, por conseguinte, para contribuir para a atração e retenção de profissionais de saúde.

Estes organizadores são desagregados num conjunto de características/componentes definidoras da qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros ²².

Componentes da qualidade do ambiente de trabalho

Reconhecimento profissional

- Reconhecer as competências do profissional de saúde
- Promover a autonomia e o controlo profissional
- Recompensar o contributo e o desempenho
- Medir a satisfação dos profissionais e agir em função dos resultados

Práticas de gestão

- Compromisso para com oportunidades iguais e tratamento justo
- Fornecer compensação adequada e atempada
- Manter sistemas efetivos de gestão do desempenho
- Oferecer pacotes salariais decentes e flexíveis
- Envolver os profissionais no planeamento e tomada de decisões
- Incentivar a comunicação aberta e o trabalho em equipa
- Promover uma cultura de confiança, justiça e respeito mútuos
- Adotar políticas que incentivem de forma positiva a notificação de má conduta profissional
- Apresentar descrições claras e abrangentes dos cargos
- Garantir que estão implementados procedimentos efetivos de reparação

Estruturas de apoio

- Investir o suficiente na saúde e nos ambientes de trabalho
- Promover fortes relações de emprego
- Aplicar quadros de referência para a regulação de locais de trabalho seguros
- Fornecer equipamento, materiais e pessoal de apoio adequados
- Envolver os profissionais na avaliação contínua
- Promover um equilíbrio saudável entre o trabalho e a vida pessoal
- Oferecer segurança no emprego e previsibilidade no trabalho
- Garantir que o exercício profissional está enquadrado num código deontológico
- Comunicar e manter os padrões da prática
- Rever os âmbitos da prática e as competências

Educação

- Apoiar oportunidades para o desenvolvimento profissional
- Oferecer programas de orientação detalhados
- Promover a supervisão/mentorado/treino efetivos

Higiene e Segurança no Trabalho

- Aderir a níveis seguros de dotações
- Adotar políticas de segurança e bem-estar ocupacional

CONCLUSÃO

Os fatores críticos de sucesso que determinam a retenção de profissionais nas instituições de saúde estão intimamente ligados aos ambientes favoráveis à prática de cuidados. Nestes ambientes, a gestão estratégica de pessoas é centrada em quatro aspetos essenciais: na gestão da confiança, suportada nos valores da autonomia e da responsabilidade dos atores organizacionais; na gestão da coesão social, assente no valor da empregabilidade e do contrato psicológico; na gestão das e pelas competências, enquanto suporte do projeto de cada indivíduo, ao longo da sua vida de trabalho; na gestão da aprendizagem organizacional, enquanto via para a sustentabilidade do desenvolvimento da organização, baseado na noção de capital intelectual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Enfermeiros; Universidade Católica Portuguesa; Faculdade de Ciências Humanas (2004). As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
2. Batista A. A. V., Vieira M. J., Cardoso N. C. S., Carvalho G. R. P. (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*; 39(1):85-91. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gCTryf7vmZSKYpb6MGRxV7L/?format=pdf&lang=pt>
3. OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
4. Pritchard K. & Whiting, R. (2014) Baby boomers and the lost generation: on the discursive construction of generations at work. *Organization Studies* 35 (11), pp. 1605-1626. ISSN 0170-8406.
5. Benson, John; Brown Michelle (2011). Generations at work: are there differences and do they matter? *The International Journal of Human Resource Management*, volume 22 Issue 9.

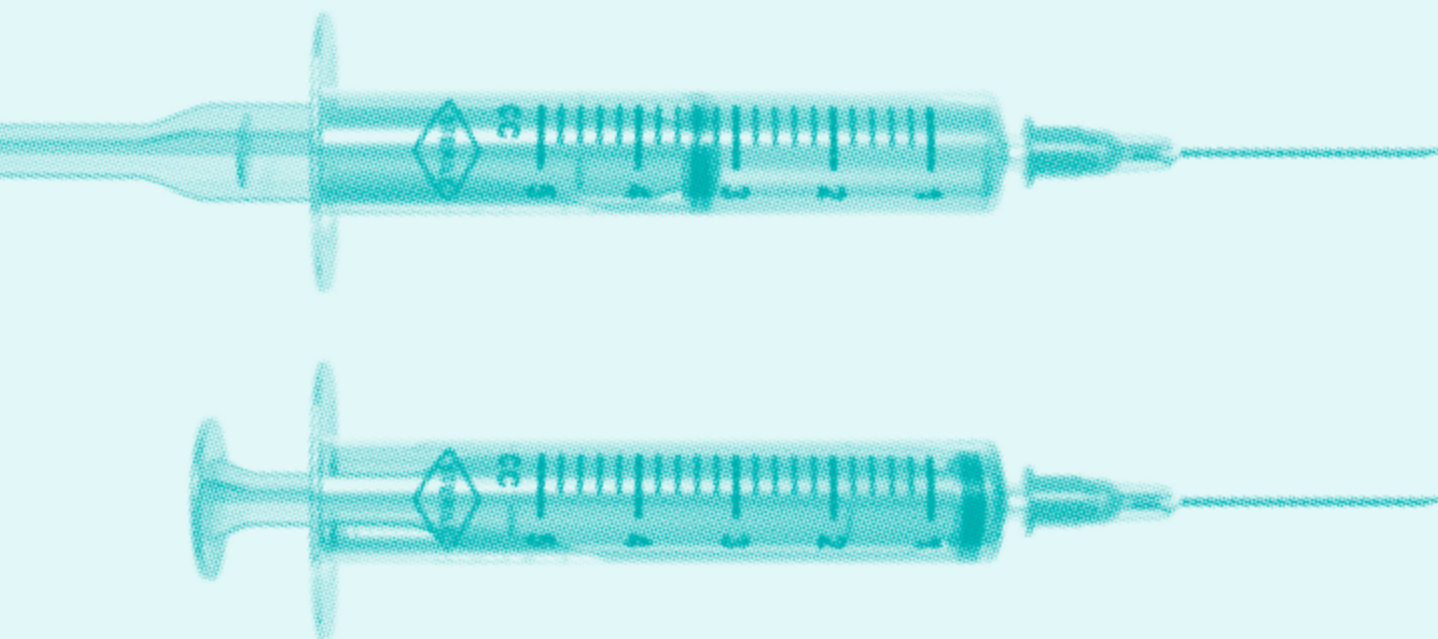
6. Hendricks Joyce M, Cope Vicki C, (2013). Generational diversity: what nurse managers need to know *Journal of Advanced Nursing*, 69(3) , p.717-725.
7. Berger & Berger (2004). *The Talent Management Handbook: Creating Organizational Excellence by Identifying, Developing, and Promoting Your Best People*. New York: McGraw-Hill.
8. McDonnell, A. (2011). Still fighting the “war for talent”? Bridging the science versus practice gap. *Journal of Business and Psychology*, 26(2), 169–173. <https://doi.org/10.1007/s10869-011-9220-y>
9. Guerreiro (2012) *Gestão de Talento: Processos de Atração e Desenvolvimento de Potencial numa Empresa Júnior*. Projeto de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos – ISCTE Business School, Instituto universitário de Lisboa.
10. International Council Of Nurses (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições de Trabalho = Cuidados de Qualidade* (tradução). Geneva: ICN.
11. International Council of Nurses; International Pharmaceutical Federation, World Dental Federation, World Medical Association, International Hospital Federation, World Confederation for Physical Therapy (2008). *Positive practice environments for health care professionals*. http://www.ichrn.com/news/campaigns/PPEGeneric_FINAL.pdf
12. Aiken L. H., Sloane D. H., Clarke S., Poghosyan L., Choi E, You L., Finlayson M., Kanai-Pak M. & Aunguroch Y.(2011) Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357-364.
13. Aiken et al. (2012). Patient satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and United States. *BMJ*, 344(2) e1717.
14. Kutney-Lee A., Wu E. S., Sloane D. M. & Aiken L. H. (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: na analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 195-201.
15. Lake et al. (2016). Higher quality of care and patient safety associated with better NICU work environments. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1), 24-32.
16. Nascimento A. & Jesus E. (2020). Nursing work environment and patient outcomes in a hospital context. A scoping review. *Jona: The Journal of Nursing Administration*, 50(5), 261-266.
17. Choi S. P., Cheung K., & Pang S. M. (2013). Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses job satisfaction and intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 429-439.
18. Liu X., Zheng J., Liu K., Baggs J. G., Liu J., Wu Y. & You L. (2018). *Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses* (1st ed.). American Nurses Association, Inc.
19. KRAMER M.; SCHMALENBERG C. (1988). Magnet hospitals: Part 1 institutions of excellence. *Journal of nursing Administration* 18 (1), p.13-24.
20. KRAMER M.; SCHMALENBERG C. (2004). Essentials of a magnetic Work Environment: Part 1. *Nursing* (5). http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3689/is_200406/ai_n9425001/pg_1?tag=artBody;coll
21. REGISTERED NURSES’ ASSOCIATION OF ONTARIO (2006). *Health Work Environments Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nurses Teams*. Toronto, Canadá: RNAO.
22. INTERNATIONAL CENTRE FOR HUMAN RESOURCES IN NURSING (2009). *Positive practice environments for health care professionals*.
23. http://www.ichrn.com/news/campaigns/PPEPoster_FINAL.pdf

Helena Almeida

Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde. Estudos Superiores Especializados em Administração de Serviços de Enfermagem. Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Enf.ª Gestora, com funções de direção, no Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE. Docente convidada na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Fátima Gonçalves

Enf.ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no CHULC – HS José Coordenadora da Comissão Científica do 6º Fórum Nacional de Bloco Operatório Direção Nacional AESOP



O 3º Desafio da OMS: Ficou no transfer?

Resumo

O painel intitulado “O 3º Desafio da OMS: Ficou no transfer?” decorreu no dia 9 dezembro 2021 com a moderação da professora Leila Sales (Mestre e Enf.º Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professora Coordenadora do curso de licenciatura em Enfermagem da ESS da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, formadora e consultora na área da Segurança do Doente).

O painel de palestrantes contou com representantes de três das principais áreas científicas da área da segurança do medicamento, nomeadamente: Nuno Ferreira, Enfermeiro, em representação da Ordem dos Enfermeiros; António Marques da Silva, Médico anestesiológico, em representação da Ordem dos Médicos; e André Coelho, licenciado em Farmácia, em representação da Direção Geral de Saúde.

Enquadrando o tema e reportando-se ao 3º desafio da OMS “medicação sem danos” lançado em 2017, a professora Leila Sales, destacou os pontos-chave deste desafio, especificamente:

- a capacitação do cidadão, doentes e cuidadores;
- o foco nos medicamentos LASA e de alto risco; as práticas seguras em todos os contextos de cuidados;
- a implementação de barreiras que reduzam os erros;
- a adoção de protocolos;
- a padronização e implementação de procedimentos;
- a dupla verificação;
- os alertas dos sistemas automáticos e as estratégias de monitorização de erros.

Para dar início à participação dos preletores, deixou duas questões:

1. *Que visão sobre a implementação deste desafio mundial em Portugal na prática clínica?*

2. *Como se pode garantir a segurança do medicamento nos locais mais complexos, como é o caso dos blocos operatórios, onde ainda se pratica a prescrição verbal, a administração de fármacos por mais de um profissional, onde há por vezes escassez de protocolos e se usa frequentemente processos e registos clínicos não informatizados?*

O Enf. Nuno Ferreira destacou o enquadramento regulamentar da profissão de Enfermagem, como principal trunfo para garantir o cumprimento das práticas de segurança do medicamento. Salientou a importância da investigação e da formação

para a melhoria a qualidade dos cuidados, otimização dos resultados em saúde e para o desenvolvimento profissional e da própria profissão. Evidenciou a Ontologia de Enfermagem como a matriz cultural e de referência dos enfermeiros.

Considerou como ferramentas chave para defender a segurança e qualidade dos cuidados e a segurança da medicação: o regulamento da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica, o regulamento da acreditação e creditação de atividades formativas dos contextos da prática clínica e restantes regulamentos nomeadamente, o regulamento geral das áreas de competência acrescida e regulamento individual de competências.

Estes regulamentos reconhecem as capacidades técnicas e científicas dos enfermeiros e são garantia da qualificação destes profissionais para um exercício diferenciado nas diversas e complexas áreas de cuidados. Por seu lado, a idoneidade formativa dos contextos da prática clínica permite garantir um conjunto de requisitos dos ambientes formativos, assegurando a qualidade e resultados da formação em contexto da prática profissional.

Considerou igualmente relevantes para o tema em debate, o reconhecimento das diferentes áreas de especialidade em Enfermagem, nomeadamente da Área de Especialidade da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória através do regulamento de competências, do programa formativo e padrões de qualidade específicos. Por fim, abordou a questão das dotações seguras considerando os rácios, a qualificação, e condições em que os enfermeiros praticam a sua atividade, como fatores preponderantes na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

O Dr. António Marques iniciou a sua reflexão salientando que os profissionais conhecem o impacto dos eventos adversos na saúde. Nos últimos 20 anos, várias publicações têm alertado para a dimensão do problema e há mais de 10 anos que OMS revelou que 17 milhões de pessoas morriam por ano devido a situações evitáveis em contexto da atividade cirúrgica. Nestes últimos anos existiu um grande investimento na Cirurgia Segura, o protocolo universal de segurança da Joint Commission, lançado em 2003, e o programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” da OMS, em 2007, foram incluídos nos processos de acreditação da qualidade e criadas normas e orientações de boas práticas. Em Portugal a DGS publicou o Manual de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS e em 2013 publicou a norma “cirurgia segura salva-vidas” e indexou os resultados a alguma renumeração. Os enfermeiros assumiram de forma brilhante a implementação da Cirurgia Segura na prática.

Destacou o grande investimento em protocolos básicos de modo a atingir metas em diversas áreas da segurança do doente e na área da segurança do medicamento, o foco nos riscos associados aos medicamentos LASA, medicamentos de alto risco e medicamentos com dosagens diversas. Relembrou as normas emanadas pela DGS: “medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes”, “medicamentos de alerta máximo” e a orientação “Processo de Gestão da Medicação”; e salientou algumas estratégias implementadas pelas próprias instituições de saúde que funcionam como barreiras de segurança na identificação e uso de medicamentos LASA, de alto risco e de dosagens múltiplas, entre elas: divulgação de listas destes medicamentos, regras na seleção para limitação do nº de apresentações disponíveis,

regras na rotulagem para identificação clara e sinalética adequada, limitação de acesso, utilização de sistema eletrónico, centralização da preparação, regras para os stocks, implantação da dupla verificação, formação, educação dos utentes, etc.

No entender do Dr. António Marques os profissionais sabem e compreendem o que está em causa, têm os conhecimentos técnicos, mas não integraram esse saber na sua cultura, nos seus hábitos diários e nas suas atitudes. Refere como pilares de mudança uma estratégia dirigida, mais sensibilização, educação e sobretudo disciplina, não só junto dos profissionais, mas também nas faculdades, escolas e ao longo do processo de formação dos profissionais.

Tem de haver uma interiorização dos conhecimentos para se alterarem os atos. Tem de haver um compromisso de todos para fazer melhor e um trabalho conjunto da DGS e Ordens Profissionais para mudar os comportamentos e inverter este modelo tradicional, impor a solução e garantir o cumprimento das boas práticas.

O Dr. André Coelho fez uma breve alusão ao caminho que tem vindo a ser feito desde os desafios e orientações da OMS, passando pelo plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, focando-se atualmente nos pilares e estratégias do plano de 2021-2026.

Considerou como o ponto central e estratégico para reduzir os erros, o foco no envolvimento do doente. Em relação à segurança do medicamento fez referência a quatro pontos chave: medicamentos de alto risco, os medicamentos LASA, a reconciliação terapêutica e os sistemas de informação e relembrou as nomas e orientação emitidas pela DGS para reduzir os riscos nesta área. Referiu os resultados das auditorias efetuadas pela Comissão de Qualidade e Segurança, onde se constata uma evolução, com a melhoria significativa e envolvimento das organizações, sendo que a maioria tem lista de alerta para medicamentos LASA e de Alto Risco. No entanto, continua a haver uma subnotificação de incidentes associados à medicação, com informação pouco fidedigna dificultando a avaliação face ao objetivo da OMS de reduzir em 50% os incidentes. Destacou a importância do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 nesta matéria, salientando os cinco pilares que constam do documento e suportam os quatorze objetivos estratégicos de segurança: Cultura de Segurança, Liderança e Governança, Comunicação, Prevenção e Gestão de Incidentes e Práticas Seguras em Ambientes Seguros.

Enumerou os objetivos mais relevantes para a segurança do medicamento: a participação do doente como aspeto central; o aumento da literacia do cidadão, a comunicação na transição entre cuidados, a reconciliação terapêutica, as práticas seguras em ambiente seguro, as ferramentas digitais que podem ser irrelevantes para pessoas com menor literacia, a atualização dos normativos e monitorização das práticas.

Concluiu a sua intervenção afirmando que este documento está alinhado com o desafio da OMS, mas que é um trabalho inacabado. Refere como essencial, o trabalho e esforço de todos para identificar, corrigir, prevenir, aprender e perceber quais as fragilidades e implementar o plano sempre centrado no envolvimento dos doentes.

Foi um painel extremamente marcante, pela relevância do tema e ousadia da questão colocada à partida, pelas reflexões dos preletores e pela enorme participação dos participantes. Um caminho importante e indispensável começou a ser percorrido. Ficou o compromisso de se dar continuidade ao trabalho na procura de soluções para a implementação de boas práticas no uso do medicamento em contexto perioperatório. Em futuras iniciativas deverão ser envolvidas as Ordens Profissionais, de Enfermagem, dos Médicos e dos Farmacêuticos, a DGS, o Infarmed e a ACSS.

Questões colocadas pelo público

- *Porque não temos conhecimento dos números de eventos sentinela em Portugal?*
- *Porque há dificuldade em notificar os eventos, se por medo da punição se por falta de sigilo da informação que é notificada?*
- *Para quando a prescrição eletrónica como estratégia de segurança de medicação nos blocos operatórios onde ainda há indicação verbal das prescrições?*
- *Porque não existem em muitos blocos operatórios registos eletrónicos e integrados?*
- *Que riscos existem por haver médicos e enfermeiros a administrar medicamentos?*
- *Porque são pouco utilizados fármacos pré-preparados ou seringas pré-carregadas?*
- *Que tecnologias podemos colocar à disposição dos profissionais?*
- *Em relação à indústria, porque não existem regras específicas para minimizar os riscos associados à aparência (medicamentos LASA)?*
- *Para quando um documento conjunto entre as ordens profissionais e a DGS com recomendações que possam ajudar os profissionais na sua prática?*

Enf. Nuno Ferreira (Ordem dos Enfermeiros)

- *Os profissionais de saúde estão consciencializados para os riscos associados à medicação.*
- *A Ordem dos Enfermeiros pôde comprovar que a subnotificação de incidentes está frequentemente associada à falta de recursos humanos e que a falta de dotação segura compromete a boa prática.*
- *Responsabilidade da indústria farmacêutica e do Infarmed na questão dos medicamentos LASA.*

Dr. André Coelho **(Direção Geral de Saúde)**

- *Não é possível haver identificação dos eventos sentinela quando não há notificação dos mesmos.*
- *Mesmo não havendo aumento nas notificações é preciso trabalhar para reduzir os eventos.*
- *Quando os erros de medicação se traduzem em danos para o doente são uma reação adversa ao medicamento e devem ser obrigatoriamente notificados no sistema de farmacovigilância, não podendo haver anonimato.*
- *A centralização da pré-preparação da medicação nas farmácias hospitalares é uma das boas praticas que deve ser promovida.*
- *Em relação aos medicamentos LASA a grande responsabilidade não cabe à DGS, mas sim ao Infarmed.*
- *O processo de compra de medicamentos é centralizado e todos os hospitais usam a apresentação que foi escolhida no concurso e que essa seleção está também condicionada pelas restrições financeiras.*

Dr. António Marques **(Ordem dos Médicos)**

- *A subnotificação está associada à falta de motivação dos profissionais por acreditarem que não faz diferença.*
- *É essencial a responsabilização individual considerando que sem consequências não há mudança.*
- *A indústria não faz mais porque não existem consequências.*
- *Melhorar a interoperabilidade entre programas caminhando para registos integrados que possibilitem o acompanhamento e monitorização, em detrimento de ilhas de dados e de conhecimento.*

Mercedes Ganito

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



Agendamento cirúrgico, o que há de novo?

Resumo

O Agendamento Cirúrgico é a temática central do 4º Painel deste Fórum e abre o caminho para a identificação das palavras-chave que o estruturam: *Gestão do processo de agendamento cirúrgico* com tradução ao nível *da gestão dos planos operatórios, das equipas cirúrgicas e das listas de espera. Eficiência, eficácia, criatividade*, na perspetiva analítica do “*como fazemos*” em prole dos resultados que queremos e pretendemos obter.

Neste âmbito e, com o foco na pessoa cuja condição de saúde exige uma intervenção cirúrgica, *encorpamos este puzzle semântico*, intitulado “Agendamento cirúrgico, o que há de novo?”, através da partilha da experiência do Dr. José Manuel Rego Dias (Assistente Hospitalar graduado do Serviço de anestesia do Hospital de São João) enquanto adjunto da direção do bloco operatório central e da urgência e por conseguinte ator principal na gestão do processo do agendamento cirúrgico.

A sua intervenção, neste painel científico, elucida-nos sobre os aspetos ideológicos e metodológicos que sustentam a estratégia para a operacionalização do processo de “agendamento cirúrgico” em uso! Assim sendo, apresentamos um resumo da enriquecedora partilha deste palestrante:

A PERSPETIVA DO PLANEAMENTO E AGENDAMENTO CIRÚRGICO ENQUANTO FERRAMENTA

O planeamento e o agendamento cirúrgico devem ser considerados *ferramentas de gestão*, num nível macro, porque atuam no plano estratégico da gestão hospitalar, num nível mais particular, porque formalizam o plano de ação estruturado para cada bloco operatório. *“Identifica-se no planeamento e agendamento cirúrgico um potencial significativo para a eficiência de uma unidade produtiva como é o bloco operatório, dado que interfere numa variedade de recursos com custos elevados, entre os quais: salas operatórias, unidades pós anestésicas e cuidados intensivos, camas hospitalares, recursos materiais, recursos humanos – anesthesiologistas, cirurgiões, enfermeiros, assistentes operacionais – e recursos tecnológicos.”*

A PERSPETIVA DO PLANEAMENTO E AGENDAMENTO CIRÚRGICO ENQUANTO ESTRATÉGIA PARA UMA GESTÃO POSITIVA

O planeamento e o agendamento cirúrgico devem ser operacionalizados através do *princípio da gestão inteligente centrada no foco e na liderança emocional*, como demonstrado pelo palestrante, nos seguintes exemplos:

- Reunião semanal com a direção da UAGC (Unidade Autónoma de Gestão de Cirurgia) e diretores dos serviços cirúrgicos, para avaliação e discussão das listas de espera e agendamento das cirurgias. A este nível o foco está em: planos operatórios exequíveis, efetivos e eficientes para todos os intervenientes.
- Construção, por parte de cada diretor de serviço, de uma lista com a marcação de cada cirurgia segundo a prioridade de cada doente, respeitando o número de cirurgias a concretizar semanalmente.
- Realização de um calendário mensal que determina a especialidade cirúrgica associada a cada sala. A este nível destaca-se a interdisciplinaridade positiva entre os profissionais, onde os pontos de interesse convergem no sentido do consenso.
- Email diário com o plano operatório de cada sala, endereçado aos respetivos elementos de cada equipa. Pretende-se assim dar conhecimento da constituição da equipa escalada, de forma a facilitar o contacto de todos os elementos e a troca de informação pertinente e útil face ao plano operatório apresentado

em anexo. Reconhece-se, assim, o valor da gestão informal e da comunicação na veiculação da informação útil e pertinente.

- Supervisão diária do serviço e da equipa multidisciplinar, gerindo de uma forma dinâmica e atenta a diversos tipos de problemas, tais como: conflitos de interesses; particularidades das equipas ou das técnicas cirúrgicas, cirurgias adicionais, cancelamentos, compensações de cirurgias com maior ou menor duração do tempo previsto, modificações do horário. Destaca-se a importância da “maestria” na inclusão e consideração de todos os atores da “orquestra operatória”, dado que todos são o resultado de cada um na qualidade do desempenho alcançado.
- Implementação de duas salas de anestesia regional com impacto na taxa de ocupação das salas, nomeadamente na diminuição dos tempos totais da sala por doente: redução do tempo controlado pela anestesia, com consequente aumento da produtividade e evidência na prática eficiente.
- Aquisição de equipamento – redução do tempo cirúrgico e aumento da segurança do doente. Pretende-se que este planeamento de necessidades em recursos materiais seja realista e, ao mesmo tempo, congruente com o potencial económico-financeiro da instituição e/ou da tutela.

- Implementação e atualização de protocolos: a formação contínua no centro do desenvolvimento profissional e pessoal de cada elemento da equipa multidisciplinar.
- Utilização de ferramenta de gestão – a utilização de sistemas de informação, como o B Simple, permitem o acesso a indicadores que ajudam na melhoria do desempenho, através da obtenção de dados reais sobre: hora média da entrada do primeiro doente, tempos totais e tempos médios das salas, cirurgias concluídas, mapa do desempenho global, mapa por anestesia, profilaxia antibiótica, taxa LVSC, taxa LVSC detalhes, entre outros. Salientando a relevância, neste âmbito, do acesso a dados úteis na capacidade de influenciar o comportamento seguro e adequado.

A PERSPETIVA DO PLANEAMENTO CIRÚRGICO ENQUANTO FERRAMENTA DE SUPORTE AO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

O Dr. José Manuel Rego Dias evidencia, neste ponto, a lógica do categorizar os níveis de decisão em prole das necessidades e/ou das prioridades: definição de níveis de decisão no planeamento e agendamento do bloco operatório, onde o nível operacional (decisões a curto prazo) prevê a monitorização e supervisão diária; o nível tático (decisões a médio prazo) contempla o calendário cirúrgico mensal; e por fim, o nível estratégico (decisões a longo prazo) procede à análise dos indicadores sensíveis a esta problemática com a finalidade de implementar as medidas corretivas adequadas à conversão dos problemas identificados em soluções.

Enalteçamos, assim, o testemunho do Dr. José Manuel Rego Dias e em jeito de considerações finais, imprimimos o que há de novo? ou melhor, o que deve ser novo?:

Um Planeamento Cirúrgico focado em planos operatórios exequíveis, mas sobretudo efetivos. Uma aposta na visão astuta e na atitude criativa da equipa residente que, sempre presente, enumera de cor os aspetos de melhoria continua que devem compor o procedimento “Gestão do plano Operatório” –

- Condição de saúde do utente – idade; patologia associada; vulnerabilidade.
- Critérios clínicos – técnica cirúrgica; técnica anestésica.
- Constrangimentos expressos – gestão de matérias e de equipamentos; perícia ou maturidade técnica; atrasos imprevistos; gestão de camas e/ou de circuitos.

Um Planeamento Cirúrgico alicerçado numa liderança emocional que, dirigida a uma equipa multidisciplinar, composta por vários atores, todos eles singulares e imprescindíveis, aposta na maestria da ressonância e da convergência, ou seja, na (re)construção do procedimento Agendamento Cirúrgico e na sua aculturação, só que a partir deste momento, em uníssono.

Mónica Macedo
Gestora Executiva do 6º Fórum de BO
Direção Nacional AESOP



Mensagem da Comissão Científica

Resumo

À semelhança de eventos anteriores, a AESOP, no seu 6º Fórum Nacional de Bloco Operatório, promoveu um espaço de divulgação de projetos, estudos e trabalhos científicos realizados no âmbito do perioperatório. Este destaque é assumido pela AESOP como um local de partilha com peritos, uma oportunidade de contacto com outros especialistas da área e um momento formativo e de divulgação das boas práticas, dando visibilidade e projetando a Enfermagem Perioperatória.

A Comissão Científica primou pelo rigor e selecionou trabalhos elaborados de acordo com metodologia científica, assentes na inovação, valor e relevância para os contextos da enfermagem perioperatória. Assim, a Comissão Científica do 6º Fórum de Bloco Operatório congratula-se com a participação dos enfermeiros, e de entre 23 trabalhos submetidos para apreciação depois de aplicados critérios definidos em regulamento, selecionou um total de 14 trabalhos científicos, sendo 7 em forma de comunicação livre e 7 em forma de póster.

Os trabalhos e projetos apresentados abordaram diversas áreas de atuação da enfermagem perioperatória como seja: os procedimentos cirúrgicos, a gestão, segurança e qualidade dos cuidados, a gestão do risco, a prevenção e controle da infeção, o desenvolvimento de competências, a capacitação do cidadão.

A Comissão Científica atribuiu o primeiro e segundo prémio nas comunicações livres e posters e ainda uma menção honrosa nas comunicações livres. A menção honrosa decorre da originalidade do projeto, do valor e contributo para agilizar os processos de rastreabilidade e reprocessamento dos instrumentais, e consequente segurança e qualidade dos cuidados ao doente cirúrgico.

A Comissão Científica do 6º Fórum da AESOP agradece a todos os enfermeiros o seu contributo.

Fátima Gonçalves

Coordenadora da Comissão Científica do 6º Fórum de BO da AESOP
Direção Nacional AESOP

COMUNICAÇÕES LIVRES

1º Prémio

Úlceras por Pressão no Contexto Perioperatório Monitorizar.

Realizado por Sofia Mota, Andreia Pereira e Amélia Castilho

2º Prémio

Cateter Urinário nos Doentes Cirúrgicos Monitorizar para Melhorar.

Realizado por Sofia Mota, Andreia Pereira e Amélia Castilho

Menção Honrosa

Rastreabilidade VS Reprocessamento do Material Cirúrgico – um desafio diário do Enfermeiro Perioperatório.

Realizado por Jorge Ferreira, Filipe Beato, Isabel Marques, Sandra Santos e Teresa Pinheiro.

PÓSTERES

1º Prémio

Impacto de uma iniciativa de melhoria da qualidade na taxa de Infeção do Local Cirúrgico e nos custos relacionados com os dias de internamento em doentes submetidos a cirurgia eletiva do cólon e reto.

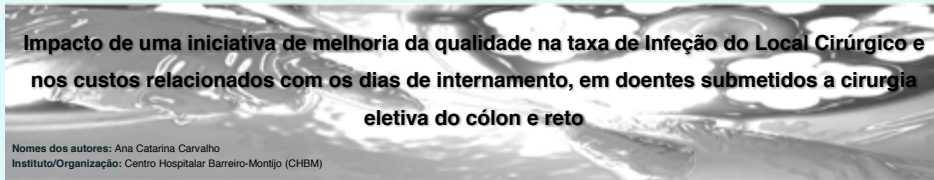
Realizado por Ana Catarina Carvalho

2º Prémio

Consulta de enfermagem perioperatória – Qualidade no Cuidar.

Realizado por Gina Gomes, Carla Jalles, Remédios Regajo e Rute Martins.

1^o PRÉMIO



Impacto de uma iniciativa de melhoria da qualidade na taxa de Infecção do Local Cirúrgico e nos custos relacionados com os dias de internamento, em doentes submetidos a cirurgia eletiva do cólon e reto

Nomes dos autores: Ana Catarina Carvalho
Instituto/Organização: Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM)

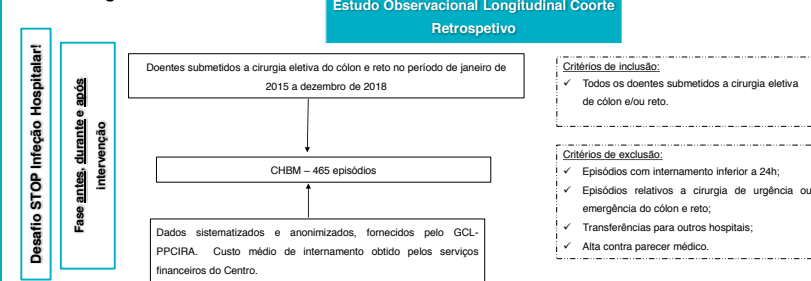
1. Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um evento adverso frequente nas unidades de saúde, refletindo por isso, fragilidades na área da segurança do doente e naturalmente na qualidade dos cuidados prestados. Segundo o estudo Europeu de Prevalência das Infeções e Utilização de Antibióticos realizado em 2016 e 2017, no que concerne à tipologia de infeção, as infeções do local cirúrgico (ILC) surgem como a terceira infeção mais prevalente (18,4%) (Suetens *et al.*, 2018). Estima-se que os doentes que contraem uma ILC têm duas vezes mais probabilidade de morrer, mais 60% de probabilidade de serem transferidos para uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), e ainda cinco vezes mais probabilidade de serem readmitidos no hospital. A implementação de programas focados na redução da incidência de ILC pode contribuir para a diminuição da mortalidade e morbilidade hospitalar, bem como reduzir custos associados a este tipo de infeção (Kirkland, *et al.*, 1999). A cirurgia do cólon e reto tem um elevado risco de infeção no pós-operatório. A avaliação de iniciativas ou estratégias que visem a redução das infeções do local cirúrgico, são por isso essenciais, podendo mesmo traduzir-se em ganhos económicos.

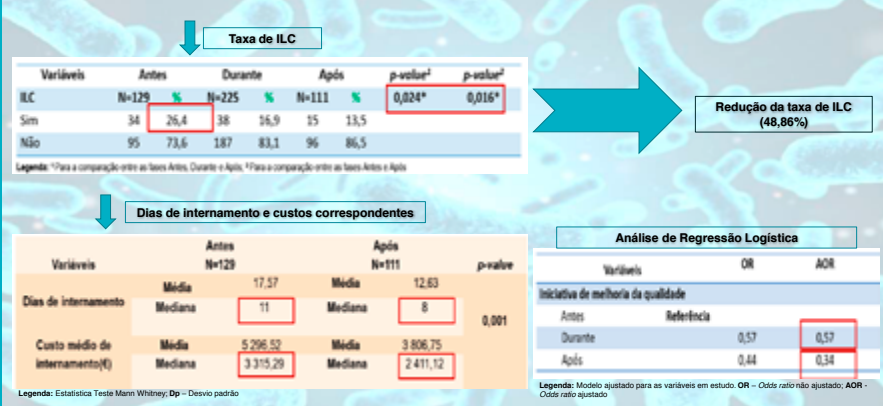
2. Objetivos

O objetivo do presente estudo de investigação consistiu em analisar o impacto de uma iniciativa de melhoria da qualidade, na taxa de infeção do local cirúrgico e nos custos relacionados com os dias de internamento, em cirurgia eletiva do cólon e reto, entre 2015 e 2018.

3. Metodologia



4. Resultados



5. Considerações Finais

Observou-se uma **redução da taxa de ILC** em cirurgia do cólon e reto no CHBM muito próxima de 50%, quando se compara a **fase antes** da intervenção e **após** a intervenção. Aquando da análise de regressão logística, para a variável dependente ILC, o estudo sugere que a **fase durante** a intervenção apresentou menos 43% de hipótese de desenvolver ILC do que a **fase antes** da intervenção e a **fase após** intervenção teve menos 66% de hipótese de desenvolver ILC quando comparada com a **fase antes** da intervenção.

Relativamente ao número de dias de internamento e custo médio de dias de internamento, verificou-se uma **redução significativa no valor de mediana** por episódio, de **11 para 8 dias de internamento**, e uma **redução do custo de internamento de 3 315,29 para 2 411 euros**.

Em suma, iniciativas de melhoria da qualidade que tenham como objetivo a redução da taxa de infeção através de um **bundle**, **têm a potencialidade de serem protetoras** no que se refere à ocorrência de infeção, e ainda, de gerar ganhos nos custos de internamento. Importante a aposta contínua, por parte dos decisores e gestores, em programas de melhoria da qualidade.

Referências Bibliográficas

1. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. (2019). Healthcare-associated infections: surgical site infections: annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC.
2. KIRKLAND, B., BRIGGS, J., THRIVETTE, S., WILKINSON, W., SEXTON, D. (1999). The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 20(11), 725-730. doi: 10.1093/icc/20.11.725
3. MARCÓO, J. (2018). Análise estatística com o SPSS estatística. 7^a ed. Filo Pinhal: ReportNumber: ISBN 978-989-96763-5-0.
4. SUTENS, C., LATOUR, K., KARKI, T., PICCIZZI, E., MINROSS, P., MORO, M., JANS, B., HOPKINS, S., HANSEN, S., LYYTIKAINEN, O., REILLY, J., DEPTUJAA, ZINGG, W., FLACHOUKAS, D., MONNET, D. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance*, 23(46), 1-17. doi: 10.2807/1565-7917

Impacto de uma iniciativa de melhoria da qualidade na taxa de Infecção do Local Cirúrgico e nos custos relacionados com os dias de internamento em doentes submetidos a cirurgia eletiva do cólon e reto.

Realizado por Ana Catarina Carvalho

A próxima divulgação científica pode ser sua!

Reafirmamos o objetivo de divulgar o conhecimento científico, produzido no domínio da Enfermagem Perioperatória, permitindo aos enfermeiros publicarem os seus trabalhos científicos.

Podem ser submetidos para publicação na revista AESOP artigos, produzidos por enfermeiros, independentemente da sua área de atuação, resultantes de:

- * Trabalhos académicos/científicos
- * Projetos de intervenção

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.

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA



Projeto de Intervenção no Bloco Operatório Central: Boas Práticas na Manutenção da Assepsia Cirúrgica

Artigo de Projeto de Intervenção

Alexandre Lomba, Aline Jordão,
Carla Rainha, Fátima Gonçalves,
Isabel Filipe, Leonor Gil, Manuel Atilano,
Maria José Garbin, Mercedes Bilbao,
Mercedes Ganito, Patrícia Sardinha,
Sandrina Fernandes, Teresa Lobo

RESUMO

Contextualização

Projeto integrado no programa de prevenção e controlo da Infeção do Local Cirúrgico (ILC) no Perioperatório, implementado em 2 blocos operatórios centrais (BOC) de uma organização hospitalar de Lisboa e envolvendo o PPCIRA. Teve como objetivo, promover as boas práticas na manutenção da assepsia cirúrgica, avaliando a conformidade dos procedimentos no bloco operatório (BO) relativamente à evidência, definindo estratégias de melhoria e implementando práticas seguras.

Metodologia

Procedeu-se à seleção das práticas recomendadas para o BO e identificação dos focos que constituíram o referencial para a elaboração da grelha de auditoria. A auditoria diagnóstica permitiu definir as estratégias de intervenção: divulgação das recomendações e evidência científica, supervisão das práticas, formação *peer to peer* e em equipa, elaboração de instruções de trabalho. Realizou-se segunda auditoria para avaliar o impacto das medidas implementadas e projetar novas intervenções, considerando-se satisfatório atingir o nível de conformidade global de 80%.

Resultados

Verificou-se uma melhoria significativa na segunda auditoria em ambos os BO centrais, mantendo-se, porém, o *nível de conformidade global suficiente*. No critério *antissépsia do local cirúrgico*, verificou-se a melhoria dos itens em ambos os BOC, subindo o *nível de conformidade para suficiente*. No critério *uso de luvas cirúrgicas no Bloco Operatório*, no BOC A manteve-se *insuficiente*, mas no BOC B houve uma subida para *suficiente*. No critério *utilização dos campos cirúrgicos* ambos mantiveram *nível de conformidade bom* e no critério *técnica asséptica cirúrgica* o nível de *conformidade total* foi *bom* no BOC A e *suficiente* no BOC B.

Conclusão

Este projeto permitiu o envolvimento e sensibilização da equipa multidisciplinar e o foco na prevenção da ILC. Desenvolveu-se uma abordagem sistemática, promotora de dinâmicas de melhoria contínua, desenvolvimento e capacitação dos profissionais. Tornou-se evidente a necessidade de mais formação e treino da equipa multidisciplinar, através de formações conjuntas, simulações e acompanhamento das práticas em sala operatória.

Palavras-Chave: Perioperatório,
Boas Práticas, Assepsia Cirúrgica,
Prevenção da Infeção

ABSTRACT*Background*

This project is part of the Perioperative Surgical Site Infection (SSI) prevention and control program, implemented in two central Operating Rooms (OR) of a Hospital Center and involving PPCIRA. It aimed to promote good practices in the maintenance of surgical asepsis, assessing the compliance with procedures in the operating room (OR) according to evidence, defining improvement strategies and implementing safe practices.

Methodology

Recommended practices for the OR were selected and foci were identified, which constituted the reference for the development of the audit grid. The diagnostic audit allowed the definition of intervention strategies: dissemination of recommendations and scientific evidence, supervision of practices, peer-to-peer and team training, preparation of work instructions. A second audit was carried out to assess the impact of the implemented measures and design new interventions, and the achieved overall compliance level of 80% was considered satisfactory.

Results

There was a significant improvement in the second audit in both central ORs, but the overall level of compliance remained sufficient. In the criterion antisepsis of the surgical site, there was improvement in both ORs, raising the level of compliance to sufficient. In the criterion use of surgical gloves in the operating room, in BOC A it remained insufficient, but in BOC B there was an increase to sufficient. In the criterion use of surgical drapes both maintained a good compliance level, and in the criterion surgical aseptic technique the total compliance level was good in BOC A and sufficient in BOC B.

Conclusion

This project allowed the involvement and awareness of the multidisciplinary team and the focus on ILC prevention. A systematic approach was developed, promoting continuous improvement dynamics, development and training of professionals. It became evident the need for further education and training of the multidisciplinary team, through joint training, simulations and monitoring of practices in the operating room.

Keywords: Perioperative, Best Practice, Surgical Asepsis, Infection Prevention.

INTRODUÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) têm um impacto negativo na qualidade dos cuidados, aumentam significativamente os custos económicos em saúde e representam um peso epidemiológico com aumento da morbimortalidade, hospitalização prolongada, diagnósticos adicionais, cirurgias de revisão e acréscimo em terapêutica^{1, 2, 3}.

De entre as IACS, a ILC (infeção do local cirúrgico) é a causa mais comum associada a qualquer procedimento cirúrgico. Apresenta uma elevada incidência a nível mundial, ocorre em cerca de 2 a 5% dos doentes submetidos a cirurgia em regime de internamento, sendo em média, responsável por um acréscimo de 7 a 11 dias de internamento hospitalar e aumento do risco de morte de 2 a 11 vezes. Nos Estados Unidos representa um custo anual variável entre os 3.5 a 10 mil milhões de dólares^{4, 5, 6}.

A ILC é a infeção que ocorre no local da intervenção cirúrgica ou na sua proximidade, nos primeiros 30 dias do pós-operatório^{7, 8} ou até um ano, se implantado dispositivo médico. Aproximadamente 60% das ILC são evitáveis quando utilizadas as estratégias de prevenção, as normas baseadas na evidência e o uso de *bundles*/"feixes" de intervenção⁴.

Em contexto perioperatório, a taxa de ILC constitui um indicador de referência da qualidade dos cuidados. A sua prevenção é um dos pilares do cuidado seguro ao doente² e depende da combinação de várias medidas básicas: a preparação pré-operatória, a técnica asséptica cirúrgica (TAC), a profilaxia antibiótica e os cuidados no pós-operatório.

A TAC consiste num conjunto de procedimentos realizados intencionalmente pela equipa cirúrgica, com o objetivo de criar um ambiente asséptico, promover a

eliminação do maior número de microrganismos e prevenir, reduzir e controlar o risco de ILC⁸. Em contexto perioperatório, é obrigatório a sua utilização em todos os processos invasivos pelo risco de infeção para o doente^{9, 10}.

É responsabilidade do enfermeiro perioperatório promover e maximizar a segurança tanto da pessoa em situação perioperatória como da equipa multidisciplinar, considerando todos os procedimentos como de risco, e liderar os processos de prevenção e controlo de infeção¹¹. Neste sentido, criar uma cultura de segurança implica a mobilização de esforços e sinergias por parte das organizações e dos profissionais envolvidos com o objetivo final de implementar práticas seguras e modificar os fatores de risco aos quais o doente é exposto^{12, 13, 14}. Assim, é mandatário a divulgação de normas e a implementação de medidas de eficácia comprovada que permitam a prevenção, a vigilância epidemiológica e a monitorização das ILC de forma sistemática⁸.

Integrado no projeto de prevenção e controlo da ILC, e de acordo com as práticas recomendadas para o BO, foi constituído um grupo de trabalho para promover as boas práticas na manutenção da assepsia cirúrgica. Pretendeu-se o desenvolvimento de uma abordagem que capacite os profissionais e promova práticas seguras, segundo orientações e recomendações baseadas na evidência científica. Estas recomendações representam padrões para atingir o nível ideal de práticas na TAC. O projeto foi implementado em dois BO (BO A e BO B) de uma organização hospitalar de Lisboa e envolveu o PPCIRA.

No âmbito do projeto foram definidos como objetivos específicos: avaliar, através de auditorias, a conformidade dos procedimentos de acordo com as recomendações e evidência científica, definir estratégias de intervenção com base nos resultados,

uniformizar procedimentos, implementar medidas de melhoria e promover práticas seguras. Pretendeu-se assim fomentar uma cultura de segurança, prática reflexiva e o desenvolvimento da consciência cirúrgica.

METODOLOGIA

Procedeu-se à seleção das práticas recomendadas para o BO, identificação dos focos de atenção, e respetiva fundamentação teórica. Foram selecionados como focos de atenção: antissépsia do local cirúrgico, uso de luvas cirúrgicas, utilização dos campos cirúrgicos e TAC, por serem atividades fulcrais na prevenção da ILC e suplementares às intervenções consideradas na norma da DGS 020/2015.

Considerando que, uma auditoria é o processo sistemático de objetivamente obter e avaliar a correspondência entre informações, situações ou procedimentos e critérios pré-estabelecidos¹⁵; a monitorização e avaliação das práticas fez-se com recurso a auditoria de acordo com uma grelha construída com base nos referenciais, práticas recomendadas e os focos selecionados. Assim, construiu-se uma grelha com 79 itens para realização de auditoria diagnóstica (Anexo 1).

Os índices de conformidade total e por critério calcularam-se utilizando a fórmula: $\text{conformidade} = S / (S+N) \times 100$ e considerou-se a seguinte escala de valores: *mau 0%*, *insuficiente 1-49%*, *suficiente 50-79%*, *bom 80-99%*, *excelente 100%*.

A auditoria foi realizada durante cerca de 3 semanas, num total de 40 observações (20 em cada BO). A amostra foi por conveniência, selecionada de modo a permitir observar as práticas das várias equipas nas diferentes especialidades cirúrgicas.

A auditoria diagnóstica permitiu identificar as áreas prioritárias de intervenção, e definir estratégias e medidas de melhoria. Os

resultados foram comunicados e discutidos em equipa multiprofissional (enfermagem, médica e PPCIRA). Como medidas de melhoria foram consideradas: supervisão das práticas, sensibilização da equipa, formação e treino individualizado e em equipa, elaboração de instruções de trabalho multidisciplinares associadas ao sistema de qualidade. Paralelamente, os elementos do grupo dinamizaram o projeto nos BO com sensibilização da equipa, supervisão dos cuidados e formação *peer to peer*. Realizaram-se 2 *workshops* dirigidos a 70 enfermeiros dos BO, com duração de 4 horas cada.

Após estas intervenções, realizou-se uma nova auditoria para avaliação do impacto das medidas implementadas considerando-se nesta fase do projeto, satisfatório atingir o nível de conformidade global de 80%.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados foi descritiva e quantitativa com recurso ao programa *MSEXcel®*, tendo sido considerados os critérios sim (s), não (n) e não aplicável (n/a).

As observações incidiram sobre cirurgias eletivas e urgentes e foram incluídas todas as especialidades cirúrgicas, com maior representatividade da Cirurgia Geral, ORL, (Cirurgia Plástica e Reconstructiva) e Urologia.

As tabelas abaixo apresentam os resultados globais dos feixes de intervenção dos BO A e B, nas duas auditorias.

Na segunda auditoria, foram observadas melhorias no nível de conformidade global nos dois BO, mas a meta de 80% não foi atingida, mantendo-se o nível de conformidade global em *suficiente*, de acordo com os resultados obtidos.

No critério antissépsia do local cirúrgico, verificou-se uma melhoria significativa dos itens em ambos os BO, passando o nível de conformidade de *insuficiente* para *suficiente*, sobretudo devido a melhores *scores* nos itens: uso de mesa própria para a antissépsia, correta aplicação do antisséptico e cumprimento do seu tempo de secagem.

No critério uso de luvas cirúrgicas no Bloco Operatório, o BO B apresenta uma subida muito expressiva passando o nível de conformidade de *insuficiente* para *suficiente*. No BO A verificou-se uma ligeira melhoria, mantendo-se, no entanto, o nível de conformidade *insuficiente*. Verificou-se melhoria nos itens relacionados com o uso do método fechado e duplo par de luvas pelo instrumentista e a troca de luvas nos tempos recomendados. Os resultados insuficientes devem-se sobretudo ao não cumprimento destes itens pelos cirurgiões.

BO A		
Critérios	Auditoria 1	Auditoria 2
Antissépsia do local cirúrgico	45,1%	60,4%
Uso de luvas cirúrgicas	41%	45,1%
Utilização dos campos cirúrgicos	90,9%	95,2%
Técnica asséptica cirúrgica	72,6%	83,6%
Nível de Conformidade Global	62,4%	71,1%

BO B		
Critérios	Auditoria 1	Auditoria 2
Antissépsia do local cirúrgico	35,1%	54,7%
Uso de luvas cirúrgicas	25,2%	54%
Utilização dos campos cirúrgicos	88,2%	89,7%
Técnica asséptica cirúrgica	63,7%	79,5%
Nível de Conformidade Global	53,1%	69,5%

No critério utilização dos campos cirúrgicos manteve-se o nível de conformidade no *bom*, com discreta melhoria, mais expressiva no BO A. Como ponto negativo realça-se o não cumprimento da manutenção da distância de segurança, por inadequadas condições físicas.

No critério técnica asséptica cirúrgica o nível de conformidade total manteve-se *suficiente* no BO B e *bom* no BO A. No BO B verificou-se uma subida de 15,8%, devido aos subcritérios: mobilização da equipa estéril, abertura do material e dispositivos médicos e o uso de solutos. Porém, desceu no subcritério disposição e manutenção do instrumental cirúrgico, com piores resultados nas práticas relacionadas com a passagem de corto perfurantes, a manipulação de implantes e manutenção do instrumental livre de matéria orgânica. O BO A manteve o nível de conformidade com ligeira descida no subcritério mobilização da equipa estéril.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Após formação e sensibilização da equipa, verificou-se uma melhoria expressiva das práticas em ambos os BO. Os resultados refletem o impacto da abordagem sistemática e colaborativa na sensibilização e capacitação dos profissionais para as boas práticas, e revelam a necessidade de intervenções mais alargadas.

Os cuidados ao doente em situação perioperatória dependem da intervenção e complementaridade da equipa multidisciplinar. É a qualidade da prática de cada um e de todos no seu conjunto, numa interação bem ajustada, que condiciona o resultado relativamente ao controlo da ILC. Para atingir a conformidade satisfatória de 80%, sugere-se o envolvimento no projeto de toda a equipa, a criação de protocolos, a atualização dos manuais de integração, a supervisão das práticas e a identificação de elementos de referência dinamizadores das boas práticas. Reconhece-se a necessidade de um maior investimento na formação e treino da e em equipa, com recurso à simulação e acompanhamento das práticas em sala operatória.

Este projeto não se prevê estático, rígido, mas antes dinâmico, flexível e evolutivo, pois acompanhar e monitorizar as práticas requer um investimento sistemático e contínuo; é apenas o presente de um futuro em construção. É propósito do grupo, expandir este projeto a outros BO da organização hospitalar e “aproveitar” o seu contributo na construção e exploração de novos caminhos e oportunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Despacho nº 3844-A/2016 do Ministério da Saúde. Diário da República: II Série, nº 52 <https://dre.pt/application/conteudo/73865550>
2. Aholaakko, T. K., & Metsälä, E. (2015). Aseptic practice recommendations for circulating operating theatre nurses. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 24(13), 670–678. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.13.670>
3. Simons, F. E., Aij, K. H., Widdershoven, G. A., & Visse, M. (2014). Patient safety in the operating theatre: how A3 thinking can help reduce door movement. *International journal for quality in health care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 26(4), 366–371. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu033>
4. DGS (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção da infeção no local cirúrgico. Norma nº 020/2015 de 15/12/2015. <https://www.dgs.pt>
5. World Health Organization (2018). Preventing surgical site infection: Implementation approaches for evidence-based recommendations. ISBN 978 92 4 15438 5. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273154>
6. APIC (2018). Apic Implementation Guide: Infection Preventionist’s Guide to the OR. ISBN 978-1-933013-76-3. <https://jnjinstitute.com/sites/default/files/2018-12/093691-180619-APIC-Implementation-Prevention-Guide.pdf>
7. Instituto Ricardo Jorge (2004). Recomendações para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico.
8. DGS (2013). Prevenção da infeção no local cirúrgico. Norma nº 024/2013 de 23/12/2013. <https://www.dgs.pt>
9. Cicconi, L., Claypool, M., & Stevens, W. (2010). Prevention of transmissible infections in the perioperative setting. *AORN journal*, 92(5), 519–527. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.06.016>
10. AESOP. (2013). *Práticas Recomendadas Para o Bloco Operatório*. Espaço Gráfico Lda.
11. Regulamento 429/2018 de 16 de Julho. Diário da República: 2ª Série, nº 135 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
12. AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidata.
13. Watson, Donna. (2011). *Perioperative Safety*. Mosby Elsevier.
14. Phippen, M., Ulmer, B., & Wells, M. (2009). *Competency for Safe Patient Care During Operative and Invasive Procedures*. Certifications Board, Inc.
15. Oliveira, L. (2016). *A importância da auditoria na gestão da qualidade*. Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto. Instituto Politécnico do Porto

BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

GRELHA DE AUDITORIA CLÍNICA ILC6

BOAS PRÁTICAS MANUTENÇÃO ASSEPSIA CIRÚRGICA

BLOCO OPERATORIO CENTRAL
GRELHA DE AUDITORIA CLÍNICA ILC6
BOAS PRATICAS MANUTENÇÃO ASSEPSIA CIRÚRGICA

VINHETA NÃO É NECESSARIA		Data		Hora		Sala		
		Especialidade						
		Procedimento						
		Cirurgia Programada		Cirurgia Urgência		Cirurgia Adicional		
CRITÉRIOS		SITUAÇÃO/RECURSO	Documental	SMS	NOV	NAO APLICAVEL	TOTAL	NOTAS
			SClinico					
			Sup. Papel					
1 - Antissepsia do local cirúrgico								
1	Há evidencia de banho pré-operatório de acordo com o procedimento							
2	Em caso de não existência de banho pré-operatório é realizada lavagem previa à antissepsia							
3	É utilizada mesa própria para a antissepsia do local cirúrgico							
4	A antissepsia do local cirúrgico é realizada após preparação pré cirúrgica das mãos, com lavas estéreis e antes da colocação da bata estéril.							
5	A antissepsia do local cirúrgico é realizada com material esterilizado, em que a mesma compressa apenas é utilizada para uma aplicação de solução antisséptica							
6	A aplicação da solução antisséptica é realizada a partir do local de incisão para a periferia, com movimentos circulares e sem voltar à área contaminada							
7	É respeitada a antissepsia de estomas/cavidades corporais, colocando uma compressa embebida em antisséptico, enquanto se procede à antissepsia da pele adjacente							

8	A área de antissepsia é suficientemente alargada de forma a permitir a mudança/alargamento do local de incisão e possível colocação de drenos.							
9	A antissepsia do local cirúrgico é realizada de forma a evitar salpicos que contaminem zonas estéreis							
10	A antissepsia do local cirúrgico é realizada de forma a evitar que o antisséptico escorra							
11	Caso se verifique que a pele, eletrodos/roupa/garrote/ placa neutra/ equipamento de posicionamento fiquem molhados com a solução antisséptica, procede-se à secagem da pele do doente e remoção do material, trocando-o por material seco e limpo							
12	O tempo de secagem total do antisséptico é respeitado, antes da aplicação dos campos cirúrgicos							
2 - Uso de luvas cirúrgicas no Bloco Operatório								
13	O enfermeiro instrumentista utiliza o método fechado para calçar as luvas estéreis							
14	A equipa cirúrgica utiliza luvas adequadas ao procedimento							
15	O enfermeiro instrumentista utiliza dois pares de luvas cirúrgicas							
16	O cirurgião utiliza dois pares de luvas cirúrgicas							
17	O/s ajudante/s utiliza dois pares de luvas							
18	A equipa troca de luvas ao fim de 2 horas de cirurgia							
19	A equipa troca de luvas antes de implantar DMI (próteses, implantes)							
20	A equipa troca de luvas no final do tempo sujo/contaminado							
21	A equipa troca de luvas antes do encerramento							
3 - Utilização de Campos Cirúrgicos								
3.1 - Avaliação das características técnicas de acordo com a Norma Portuguesa NP EN 13795								

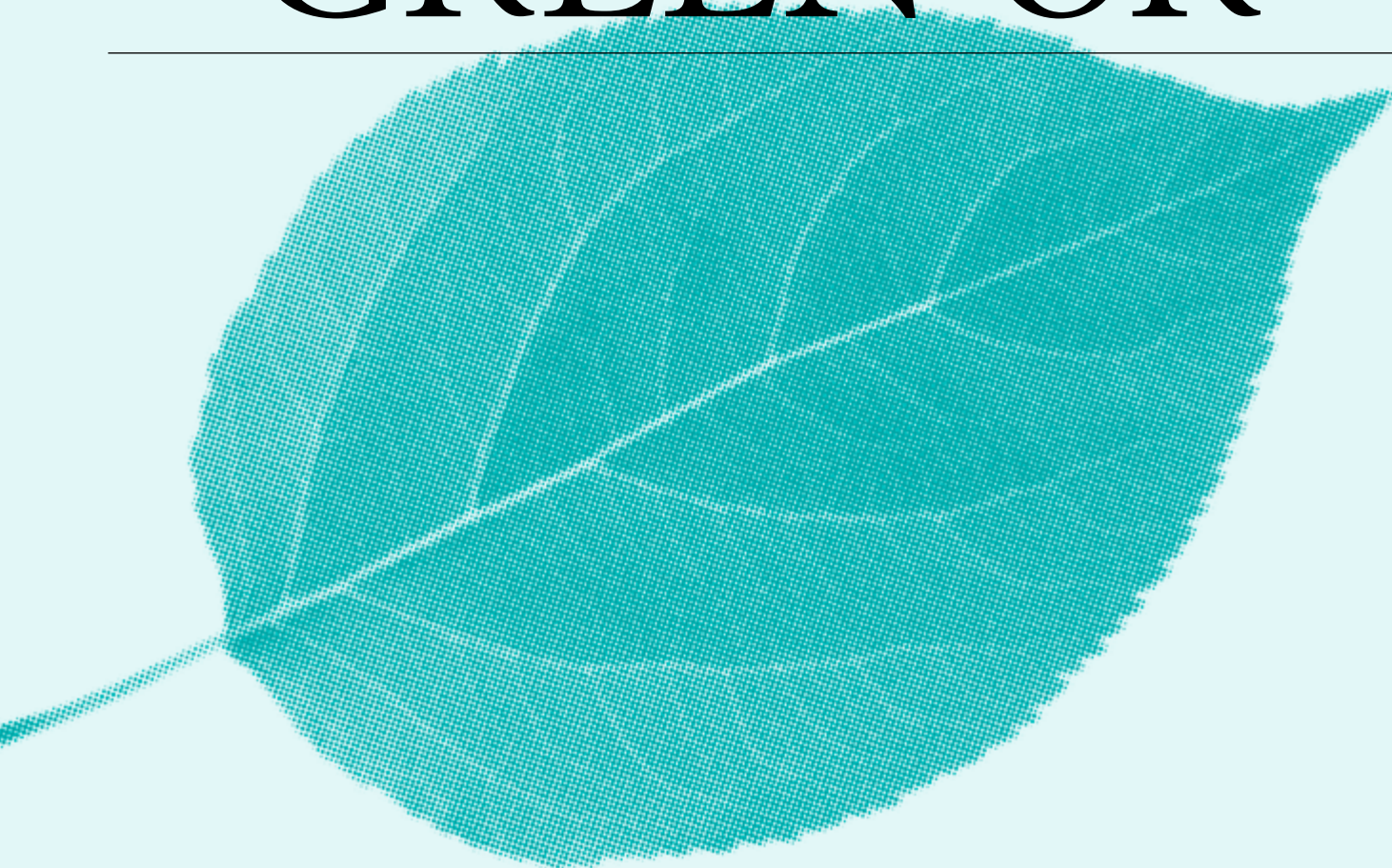
22	Os campos cirúrgicos são impermeáveis a fluidos orgânicos e outros líquidos									
23	São resistentes a rutura, tração e tensão mecânica durante o procedimento									
24	Permitem a proteção e conforto do doente									
25	São fabricados em material que permita uma fixação atraumática e manutenção do posicionamento durante o ato cirúrgico									
26	São facilmente identificáveis por um código de cor, diferente dos restantes elementos não estéreis/circulantes									
3.2 - Devem respeitar todas as normas inerente a manutenção e colocação de campo cirúrgicos										
27	São abertos só na altura da sua utilização									
28	São manipulados pelo enfermeiro circulante com mãos limpas e secas									
29	São mudados sempre que se apresentem danificados									
30	São adaptados a cada técnica cirúrgica									
31	São utilizados os campos estéreis necessários para o perfeito isolamento do campo operatório, mesa de instrumentos e equipamentos									
32	A colocação dos campos é iniciada após estar completamente seco o local cirúrgico									
33	São colocados sempre por 2 elementos da equipa estéril									
34	São colocados primeiro os campos proximais a equipa cirúrgica e depois os campos distais									
35	Mantem-se uma distância mínima de 30 cm do chão									
36	Os equipamentos que entram em contacto com o campo operatório estão totalmente cobertos com proteção estéril (Arco em C; microscópio.)									
3.3 - Remoção dos campos cirúrgicos										
37	Execução do penso pela equipa estéril, antes da remoção dos campos mantendo técnica asséptica									

38	Remoção dobrando cada um dos campos de forma a que a área com maior quantidade de matéria orgânica fique envolvida pela área de menor contaminação.									
39	São colocados em recipientes próprios para resíduos contaminados									
4 - Técnica Asséptica Cirúrgica										
4.1 - Mobilização da equipa estéril										
40	Permanece junto do campo estéril									
41	Movimenta-se apenas entre áreas estéreis									
42	Nunca volta as costas às áreas estéreis									
43	Quando necessário, as mudanças de posição ocorrem em segurança									
4.2 - O Enfermeiro instrumentista										
44	Posiciona-se em frente ou ao lado do cirurgião									
45	Posiciona a mesa cirúrgica de forma a limitar os seus movimentos									
46	Posiciona a mesa corretamente relativamente à cirurgia									
47	Posiciona a mesa corretamente relativamente à área estéril									
48	Executa gestos precisos e seguros									
4.3 - A equipa não estéril										
49	A equipa não estéril mantém a distância de segurança (30 cm) relativamente à área estéril									
50	Não executa movimentos sobre a área estéril									
51	Não efetua passagem entre os campos estéreis									
4.4 - Abertura do instrumental e dispositivos médicos										
52	O Transporte dos DME, desde a sala dos esterilizados até à sala operatória, é feita em carros próprios para o efeito, limpos e secos									

53	O manuseamento do instrumental e dispositivos médicos é feito de forma cuidada, com mãos limpas, desinfetadas e secas									
54	Todo o material usado no procedimento é estéril									
55	O enfermeiro circulante verifica a validade dos instrumentais e dispositivos médicos usados na cirurgia									
56	O enfermeiro circulante valida o processo de esterilização de todo o instrumental (indicador e integrador) e dispositivos médicos usados na cirurgia									
57	O enfermeiro circulante valida a integridade de todas as embalagens									
58	O instrumental cirúrgico e dispositivos médicos são abertos somente aquando da sua utilização									
59	O enfermeiro circulante abre as embalagens corretamente									
60	O enfermeiro instrumentista recebe o material da mão do circulante									
4.5 - Disposição e manutenção do instrumental										
61	O enfermeiro instrumentista confere o instrumental cirúrgico de acordo com o procedimento									
62	Inspecciona se o material reúne condições à sua utilização									
63	Dispõe o instrumental de forma ordenada e por ordem de utilização									
64	Dispõe os instrumentos com a parte funcional virada para o centro da mesa									
65	Dispõe os instrumentos com curvatura, com esta voltada para cima									
66	Dispõe os instrumentos pontiagudos com pontas voltadas para cima									
67	O enfermeiro instrumentista estabelece zonas distintas na mesa para tempos sépticos, assépticos, implantes									
68	O enfermeiro instrumentista separa material específico para a abertura/encerramento									
69	O material de implante é colocado em mesa ou campo separados									
70	A manipulação do material de implante é efetuada somente aquando da sua utilização									

71	Os instrumentos cirúrgicos permanecem livres de matéria orgânica									
72	Na passagem dos instrumentos a enfermeira instrumentista cumpre as normas de segurança para os cortoperfurantes									
73	Efetua a passagem corretamente, instrumentos fechados, manuseados ao nível da articulação e com a curvatura no sentido da curvatura da mão do cirurgião									
74	Recorre à passagem dos instrumentos cortoperfurantes na zona neutra									
4.6 - O uso de solutos na cirurgia										
75	As soluções dadas para o campo operatório possuem abertura de rosca									
76	Os frascos de solutos são abertos somente aquando da sua utilização									
77	A transferência de soluto é efetuada num gesto único									
78	O excedente do soluto é desperdiçado									
79	O recipiente onde o soluto é despejado é desviado da mesa pelo enfermeiro instrumentista									
SIM										
NÃO										
N/A										
TOTAL										

GREEN OR



Vamos tornar o B0 mais verde

Nos últimos anos temos assistido a uma preocupação crescente com as alterações climáticas e a uma mudança de paradigma no que diz respeito aos hábitos de consumo e preservação da natureza. O último relatório do Painel Intergovernamental sobre as Alterações Climáticas (PIAC) afirma que o aquecimento global é responsável por fenómenos meteorológicos extremos (inundações, picos de calor, incêndios) e provocar alterações, algumas já irreversíveis, nos padrões de precipitação, oceanos e ventos de todo o mundo.

A emergência climática e as suas consequências na saúde, atual e futura, das populações têm originado processos de reflexão entre vários países, onde se situam os países mais industrializados do mundo. O Acordo de Paris (adotado por Portugal a 12 de dezembro de 2015) e reafirmado na Cimeira de Glasgow em 2021, procura dar uma resposta global e eficaz à necessidade urgente de travar o aumento da temperatura média global e resolver, com ações e compromissos realistas por todos os estados, os desafios ligados às alterações climáticas, mantendo a meta: aumento médio da temperatura abaixo dos 2 graus e continuar os esforços para o limitar a 1,5 graus.

Mas qual será o impacto do sector da saúde para o ambiente?

Só nos últimos anos começaram a ser efetuados estudos para avaliar, a nível global, o impacto do sector da saúde nas emissões de CO₂, constatando-se que é um dos sectores mais poluentes (Pinchler et al., 2019, Karliner et al., 2019). A pegada climática dos cuidados de saúde equivale a 4,4% das emissões globais de gases com efeito de estufa (Karliner et al., 2019).

“Se a saúde fosse um país, seria o 5º maior emissor do planeta. Embora com uma pegada menor do que a da China, os Estados Unidos, Índia e Rússia, mas maiores que o Japão e Brasil.”
(Karliner et al., 2019, p.19).

Essas emissões ocorrem através do consumo de energia (maioritariamente combustíveis de origem fóssil), transporte (cadeia de fornecimento das instituições de saúde), fabrico de produtos/dispositivos, utilização e descarte desses produtos/dispositivos (Karliner et al., 2019). Outro fator determinante para a quantidade de emissões emitidas prende-se com a quantidade de desperdício/resíduos gerados no sector da saúde, 85% resíduo comum, não perigoso e os restantes 15% de risco biológico (Wuisan, 2022). A maioria dos resíduos no sector da saúde não são reciclados, tendo como destino final o aterro ou a incineração conforme o tipo de resíduo (Wuisan, 2022).

O sector dos cuidados de saúde é um grande contribuidor para as emissões de CO₂, mas o grande desafio assenta em: **Como reduzir a pegada carbónica dos cuidados de saúde e aumentar a saúde pública da população sem afetar a qualidade dos cuidados de saúde prestados às populações?**

Dada a importância deste desafio criamos esta rubrica sobre como tornar os blocos operatórios “mais verdes”. Esperamos promover a reflexão sobre uma prática no bloco operatório mais ecológica através de assuntos relacionados com a gestão de recursos, resíduos e redução do desperdício. Do mesmo modo, em cada artigo, damos pequenas sugestões/dicas de comportamentos promotores de mudança. Passo a passo com pequenas mudanças, podemos chegar a adoção de comportamentos mais ecológicos.

**PEQUENOS GESTOS
FAZEM A DIFERENÇA...
FICAM 2 SUGESTÕES**

- Quando terminar a utilização da sala operatória apague as luzes não essenciais e desligue os equipamentos. Mesmo em modo standby os equipamentos estão a consumir energia.
- No momento de pausa prefira utensílios reutilizáveis, em vez de descartáveis. Troque a garrafa de água descartável/ copo plástico por materiais reutilizáveis. No mercado temos à disposição diversos materiais e formatos adequados à nossa necessidade e passíveis de higienização.

BIBLIOGRAFIA

- Agência Portuguesa do Ambiente (2021). *Acordo de Paris*. <https://apambiente.pt/clima/acordo-de-paris>
- Wuisan, L. (2022). *Webinars Series #3: “Circular economy in Medical Devices reprocessing: a roadmap for new solutions”*. ASP University. <https://aspuniversity.com/homepage-summit-webinars/webinars-series-3/>
- Karliner, J., Slotterback, S., Boyd, R. & Steele, K. (2019) *Health care’s climate footprint: how the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action: Health Care Without Harm Climate-smart health care series Green Paper Number One Produced in collaboration with Arup*. https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf
- Painel Intergovernamental sobre as Alterações Climáticas (IPCC). (2018). *Aquecimento Global de 1,5°C: Relatório especial do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC) sobre os impactos do aquecimento global de 1,5°C acima dos níveis pré-industriais e respectivas trajetórias de emissão de gases de efeito estufa, no contexto do fortalecimento da resposta global à ameaça da mudança do clima, do desenvolvimento sustentável e dos esforços para erradicar a pobreza*. <https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2019/07/SPM-Portuguese-version.pdf>
- Pichler, P.-P., Jaccard, I. S., Weisz, U., & Weisz, H. (2019). International comparison of health care carbon footprints. *Environmental Research Letters*, 14(6), 064004. <https://doi.org/10.1088/1748-9326/ab19e1>
- The Commonwealth Fund (2022). *The Impact of Climate Change on Our Health and Health Systems*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2022/may/impact-climate-change-our-health-and-health-systems>

Daniela Dias

Enf. Especialista em EMC
Hospital Garcia de Orta
Direção Nacional AESOP

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.

PND 2022



Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório

O Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório deste ano, PND 2022, foi dedicado às atividades formativas e impacto na prática clínica. A EORNA lançou como lema para o PND 2022 “Perioperative Nursing: Education Improves Practice” e a AESOP incentivou a divulgação de pequenos filmes ao estilo Tik-Tok® e mensagens que demonstrassem o peso da formação no desenvolvimento de competências, na melhoria da prática clínica e nos ganhos em saúde das populações.

Na semana de 13 a 19 de fevereiro de 2022 as equipas de Enfermeiros Perioperatórios (EPO), com criatividade, divulgaram nas redes sociais os seus trabalhos numa clara demonstração da importância que a EDUCAÇÃO tem na prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação perioperatória. Foram recebidos e partilhados 29 filmes de 22 Instituições de Saúde, distribuídos por 12 distritos (Aveiro, Braga, Castelo Branco, Faro, Guarda, Leiria, Lisboa, Porto, Santarém, Setúbal, Viana do Castelo e Viseu). Foram também publicados artigos sobre a temática na intranet das instituições e afixados pósteres em locais estratégicos destinados à divulgação aos utentes.

Os filmes abordaram vários temas: a literacia em saúde e segurança cirúrgica, utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, prevenção da infeção no local cirúrgico, percurso do doente perioperatório, segurança do doente, humanização dos cuidados, motivação dos profissionais e trabalho em equipa, utilização de equipamento de proteção individual, preparação do ato anestésico, monitorização e vigilância hemodinâmica, reanimação cardiorrespiratória, posicionamento, preparação pré-cirúrgica das mãos, instrumentação e utilização de novos equipamentos, entre outros.

Foram destacados como momentos de aprendizagem e desenvolvimento profissional: a formação em serviço, a integração de novos elementos, a presença em congressos e *webinars*, a divulgação de trabalhos de investigação, a realização de exposições e ensinamentos direcionados à população.

A AESOP agradece a todos os Enfermeiros Perioperatórios o empenho e envolvimento neste projeto. A mobilização por todo o país foi extraordinária, demonstrando a persistência e dedicação conjunta na promoção do papel da Enfermagem Perioperatória a nível nacional e europeu, mesmo em tempo de pandemia.

Assim este ano divulgámos publicamente o investimento que fazemos em formação e educação, de forma contínua, ao longo da nossa vida profissional, para mantermos uma prática de excelência assegurando os melhores resultados para a nossa população. Para nós ficam as experiências vividas em equipa e as emoções partilhadas e seguimos com a certeza de que todos os dias vamos continuar a empenhar-nos para melhorar e fazer a diferença para todos aqueles que cuidamos.

29

FILMES

22

INSTITUIÇÕES
DE SAÚDE

12

DISTRITOS

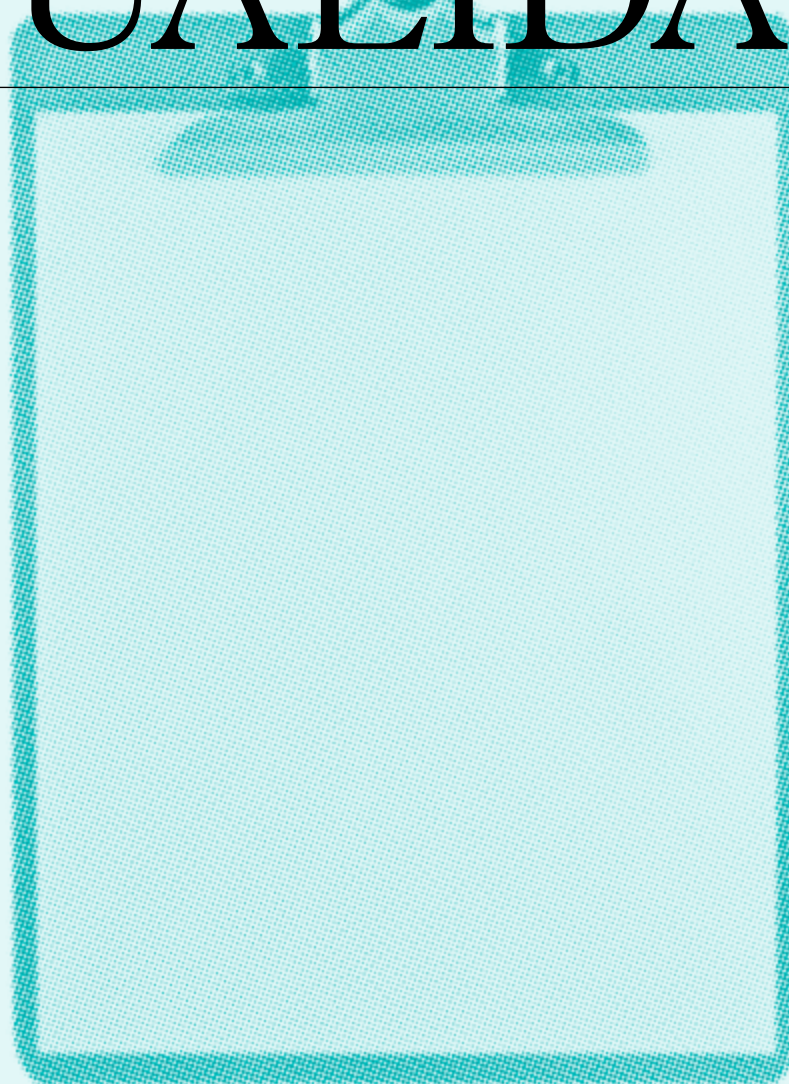
Filomena Postiço

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

ATUALIDADE



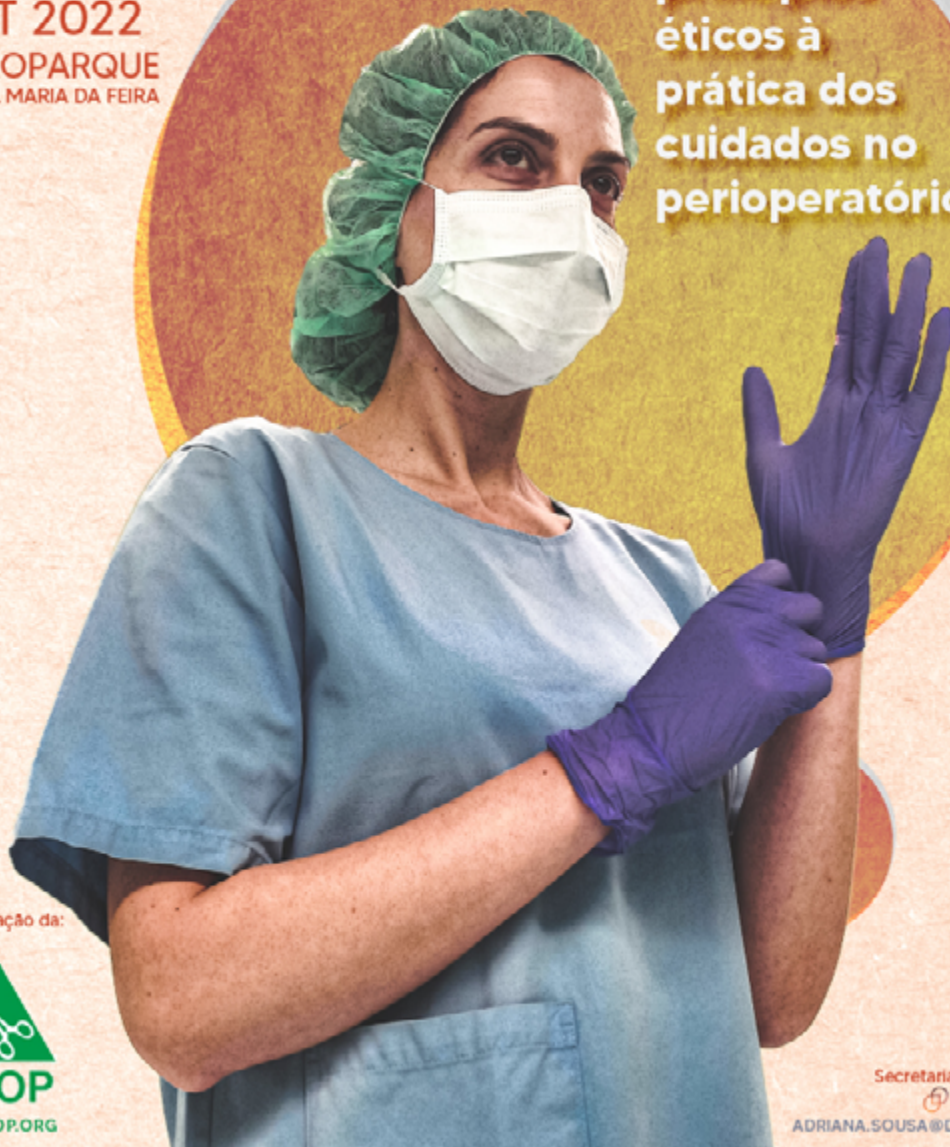
Convite para o XX Congresso AESOP

O XX Congresso Nacional da AESOP – “Dos Princípios Éticos à Prática dos Cuidados no Perioperatório”, será o maior evento presencial, pós-pandêmico, que celebra a Enfermagem Perioperatória, realiza-se, já nos próximos dias 28 a 30 de setembro de 2022 no Europarque, em Santa Maria da Feira.

XX CONGRESSO NACIONAL AESOP

28-30
SET 2022
EUROPARQUE
SANTA MARIA DA FEIRA

Dos
princípios
éticos à
prática dos
cuidados no
perioperatório



Uma organização da:



Secretariado do evento:

ADRIANA.SOUSA@DIVENTOS.COM

O primeiro dia será dedicado aos workshops e simpósios, com temas diversificados:

1

**EMERGÊNCIAS NO BO –
VIA AÉREA DIFÍCIL**

2

**GESTÃO DO DOENTE
COLONIZADO/INFETADO
COM MICRORGANISMO PROBLEMA
EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO**

3

POSICIONAMENTOS CIRÚRGICOS

4

**COMO FAZER UM PROJETO
DE INTERVENÇÃO, DE
MELHORIA CONTÍNUA?**

5

COMO FAZER UM (E)POSTER

6

**BACK TO THE BASICS:
PRINCÍPIOS GERAIS DA
ASSEPSIA CIRÚRGICA**

Nos workshops os participantes irão desenvolver conhecimentos, competências técnicas e prática simulada, tendo como objetivo principal o enriquecimento profissional, através de reflexão crítica, promovendo o crescimento da profissão. Os workshops abordarão uma panóplia de temas, uns com componente mais teórica, mas de igual relevância (Ex: “Como fazer um E-poster”), outros com uma vertente mais prática, permitindo adquirir competências cruciais para uma prática mais segura (Ex: Como gerir o doente colonizado/infetado com microrganismo problema em contexto perioperatório).

Os simpósios disponíveis ao longo do congresso serão inovadores, pertinentes e atuais, dando resposta às preocupações reais dos Enfermeiros Perioperatórios e assuntos que tornarão os participantes mais capazes para tomar decisões, quando regressarem para a sua realidade profissional.

O XX Congresso Nacional estará organizado em 6 painéis temáticos: o impacto da atividade cirúrgica perioperatória na natureza, a colheita de órgãos/tecidos e a Enfermagem do Perioperatório, os sistemas de informação em uso, a cultura de supervisão clínica na prática de enfermagem perioperatória, o papel dos enfermeiros especialistas à pessoa em situação perioperatória e a Enfermagem Perioperatória fora do bloco operatório. Pretende-se que estes temas sejam impactantes, contemporâneos, controversos, críticos, esclarecedores e demonstrativos da realidade atual do perioperatório, mas acima de tudo, que fomentem a reflexão sobre a prática especializada de enfermagem neste contexto tão específico de cuidados.

Como já é habitual nos eventos científicos da AESOP, temos também espaço para a produção científica, com espaço para comunicações livres e apresentação de posters. Conheça todas as datas e regulamentos

<https://diventos.eventkey.pt/gerall inserirresumo.aspx?evento=384 &formulario=654>

Este convite dirige-se a todos os enfermeiros perioperatórios portugueses ou estrangeiros, que estejam motivados para uma reflexão crítica da realidade, e que não queiram perder a oportunidade de participar em mais um evento organizado pela AESOP. Iremos conviver durante 3 dias que serão ricos em experiências, vivências, conhecimentos e competências com os demais participantes.

Inscrições e informações adicionais já disponíveis no site
<https://diventos.eventkey.pt/gerall detalheeventos.aspx?cod=384>

**Não adiem...
Inscrevam-se já!**

Clara Ferreira
Direção Nacional AESOP
Coordenadora da Comissão Organizadora
do XX CONGRESSO AESOP 2022

Caros Enfermeiros Perioperatórios
colaborem com a Associação,
para 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.

