

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES

A | E | S | I | O | P

VOL. XXII
N.º 49
DEZEMBRO
2022



XX
CONGRESSO
NACIONAL
AESOP

35
ANOS

WWW.AESOP-ENFERMEIROS.ORG



PND 2023

15 FEVEREIRO

DIA EUROPEU DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO
“APRENDER, LIDERAR, INSPIRAR”

A prática baseada na evidência é uma questão central na prestação de cuidados perioperatórios seguros. Verifica-se, no entanto, que continuam a existir disparidades entre as recomendações de melhor prática e a prática clínica dos profissionais.

Para celebrar o 18º Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório 2023, a AESOP vem propor que cada bloco operatório desenvolva no mínimo, um projeto de melhoria contínua na área da segurança do doente, com o objetivo de melhorar a prática clínica, atingindo 90% da conformidade proposta pelo serviço.

O desenvolvimento deste projeto de melhoria, é assente numa metodologia que permite a análise sistemática da prática, com possibilidade de identificar barreiras à utilização de evidências, definir estratégias de superação, comparação de indicadores e feedback cíclico.

Desta forma pretendemos contribuir para a melhoria das práticas baseadas na evidência e centradas no doente com ganhos em saúde.

No dia 15 de fevereiro de 2023, iremos celebrar em equipa. Cada equipa poderá divulgar as iniciativas realizadas, nas redes sociais com #EPND2023; #AESOP_ENF; #ENFERMAGEMPERIOPERATÓRIA/ Twitter [@EORNA_Nurses](https://twitter.com/EORNA_Nurses) / Facebook [@EuropeanOperatingRoomNursesAssociation](https://www.facebook.com/EuropeanOperatingRoomNursesAssociation)

O Bom resultado de uma equipa é fruto do comprometimento de todos os membros!

Em caso de dúvidas, contacte-nos para: adriana.sousa@diventos.com

Todos os detalhes na plataforma: bit.ly/EPND2023



DIVULGUE E PARTICIPE!

PND 2023

FICHA TÉCNICA

Revista AESOP
Vol.XXII / N.º49 /
dezembro 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

6

XX

CONGRESSO

NACIONAL

AESOP

10

Painel I
Qual o impacto
da atividade
perioperatória
na natureza?

16

Conferência magistral I
Dotações seguras
em Contexto
Perioperatório:
Do que estamos
a falar?

20

Painel II
A colheita de órgãos
e a enfermagem no
perioperatório - Ética
num corpo com história

26

Painel III
Sistemas de Informação
na Enfermagem do
Perioperatório - onde
estamos e para onde
vamos? Uma análise
crítica

28

Comunicações
Livres e Pósteres

40

Painel IV
Cultura de supervisão
clínica na prática
de enfermagem
do perioperatório:
será este o padrão
de excelência?

44

Conferência
Operacionalização da
Gestão do Risco
Clínico: como se faz?

48

Conferência magistral II
Novos modelos de
abordagem clínica:
como fazer? Enfermagem
avançada ou prática
avançada?

52

Painel V
Gestão da Prevenção
da Infecção do Local
Cirúrgico: Que papel
para os enfermeiros
especialistas à
pessoa em situação
perioperatória?

56

Painel VI
Enfermagem
Perioperatória, fora
do bloco cirúrgico:
será praticada?

58

A Indústria

EDITORIAL



Há um antes... e tem que haver um depois – reflexões sobre a especialidade clínica de enfermagem perioperatória

O XX Congresso da AESOP, intitulado “Dos princípios éticos, à prática de cuidados no perioperatório”, decorreu nos passados dias 28 a 30 de setembro de 2022, no Europarque, em Santa Maria da Feira; foi o retomar pós-pandémico das atividades anuais da Associação, dentro do seu compromisso estatutário de promoção de melhores práticas clínicas no contexto perioperatório e oportunidades de formação para os seus sócios e aqueles que o desejarem.

Recomeçar, tem as suas nuances, ora na sua vertente puramente logística, porque a realidade económica e contextual está em mudança, ora nas questões eminentemente científicas, porque estamos numa encruzilhada de caminhos; vimos de um tremendo esforço de agregação de consensos e saberes, que culminaram com o reconhecimento da Especialidade Clínica de Enfermagem Perioperatória e de uma liderança associativa carismática, que vão marcar um tempo que não tem regresso; temos o futuro todo à nossa frente, com desafios sociológicos e profissionais, que nos consumirão muita energia, na procura de novas e inovadoras soluções, mas ainda e sempre, no trabalho de convencer os cépticos e “Velhos do Restelo” que a diferença terá impacto no resultado final, naquilo para o qual contribuimos profissionalmente todos os dias;

O Congresso organizou-se, num modelo moderno de treino e debate científico, que durante três dias juntou palestrantes internacionais e nacionais, que vieram partilhar o seu questionamento e reflexão. As temáticas selecionadas, foram-no, porque indubitavelmente e num futuro próximo, terão de ter da parte dos Enfermeiros Perioperatórios, uma tomada de posição definitiva e marcante, no que respeita à sua função social no âmbito dos cuidados de saúde;

O reconhecimento da Especialização em Enfermagem Perioperatória, não pode ser o culminar de um percurso, mas sim e somente o reconhecimento da elevada complexidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação perioperatória; os Enfermeiros em funções nesse contexto, não podem ver a sua ação, somente como uma amálgama de tarefas e protocolos que implementam de forma sistemática e organizada, mas alternativamente como a integração de saberes multidimensionais

complexos, que tem como fim e que culminam, no melhor interesse da pessoa que estão a cuidar e os melhores resultados clínicos, respetivamente;

As ameaças que pairam nas sombras dos dias, condicionadas por interesses dissociados das pessoas alvos dos cuidados, não podem ser o tema de discursos populistas e esvaziados de conteúdo, mas devem ser o mote para o alinhamento de ideias e definição de objetivos de médio e longo prazo, para mais Enfermagem e menos interdependência; o facilitismo nunca foi a nossa maneira de agir;

No futuro que está aí, com as ferramentas que desde já estão disponíveis, os Enfermeiros Perioperatórios, tem que se certificar enquanto enfermeiros especialistas, sem margem para qualquer dúvida, e garantirem a qualidade de cuidados de Enfermagem Perioperatória, ao nível da excelência.

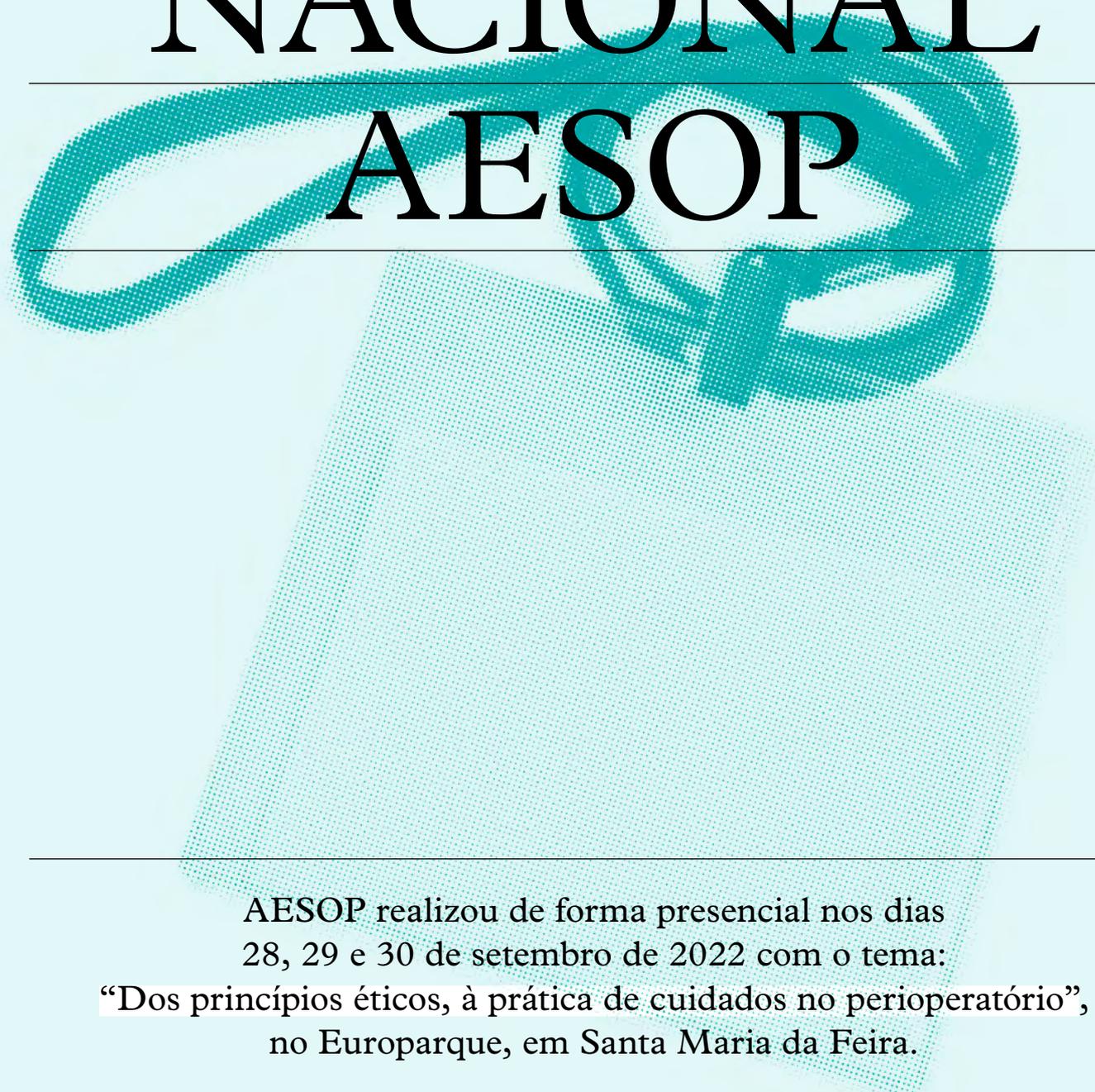
Se não o fizerem, perderão uma oportunidade de ouro de dar o seu contributo profissional para mais e melhores cuidados de saúde (facto eticamente inaceitável), e desperdiçarão todo o trabalho efetuado nas duas últimas décadas, com vista a descrever uma matriz de conhecimento especializado, que tem por fim beneficiar a pessoa alvo de cuidados;

Termino, afirmando que os desafios deste renovado tempo, serão os desafios da nova Direção da AESOP, que na data de publicação desta reflexão, desejo eu, estará eleita e pronta para o caminho “pedregoso” que continuamos a percorrer;

... façamo-nos ao caminho e sem demoras!!

Manuel Valente
Vice-presidente da AESOP

XX
CONGRESSO
NACIONAL
AESOP



AESOP realizou de forma presencial nos dias
28, 29 e 30 de setembro de 2022 com o tema:
“Dos princípios éticos, à prática de cuidados no perioperatório”,
no Europarque, em Santa Maria da Feira.

O dia 28 ficou marcado pelo regresso dos Workshops da AESOP:

1. "BACK TO THE BASICS: PRINCÍPIOS GERAIS DE ASSÉPSIA CIRÚRGICA"
2. "GESTÃO DO DOENTE COLONIZADO/INFETADO COM MICRORGANISMO PROBLEMA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO"
3. "COMO ELABORAR UM E-POSTER"
4. "POSICIONAMENTOS CIRÚRGICOS"
5. "EMERGÊNCIA NO BO – VIA AÉREA DIFÍCIL"

Realizaram-se em simultâneo duas sessões formativas, com conteúdos da responsabilidade de um parceiro da indústria com o tema "SUTURAS MANUAIS" e "SUTURA MECÂNICA E ENERGIA".

Nos dias 29 e 30 foram abordadas temáticas de grande importância para a prática dos cuidados perioperatórios. O conteúdo científico foi dividido em: 6 painéis reflexivos, 1 conferência; 2 conferências magistrais e sessões de comunicações livres e pósters. Foi certificado pela Ordem dos Enfermeiros com 0,6 CDP.

A AESOP considera que o objetivo geral "Promover o enriquecimento profissional, através de reflexão crítica, partilha e divulgação do conhecimento científico na área da Enfermagem Perioperatória com base nos princípios éticos", foi atingido,

verificando-se uma elevada participação dos congressistas (459 nos 2 dias de congresso) e 97% avaliou positivamente o congresso.

Como aspetos a melhorar foi sugerido: o aumento do espaço dedicado aos debates nas palestras e comunicações livres; o aumento do tempo das comunicações livres.

De seguida, fazemos o resumo alargado das temáticas abordadas neste XX Congresso Nacional da AESOP, para que todos possam ficar a par das reflexões efetuadas e acompanhar as últimas evidências sobre a Enfermagem Perioperatória.

Deixo-vos a "foto de família" das pessoas que fizeram parte deste projeto e possibilitaram o regresso em grande aos eventos da AESOP. Fica o agradecimento aos nossos sócios, simpatizantes, Direção Nacional, membros da comissão organizadora e científica; e um agradecimento especial ao nosso Professional Congress Organizer (PCO) Diventos.



Daniela Dias
Direção Nacional AESOP

XX CONGRESSO NACIONAL AESOP

28-30
SET 2022

SANTA MARIA
DA FEIRA
EUROPARQUE

Uma organização da



Dos
princípios
éticos à
prática dos
cuidados no
perioperatório

PROGRAMA



À semelhança de edições anteriores, este XX Congresso contou, com a presença dos Workshops:

1. BACK TO THE BASICS:
PRINCÍPIOS GERAIS
DE ASSÉPSIA CIRÚRGICA
2. POSICIONAMENTOS
CIRÚRGICOS
3. EMERGÊNCIA NO BO –
VIA AÉREA DIFÍCIL

Estes workshops, que sempre fizeram parte integrante do nosso programa, proporcionam uma constante atualização de conteúdos quer em termos teóricos como em termos práticos. Permitem a criação de cenários facilitadores de treino em contexto de Bloco Operatório.

Depois do sucesso no XVII Congresso, apostámos “neste congresso”, repetir o workshop “Gestão do doente colonizado/infetado com microrganismo problema em contexto perioperatório” que voltou a exceder as nossas expectativas pela participação entusiasta dos formandos.

Este ano, inovamos com a introdução de um novo Workshop que visava a elaboração de E-posteres, e que, pelo feedback dos participantes, também passará a fazer parte das próximas edições.

No que diz respeito a números de inscrições, estes, de uma forma geral, foram de encontro aos dos últimos congressos. Foi novamente possível estabelecer contacto entre os participantes, após uma ausência de 4 anos, para a partilha de dúvidas, questões e ainda alguns comentários. Os workshops mantiveram um elevado nível técnico, e o seu desenvolvimento deu-se num ambiente cordial para todos os participantes.

Os coordenadores destes workshops agradecem a dedicação e motivação de todos os formadores e de todos os intervenientes que, através das suas participações, possibilitaram o bom funcionamento de todas as atividades desenvolvidas.

Bem hajam,

Esmeralda Nunes
Direção Nacional AESOP

PAINEL I

Qual o impacto da atividade perioperatória na natureza?

O painel intitulado “Qual o Impacto da Atividade Perioperatória na Natureza?” iniciou o programa científico do XX Congresso Nacional da AESOP, que decorreu no dia 29 setembro 2022 com a moderação da Enfermeira Elena Noriega. O painel de palestrantes contou com os convidados Eduardo Macedo, Pedro Rosa e Regina Lamoso e a colaboração dos peritos Dr.º Jeroen Meijerink e Dr.ª Cristina Romão.

Desde a segunda metade do séc. XX, com os novos padrões de consumo da sociedade, a produção de resíduos tem vindo a aumentar a um ritmo alucinante, colocando a sustentabilidade do planeta em causa. Com o aumento da esperança média de vida, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a crescente procura dos cuidados de saúde, o aumento do consumo de dispositivos médicos descartáveis e a pandemia (que aumentou exponencialmente a utilização de equipamentos de proteção individual de uso único), tem havido um aumento crescente da produção de resíduos hospitalares.

Os impactos ambientais, vão desde a contaminação das águas e do solo, intoxicação de animais e plantas, até problemas no funcionamento de instalações de esgotos. Para melhorar a gestão de resíduos, têm sido desenvolvidas várias estratégias, incluindo a adoção de novas medidas legislativas, a aplicação de procedimentos técnicos mais adequados ou a sensibilização dos profissionais envolvidos.

O Enf.º **Eduardo Macedo** começou a sua apresentação com um breve resumo da evolução da legislação dos resíduos hospitalares em Portugal, como igualmente deu a conhecer a legislação atual que regulamenta a Gestão dos Resíduos Hospitalares. O conceito de resíduos hospitalares sofreu algumas alterações, devido às modificações da legislação europeia. Atualmente, consideram-se resíduos hospitalares os que resultam de atividades de “prestação de cuidados de saúde a seres humanos ou a animais, ...” (Decreto-Lei nº102-D/2020 de 10 dezembro).

A crescente produção de resíduos hospitalares, a complexidade da sua composição, a existência de novos conceitos de gestão de resíduos e o desenvolvimento de novas tecnologias de tratamento, conduziram à publicação do Despacho nº 242/96, de 13 de agosto, que veio estabelecer uma nova classificação de resíduos hospitalares, tendo em consideração os potenciais riscos para a saúde pública, a preservação do ambiente, a proteção dos trabalhadores, os preconceitos éticos e a perceção de risco pela opinião pública. Deste modo, a classificação dos resíduos hospitalares divide-se em 4 grupos: Grupos I e II são agrupados em resíduos não perigosos, ou seja, são resíduos que não necessitam de tratamentos específicos, sendo equiparados a urbanos. Dentro deste tipo, existem uns que são passíveis de triagem e valorização, como o papel/cartão, embalagens de plástico, metal e de vidro. Os Grupo III e IV são definidos como resíduos perigosos, sendo determinado o seu tratamento específico.

Foram apresentados os dados estatísticos da implementação na Gestão de Resíduos Hospitalares do Hospital de Braga, onde a preocupação dos intervenientes e a aplicação de medidas estratégicas, teve um impacto significativo na quantidade de itens recuperados na triagem de resíduos valorizáveis.

Na continuação deste painel, contamos com a apresentação do convidado Enf.º **Pedro Rosa**, sobre “Como Operacionalizar a Triagem de Resíduos no Contexto Perioperatório”. De uma forma bastante prática, foram abordadas as estratégias utilizadas de forma a operacionalizar e efetivar a triagem de resíduos no bloco operatório. As estratégias envolveram uma liderança efetiva, com uma cultura organizacional alinhada nesse sentido, de modo a envolver toda a organização para uma mudança comportamental.

A estratégia passou pela abordagem dos 5 R's no bloco operatório: Reduzir (Consumo de energia e água, impacto atmosférico de anestesia volátil e o modelo "just-in-time"), Reciclar/tirar (triagem nas salas operatórias e em espaços comuns), Reutilizar (privilegio do uso de item reutilizável sobre o descartável), Repensar (investimento em processos de melhoria contínua e política de compras sustentáveis) e Responsabilizar (envolvimento da liderança e estratégia comportamental positiva).

Sobre o item **Reciclar**, as medidas implementadas incidiram na triagem de resíduos nas áreas comuns do bloco operatório e nas salas de operações. Estas medidas passaram por otimizar as condições para uma triagem e separação de papel/plástico, separação e acondicionamento de ampolas de medicamentos, reorganização do carro de anestesia segundo as recomendações da AESOP e SPA. Com estas medidas simples tiveram ganhos económicos e ambientais significativos. Face ao consumo crescente de determinados itens, foram identificados novos desafios para a gestão de resíduos hospitalares, nomeadamente na eliminação/valorização de resíduos eletrónicos (p.ex.: baterias de motores, pilhas, monitores, ...) e dos dispositivos de uso único (dispositivo de corte linear com agrafador, dispositivo de fusão tecidular, pinças descartáveis de laparoscopia, lâminas de videolaringoscopia, ...). Perante esta problemática é necessária uma mudança no paradigma existente no seio das instituições, que passa pela triagem, armazenamento e acondicionamento destes itens.



Pedro Rosa



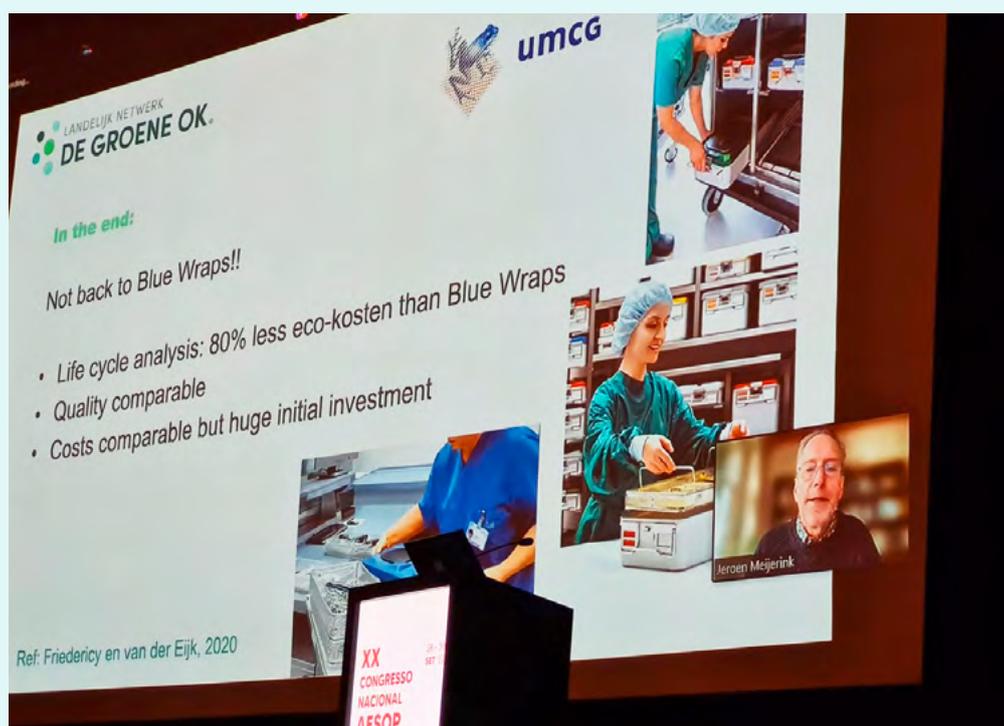
Regina Lamoso

De seguida, a Eng.^a **Regina Lamoso** abordou o tema – Valorização dos resíduos: que benefícios para a sociedade? A valorização de resíduos é uma operação cujo resultado principal é a sua transformação/recuperação, de modo a servir um fim útil, que se divide em 3 categorias: preparação para a reutilização, reciclagem e outros tipos de valorização (energética ou orgânica). Neste painel foi descrito a evolução temporal da operacionalização da Gestão de Resíduos Urbanos em Portugal, demonstrando que as estratégias implementadas resultaram numa redução da quantidade de resíduos depositados em aterro e uma valorização do processo de reciclagem.

O processo de gestão de resíduos requer um bom planeamento de coordenação de cada uma das secções especializadas no processamento dos resíduos hospitalares. Todo o produtor de resíduo é responsável pela gestão do resíduo, guiando-se pelo plano estratégico de resíduos hospitalares, onde se estabelece as prioridades, metas e ações a integrar nas instalações de cuidados de saúde. No Plano de Gestão de Resíduos estão

descritos os procedimentos de forma clara, relativos à triagem de resíduos hospitalares perigosos, assim como a correta separação e encaminhamento para a reciclagem de fluxos de resíduos. É da responsabilidade do produtor de resíduos promover junto dos seus colaboradores ações de formação e sensibilização no âmbito desta temática, promovendo uma consciência ambiental e social.

De modo a minimizar o impacto ambiental e promover uma sustentabilidade económica face aos custos associados à gestão de resíduos, os produtores de resíduos deverão futuramente contemplar no seu plano estratégico a adoção de novas medidas nos processos de compras, nomeadamente na aquisição de equipamentos reutilizáveis em detrimento dos de uso único, aquisição de equipamentos cujo as peças ou as próprias embalagens são facilmente desmontáveis, permitindo uma separação e o tratamento específico do resíduo. Neste sentido, definir critérios ambientais precisos na aquisição de produtos de uso clínico e não clínico e fomentar uma gestão de stock mais eficiente, são estratégias úteis de modo a reduzir a produção de resíduos hospitalares.



Jeroen Meijerink

Por fim, tivemos um encontro com os peritos, que demonstraram a aplicabilidade dos seus projetos dentro da temática de sustentabilidade ambiental em Bloco Operatório.

O Dr. **Jeroen Meijerink** iniciou a sua apresentação realizando um enquadramento internacional e da sua realidade da problemática do impacto dos resíduos hospitalares no meio ambiente e na saúde pública. Apresentou a plataforma “The Green OR”, descrevendo as principais áreas de intervenção do projeto – triagem de plástico, uso de energia, preservação e acondicionamento do instrumental cirúrgico e o uso de gases anestésicos.

As estratégias estabelecidas neste projeto incidem em três eixos: promoção do bem-estar dos doentes e dos colaboradores (otimização das condições de trabalho, otimização dos procedimentos cirúrgicos, redução de gases anestésicos, cultura organizacional...), redução do impacto no meio ambiente (triagem de resíduos, redução/minimização do uso de energia, otimização no uso de dispositivos de uso único, definição dos melhores materiais a usar nos processos de esterilização de dispositivos de uso múltiplo...) e a escolha nos processos de compras de materiais “mais verdes”.

Uma imagem vale mais que mil palavras, deste modo deixamos esta ligação de um vídeo, que foi apresentado no congresso da AESOP e fique a conhecer os resíduos gerados num único procedimento cirúrgico.

A Dr. **Cristina Romão**, médica anesthesiologista, começou por fazer o enquadramento da pertinência do projeto aplicado a um hospital público, descrevendo o caminho percorrido até ao momento. Apresentou o Plano Estratégico e Operacional de Sustentabilidade Ambiental no BO (PEOSA), aplicado numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório. As intervenções definidas e a priorização das estratégias recaíram em áreas como: a redução do impacto atmosférico da anestesia volátil (evitar N₂O, utilização preferencial de Sevoflurano em detrimento do Desflurano, preferir anestesia regional, sistema operacional de despoluição de gases anestésicos residuais e medições periódicas de gases residuais), a redução de produção de resíduos (acondicionamento adequado para o armazenamento dos resíduos, separação correta de resíduos, fluxo de logística reversa para os invólucros azuis e o registo da quantidade de resíduos produzidos, ...) e a utilização de dispositivos médicos reutilizáveis em vez de produtos de uso único. O projeto teve a preocupação de envolver todos os responsáveis de área que se articulam com o bloco operatório e de todos os intervenientes. Foram delineados 10 indicadores ambientais, de modo a quantificar os ganhos em saúde e na sustentabilidade ambiental no bloco operatório.

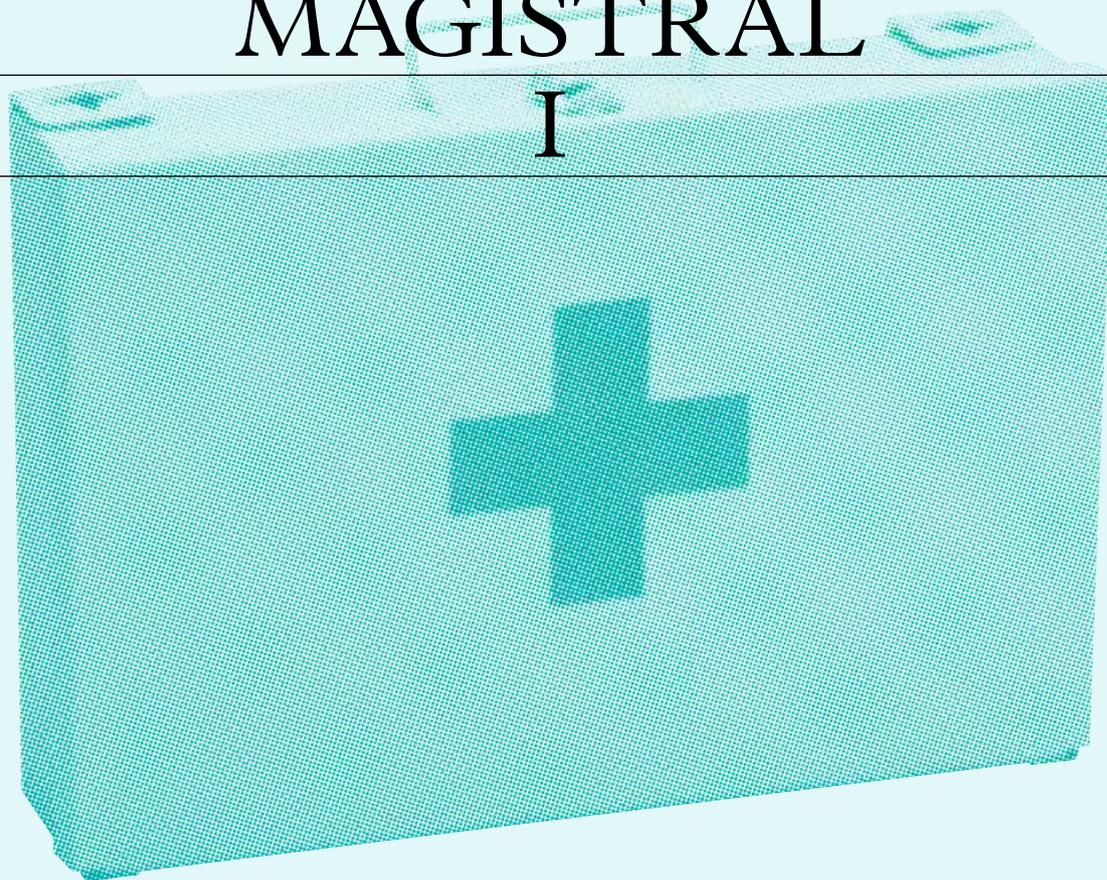
Os avanços tecnológicos trouxeram benefícios aos cuidados de saúde, mas infelizmente também acrescentaram um prejuízo ambiental considerável. Por isso é importante uma mudança no paradigma para uma economia circular que prevê a redução, reutilização, recuperação e reciclagem de materiais ou energia. Neste sentido, é imperativo uma revisão da regulamentação de gestão de resíduos hospitalares, uma liderança efetiva que aposte numa estratégia

de desenvolvimento de inovação tecnológica de materiais mais eficientes e ecológicos, bem como a maximização da vida útil do produto, reciclagem e otimização das etapas da gestão destes resíduos, acompanhada por uma política nacional centrada na redução do impacto ambiental das atividades humanas. As estratégias deverão estar alinhadas de modo a implementar as medidas necessárias e a distribuição de recursos adequadas às prioridades identificadas.

Sandrina Fernandes
Direção Nacional AESOP

CONFERÊNCIA MAGISTRAL

I



Dotações seguras em Contexto Perioperatório: Do que estamos a falar?

A 1ª Conferência Magistral do XX Congresso da AESOP decorreu dia 29 de setembro e ficou a cargo da Professora Doutora Amelia Castilho. A temática dotações seguras no contexto perioperatório foi analisada segundo 3 pontos essenciais: a segurança do doente na complexidade do contexto perioperatório, aclaração das dotações seguras e os desafios para a gestão.

→ **A SEGURANÇA DO DOENTE NA COMPLEXIDADE DO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO**

“Os cuidados seguros e a proteção dos doentes contra danos devem ser entendidos como um direito dos cidadãos, bem como uma prioridade nas políticas e programas do setor” é com esta citação da OMS (2019) que começou a análise deste tema. Seguiu-se um claro alerta para a responsabilidade dos enfermeiros perioperatórios na proteção e na garantia da segurança dos doentes, integrando as competências específicas dos EEEMC na área da pessoa em situação perioperatória (Regulamento n.º 429/2018 OE). Este regulamento especifica as responsabilidades do enfermeiro perioperatório no âmbito da Segurança do doente, destacando: a promoção de um ambiente seguro para doentes e profissionais; a gestão de risco; a análise epidemiológica de eventos adversos; a prevenção de danos resultantes da administração de terapêutica; a prevenção de complicações associadas à mobilização e ao posicionamento cirúrgico; a prevenção da retenção inadvertida de itens no local cirúrgico; a prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico; a gestão de dispositivos médicos, a gestão de tecidos e fluídos para análise, colheita, transplante ou eliminação; e a garantia de dotações seguras. Os enfermeiros têm no desempenho dos seus cuidados garantir a qualidade e a segurança do doente. Através de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem conseguir-se-á reconhecer o real valor da enfermagem e de que modo, melhores rácios de enfermeiros traduzir-se-ão em melhores resultados e menos cuidados omissos.

→ **ACLARAÇÃO DAS DOTAÇÕES SEGURAS**

A dotação de enfermeiros além de afetar os enfermeiros e as suas práticas profissionais, afeta a organização e os resultados nos doentes, ao nível das taxas de infeção, quedas, úlceras de pressão ou mortalidade. A palestrante lançou ainda o alerta que a maioria dos profissionais têm uma perceção negativa sobre a dotação da sua equipa, o que pode ser um fator preditor de eventos adversos. Sensibilizou também para a existência de um ciclo negativo associado à subdotação, ocorrendo uma diminuição das condições de trabalho e aumento da sua sobrecarga, aumento da insatisfação e a diminuição de atratividade da profissão de enfermagem. Estes fatores têm contribuído para a redução do número de enfermeiros e é uma situação comum a outros países, onde a enfermagem já não é atrativa para os jovens, levando-os a adotarem estratégias de importação de profissionais para responder às necessidades.

Outro aspeto destacado nesta exposição foi o facto de associado à subdotação estarem os **erros de omissão** e os **erros por comissão**. Cuidados omissos traduzem-se em falhas na vigilância do doente, no conforto/comunicação com o doente e na documentação dos cuidados. Melhores dotações de enfermeiros estão associadas a menores omissões nos cuidados de enfermagem.

Os erros por comissão, relacionados com práticas inadequadas, acontecem quando os profissionais têm um nível de desempenho abaixo do desejável, devido ao volume de trabalho e às pressões de produção, entre outros possíveis.

Baseando-se na definição do ICN de 2006, as dotações seguras assentam em 4 pilares fundamentais: ter o número suficiente de enfermeiros, com competências diversificadas

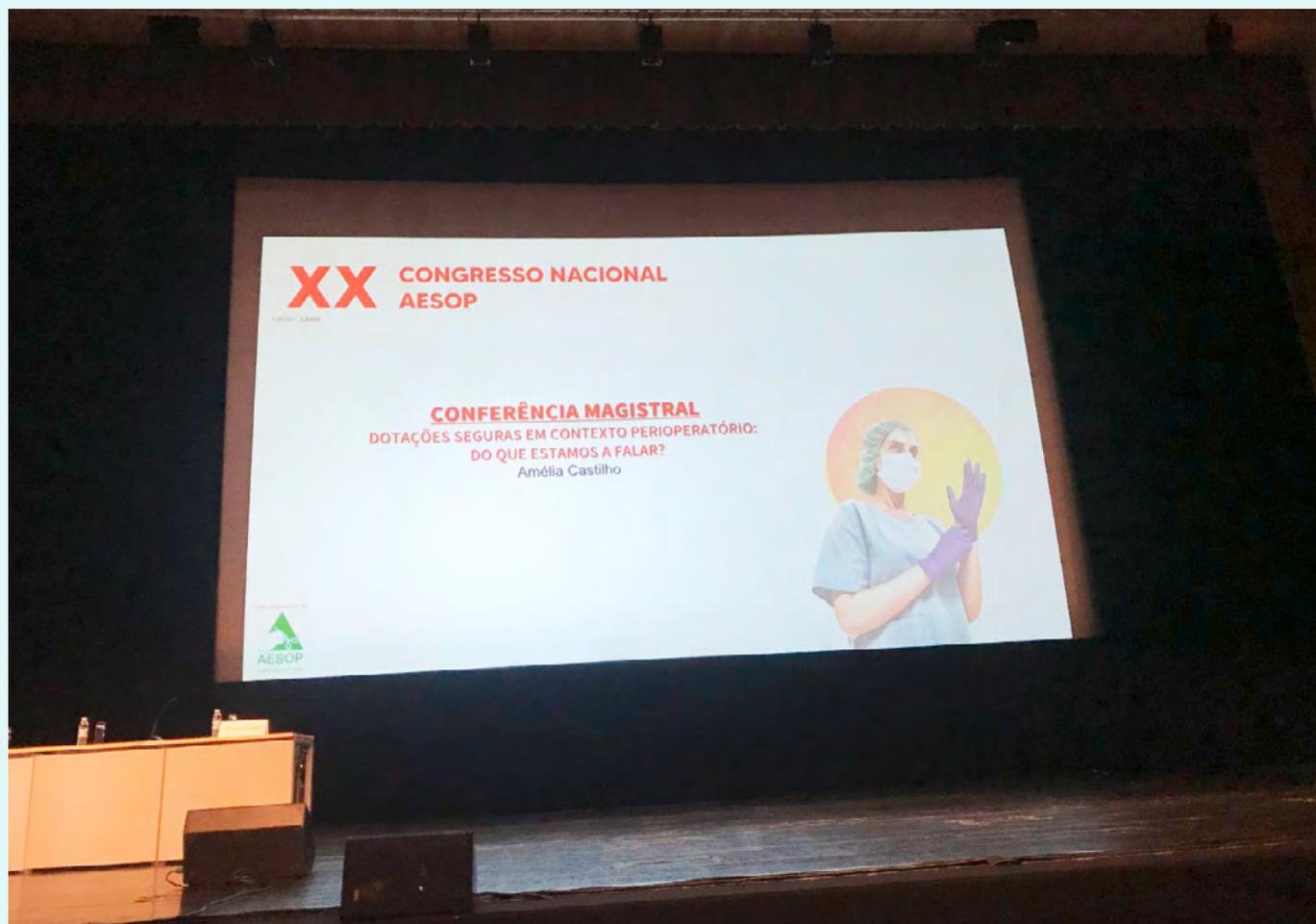
e complementares, numa ótica de trabalho colaborativo e presentes em todos os momentos do ciclo de vida da pessoa.

As dotações adequadas de profissionais devem ser consideradas pelas organizações como um investimento e não como uma despesa.

Neste sentido, uma dotação adequada de profissionais reforça a qualidade dos cuidados, melhora os resultados em saúde, diminuindo custos.

→ DESAFIOS PARA A GESTÃO

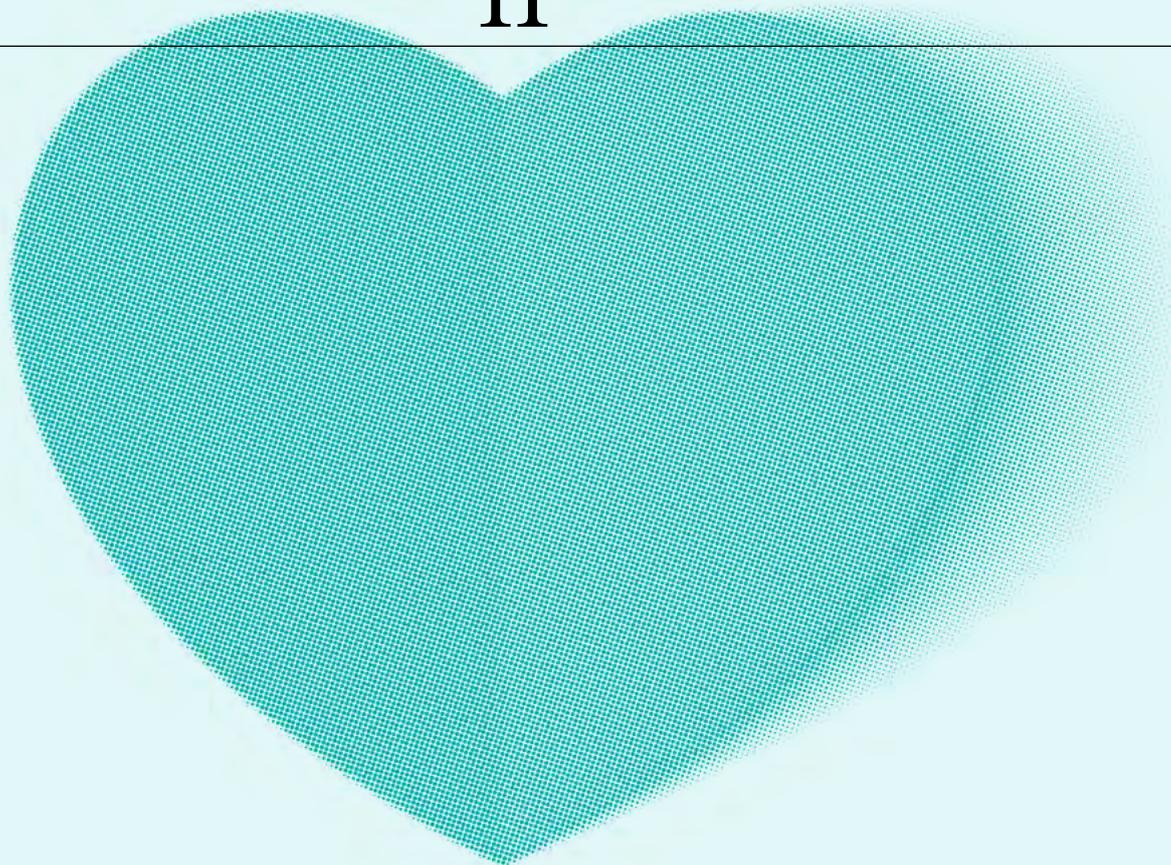
A palestrante destacou neste ponto da sua conferência como as dotações seguras são um desafio para a generalidade das organizações e sistemas de saúde. Tem de existir um equilíbrio entre os recursos disponíveis e a garantia de uma equipa dotada adequadamente e com competências (formação e qualificação) para obter ganhos em saúde. Existem fatores internos e externos que interferem na dotação de pessoal. De entre os fatores internos realçou a complexidade e intensidade dos cuidados, a lotação, os métodos de organização dos cuidados, a cultura organizacional.



Os fatores externos relacionam-se com o contexto sociopolítico, a flutuação no fluxo de doentes devido à sazonalidade e à formação. As dotações seguras são um processo dinâmico, não existindo um método perfeito para calcular a dotação segura de um serviço. Tem-se procurado criar métodos de cálculo mais objetivos e fiáveis. Mas o juízo profissional tem de estar presente para considerar as variáveis que não são medidas de forma matemática. Os indicadores fiáveis devem estar atualizados para traduzir a real necessidade de cuidados, garantindo que o cálculo das dotações será o mais real possível. O mesmo deve acontecer no contexto perioperatório, calculando dotações para a sala operatória, recobros, consultas perioperatórias, admissão pré-operatória e atividades de suporte ao processo. Neste sentido, espera-se dos gestores uma atitude financeiramente sustentável que garanta dotações seguras e práticas profissionais de qualidade, promovendo um ambiente mais positivo para o exercício da profissão e tornando-se mais atrativo para a fixação dos seus profissionais, com ações concretas de melhoria das condições de trabalho, oportunidades de formação e qualificação.

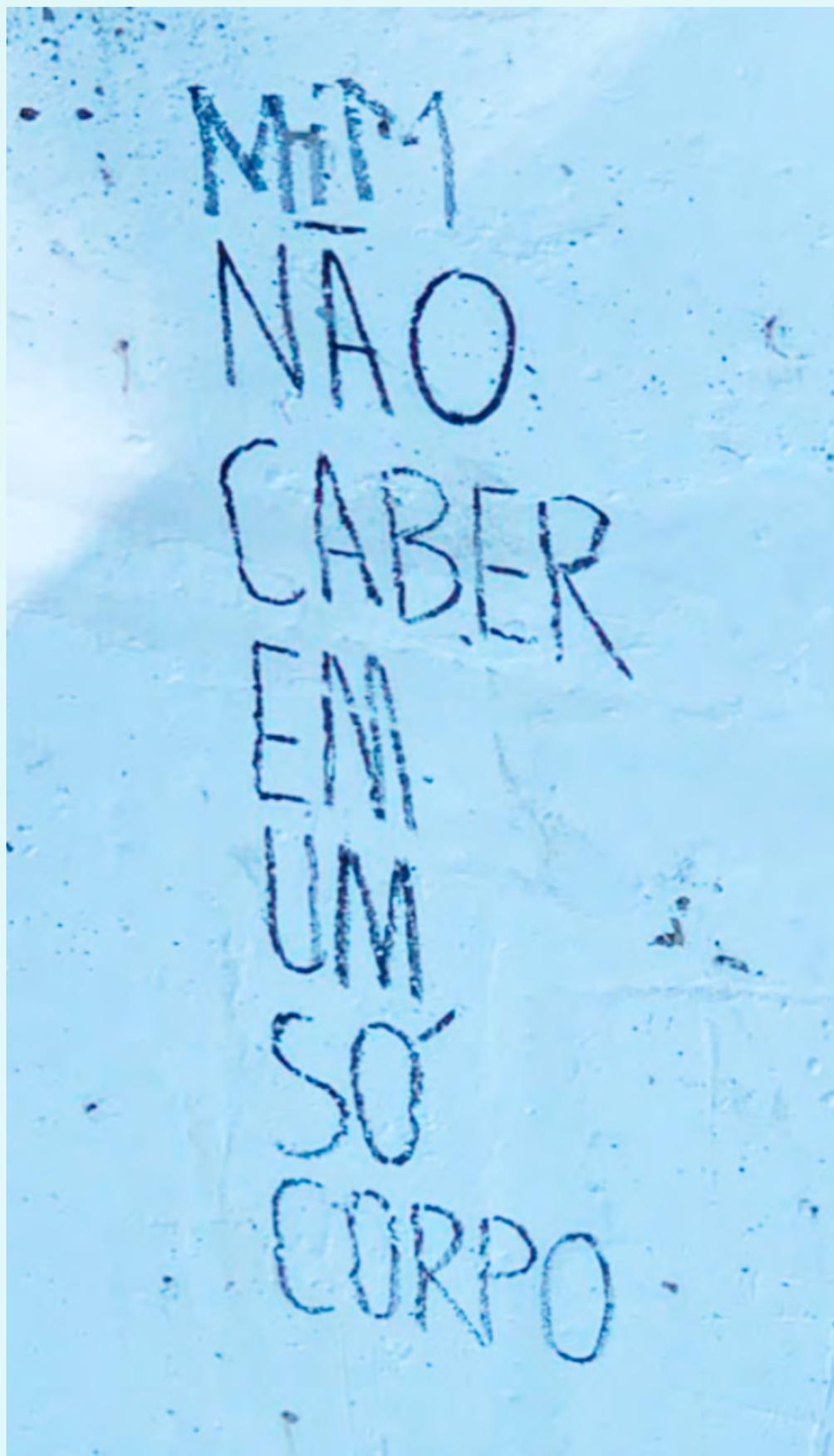
Daniela Dias
Direção Nacional AESOP

PAINEL II



A colheita de órgãos e a enfermagem no perioperatório – Ética num corpo com história

O II painel do Congresso Nacional da AESOP decorreu no dia 29 setembro e intitulou-se “A colheita de órgãos e a enfermagem no perioperatório – Ética num corpo com história”. Para abordar esta temática foram convidados peritos na área da doação, colheita e transplante de órgãos, intervenientes na coordenação e gestão do processo de doação e colheita de órgãos para transplante, e perito na área da ética.



“A doação é a expressão máxima da solidariedade humana... dar uma parte de si para que outro viva”

Fernando Rodrigues

Fotografia da autoria de Fernando Rodrigues, num muro de Lisboa

A transplantação de órgãos em Portugal tem um passado recente. Embora com um início de carácter experimental e atividade extraordinária, rapidamente passou a ser, uma terapêutica com indicações bem definidas e resultados de elevada qualidade, com expressão na redução significativa da mortalidade associada a disfunções terminais do órgão e melhoria da qualidade de vida. Embora seja uma atividade em expansão ainda se verificam assimetrias entre o número de órgãos disponíveis para transplante, o número de doentes em lista de espera deles necessitando e o número de mortes na espera. É certo que para haver transplantação, é necessário o melhor aproveitamento possível dos órgãos disponibilizados pela sociedade. A complexidade que medeia a utilização de órgãos para transplante requer legislação bem definida e uniformidade de procedimentos (que existe e tem sido desenvolvida) e pode ser considerada como um dos grandes desafios enfrentados pelas equipas intervenientes

no processo. A compreensão de todo este processo é essencial na prestação de cuidados diferenciados; requer do enfermeiro, conhecimento, técnica e sensibilidade pois implica ponderação ética, moral e legal, bem como aspetos afetivos.

Este painel iniciou com a intervenção do Enfermeiro **Fernando Rodrigues**, abordou o tema: “Que objetivos operacionais para uma colheita de órgãos e tecidos para transplante bem-sucedida?”

A colheita de órgãos é uma atividade cirúrgica, baseada num conjunto de princípios, promotores da preservação do órgão prévia à sua implantação definitiva e à otimização do ato de transplantação. O cumprimento desses princípios, garante a adequação à dádiva, a qualidade do órgão e a redução de complicações associadas à sua colheita e implante, como dos resultados do processo ao longo do tempo.



Nesta apresentação, o enfoque foi dado ao princípio da não maleficência, mencionando os aspetos relacionados com o ato cirúrgico da colheita de órgãos que garantem a segurança do recetor e a qualidade biológica do órgão e tecido. Nomeadamente, a existência e cumprimento de checklist que previnam eventos adversos; no caso de envolver várias equipas cirúrgicas, a necessidade de articulação conjunta entre equipas com gestão dos tempos operatórios de cada uma; as especificidades da abordagem cirúrgica, desde a avaliação macroscópica dos órgãos, à prevenção de complicações especialmente a prevenção da contaminação e lesão direta dos órgãos; os objetivos subjacentes à preservação, acondicionamento e identificação dos órgãos, incidindo na qualidade e segurança dos órgãos, na existência do código único que permite não só a rastreabilidade do órgão mas fundamentalmente a proteção dos direitos do dador (Ex. dádiva anónima, etc.).



Na continuidade deste painel o Enfermeiro **Manuel Valente** abordou “O papel do coordenador de transplante, no contexto perioperatório”.

A atividade de coordenação de transplante, nasceu da necessidade de maximizar e otimizar o aproveitamento de órgãos disponibilizados para a transplantação. O processo inicia-se com a “procura” de órgãos em ambiente hospitalar, decorre da otimização dos processos, durante a alocação e colheita de órgãos, e finaliza no âmbito das atividades peri-transplante. Importa referir que a identificação de um potencial dador, a sua eficaz manutenção e uma colheita de sucesso são indicadores de qualidade que resultam numa mais-valia para a esperança de vida de uma outra pessoa.

No contexto perioperatório, o papel do Coordenador de Transplante, é otimizar a ação das equipas de colheita e os procedimentos cirúrgicos, com vista a tornar mais eficiente os processos, em termos qualitativos e temporais. Assim, a sua apresentação versou na organização da colheita desde a identificação de um potencial dador ao finalizar do processo nas unidades de transplante com enfoque na comunicação. A comunicação como fator que evita eventos adversos e fator agilizador e facilitador dos processos.

Manuel Valente

De seguida o Enfermeiro **Alcino Martins**, apresentou o terceiro tema deste painel “Das necessidades de cuidados ao dador de órgãos e tecidos, à operacionalização dos procedimentos de colheita: responsabilidades, deveres e direitos!”

A colheita de órgãos, é um ato cirúrgico de elevada complexidade, tanto maior quanto o número de órgãos a colher; é efetuada em hospitais maioritariamente que não tem programas de transplantação, com múltiplas equipas (das especialidades associadas aos órgãos envolvidos) apoiadas por uma equipa perioperatória local. Os cuidados prestados ao dador, são baseados nos princípios gerais universalmente assumidos, considerando a lei, os regulamentos e a melhor prática clínica, no melhor interesse do dador e do recetor. Esta apresentação teve por base a reflexão da equipa de suporte local, integrada numa unidade sem programas de transplantação.

Após uma breve definição de conceitos e descrição do fluxograma do circuito do dador até ao ato de colheita, o destaque foi dado a como se organiza, previamente à colheita, a equipa local, quais as dificuldades sentidas e constrangimentos que ocorrem, e sugestões de melhoria. Assim, e nesta sequência, salienta-se a importância do enfermeiro como gestor de recursos humanos e materiais, e detentor de competências na área de enfermagem perioperatória, dando visibilidade à competência relacional, o enfermeiro como coordenador dos processos locais e elo de ligação com o Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação (GCCT). Neste âmbito, e no mote de que, a qualidade é responsabilidade de todos os envolvidos, referiu-se a importância de formação específica na área, para uma dinâmica funcional e resposta eficiente e de qualidade;

a importância da comunicação eficaz nas relações interpessoais e existência de relação de cooperação inter equipas e inter pares.

Como constrangimentos, foram apontados, os protocolos institucionais pouco claros e objetivos, o stress associado ao procedimento, o défice de conhecimento nesta área, com a ressalva de que, maioritariamente os enfermeiros têm uma atitude positiva, no entanto referem falta de recursos de apoio e formação específica e, por vezes a comunicação ineficaz ou ausência de comunicação entre os envolvidos.

Por último e conscientes que, é imputada às instituições e aos profissionais a responsabilidade e o dever de proporcionar qualidade e segurança nos cuidados em todas as fases do processo, sugerem, como medidas de melhoria; a revisão dos protocolos hospitalares, sendo mais ajustados às realidades das instituições com participação ativa dos intervenientes; implementação de intercâmbio de programas de formação entre o GCCT e as instituições, a articulação eficaz entre os diferentes intervenientes no processo; a promoção da comunicação eficaz e a avaliação regular de procedimentos, com uma abordagem sistemática da qualidade durante todo o processo.

Este painel fechou com chave de ouro, com a conferência da Professora Doutora **Lucília Nunes** dissertou acerca “Dos princípios éticos da doação e transplantação de órgãos... à sua operacionalização pelos Enfermeiros Perioperatórios.”

É indiscutível o desenvolvimento e progresso da ciência e da técnica para um maior bem-estar da humanidade, onde as fronteiras são estabelecidas pela ética, que caminha lado a lado com a ciência, no sentido de orienta-la para propósitos de interesse do ser humano, nomeadamente no respeito pela vida, dignidade e saúde.

Sendo a doação e colheita de órgãos para transplante uma atividade clínica normalizada é caracterizada por uma reflexão incisiva nos princípios bioéticos que, não sendo conflitantes, condicionam a uniformização, na resposta às necessidades do cidadão com insuficiência terminal de órgãos. Os enfermeiros em geral e os enfermeiros perioperatórios em particular, têm de estar preparados, serem detentores de conhecimento e competências, para dar uma resposta efetiva, eficiente e segura.

Após um breve enquadramento histórico do ponto de vista ético e bioético, a palestrante abordou a importância dos programas de transplantação e sustentabilidade dos mesmos recorrendo à máxima de que, para haver transplante é necessário haver colheita. Nesta sequência, fez referência ao consentimento informado associado aos programas de colheita de órgãos vigentes em Portugal; ao direito do cidadão à assistência e qualidade em saúde, considerando justiça distributiva e equidade; de forma global, à necessidade de sensibilização cívica dos profissionais de saúde, direta e indiretamente envolvidos no processo, na defesa da qualidade de vida dos cidadãos e no sentido de valorizar a dádiva, apelidando-a como solidariedade altruísta no final de vida.

No que respeita aos deveres dos enfermeiros perioperatórios, remete-nos para o código deontológico como pilar essencial na prática da enfermagem. A sua reflexão versou na importância de respeitar e fazer respeitar o corpo, na defesa da liberdade e na humanização dos cuidados com referência à dignidade humana do dador e da família como a base do qual decorrem os outros princípios, e que tem de estar presente e manifesta em todas as decisões e intervenções. Mais uma vez neste painel, foi referida a importância da comunicação,

neste caso, a comunicação com a família. A identificação de uma família a vivenciar um processo complexo e situação de crise, e o reconhecimento do enfermeiro como elo de ligação e facilitador na gestão da informação e emoções.

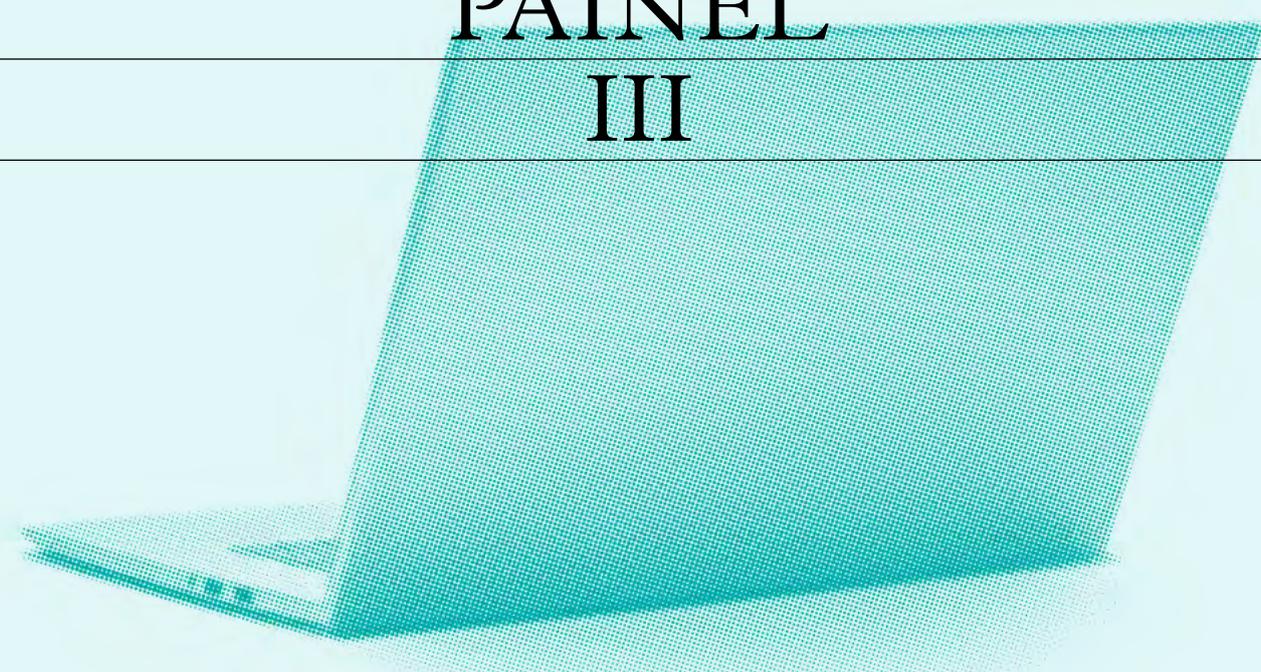
Terminando a sua apresentação, relembrou a necessidade de caminharmos no sentido de evoluirmos e acrescentarmos valor à Enfermagem Perioperatória; o reconhecimento da necessidade de, nos contextos de cuidados, enfermeiros perioperatórios mais qualificados, com conhecimento, formação e atitude adquiridos no decorrer da Especialidade em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.



Lucília Nunes

Fátima Gonçalves
Direção Nacional AESOP

PAINEL III



Sistemas de Informação na Enfermagem do Perioperatório – onde estamos e para onde vamos? Uma análise crítica

Este painel foi constituído pelas enfermeiras Filipa Matias, Joana Azevedo, Celeste Machado e teve a moderação da Enf.^a Mónica Macedo. A evolução tecnológica e científica associada a novas formas de comunicação e socialização, exigiu uma mudança no paradigma laboral dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Os Sistemas de Informação em Enfermagem, que integram diversos indicadores, nomeadamente os indicadores de qualidade, são instrumentos de trabalho com o propósito de promover a qualidade na assistência, gerir eficazmente a informação e orientar a gestão do trabalho. O seu desenvolvimento e implementação têm-se traduzido em desafios e igualmente em contributos, por isso a decisão de integrar a temática no programa deste Congresso da AESOP.

O Sistema de Informação de Enfermagem integrado no Sistema Nacional de Saúde deverá possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo de dados e a produção de conhecimento. A funcionalidade das aplicações informáticas de suporte ou outros aplicativos deverão estar integrados com os modelos existentes e deverão estar em conformidade com as normas internacionais de referência e o estado da arte no momento da sua criação.

A Enfermeira **Filipa Matias** iniciou este painel com a descrição da experiência da equipa de enfermagem perioperatória na utilização e funcionalidade da plataforma “**B.Simple Patient Care®**” nos cuidados perioperatórios.

A Enfermeira **Celeste Machado** apresentou a sua experiência na utilização do “**Glint®**” no âmbito da enfermagem perioperatória. A palestrante citou Edgar Morin “*É preferível ir abrindo caminho, ir corrigindo o percurso, melhorando-o, tornando-o pouco a pouco mais funcional e perfeito, do que estar à espera de conseguir as condições para abrir uma auto-estrada*” para comparar a experiência da implementação dos Registos/Sistemas de Informação em Saúde na instituição onde exerce funções, bem como as vantagens e contributos para a prática clínica.



Joana Azevedo

A Enfermeira **Joana Azevedo** apresentou o “**SClínico®**”, no âmbito da enfermagem perioperatória. Abordou as condições necessárias para a implementação de um sistema de informação, que vai desde uma liderança efetiva, uniformização dos registos de enfermagem, formação e motivação das equipas de saúde. Evidenciou as vantagens (parametrização nacional CIPE/SPMS, interoperabilidade com outras aplicações clínicas, produção de indicadores e registos a nível nacional) e os constrangimentos (interoperabilidade registos anestésicos intraoperatório, pouco intuitiva, mais tempo de registo, ...) experienciados na utilização desta plataforma e o desenvolvimento de melhoria da mesma.

A implementação dos Sistemas de Informação nos serviços de Saúde, torna possível transmitir ao profissional de saúde um conjunto de dados, informações e evidências, que são pertinentes na decisão clínica, na prestação de cuidados eficazes e de qualidade.

O desenvolvimento de sistemas informatizados para o registo e gestão dos dados de enfermagem, gerando indicadores e informação representativa da contribuição da Enfermagem para os cuidados e melhoria das condições de saúde da população são decisivos e permitem consolidar o desenvolvimento da Enfermagem como profissão e disciplina.

Da discussão deste painel, foi salientado a necessidade de continuar a investir na melhoria das plataformas de informação, assegurando a interoperacionalidade entre os diversos programas existentes, de forma a minimizar a duplicação de informação e a otimizar o tempo dedicado para a realização dos registos.

Sandrina Fernandes
Direção Nacional AESOP



Comunicações Livres e Pósteres

A Comissão Científica do XX Congresso Nacional da AESOP congratula-se com a elevada participação dos enfermeiros com trabalhos desenvolvidos no âmbito da Enfermagem Perioperatória. Neste Congresso foram submetidos para apreciação 57 resumos, tendo sido aceites, após aplicação dos critérios definidos em Regulamento, 19 Comunicações Livres e 27 Pósteres.

O número de trabalhos selecionados foi substancialmente superior aos anos anteriores, aliado a uma acentuada melhoria da qualidade científica dos mesmos, que nos indica que estaremos na direção certa para o desenvolvimento do corpo de conhecimentos da Enfermagem Perioperatória.

Os trabalhos desenvolvidos abordaram temáticas bem diferentes, como a Comunicação, a Consulta Pré-operatória de Enfermagem e o Impacto da Intervenção Educativa Pré-operatória, a Prevenção e Controlo da infeção em contexto perioperatório, a Segurança da Pessoa em Situação Perioperatória, Indicadores de Qualidade sensíveis aos Cuidados de Enfermagem e a Supervisão Clínica. Este último tema foi opção de vários enfermeiros, e nunca tinha sido abordado neste espaço de divulgação científica, demonstrando o interesse atual nesta temática.

Madalena Cabrita
Direção Nacional AESOP

VENCEDORES

COMUNICAÇÕES LIVRES

1º Prémio

Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia Ambulatória
Autores: Ana Matias e Professor Doutor Luís Sarnadas

2º Prémio

Impacto da Intervenção Educativa Pré-Operatória nos doentes submetidos a Artroplastia da Anca/Joelho
Autores: Inês Henriques, Cátia Pereira, Carolina Cortez, Natália Machado

PÓSTERES

1º Prémio

Avaliação da limpeza das superfícies de salas cirúrgicas
Autores: Paulo Brois, Sofia Rita

2º Prémio

A segurança da pessoa em situação perioperatória: As intervenções de enfermagem perioperatória na prevenção da infeção do local cirúrgico
Autores: Catarina Oliveira, David Viana, Lúcia Marques, Miguel Negrão, José Coutinho

COMUNICAÇÕES LIVRES

1º Prémio

Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia Ambulatória

*Ana Cristina Rafael Matias
Professor Doutor Luís Sarnadas, Professor Adjunto
na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

A Cirurgia Ambulatória de acordo com o Despacho nº 1380/2018 assume um papel extremamente importante no aumento da efetividade da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com impacto positivo para o doente.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, tem como prioridade a segurança do doente como tal a OMS, a União europeia e a DGS recomendam que o ciclo de melhoria contínua da qualidade passe pela avaliação da cultura de segurança do doente, através da identificação, avaliação e hierarquização dos riscos, promovendo ações de melhoria nas áreas problemáticas, por conseguinte a existência de políticas claras; a capacidade de liderança; a implementação de estratégias já definidas para a segurança do doente; profissionais de saúde qualificados e o envolvimento do doente, são fundamentais na prestação de cuidados seguros e de qualidade (WHO, 2019).

De acordo com o estado atual da arte as complicações resultantes de um ato cirúrgico ocorrem em pelo menos um quarto dos doentes e cerca de metade são considerados preveníveis. Quando falamos em Cirurgia ambulatória, 4 a 10 doentes são vítimas de um evento adverso sendo que 80% destes são evitáveis (WHO, 2019, 2017).

Face ao exposto e por desenvolver a nossa atividade profissional numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA), considerámos que seria de todo pertinente a avaliar a CSD na unidade no sentido de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Esta reflexão é o ponto de partida para a concretização do presente estudo, conduzindo-nos à questão central desta investigação: qual a perceção dos profissionais relativamente à cultura de segurança do doente, na unidade de cirurgia ambulatória, de um Centro Hospitalar da região centro do país?

Como objetivo geral pretendemos identificar oportunidades de melhoria da cultura de segurança do doente, com o contributo de todos os profissionais

COMUNICAÇÕES LIVRES

1º Prémio

envolvidos na prestação direta ou indireta de cuidados ao doente submetido a cirurgia em regime ambulatorio. Como objetivos específicos pretendemos: caracterizar a cultura de segurança do doente de uma UCA de um CH; propor estratégias de melhoria no desempenho dos profissionais, que visem obter ganhos em saúde do doente cirúrgico; identificar no âmbito da segurança do doente as necessidades de formação expressas pelos profissionais de UCA de um CH.

Para tal foi realizado estudo exploratório/ descritivo transversal de abordagem quantitativa numa amostra de 52 profissionais da equipa multidisciplinar a exercerem funções na UCA de um CH da região centro do país. O período de colheita de dados decorreu entre 3 de dezembro de 2020 e 30 de janeiro de 2021, relativamente ao instrumento de colheita de dados optámos pelo “Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture da Agency for Healthcare Research and Quality, na sua versão traduzida e validada para a população portuguesa por Pinto em 2018.

Foi obtida uma taxa de adesão de 95% e como principais resultados, no que diz respeito à caracterização da amostra foram avaliadas a distribuição por categoria profissional e nº de horas de trabalho por semana, concluímos que na sua maioria a amostra é constituída por 33% de enfermeiros e que 67% dos participantes trabalha entre 32 a 40 horas por semana.

Na análise geral das dimensões foi possível verificar que nenhuma delas se apresenta como aspeto forte da CSD, sendo que a que mais se destaca com 69% de respostas positivas é a referente à aprendizagem organizacional – melhoria contínua, seguida da dimensão referente á comunicação relacionada com o doente com 57% de respostas positivas, sendo ainda assim aspetos a melhorar. As restantes dimensões apresentam-se como aspetos críticos ou problemáticos com valores abaixo dos 50%. De sublinhar pela negativa as dimensões apoio da administração para a segurança do doente e capacitação do pessoal com apenas 27% de respostas positivas. No que diz respeito à notificação de near misses foi possível verificar 45% dos participantes raramente notifica sendo este aspeto mais evidente ao analisarmos os dados referentes à classe profissional de enfermagem.

A CA com a sua dinâmica de gestão e funcionamento particulares, apresenta para os profissionais que integram estas equipas, desafios únicos no que diz respeito à SD, há a necessidade, não só de uma mudança individual de comportamentos e práticas, mas também uma mudança organizacional

COMUNICAÇÕES LIVRES

1º Prémio

que envolva e responsabilize todos os intervenientes no sentido de serem identificados focos potenciais de eventos adversos. O enfermeiro perioperatório de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, tem como competências promover um ambiente seguro para todos os intervenientes participando na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória (Regulamento n.º 429/2018).

A relevância para a prática, passa pela divulgação destes resultados à administração, gestão intermédia e restante equipa de forma que os aspetos críticos identificados, constituam o ponto de partida para a implementação de ações no sentido de melhorar a CSD em CA.

Agency for Healthcare Research and Quality (2017). *AHRQ Safety Program for Ambulatory Surgery: Final report*. (AHRQ Publicação n.º 16(17)-0019-1-EF). Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/hais/tools/ambulatory-surgery/sections/ambulatory-surgery-report.pdf>

Agency for Healthcare Research and Quality (2021). *Patient Safety 101: The Fundamentals*. Retrieved from <https://psnet.ahrq.gov/patient-safety-101>

Despacho n.º 1380/2018 de 8 de fevereiro. *Diário da República n.º 28/2018 - 2ª Série*. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018 - 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

WHO. (2017). *Patient safety: making health care safer*. Retrieved from Geneva: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>

WHO. (2019). *Patient Safety*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

COMUNICAÇÕES LIVRES

2º Prémio

Impacto da intervenção educativa pré-operatória nos doentes submetidos a artroplastia da anca/joelho: revisão sistemática da literatura*Inês Henriques, Cátia Pereira, Carolina Cortez, Natália Machado*

PALAVRAS-CHAVE

“enfermagem perioperatória”; “preoperative education”; “arthoplasty”; “replacement hip”; “replacement knee”; “educação pré-operatória”

INTRODUÇÃO

O número de artroplastias de anca (ATA) e de joelho (ATJ) tem vindo a crescer mundialmente, associado ao envelhecimento da população. O enfermeiro deve ter um papel ativo e participativo no acompanhamento cirúrgico dos doentes, esperando-se que estes obtenham os melhores resultados em saúde e o menor número de complicações peri operatórias.

OBJETIVOS

Sintetizar a evidência do impacto da Intervenção Educativa Pré-Operatória (IEP) nos doentes submetidos a ATA e ATJ; identificar quais os principais ganhos em saúde como resultado da IEP; Documentar os resultados em saúde que resultam da IEP; Conhecer as características das diversas IEP's encontradas.

FUNDAMENTAÇÃO

A artroplastia constitui uma cirurgia física e psicologicamente stressante para os doentes (Aydin et al., 2015) estando associada a complicações pós-operatórias (Louw et al., 2013; Wilson et al., 2016). De modo a minimizar o impacto e os riscos deste procedimento cirúrgico e, no sentido de melhorar os resultados em saúde dos doentes, os enfermeiros desenvolvem várias ações. A IEP é disso um exemplo, objetivando melhorar o conhecimento do doente e família, para que estes sejam participantes ativos no processo de tratamento e recuperação (Aydin et al., 2015; Dayucos et al., 2019; McDonald et al., 2014). Assim, o enfermeiro perioperatório desenvolve ações de educação e de treino que promovem a capacitação, autogestão e recuperação pós-operatória, envolvendo o doente e a família.

COMUNICAÇÕES LIVRES

2º Prémio

METODOLOGIA

A questão de investigação deste estudo é “Qual o impacto da intervenção educativa pré-operatória nos doentes submetidos a artroplastia de anca/joelho?”. Procedeu-se à realização de pesquisas em duas bases de dados científicas, CINAHL e MEDLINE, limitando os resultados a artigos publicados nos últimos 10 anos, em inglês e em português. Como critérios de inclusão tem-se: Estudos experimentais; Estudos Quase-experimentais; Estudos de coorte. Excluíram-se resultados como: Revisões Sistemáticas da Literatura; Artigos de revisão; Artigos de Opinião. Das pesquisas resultaram um total de 182 artigos, tendo sido incluídos para revisão 8 destes. Os estudos escolhidos foram alvo de apreciação metodológica utilizando as ferramentas de avaliação crítica para uso em revisões sistemáticas de The Joanna Briggs Institute (The Joanna Briggs Institute, 2017a, 2017b, 2017c).

RESULTADOS

No que respeita à dor pós-operatória e à ansiedade, o impacto da IEP não é consensual, podendo esta controvérsia estar relacionada com a dimensão subjetiva destas variáveis (Chen et al., 2014; Cooke et al., 2016; Wilson et al., 2016). No entanto, a maioria dos

estudos reforça que o impacto da IEP na ansiedade dos doentes depende da técnica educativa utilizada, do número de doentes por “aula” e do tipo de profissional que realizou a IEP (Cooke et al., 2016). Quanto à náusea pós-operatória, autoeficácia nos autocuidados e avaliação do estado funcional, não foram detetadas diferenças entre grupos (Cooke et al., 2016; Wilson et al., 2016). Não obstante, comprovou-se que a educação pré-operatória impactou positivamente o estado funcional em algumas atividades específicas (Chen et al., 2014). Em relação ao desempenho do exercício físico os resultados não foram consensuais, dois estudos (Chen et al., 2014; Jones et al., 2022) referem que a IEP impacta positivamente o desempenho do exercício físico. Por oposição, outros dois (Moulton et al., 2015, 2017) não obtêm significância estatística no desempenho do exercício. Mesmo assim, acredita-se que as diferenças se devem às diferenças entre as IEP aplicadas nos estudos. Jones et al. (2022), Kelmer et al. (2021) e Sisak et al. (2019) obtiveram resultados estatisticamente positivos que demonstram o impacto positivo da IEP na redução da duração de internamento. Moulton et al. (2015, 2017) obteve diferença estatisticamente significativa nos doentes submetidos a ATA, mas não nos doentes submetidos a ATJ, o que possivelmente poderá estar relacionado com o número de doentes em estudo. Jones et al. (2022) e Kelmer et al. (2021) constataram que os doentes

COMUNICAÇÕES LIVRES

2º Prémio

sujeitos a IEP apresentavam maior disposição para a alta. Também Kelmer et al. (2021) demonstrou existir relação significativa positiva entre a IEP e a redução dos custos hospitalares. De um modo geral, todos os estudos analisados têm as IEP's com vários momentos de interação e com diferentes métodos, tais como: brochuras; CD's; DVD's; sessões de ensino individuais ou em grupo; chamadas telefónicas. Estas IEP's são, maioritariamente, coordenadas pela equipa de enfermagem.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Vários estudos comprovam a eficácia de programas integrados de recuperação cirúrgica, com melhoria de resultados pós-cirúrgicos, nomeadamente: diminuição do tempo de internamento hospitalar, diminuição dos custos hospitalares, redução da ansiedade, mobilização precoce e até diminuição da mortalidade (Moulton et al., 2017). Através de ações como a IEP, os enfermeiros conseguem obter resultados que se traduzem num melhor acompanhamento dos doentes, com todos os benefícios que esse acompanhamento implica. Deseja-se que os enfermeiros perioperatórios deixem de estar restritos ao bloco operatório e possam, num futuro próximo, constituir parte ativa no pré-operatório e no pós-operatório. O acompanhamento do doente cirúrgico, por enfermeiros perioperatórios, promove a satisfação dos doentes, dos profissionais e os ganhos de resultados em saúde, potenciando a segurança dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aydin, D., Klit, J., Jacobsen, S., Troelsen, A., & Husted, H. (2015). No major effects of preoperative education in patients undergoing hip or knee replacement—a systematic review. *Danish Medical Journal*, 62(7). <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=26183051&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Chen, S., Chen, C., & Lin, P. (2014). The effect of educational intervention on the pain and rehabilitation performance of patients who undergo a total knee replacement. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(1–2), 279–287. <https://doi.org/10.1111/jocn.12466>
- Cooke, M., Walker, R., Aitken, L. M., Freeman, A., Pavey, S., & Cantrill, R. (2016). Pre-operative self-efficacy education vs. usual care for patients undergoing joint replacement surgery: a pilot randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 74–82. <https://doi.org/10.1111/scs.12223>
- Dayucos, A., French, L. A., Kelemen, A., Liang, Y., Sik Lanyi, C., & Lanyi, C. S. (2019). Creation and Evaluation of a Preoperative Education Website for Hip and Knee Replacement Patients—A Pilot Study. *Medicina*, 55(2), 32. <https://doi.org/10.3390/medicina55020032>
- Jones, E. D., Davidson, L. J., & Cline, T. W. (2022). The Effect of Preoperative Education Prior to Hip or Knee Arthroplasty on Immediate Postoperative Outcomes. *Orthopaedic Nursing*, 41(1), 4–12. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000814>
- Kelmer, G. C., Turcotte, J. J., Dolle, S. S., Angeles, J. D., MacDonald, J. H., & King, P. J. (2021). Preoperative Education for Total Joint Arthroplasty: Does Reimbursement Reduction Threaten Improved Outcomes? *The Journal of Arthroplasty*, 36(8), 2651–2657. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2021.03.016>

COMUNICAÇÕES LIVRES

2º Prémio

- Louw, A., Diener, I., Butler, D. S., & Puentedura, E. J. (2013). Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(3), 175–194. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.727527>
- McDonald, S., Page, M. J., Beringer, K., Wasiak, J., & Sprowson, A. (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003526.pub3>
- Moulton, L., Evans, P. A., Starks, I., & Smith, T. (2015). Pre-operative education prior to elective hiparthroplasty surgery improves postoperative outcome. *International Orthopaedics*, 39(8), 1483–1486. <https://doi.org/10.1007/s00264-015-2754-2>
- Moulton, L., Evans, P. A., Starks, I., & Smith, T. (2017). Preoperative education prior to elective knee arthroplasty surgery does not change patient outcomes. *Musculoskeletal Care*, 15(4), 341–344. <https://doi.org/10.1002/msc.1177>
- Sisak, K., Darch, R., Burgess, L., Middleton, R., & Wainwright, T. (2019). A preoperative education class reduces length of stay for total knee replacement patients identified at risk of an extended length of stay. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(10), 788–796. <https://doi.org/10.2340/16501977-2602>
- The Joanna Briggs Institute. (2017a). Checklist for Cohort Studies. *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools for Use in JBI Systematic Reviews*, 1–7. https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools
- The Joanna Briggs Institute. (2017b). Checklist for Quasi-Experimental Studies. *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools for Use in JBI Systematic Reviews*, 1–6. http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool2017.pdf
- The Joanna Briggs Institute. (2017c). Checklist for Randomized Controlled Trials. *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools for Use in JBI Systematic Reviews*, 1–9. <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisaltools.html>
www.joannabriggs.org/research/critical-appraisaltools.html
- Wilson, R. A., Watt-Watson, J., Hodnett, E., & Tranmer, J. (2016). A Randomized Controlled Trial of an Individualized Preoperative Education Intervention for Symptom Management After Total Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 35(1), 20–29. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000210>

PÓSTERES

1º Prémio

AVALIAÇÃO DA LIMPEZA DAS SUPERFÍCIES DE SALAS CIRÚRGICAS

Paulo Brois¹, Sofia Rita²¹ Enfermeiro na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE/ Mestrando no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa² Enfermeira Especialista na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

1. Introdução

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) estão relacionados, assumindo uma importância crescente. As IACS aumentam a morbilidade e mortalidade, prolongam os internamentos, acentuam a pressão geradora de RAM (pelo maior uso de antibióticos) e, conseqüentemente, agravam os custos em saúde (WHO, 2015).

A manutenção de um ambiente limpo no bloco operatório é essencial para proteger a segurança dos clientes. A limpeza e a desinfecção ambiental permitem reduzir a probabilidade de desenvolvimento de IACS (Armellino, 2017).

2. Objetivo:

Avaliar a eficácia da limpeza das salas cirúrgicas através do método de gel marcador fluorescente com luz ultravioleta (UV).

3. Fundamentação

Recentemente, várias instituições do Serviço Nacional de Saúde reportaram números recorde de cirurgias realizadas em 2021 (SNS, 2022). Com a necessidade de rentabilização dos blocos operatórios através da realização do maior número possível de cirurgias, tem-se verificado uma pressão crescente no tempo de *turnover* entre cirurgias e, conseqüentemente, sobre a performance e tempo de limpeza das salas cirúrgicas pelos assistentes operacionais.

Estão descritos vários métodos para avaliação da eficácia da limpeza e desinfecção de superfícies: a inspeção visual, métodos microbiológicos, uso de marcadores fluorescentes com luz ultravioleta (UV) e o método ATP bioluminescência (Rutala et al., 2017). Estes dois últimos, são métodos objetivos que permitem avaliar a eficácia da limpeza obtendo resultados imediatos, podendo ser usados para fornecer *feedback* aos membros da equipa em relação ao seu desempenho na limpeza (Rutala et al., 2019). Os métodos objetivos para avaliar a eficácia da limpeza são preferíveis à inspeção apenas visual (Branch & Amiri, 2020).

A introdução de um método objetivo de avaliação da eficácia da limpeza das superfícies das salas cirúrgicas, de baixo custo, fácil execução e que fornece dados imediatos, aplicado de forma rotineira, permite assegurar um ambiente limpo e seguro para o cliente, possibilitando introduzir medidas corretivas necessárias de forma atempada, podendo também ser utilizado como ferramenta educacional (AORN, 2022).

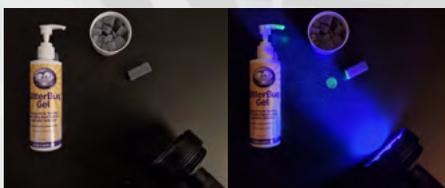


Figura 1 – Método de avaliação da limpeza através de gel marcador fluorescente com luz UV. Fonte: Imagem do autor

Referências bibliográficas:

- Armellino D. (2017). Minimizing Sources of Airborne, Aerosolized, and Contact Contaminants in the OR Environment. *AORN Journal*, 106(6), 494–501. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.09.012>
- AORN. (2022). *Guideline for Environmental Cleaning*. Em *AORN. Guidelines for Perioperative Practice* (pp. 181-212). Denver: AORN, Inc.
- Branch, R. & Amiri, A. (2020). Environmental Surface Hygiene in the OR: Strategies for Reducing the Transmission of Health Care-Associated Infections. *AORN Journal*, 112, 327-342. doi: <https://doi.org/10.1002/aorn.13175>
- Rutala W., Kanamori H., Gergen M., Sickbert-Bennett E., Huslage K. & Weber D. (2017). Comparative analysis of four major hospital cleaning validation methods. *Am J Infect Control*, 45(6). doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.04.087>
- Rutala W.A. & Weber D.J. (2019). Best practices for disinfection of noncritical environmental surfaces and equipment in health care facilities: a bundle approach. *Am J Infect Control*, 47(suppl): A96-A105. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.01.014>
- SNS. (2022). Recorde de cirurgias no SNS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/01/13/recorde-de-cirurgias-no-sns/>

4. Metodologia

Estudo observacional e analítico com recolha de dados relativamente à limpeza das salas cirúrgicas após as cirurgias. Utilizou-se gel marcador fluorescente com luz UV, aplicado em 10 locais de toque frequente sujeitos a limpeza e desinfecção no final das cirurgias, nomeadamente, marquês cirúrgica, mesa de instrumentos cirúrgicos, suporte de soros, *pantoffs*, carro de apoio de anestesia, recipientes de resíduos, superfície do ventilador, balão do ventilador, teclado e rato do computador. Foi efetuada a aplicação com cerca de 1 cm de diâmetro numa zona acessível para limpeza em cada um dos referidos locais, sem conhecimento dos profissionais, com recolha de dados durante uma semana. De seguida realizou-se formação sobre a importância e o procedimento de limpeza das salas cirúrgicas, informando sobre o início da monitorização. Procedeu-se a nova recolha de dados durante uma 2ª semana, seguida de uma avaliação dos resultados, que foram comunicados às equipas que receberam formação. Por fim, realizou-se nova recolha de dados durante uma 3ª semana, com informação ponto a ponto à assistente operacional (cada vez que foi identificado algum resíduo de gel com a luz UV) com vista ao cumprimento do procedimento de limpeza.

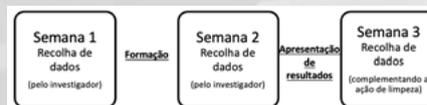


Figura 2 – Esquema do procedimento de colheita de dados.

5. Resultados

A amostra do estudo foi composta por 450 observações (150 antes da formação; 150 após a formação; 150 a complementar a limpeza após a apresentação dos resultados). Com recurso ao Teste U de Mann-Whitney, verificou-se que só existem diferenças entre as observações pré e pós formação com significado estatístico na avaliação da limpeza dos suportes de soros ($U = 170,0$; $p=0,016$), na limpeza dos *pantoffs* ($U = 175,5$; $p=0,008$), na limpeza do balão do ventilador ($U = 180,0$; $p=0,004$), no teclado do computador ($U = 181,0$; $p=0,015$), no rato do computador ($U = 165,0$; $p=0,029$). Assim sendo, a eficácia da limpeza das superfícies cirúrgicas (suportes de soros, *pantoffs*, balão do ventilador, teclado e rato de computador) é superior no segundo momento, após a primeira formação.

6. Conclusão

Com a realização de formação e a introdução deste método objetivo de avaliação da eficácia da limpeza das superfícies das salas cirúrgicas, verificou-se progressivamente maior conformidade com o procedimento de limpeza.

Autores: Paulo Brois, Sofia Rita

PÓSTERES 2º Prémio

A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Autores: Catarina Oliveira(1), David Viana(1), Lúcia Marques(1), Miguel Negrão(1), José Coutinho(1)
Instituição: (1)JULSAM, EPE, Hospital Santa Luzia, Bloco Operatório Central
(1) Mestrandos em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, na ESEP



1. Introdução

Embora as infeções do local cirúrgico (ILC) sejam entre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), as mais evitáveis (OMS, 2018), representam um fardo em termos de morbidade e mortalidade e custos adicionais para utentes e para os sistemas de saúde em todo o mundo.

Em Portugal no inquérito de prevalência efetuado em 2012, a ILC foi a terceira das IACS mais frequente, representando 18% das infeções hospitalares, com tendência decrescente desde então. A DGS em 2015, introduz a norma: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, onde manifesta que cada ILC é responsável por 7-11 dias adicionais de internamento e por um aumento de risco de morte de 1 a 11 vezes. Estima também que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de intervenções baseadas em evidência.

Os enfermeiros perioperatórios são profissionais com responsabilidade acrescida na segurança do doente, particularmente na prevenção da ILC. Responsabilidade essa, que faz parte do ADN da profissão desde Florence Nightingale, até mais recentemente à publicação no Diário da República do regulamento n.º 429/2018 da OE sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória. Nomeadamente na unidade de competência n.º 2.2: "Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios." (regulamento n.º429, 2018, p.19367).

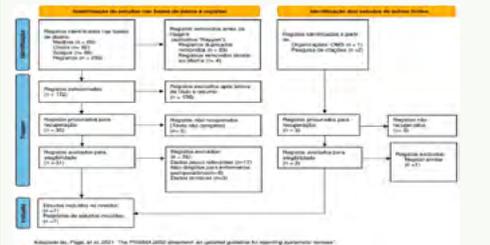
2. Objetivos

O objetivo maior desta revisão da literatura, é fornecer uma atualização da melhor evidência científica disponível, acerca dos cuidados de enfermagem perioperatória que promovam a prevenção da ILC.

- Identificar as intervenções dos enfermeiros perioperatórios que promovam a prevenção da ILC, nos utentes submetidos a cirurgia, no B.O.
• Determinar o nível conhecimento e da aplicação das intervenções de enfermagem perioperatória na prevenção da ILC.

3. Metodologia

Partimos da questão de investigação: "Quais as intervenções dos enfermeiros perioperatórios na prevenção de infeção do local cirúrgico, à pessoa submetida a cirurgia no Bloco Operatório?"
A pesquisa foi efetuada no período de 2 a 10 de maio de 2022, em três bases de dados: Medline, Cinahl Complete e Scopus, e outras fontes. No fluxograma Prisma, é possível observar o processo de seleção dos estudos ao longo da realização desta revisão.



4. Resultados

Os artigos selecionados para esta revisão foram organizados e apresentados através de uma síntese dos estudos. A informação relativa a cada artigo apresenta-se esquematizada na tabela e organizada em informação geral (título do artigo, autor, ano, características do estudo, objetivo, intervenção, tipo de estudo e nível de evidência associado segundo o JBI), e a síntese dos resultados de cada estudo.

Table with 5 columns: Artigo, Autor(a), ano, Objetivo, Intervenção, Resultados. It summarizes 14 studies related to surgical site infection prevention.

Bibliografia

- A. Algoraci, B. Bucholtz, P. de Jonge, S. Kubly, Z. Zayed, B. Gomes, S. M. Abbas, M. Alzola, J. J. Gani, S. van Rijen, M. Boermeester, M. A. Egger, M. Kuyumkari, J. Pittet, D. Solomon, J. S., & WHO Guidelines Development Group (2016). New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. The Lancet Infectious Diseases, 16(12), 1076-1087.
B. Badia, J. M., Rubio-Pérez, J., López-Morales, J., Díaz, C., Al-Raisi-Balafout, B., Ocaña-Gualta, J., Mejía, X. M., Chamorro-Perez, M., Calderón-Nájera, R., Ortega-Pérez, G., Parado-Enríquez, R., Sánchez-Viguera, C., Villalonga, R., Picardo, A. L., Bravo-Briales, E., Espín, E., Saldaña, J. M., & Spanish Observatory of Surgical Infection (2020). The persistent breach between evidence and practice in the prevention of surgical site infection: Qualitative study. International Journal of Surgery (London, England), 42, 213-219.
C. Berrios-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leake, B., Stone, C. C., Kotel, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, E. P., Iani, K., Berbari, E. P., Segatz, J., Pavoni, J., Blanchard, J., Allen, G., Kuyumkari, J., Donlan, R., Scheiber, W. P., ... & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2015). The Checkpoint collaborative approach to reduce the risk of surgical site infection: identifying the challenges to assuring best practice. Journal of Infection Prevention, 16(3), 118-125.
D. Lago-Artas, F., & Turhan Damar, H. (2022). Determining Operating Room Nurses' knowledge and use of Evidence-Based Recommendations on Preventing Surgical Site Infections. Journal of Perioperative Nursing: Official Journal of the American Society of Perioperative Nurses, 37(3), 404-410.
E. Organização Mundial de Saúde. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection.
F. Regulamento nº429/2018 da Direção da Região de Saúde. Diário da República, 2ª série, nº 159, 19366/19368.
G. Wilson, J., Topley, A., Zorzi, D., Nashed, J., & Gallagher, A. (2015). The Checkpoint collaborative approach to reduce the risk of surgical site infection: identifying the challenges to assuring best practice. Journal of Infection Prevention, 16(3), 118-125.
H. Zucco, R., Lavano, F., Nobile, C., Papadopol, B., & Bianco, A. (2019). Adherence to evidence-based recommendations for surgical site infection prevention: Results among Italian surgical ward nurses. PloS one, 14(9), e0222825.

5. Discussão dos resultados

Na tabela seguinte sintetizamos as principais diretrizes com grau de evidência moderado a elevado da OMS e do CDC, resultado dos estudos de Allegranzi et al., (2016) e de Berrios-Torres et al. (2017).

Table with 4 columns: Tópico, Recomendações, OMS Força / grau de evidência, CDC Categoria de recomendação. It lists various surgical site infection prevention recommendations.

Vários estudos (Badia et al., 2020; Artas e Damar, 2022; e Zucco et al., 2019), manifestam que existe discrepância entre o conhecimento dos enfermeiros e aplicação prática das recomendações. O nível de implementação das principais recomendações ainda é baixo, o que não deve ser aceite.

Wilson et al. (2015), Zucco et al. (2019), e a OMS (2018), identificam barreiras na implementação das recomendações na prevenção da ILC e ao mesmo tempo indicam sugestões de forma a melhorar a adesão dos profissionais na aplicação das diretrizes para a prevenção da ILC.



6. Conclusão

Existe evidência científica disponível para melhores cuidados na prevenção da infeção do local cirúrgico, que se traduzem em recomendações ou diretrizes de carácter internacional. Muitas destas recomendações refletem-se em intervenções de enfermagem autónomas.

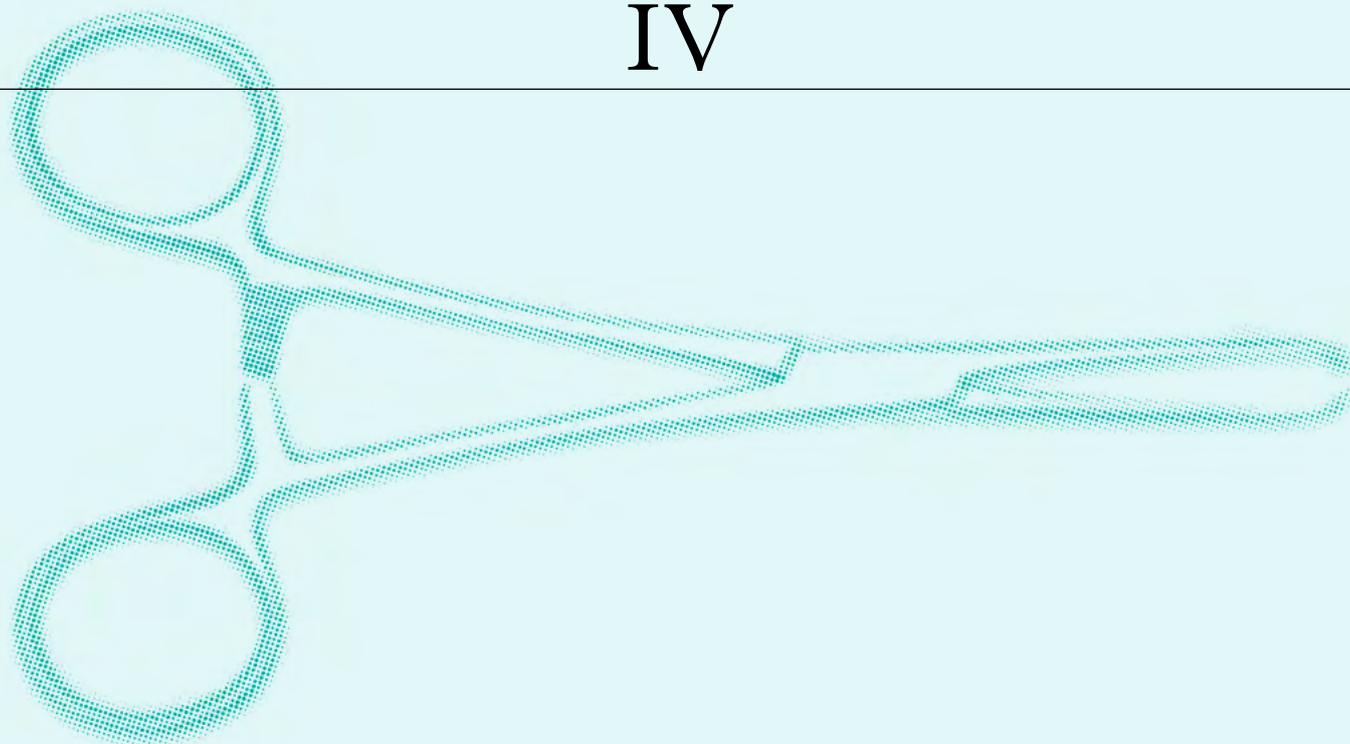
Cada utente deve receber as melhores intervenções de enfermagem baseadas em evidências para a prevenção da ILC, em todas as ocasiões e no momento certo, e os profissionais devem demonstrar que isso foi feito.

O enfermeiro especialista na área perioperatória tem responsabilidades e competências acrescidas nesta matéria.

**O próximo
trabalho
pode ser
vosso.**

**Contamos com a participação de
todos para o desenvolvimento científico
da Enfermagem Perioperatória.
Este espaço de divulgação é vosso.**

PAINEL IV



Cultura de supervisão clínica na prática de enfermagem do perioperatório: será este o padrão de excelência?

O tema “Cultura de supervisão clínica na prática de enfermagem do perioperatório: será este o padrão de excelência?” foi abordado no 4º painel do XX congresso da AESOP a 30 de setembro. Falou-se do conceito de supervisão clínica, os principais métodos utilizados e sua operacionalidade, e o processo de acreditação dos contextos das práticas de enfermagem especializadas. O painel de peritos foi constituído pelo Professor António Freitas, pela Professora Doutora Olga Fernandes e pelo Enfermeiro Jorge de Sousa.

O professor **Antônio Freitas** realizou o enquadramento conceptual e teórico, do tema descrevendo o caminho percorrido até ao momento. Definiu a Supervisão Clínica (SC) como um processo estratégico e orientado de desenvolvimento humano e profissional que procura dar sentido e ajudar a compreender melhor o aprendido e vivido para agir melhor.

A SC orienta o cuidado de enfermagem fundamentando cada ato em princípios científicos, deontológicos e normas técnicas, num processo de aprendizagem e de reflexão. Este processo é uma metodologia promotora da qualidade assistencial, garantindo que os profissionais em cada momento estão vinculados às melhores práticas de cuidados e garantindo melhores resultados em saúde.

Através de uma relação entre o perito e o iniciado estabelece-se um processo de acompanhamento de pares visando o desenvolvimento de novas competências e suporte para o exercício profissional.

É também um processo de consultadoria, gestão, orientação e liderança que promove a autonomia, a segurança, a responsabilização profissional e as práticas de qualidade.

A supervisão clínica promove a procura de habilidades profissionais, aumenta a cultura de formação contínua e de desenvolvimento ao longo da vida profissional, promovendo assim, a melhoria contínua da qualidade dos serviços.

A evidência científica na área da SC realça a importância da apreciação de situações-problema, o treino de competências clínicas, as estratégias de gestão de cuidados, a reflexão sobre as decisões tomadas e atos praticados e as dimensões afetivas e relacionais.

A SC promove a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, aumenta a eficiência profissional, a capacidade de análise e de intervenção responsável, por outro lado aumenta a competência emocional, diminui os níveis de stress, reduz o risco do burnout e aumenta a satisfação profissional.



Antônio
Freitas

As habilidades dos supervisores são decisivas para a qualidade da supervisão, é assim necessário preparar adequadamente os supervisores clínicos, planejar tempo adequado para que a supervisão possa acontecer, estabelecer relações de confiança entre supervisores e supervisionados, avaliar regularmente as orientações clínicas.

Em síntese, a supervisão clínica em enfermagem procura ser um suporte formal para a melhoria da qualidade, segurança dos cuidados e maior ganho em saúde dos clientes. Promove profissionais mais capazes de responder adequadamente às situações, mesmo às mais complexas e responde às necessidades do enfermeiro na procura de atualização, saber e competências.

A Professora Doutora **Olga Fernandes** da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tem dedicado muito a esta área do desenvolvimento profissional e da supervisão clínica. A palestrante partilhou a sua perspetiva sobre a operacionalização da supervisão clínica, no âmbito das práticas especializadas de enfermagem.

Começou por afirmar que os hospitais necessitam desenvolver políticas de supervisão clínica para o desenvolvimento e atualização dos seus recursos humanos e que às chefias é exigido um conhecimento, competências clínicas e manuseamento de novas tecnologias da Saúde. A primeira responsabilidade de um chefe é desenvolver a qualidade dos cuidados que o seu serviço oferece.

A supervisão clínica de pares de acordo com o Regulamento nº 366/2018 da Ordem dos Enfermeiros é um método standard promotor do desenvolvimento quer profissional, como dos cuidados de saúde e serviços. É um processo dinâmico interpessoal e formal de suporte no decurso do acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais do supervisionado

que tem como finalidade o desenvolvimento pessoal e profissional deste e de si próprio.

São métodos de SC, o feedback corretivo sobre o desempenho do supervisionado, o ensino e o estabelecimento colaborativo de metas. Simultaneamente a supervisão clínica promove a qualidade assistencial garantindo a vinculação dos profissionais às melhores práticas de cuidados e melhores resultados em saúde.

De acordo com a evidência científica, o valor da supervisão clínica assenta no controlo da qualidade dos cuidados de enfermagem, no desenvolvimento de capacidades dos enfermeiros para levarem a cabo as suas intervenções de forma efetiva, eficiente e segura. O aumento do conhecimento dos profissionais, melhora as suas atitudes e performance profissional, melhorando a satisfação profissional e reduzindo o burnout. A SC prepara os enfermeiros para uma grande flexibilidade para situações complexas e de emergência.

Os métodos e abordagens de SC variam em função das circunstâncias locais das organizações/serviços e dos objetivos estabelecidos para a supervisão. Pode fazer-se supervisão em grupo ou fazer supervisão com recurso a tecnologias alternativas.

Dos modelos de SC disponíveis, o modelo Proctor é o mais utilizado, pois incentiva a reflexão sobre si mesmo e sobre o trabalho executado, através do feedback e da orientação do supervisor. Assenta em 3 funções:

- formativa/educativa – salienta o desenvolvimento de competências, de compreensão e de habilidades do supervisionado com base na reflexão da sua prática;

- restaurativa/suporte – possibilita perceber e gerir o stresse intrínseco à prática de enfermagem;
- normativa/administrativa – promove o cumprimento de protocolos e procedimentos.

O processo de SC pode ser otimizado através da comunicação eficaz (face a face ou por todos os meios e canais de comunicação) e programas de treino on-line, prática simulada, pósteres, workshops. Pode utilizar-se um perito para a discussão da base científica de um problema e processo de tomada de decisão na prática (Detalhe Académico). Pode usar-se o conhecimento técnico e prático de um profissional respeitado, cooperativo e com boa comunicação (Opinion Leaders). Pode usar-se a Auditoria e Feedback sobre intervenções e resultados relacionados com os cuidados ou o Trabalho colaborativo e em equipa com a partilha de decisões, construção de diretrizes, protocolos ou orientações.

A palestrante terminou a sua intervenção encorajando os enfermeiros do bloco operatório a realizar pesquisas de modo a atualizar as estratégias, aumentar o seu conhecimento, melhorar atitudes e práticas, bem como a manter altos padrões de atendimento aos doentes cirúrgicos.

O Enfermeiro **Jorge Sousa** partilhou a sua experiência no processo de acreditação da idoneidade formativa do serviço clínico.

A acreditação baseia-se na avaliação de diferentes dimensões que devem existir nos contextos de supervisão clínica e que garantem a qualidade dos ambientes para uma SC clínica adequada, com condições e qualidade, garantindo melhores resultados de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

A Ordem dos Enfermeiros promove

a acreditação da idoneidade formativa dos contextos de trabalho, como forma de garantir a qualidade de uma prática clínica segura, efetiva e eficiente e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento de processos formativos em Enfermagem.

O palestrante fez a descrição do caminho percorrido até ao momento, pela equipa de acreditação da idoneidade formativa em Enfermagem no Hospital de Lamego. Explicou o processo, iniciado em 2019, nas suas 7 dimensões e 40 requisitos. Como maiores obstáculos destacaram a pandemia Covid 19, a falta de formação da equipa em Padrões de Qualidade, a falta de supervisores clínicos e enfermagem. O grande desafio foi conseguir o envolvimento da equipa no processo de modo a atingir os objetivos. Apesar de ainda não terem concluído todo o processo de acreditação, foram salientados os benefícios e a evidente melhoria da qualidade já sentidos pela equipa, sobretudo a nível da organização, padronização e documentação dos cuidados de enfermagem, no desenvolvimento de um quadro de referência comum, na implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade, na promoção da formação dos enfermeiros e na garantia das dotações seguras.

Mercedes Ganito
Direção Nacional AESOP

CONFERÊNCIA



Operacionalização da Gestão do Risco Clínico: como se faz?

Na declaração de Alma-Ata redigida após a conferência internacional sobre os cuidados de saúde primários realizada em 1978, sobre a meta “saúde para todos no ano 2000” ficou acordado que “todos os estados-membros devem ter criado e desenvolvido sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e de desenvolvimento e adequado uso das tecnologias da saúde”. Mais tarde em 1999, o relatório do Instituto de Medicina Americano (“To err is human”) evidencia o elevado número de mortes associadas a eventos adversos e dá o mote ao movimento de segurança do doente. Nesta sequência e por, diretamente se relacionar com uma das maiores preocupações do cidadão, a saúde, a gestão do risco clínico dos serviços de saúde passou a ser objeto de interesse e preocupação das organizações. Neste contexto, no sentido de minimizar o risco associado à prática clínica, em conformidade com as políticas de melhoria contínua da qualidade e direcionado como resposta à orientação estratégica internacional e nacional, as instituições criaram unidades funcionais de gestão do risco, hoje integradas nos sistemas de segurança do doente hospitalares.

Considerando a relevância desta temática, a AESOP lançou o desafio à Enfermeira **Susana Ramos**, perita na área da segurança do doente para partilhar a sua experiência na conferência intitulada “Operacionalização da Gestão do Risco Clínico: Como se faz?”.

Uma cultura de segurança constitui uma prioridade para todas as organizações.

É um desafio desmedido nos cuidados de saúde, condição para qualidade em saúde e requisito determinante da confiança do cidadão nos serviços de saúde. A complexidade e imprevisibilidade dos serviços de saúde exigem uma visão da segurança mais integrada, com intervenções orientadas por políticas de segurança. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020) [Despacho 1400-A/2015](#) defende que a melhoria da segurança do doente é da responsabilidade da equipa multiprofissional. Assim, é fundamental o reconhecimento pelos profissionais, dos riscos associados à prática clínica e, que estes podem ser minorados e controlados, assumindo os valores que orientam práticas seguras.

Na sua apresentação, a palestrante conduziu-nos, passo a passo, num regresso ao passado, na “construção” do Gabinete de Segurança do Doente (GSD), naquilo que foi o seu início até à atualidade, as dificuldades, requisitos necessários e a sua evolução. Enumerou, como fatores decisivos de sucesso, a dedicação profissional, a motivação, a formação, as dinâmicas de interação com outras equipas e a responsabilização da equipa do GSD ou a responsabilização de todos os profissionais envolvidos.

O GSD é uma estrutura de apoio técnico do Conselho de Administração, integrando o Sistema da Qualidade e Segurança do CHULC e a Comissão da Qualidade e Segurança. A segurança do doente e dos profissionais é o princípio que rege e orienta a atividade da equipa do GSD e o fio condutor da sua área de atuação assenta nos vários desafios da Organização Mundial de Saúde e no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes da Direção Geral de Saúde, alinhados nos seguintes pilares:

- Cultura de Segurança
- Liderança e Governação
- Comunicação
- Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente
- Práticas Seguras em Ambientes Seguros

Assim, e no sentido de uma resposta eficaz nos vários desafios, tem construído instrumentos e monitorizado planos de ação adequados que permitam soluções para diminuir o risco e melhorar a segurança. São exemplos disso:

- Os vários procedimentos setoriais/multissetoriais que sustentam as práticas;
- A gestão do risco proactiva com identificação, e avaliação do risco de forma construtiva, não punitiva e de melhoria contínua;
- A gestão do risco reativa com a análise detalhada do caso notificado, com recurso a metodologias para análise de eventos adversos, nomeadamente a análise causa raiz e análise multi-incidente procurando soluções e não culpados, priorizando as intervenções de melhoria;

- A construção e monitorização de indicadores de segurança e a promoção de auditorias internas regulares aos procedimentos de risco clínico e medidas preventivas;
- A criação de um sistema de relato de incidentes e divulgação do mesmo, incentivando o reporte. Neste âmbito, referiu o exemplo do CHULC que desenvolveu um programa cujo lema é motivar, incentivar e inovar, que premeia reporte dos *near misses*, com atribuição de um prémio ao “Melhor *Near Miss* do Ano”;
- A articulação com o gabinete do cidadão, analisando reclamações relacionadas com os cuidados em saúde (Ex. cirurgia do lado errado, retenção intraoperatória de dispositivos médicos, etc.).

Ainda nesta sequência, o GSD aposta na formação dos profissionais com a identificação das suas necessidades formativas e a criação de momentos de aprendizagem e reflexão em grupo; a criação de campanhas que envolvam todos os profissionais, tendo presente que a segurança do doente é responsabilidade universal e não há hierarquias, na colaboração em projetos de investigação no âmbito da segurança, com os profissionais do Centro Hospitalar e alunos da formação graduada e pós-graduada e na simulação e treino de procedimentos clínicos.

A simulação é uma ferramenta pedagógica que demonstrou melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados.

O treino de procedimentos com recurso à simulação, tem dado provas de crescimento (no interesse, na aplicação e nos resultados), com reflexo na segurança na abordagem ao doente, na melhoria da qualidade dos cuidados e, não menos importante, na criação de sinergias e dinâmicas de trabalho de grupo, e desenvolvimento de *non technical skills*, como sejam, a comunicação e a liderança, quer individuais, quer no trabalho em equipa.

Por último, o GSD vai de encontro ao determinado no plano de ação global em segurança do doente 2021/2030 da Organização Mundial de Saúde, investindo em medidas que possibilitem aumentar a literacia, a capacitação e a participação do cidadão (doente, família, cuidador) e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.

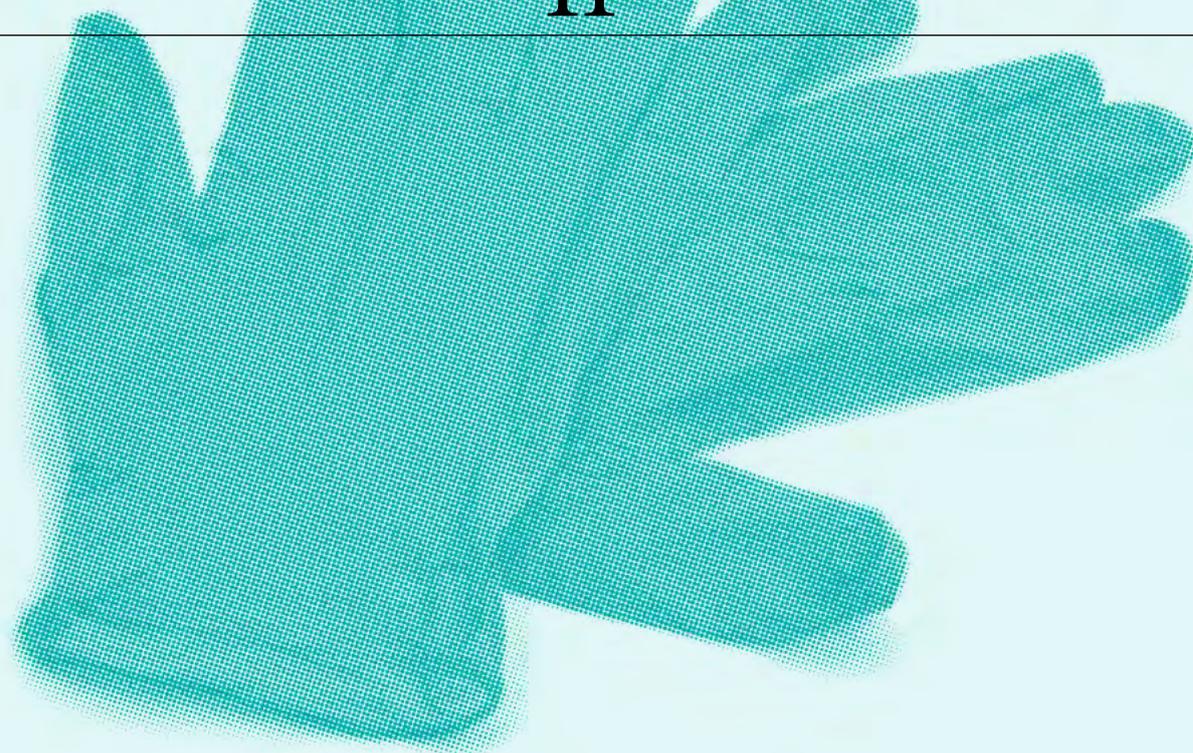
Fátima Gonçalves
Direção Nacional AESOP

GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030

Towards eliminating avoidable harm in health care



CONFERÊNCIA
MAGISTRAL
II



**Novos modelos de abordagem
clínica: como fazer?
Enfermagem avançada
ou prática avançada?**

Momento científico ímpar e muito significativo para a enfermagem perioperatória, tão merecidamente representado pelo Digníssimo Professor Doutor Abel Paiva. As palavras “Orgulho” e “Compromisso” definem esse momento e representam substancialmente o experienciado e o aprendido.

A palavra “Orgulho” expressa o sentimento dos enfermeiros perioperatórios presentes pela partilha dos saberes do nosso convidado, proficiente na afirmação da Enfermagem enquanto área científica do conhecimento e neste painel em concreto.

Por sua vez, a palavra “Compromisso” classifica o propósito do único percurso a seguir – acrescentar mais valor à autonomia e à identidade da enfermagem perioperatória!

Centrados nos aspetos ideológicos defendidos pelo palestrante elencamos os pressupostos que permitiram, de forma inequívoca, perceber o trilho conceptual que silencia a dúvida que alimentou a génese deste debate: Enfermagem avançada ou prática avançada no âmbito dos cuidados de enfermagem perioperatórios? Enfermagem Avançada, apenas e sempre!



Abel Paiva
Mónica Macedo
Manuel Valente



Mercedes Bilbao
Abel Paiva
Mónica Macedo
Esmeralda Nunes

ENQUANTO PERITOS DO DOMÍNIO DO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

Somos atores do contexto perioperatório porque somos parte integrante da dinâmica multiprofissional, multidisciplinar e interdisciplinar.

A análise dos problemas da pessoa, cuja condição de saúde pressupõe um procedimento cirúrgico seguro, beneficia dos contributos da disciplina de enfermagem perioperatória no que diz respeito a soluções de tratamento mais efetivas e eficazes.

O exercício profissional dos enfermeiros adota uma lógica ora mais participativa (aplicando o conhecimento das disciplinas do domínio das ciências da saúde), ora mais conceptual (usando o conhecimento da disciplina que é criado e representado a partir da investigação e da teoria de enfermagem), consoante o momento perioperatório e a dimensão da necessidade de cuidados de enfermagem. Assim, o momento pré-operatório e pós-operatório são mais caracterizados pela prescrição de intervenções de enfermagem autónomas, como por exemplo as do tipo informar, enquanto o momento intraoperatório é mais caracterizado pela implementação de intervenções de enfermagem interdependentes, como por exemplo as do tipo avaliar e executar.

O desafio passa por não dicotomizar a lógica do exercício profissional, mas sim como refere o palestrante por desenvolver perícia no sentido de *“aproximar os modelos de enfermagem “expostos” aos modelos de enfermagem “em uso”. Todos os enfermeiros sabem o que é a enfermagem... mais ou menos focados na dimensão disciplinar e numa “Enfermagem avançada”.*

ENQUANTO PERITOS DO CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Vivemos um momento de oportunidade! Pela evolução verificada ao nível do ensino de enfermagem perioperatória.

Pela reflexão sobre o conhecimento no âmbito da investigação proporcionada pelos mestrados de enfermagem perioperatória, ou na sua produção, no âmbito de doutoramento.

Pela evolução da digitalização. Estamos no contexto! Sabemos sobre perioperatório! Dominamos o conhecimento da disciplina de enfermagem! Logo conseguimos contribuir para a evolução da (re)engenharia do processo de enfermagem nos sistemas de informação em uso com base no proposto pelas teorias de enfermagem. Citando o Professor Abel Paiva, sem qualquer indício de dúvida, *“podemos aproveitar o movimento de digitalização para CONTINUARMOS a contribuir para uma “enfermagem mais significativa para as pessoas”!*

Pela enfermagem perioperatória! Sabemos como estamos, aonde estamos, o que representamos, o que somos e aonde somos!

Pela enfermagem avançada. Sempre. Porque sabemos que temos de ir por aí!

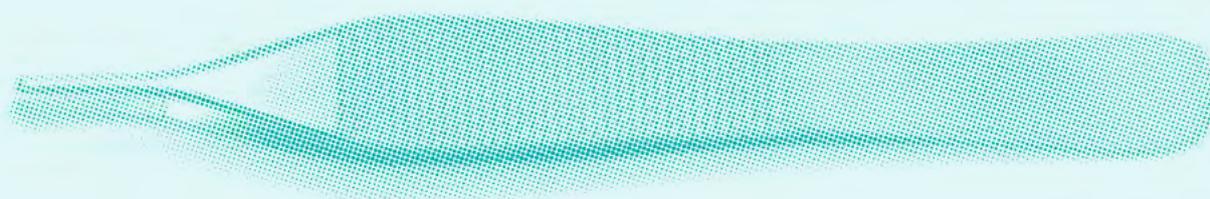
Mónica Macedo
Direção Nacional AESOP

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.

PAINEL

V



Gestão da Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico: Que papel para os enfermeiros especialistas à pessoa em situação perioperatória? Proximidade, Dinamismo, Entusiasmo e Realismo

O 5º Painel do XX Congresso Nacional da AESOP, dedicado à questão “Gestão da Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico: Que papel para os enfermeiros especialistas à pessoa em situação perioperatória”. O desafio foi colocado às Senhoras Enfermeiras Sofia Bartolomeu e Salomé Silva tendo como objetivo principal, promover a reflexão, dos participantes, sobre a forma como as competências dos enfermeiros especialistas são utilizadas na gestão da prevenção da infeção do local cirúrgico (GPILC) em contexto perioperatório.

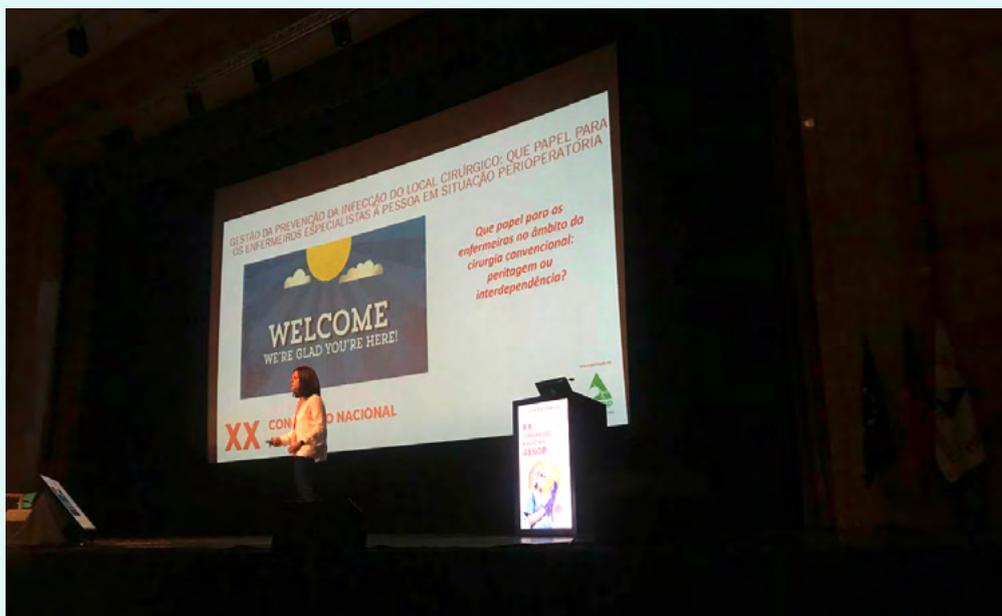
Após breve e clara contextualização sobre a PILC (Prevenção da infecção do local Cirúrgico), a Enf.^a **Sofia Bartolomeu** apresentou as recomendações e os feixes de intervenção consensualizados a nível nacional e internacional, sugerindo que a melhor forma de os implementar e obter resultados positivos, seria através das seguintes estratégias:

- Abordagem em equipa multidisciplinar e multiprofissional,
- Comunicação dos indicadores de processo e de resultados de retorno aos profissionais,
- Realização de auditorias para avaliar a taxa de adesão,
- Formação dos profissionais,
- Existência de líderes ou “*influencers*”,
- Nomeação de uma comissão para rever as recomendações,
- Vigilância epidemiológica e a comparação das intervenções com as práticas habituais.

De forma pragmática desafiou os presentes a que atuassem como modelos de referência, promovendo a cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa; elaborassem planos de intervenção; executassem intervenções de enfermagem em resposta a situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade; garantissem a articulação entre os membros da equipa pluridisciplinar no planeamento e implementação de cuidados; interviessem no planeamento e implementação da

formação; gerissem o trabalho em equipa; diagnosticassem as necessidades da unidade de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infecção; salvaguardassem o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA); fossem referência na equipa de cuidados; demonstrassem conhecimento e divulgassem por todos os membros da equipa de prestação de cuidados o PPCIRA, documentassem as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas, alertando desde logo, que todas estas intervenções são transversais às restantes áreas do perioperatório. Em resumo ficou claro que o papel do Enfermeiro Especialista, neste contexto, deve ser de peritagem, na integração de saberes multidimensionais. A sua palestra ficou marcada pela proximidade aos participantes e pelo dinamismo imposto ao longo de toda a sua apresentação.

Em seguida a Enf.^a **Salomé Silva** de forma entusiasta e realista fez uma apresentação objetiva e concisa, iniciando por enumerar as áreas de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório, afirmando também, que os enfermeiros perioperatórios referem a necessidade de mais informação, formação e espaço de discussão no domínio da PPCIRA e que evidenciam algumas fragilidades. De forma incisiva salientou a relevância da necessidade da particular atenção por parte dos grupos de coordenação local do PPCIRA e dos enfermeiros gestores perioperatórios. Enfatizou a liderança eficaz como um ponto fundamental para o sucesso na GPILC. Questionou os presentes se todos conheciam e documentavam os feixes de intervenções para a PILC e se eram realizadas auditorias, se sim se tinham



Sofia
Bartolomeu

conhecimento dos resultados e qual era o plano de ação. Para demonstrar que tudo isto é possível de ser operacionalizado, apresentou um plano de projeto de melhoria da qualidade de forma completa com a matriz de priorização, o plano de ação, o sistema de monitorização e controle, deixando o mote de ser urgente o desenvolvimento de projetos direcionados para a PILC e do envolvimento ativo/participativo de todos os elementos das equipas de trabalho, recomendando a formação dos profissionais, consciencializando-os para esta problemática e propôs também a adequação da monitorização da glicémia, tornando-se num instrumento de atuação adequado à realidade do serviço, seja na cirurgia de ambulatório ou convencional.

As mensagens finais deixadas pelas palestrantes, salientam a importância de que “Os cuidados prestados nos BO devem ser assumidos por enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, reconhecendo a complexidade do contexto e a conseqüente necessidade de formação especializada.” (Mota 2021).

A Enfermagem tem de ser significativa para as pessoas, e os cuidados de enfermagem perioperatórios, devem também ser significativos para o doente que passa por uma experiência cirúrgica.

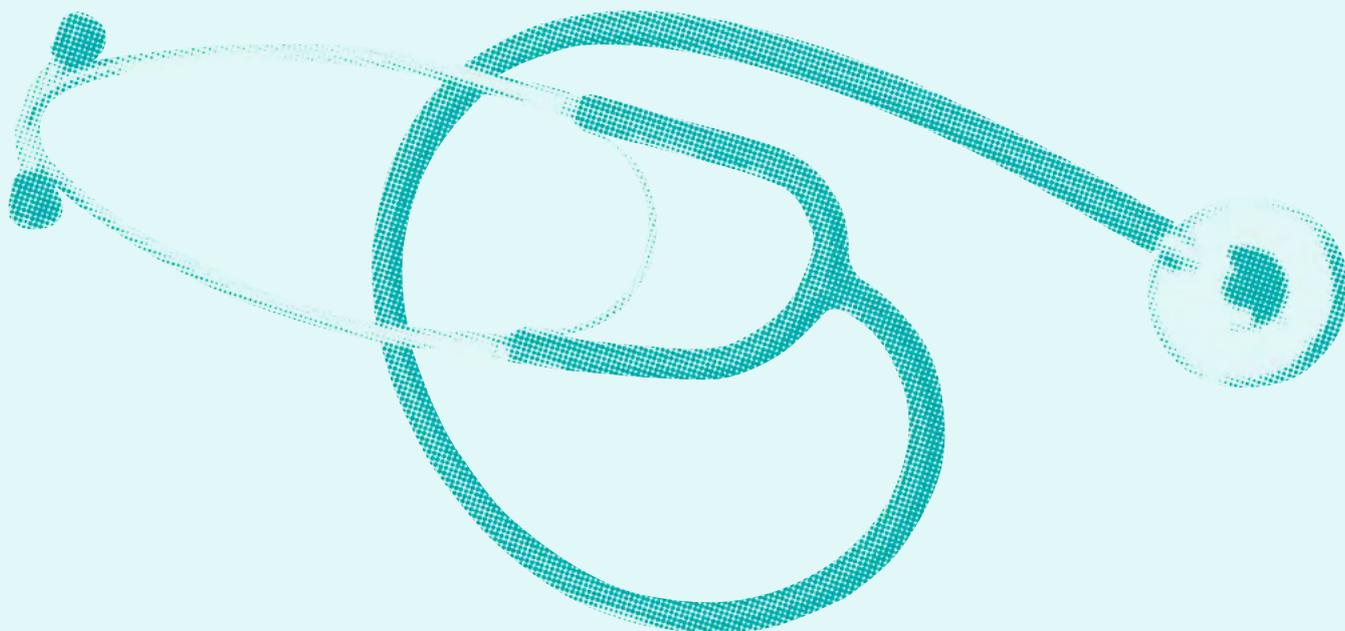
Por fim, que coloquem tudo o que são no mínimo que fazem!!!! Foi com imenso prazer que moderei este painel, com duas enfermeiras apaixonadas pela Enfermagem e pela evolução e crescimento consistente da Enfermagem do Perioperatório.

Clara Ferreira
Direção Nacional AESOP

Faça-se associado da AESOP.

Ser associado da AESOP é pertencer a uma organização profissional de enfermagem que defende um ambiente perioperatório seguro e a excelência dos cuidados de enfermagem.

PAINEL VI



Enfermagem Perioperatória, fora do bloco cirúrgico: será praticada?

Para refletir e clarificar algumas questões foi integrado no programa do congresso pela AESOP, o Painel “Enfermagem perioperatória, fora do bloco cirúrgico: será praticada?”.

Neste painel, moderado pela Enfermeira Mercedes Bilbao, foram convidados enfermeiros de diferentes contextos clínicos e deixada a questão: Será possível, em outras Unidades de Cuidados, que não seja o Bloco Operatório, prestar cuidados especializados à Pessoa em Situação Perioperatória?

Para enriquecer esta partilha foram convidados para integrar este painel profissionais de enfermagem provenientes de diferentes contextos da prática, nomeadamente: a Enf.^a Filomena Maia, o Enf.º David Rodrigues, o Enf.º Rui Leal e a Enfermeira Estela Paiva.

Na generalidade, os diferentes oradores consideraram fundamental para uma prática de cuidados mais segura nesses contextos, a diferenciação de elementos da equipa, através existência de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Perioperatória.

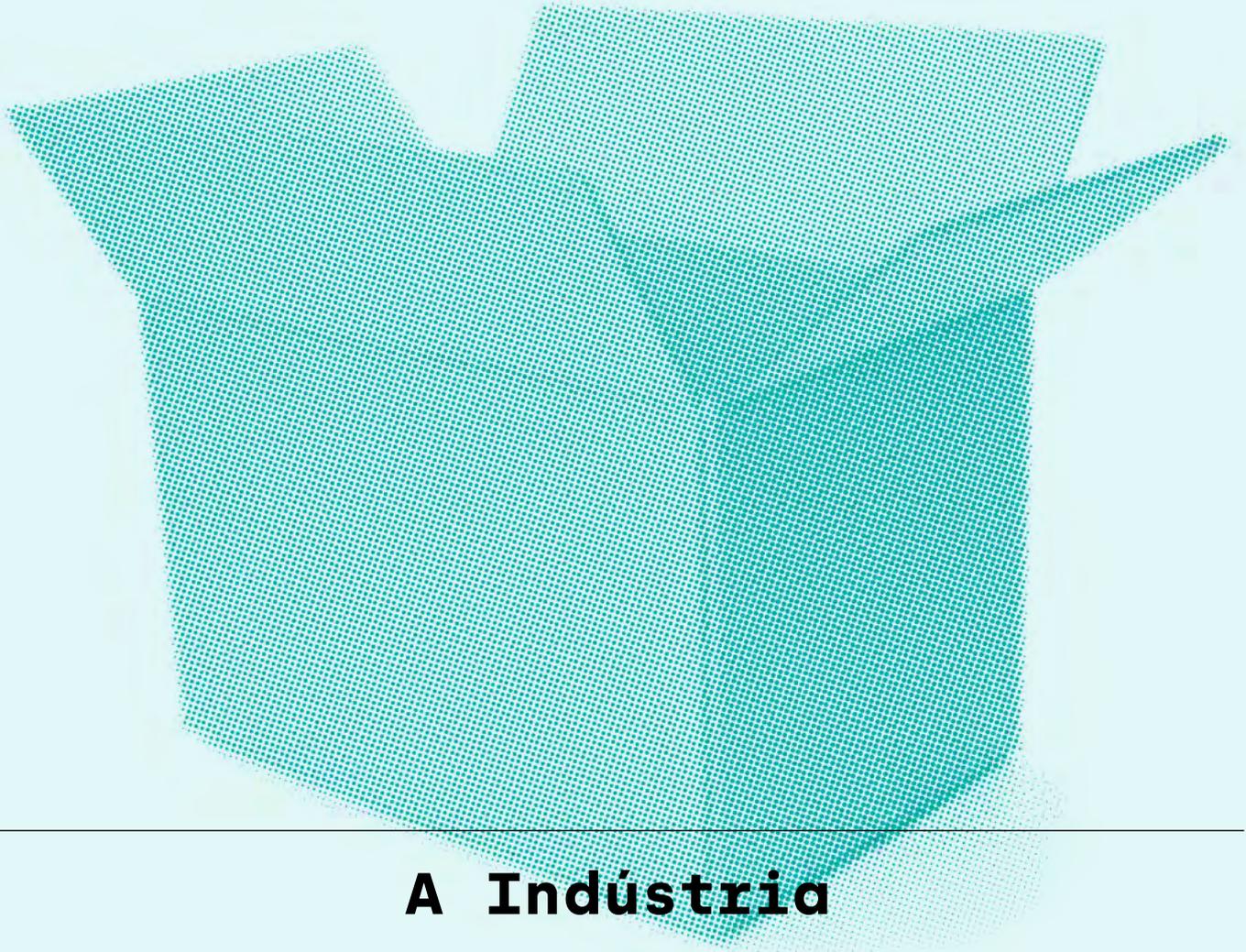
O Enf.º **David Rodrigues**, considerou inclusive que, a não diferenciação nesta área específica da cardiologia de intervenção, pode colocar em causa a alocação de enfermeiros para estas equipas, podendo ser equacionada a sua substituição por outros profissionais, com prejuízo para os utentes receptores de cuidados.

Os Enf.^{os} **Filomena Maia** e **Rui Leal**, referiram a importância da incorporação de enfermeiros especialistas em Enfermagem Perioperatória nos contextos da prática de cuidados em ambientes de endoscopia digestiva e radiologia de intervenção, respetivamente, atendendo ao perfil de cuidados prestados e às necessidades específicas desses utentes.

A Enf.^a **Estela Paiva** na sua intervenção salientou dúvidas quanto à obrigatoriedade de incorporação de enfermeiros especializados na área perioperatória, não obstante realçando a importância de contemplar esse contexto – Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos, na formação dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Perioperatória.

Este painel constituiu uma real mais-valia na análise realizada, tendo por base a natureza dos cuidados prestados nessas unidades funcionais, reforçando a necessidades de integrar enfermeiros nesses contextos, para o desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem, na área da Pessoa em Situação Perioperatória. Ficou ainda a noção que esses contextos, do ponto de vista teórico, devem ser considerados contextos especializados de enfermagem perioperatória.

Jorge Torres
Enf.º no BO Central de Pediatria CHULC
Hospital Dona Estefânia



A Indústria

No XX Congresso Nacional da AESOP estiveram presentes 27 parceiros com exposição técnica em stands que permitiu a divulgação dos produtos e serviços comercializados, informações de cariz técnico e científico e contacto direto com os congressistas.

Neste congresso decorreram em salas paralelas 2 simpósios da exclusiva responsabilidade dos parceiros da indústria, um sobre a **Operacionalização do Robô UVD no Perioperatório** e outro cujo tema versava o **Reprocessamento endoscópico: avançando para padrões mais elevados.**

Madalena Cabrita
Direção Nacional AESOP

**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

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.

