

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES

A | E | S | I | O | P

VOL. XXIV N.º 53 DEZEMBRO 2024

ARTIGO

ÉTICA DIGITAL...
IA E RISCOS
ASSOCIADOS

SABIA QUE:

LISTA DE
VERIFICAÇÃO
DE SEGURANÇA
CIRÚRGICA

8º FÓRUM
NACIONAL
DE BLOCO
OPERATÓRIO
AESOP

PND 2025

DIVULGAÇÃO
CIENTÍFICA

ESPAÇO
DO LEITOR

35
ANOS

WWW.AESOP-ENFERMEIROS.ORG



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.

FICHA TÉCNICA

Revista AESOP
Vol. XXIV / N.º 53 /
dezembro 2024

Propriedade e Edição

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP

Sede, Redação, Administração, Publicidade e Assinaturas

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

Diretora

Daniela Dias

Conselho Editorial

Fátima Gonçalves
Filomena Postigo
Madalena Cabrita
Sandrina Fernandes

Corpo Editorial Científico

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

Design e Paginação

Whitespace

Publicação

Semestral

ISSN

2184-092X

Depósito Legal

147626/00



ÍNDICE

4

EDITORIAL

6

ARTIGO

Ética digital...
Inteligência Artificial
e riscos associados

16

SABIA QUE?

Lista de Verificação de
Segurança Cirúrgica

24

ATUALIDADE

8º Fórum Nacional de
Bloco Operatório AESOP

26

PND 2025

Dia Europeu
dos Enfermeiros
Perioperatórios "Lista
de Verificação de
Segurança Cirúrgica:
Juntos Pela Segurança,
Passo a Passo"

28

DIVULGAÇÃO
CIENTÍFICA

Aplicações móveis
na promoção da
segurança do cliente
perioperatório
- uma revisão
integrativa

42

DIVULGAÇÃO
CIENTÍFICA

Intervenções de
enfermagem na prevenção
de lesões por pressão
no intraoperatório
na cirurgia
esofagogástrica
em posicionamento
dorsal - scoping review

68

ESPAÇO
DO LEITOR

Artigo de Opinião
Perioperatório da
pessoa trans no
encalço da teoria das
transições
de Afaf Meleis

O conteúdo dos artigos é da exclusiva e inteira responsabilidade do(s) respetivo(s) autor(es).

AESOP DEZ 2024

EDITORIAL



À medida que encerramos o ano de 2024, olhamos para trás com orgulho pelas conquistas alcançadas e pelas metas que continuamos a perseguir. Na AESOP, a vontade de crescer e fazer mais pela Enfermagem Perioperatória nunca foi tão forte.

A citação de Churchill “*A coragem é a primeira das qualidades humanas porque é a qualidade que garante as outras*” ecoa a determinação que tiveram as enfermeiras Luísa Canto e Castro, Joana Araújo Simões e Maria José Dias Pinheiro que idealizaram uma associação com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados. É esta coragem interior que nos impulsiona a superar desafios e a continuar a nossa missão desde 1986. Mantemos a mesma vontade e queremos ser um contributo numa sociedade de conhecimento e de informação, para a consolidação do papel do Enfermeiro Perioperatório.

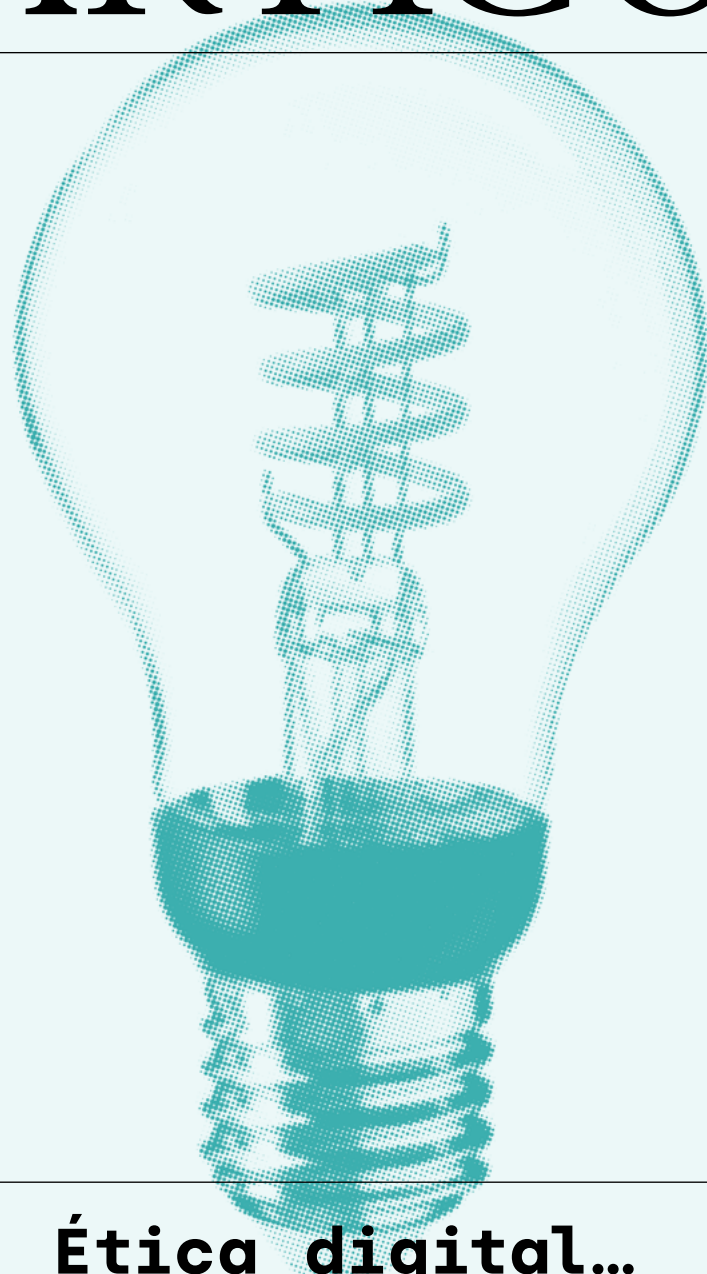
Temos feito avanços significativos no fortalecimento das nossas práticas e na ampliação do nosso alcance. A busca incessante pela qualidade tem sido a força motriz por trás de nossas ações, sempre guiados pela determinação de oferecer a excelência do cuidado à pessoa na sua experiência cirúrgica. Porque manter a exigência pelas Boas Práticas é um compromisso inabalável.

Para 2025 a nota é de resiliência, persistir nos compromissos assumidos e manter a perseguição incessante pelo equilíbrio, e pela coerência. Entremos no Ano de 2025 com lucidez, mas também com a energia necessária para enfrentar os desafios.

Estes são os votos da equipa da AESOP.

Esmeralda Nunes
Direção Nacional da AESOP

ARTIGO



Ética digital... Inteligência Artificial e riscos associados

Lucília Nunes

Texto preparatório da comunicação realizada
no Congresso da AESOP, 10 de maio de 2024,
no 3º Painel – Regulação no contexto da IA

Começo por agradecer o convite da Comissão Organizadora, e a oportunidade de juntar uma série de elementos nesta comunicação, partilhando uma perspetiva sobre o assunto. Em termos pessoais, serei sempre grata pelo desafio lançado há uns (alguns, muitos) anos para pensar questões éticas na Enfermagem Perioperatória e pela companhia de Mercedes Bilbao no Departamento da Dor e Emergência do Hospital Garcia de Orta, entre 1995 e 1998. Sou grata pelo trabalho da AESOP e pela participação competente dos enfermeiros perioperatórios na vida das pessoas.

Atentando ao assunto que me foi entregue, conforme o título, *ética digital e inteligência artificial*, começemos pela Inteligência Artificial (IA), para sistematizar as questões éticas e, depois, os riscos associados.

Em jeito introdutório da introdução, fala-se muito das novas tecnologias, da Internet das coisas, dos drones, do BigData, do metaverso, de assistentes virtuais¹. Como se tem dito, a IA é “a parte mais visível” hoje do debate sobre as tecnologias, na sequência da “revolução da aprendizagem profunda” (conhecida como *machine learning* ou *deep machine learning*). O que está por detrás da IA é a aprendizagem automática, um algoritmo capaz de aprender a partir de exemplos, que é também o que nós, seres humanos, fazemos.

O início da IA data dos anos 50, quando Shannon resolveu modelar a linguagem de forma probabilística – e, efetivamente, os modelos estatísticos de linguagem estimam a probabilidade de ocorrência da próxima palavra.

¹ Assistente virtual inteligente é um software que responde por comandos de texto ou de voz, criada com base em softwares de inteligência artificial e machine learning, Exemplos são: Siri, da Apple (2012), Alexa, da Amazon (2014), Cortana da Microsoft (2014), Google Assistant (2016).

Provavelmente eu digo “inteligência artificial” e muitos de vós ouvem “Chat GPT” – ora então reparem no nome, Chat Generative Pre-trained Transformer, ou seja, uma combinação de “chat”, nome dado a um local para conversar via internet e, em tradução livre, Transformador Pré-treinado Generativo, um tipo de modelo de linguagem grande (Large Language Model, LLM, na sigla em inglês).

Nós podemos fazer uma pergunta ou uma questão – e nesse contexto chamamos prompt (há quem considere que uma das questões mais pertinentes é exatamente a forma como se fazem as perguntas, se constroem os prompt, as perguntas). E o algoritmo estima, prevê, as palavras que seriam mais adequadas para compor a nova resposta; e isto resulta do treino do algoritmo. O ChatGPT foi lançado em novembro de 2022, e dois meses depois tinha-se tornado a aplicação de software de consumo de crescimento mais rápido da história, com mais de 100 milhões de utilizadores.

Uma nota de rodapé, de certo modo prévia: o Chat GPT é um modelo de linguagem, não é um motor de busca; e repito o modo como ouvi explicar, que me pareceu muito claro: o modelo de linguagem devolve coisas que podiam existir; um motor de busca devolve coisas que existem. Com o treino, aumenta a velocidade de resposta, em consequência aumenta a produtividade e pode dispensar alguns recursos humanos.

A maior parte dos peritos concorda que a mais-valia da IA é simplificar e automatizar processos. Trata-se de uma ferramenta para resolver problemas e trazer melhorias à vida das pessoas, especialmente por conseguir descobrir relações de forma rápida e elaborar modelos preditivos. E isto porque também contou com o impulso da criação de computadores de 5ª geração com muita capacidade de processamento. Mas, como diz o adágio, “não há bela sem senão”.

Foi extraordinária a rapidez de difusão dos modelos de linguagem mas também se compreende que podem gerar riscos para o bem estar humano e a saúde pública, pois a difusão não está a ser acompanhada de mecanismos de controle.

CONCEITOS

Reportaria apenas aos conceitos do título: Ética digital, inteligência artificial e riscos.

1. Ética em ambiente digital

Juntamos o modo de ser humano, a reflexão filosófica sobre o agir humano, com o ambiente digital, a Internet. E assim pretendemos fornecer um conjunto de princípios e valores para preservar o ser humano e sua dignidade como pessoa, diante do progresso tecnológico. Podemos ligar aos temas éticos da sociedade da informação assim como à ética para uma civilização tecnológica² de Hans Jonas, uma ética da responsabilidade.

2. Inteligência Artificial

Entendamos a IA como “sistemas que comportamento inteligente, analisando e tomando medidas – com um determinado nível de autonomia – para atingir objetivos específicos”³. Podendo, de acordo com a mesma fonte, estar confinados ao software, atuando no mundo virtual, ou integrados em dispositivos físicos (como robôs, por exemplo).

Podemos dizer que a IA é um sistema que imita funções cognitivas, como aprendizagem, raciocínio e resolução de problemas. E, a que tem sido mais falada nos meios de comunicação social, a IA generativa – “uma categoria de técnicas de IA em que algoritmos são treinados em conjuntos de dados que podem ser usados para gerar novos conteúdos, como texto, imagens ou vídeo. Estas orientações abordam um tipo de IA generativa, grandes modelos multi-modais (LMMs), que podem aceitar um ou mais tipos de entrada de dados e gerar diversos resultados que não estão limitados ao tipo de dados inseridos no algoritmo.”⁴.

Já agora, tenhamos em conta que o “desenvolvimento da IA requer um grande volume de dados. (...). No que respeita à utilização da IA, os ambientes mais ricos em dados também oferecem mais oportunidades, visto que os algoritmos aprendem e interagem com o seu ambiente por intermédio dos dados.”⁵

3. Riscos

Diz-se que um risco, além de ser um traço que divide alguma coisa (como o risco do cabelo ou na expressão «pisar o risco»), também serve para apagar (como em «risquei da minha vida») mas não são esses os sentidos de “risco associado” – estamos perante a possibilidade de ocorrência de alguma coisa danosa, de prejuízos que resultam de estar exposto a uma situação de ou com perigo.

O risco decorre da possibilidade de haver dano ou prejuízo, face de um acontecimento futuro e ainda incerto. Porque se fosse atual, não era risco, era constatação ou facto. Assim, há um tom de *potencial* neste conceito.

² Cf. Jonas, Hans (2024) Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique. Trad. Jean Greisch Flammarion. Também, do mesmo autor, (1994) Ciência, medicina e ética. Editorial Vega.

³ Comunicação da Comissão Europeia. Inteligência artificial para a Europa. Abril 2018. p. 1.

⁴ Ethics and governance of artificial intelligence for health: guidance on large multi-modal models. Em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759>

⁵ Idem, p. 11.

DOCUMENTOS RELATIVOS ÀS QUESTÕES ÉTICAS

Vamos elencar alguns documentos que se relacionam com as questões éticas face à utilização da IA em geral e na saúde, em particular. Uma espécie de sinalização e preocupações partilhadas, ainda que de forma breve.

Em 2017, documento *Inteligência Artificial para a Europa*⁶, a União Europeia pugnava por uma abordagem sustentável às tecnologias, garantia de um elevado nível de proteção de dados, direitos digitais e normas éticas. Nesse documento são referidos 3 grandes desafios para a Europa:

1. preparar a sociedade como um todo, ou seja, ajudar todos os cidadãos a desenvolverem competências digitais básicas, assim como competências complementares que não podem ser substituídas por nenhuma máquina, como o pensamento crítico, a criatividade ou as capacidades de gestão. Articula-se com “não deixar ninguém para trás”;
2. ajudar os que ocupam postos de trabalho mais suscetíveis de serem transformados ou de desaparecerem devido à automatização, à robótica e inteligência digital; trata-se também de garantir o acesso de todos os cidadãos à proteção social, em conformidade com o Pilar Europeu dos Direitos Sociais;
3. formar mais especialistas em IA, portanto, estimular o talento, a diversidade e a interdisciplinaridade.

É relevante considerar o Guia de Orientações Éticas para uma IA de Confiança do Grupo de Peritos de Alto Nível sobre a Inteligência Artificial, publicado em 2019. Partindo da premissa de que a IA de confiança deve ser lícita, ética e sólida, este Guia estabelece sete requisitos que a IA deve cumprir, nos quais estão incluídos aspetos sistémicos, individuais e societais para que possa ser considerada de confiança. Os requisitos são:

- (1) ação e supervisão humanas;
 - (2) robustez técnica e a segurança;
 - (3) privacidade e governação de dados;
 - (4) transparência, ou seja, os sistemas de IA e as respetivas decisões devem poder ser explicados de modo ajustado;
 - (5) diversidade, não-discriminação e equidade;
- e (7) o sétimo requisito é a responsabilidade, advogando-se a criação de mecanismos para garantir a responsabilidade e a responsabilização pelos sistemas de IA e pelos seus resultados.

“Uma IA de confiança tem três componentes, que devem ser observadas ao longo de todo o ciclo de vida do sistema: a) deve ser **Legal**, cumprindo toda a legislação e regulamentação aplicáveis; b) deve ser **Ética**, garantindo a observância de princípios e valores éticos; c) deve ser **Sólida**, tanto do ponto de vista técnico como do ponto de vista social, uma vez que, mesmo com boas intenções, os sistemas de IA podem causar danos não intencionais. Cada uma destas componentes é necessária, mas não suficiente, para alcançar uma IA de confiança. Idealmente, as três componentes funcionam em harmonia, sobrepondo-se na sua ação.

⁶ Conselho Europeu de outubro de 2017. <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14-2017-INIT/pt/pdf>

Se, na prática, surgirem conflitos entre elas, a sociedade deve procurar harmonizá-las.”⁷

Em 2020, o Parlamento Europeu pronunciou-se com *The ethics of artificial intelligence: Issues and initiatives*⁸. O relatório aborda as implicações éticas e as questões morais que decorrem do desenvolvimento e da aplicação de tecnologias de inteligência artificial. Também destaca lacunas que se identificam em torno de mecanismos de partilha justa de benefícios, de atribuição de responsabilidades, da exploração de trabalhadores, das exigências energéticas no contexto das alterações ambientais e climáticas e as implicações mais complexas, como as que dizem respeito às relações humanas.

Em 2021, a OMS publicou *Ethics and governance of artificial intelligence for health*⁹, orientações abrangentes sobre a ética e a governação da IA para a saúde, um consenso sobre os 6 princípios éticos para uso da IA na saúde: (1) Proteger a autonomia; (2) Promover o bem-estar humano, a segurança humana e o interesse público; (3) Garantir transparência, explicabilidade e inteligibilidade; (4) Fomentar a responsabilidade e a prestação de contas; (5) Garantir a inclusão e a equidade; (6) Promover uma IA que seja responsiva e sustentável. Estes princípios estão reforçados num documento da OMS já deste ano.

A UNESCO, em 2023, publicou *Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence*, salientando que a “proteção dos direitos humanos e da dignidade é a pedra angular da Recomendação, baseada no avanço de princípios fundamentais como a transparência e

a equidade, lembrando sempre a importância da supervisão humana dos sistemas de IA”¹⁰.

Foi reforçada a necessidade de atenção, devido ao potencial dos sistemas de IA para discriminação, para incorporar preconceitos e agravar desigualdades. Salientou-se a proporcionalidade, a sustentabilidade, governação e colaboração adaptativas e multilaterais.

O *Regulamento Inteligência Artificial da UE* “é o primeiro ato legislativo do mundo em matéria de inteligência artificial. Visa garantir que os sistemas de IA são seguros, éticos e fiáveis”¹¹.

O Regulamento incide sobre os riscos associados a utilizações específicas da IA, classificando-os em quatro níveis de risco e estabelecendo regras diferentes nessa conformidade. Veja-se que aqui encontramos um assunto que também nos ajuda a pensar – os quatro níveis de risco do Regulamento IA e as regras correspondentes.

- **Risco mínimo ou nulo**

A maioria dos sistemas de IA não acarreta riscos. Os jogos baseados em IA ou os filtros de correio eletrónico não solicitado podem ser utilizados livremente. Não são regulamentados nem afetados pelo Regulamento Inteligência Artificial da UE.

- **Risco limitado**

Os sistemas de IA que comportem apenas um risco limitado, como robôs de conversação ou sistemas de IA

7 Orientações Éticas para uma IA de confiança. P.2. Negritos conforme o original. <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/d3988569-0434-11ea-8c1f-01aa75ed71a1>

8 European Parliament. (2020). The ethics of artificial intelligence: Issues and initiatives. Panel for the Future of Science and Technology. Disponível em [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/634452/EPRS_STU\(2020\)634452_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/634452/EPRS_STU(2020)634452_EN.pdf)

9 [Ethics and governance of artificial intelligence for health](#)

10 UNESCO (2023). Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence. Disponível em <https://www.unesco.org/en/articles/recommendation-ethics-artificial-intelligence>

11 [Regulamento Inteligência Artificial – Consilium](#)

que geram conteúdos, estão sujeitos a obrigações de transparência, como a de informar os utilizadores de que os seus conteúdos foram gerados por IA para que estes possam tomar decisões informadas em relação à sua utilização.

- **Risco elevado**

Os sistemas de IA de risco elevado, como os utilizados em diagnósticos de doenças, condução autónoma e identificação biométrica de pessoas envolvidas em atividades criminosas ou investigações criminais, devem cumprir requisitos e obrigações rigorosos para entrarem no mercado da UE. Estes requisitos incluem testes rigorosos, transparência e supervisão humana.

- **Risco inaceitável**

Os sistemas de IA que representam uma ameaça para a segurança, os direitos ou os meios de subsistência das pessoas estão proibidos de serem utilizados na UE, nomeadamente se forem usados para fins de manipulação cognitivo-comportamental, policiamento preditivo, reconhecimento de emoções no local de trabalho e nos estabelecimentos de ensino, e classificação social. A utilização de sistemas de identificação biométrica à distância em tempo real, como o reconhecimento facial, pelas autoridades responsáveis pela aplicação da lei em espaços públicos é igualmente proibida, com algumas exceções.

Do Regulamento, valorizamos a questão da literacia em IA – “a União e os Estados-Membros devem promover medidas para o desenvolvimento de um nível suficiente de literacia em IA, em todos os setores e tendo em conta as diferentes necessidades dos grupos de fornecedores, responsáveis pela implantação e pessoas afetadas, nomeadamente através da educação e da formação, de programas de qualificação e de requalificação e garantindo, ao mesmo tempo, um equilíbrio adequado de género e de idade, com vista a permitir um controlo democrático dos sistemas de IA.”¹² Este regulamento foi publicado em 13 de junho de 2023, entra em vigor o [Regulamento Inteligência Artificial da UE](#) a 1 de agosto de 2024 e proíbe aplicações de IA que ameçam os direitos dos cidadãos europeus.

Este ano, em 2024, a Organização Mundial da Saúde publicou [“Ethics and governance of artificial intelligence for health: guidance on large multi-modal models”](#)¹³. Retomam-se os 6 princípios publicados em 2021, são analisados os impactos da utilização dos grandes modelos multimodais (LMM), riscos regulamentares e sistémicos mais amplos.

Entre nós, em Portugal, salientamos que em 2021 foi publicada a [Carta Portuguesa de Direitos Humanos na Era digital](#), Lei nº 27/2021 de 17 de maio.

“A República Portuguesa participa no processo mundial de transformação da Internet num instrumento de conquista de liberdade, igualdade e justiça social e

¹² Alterações aprovadas pelo Parlamento Europeu, em 14 de junho de 2023, sobre a proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que estabelece regras harmonizadas em matéria de inteligência artificial (Regulamento Inteligência Artificial) e altera determinados atos legislativos da união (COM(2021)0206 – C9-0146/2021 – 2021/0106(COD))

¹³ WHO (2024). Ethics and governance of artificial intelligence for health: guidance on large multi-modal models. Em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759>

num espaço de promoção, proteção e livre exercício dos direitos humanos, com vista a uma inclusão social em ambiente digital.”

Mais se afirma que “As normas que na ordem jurídica portuguesa consagram e tutelam direitos, liberdades e garantias são plenamente aplicáveis no ciberespaço.”¹⁴

O Artigo 9.º intitula-se «Uso da Inteligência artificial e robôs» e prescreve:

“1 – A utilização da inteligência artificial deve ser orientada pelo respeito dos direitos fundamentais, garantindo um justo equilíbrio entre os princípios da explicabilidade, da segurança, da transparência e da responsabilidade, que atenda às circunstâncias de cada caso concreto e estabeleça processos destinados a evitar quaisquer preconceitos e formas de discriminação.

2 – As decisões com impacto significativo na esfera dos destinatários que sejam tomadas mediante o uso de algoritmos devem ser comunicadas aos interessados, sendo suscetíveis de recurso e auditáveis, nos termos previstos na lei.

3 – São aplicáveis à criação e ao uso de robôs os princípios da beneficência, da não-maleficência, do respeito pela autonomia humana e pela justiça, bem como os princípios e valores consagrados no artigo 2.º do Tratado da União Europeia, designadamente a não discriminação e a tolerância.”

Também o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida apresentou um Livro Branco “Inteligência Artificial (IA): Inquietações Sociais, Propostas Éticas e

Orientações Políticas”. Sublinham que “qualquer que seja o domínio de aplicação da IA, no presente e futuro, se lhe impõem dois imperativos éticos estruturantes:

- alicerçar-se e desenvolver-se no mais estrito respeito pelos princípios éticos identitários do humano, isto é, pelos seus valores nucleares e direitos fundamentais;
- centrar-se no humano como finalidade última, isto é, rejeitando o pragmatismo da captura por interesses sectários e/ou particulares, mantendo-a como instrumento de realização do humano, individual e socialmente considerado.”¹⁵

Em termos de Enfermagem, salientamos os enunciados de posição da American Nursing Association e do Conselho Internacional de Enfermeiros.

Em 2022, foi publicado um enunciado de posição da American Nursing Association, em 2022, relativa a “*The ethical use of artificial intelligence in nursing practice*”¹⁶ que conclui considerando que a “integração da IA na prática não deve alterar os objetivos dos cuidados aos doentes. A compaixão, a confiança e a prestação de cuidados são princípios fundamentais na relação enfermeiro-doente. A evolução contínua das tecnologias digitais avançadas, como a IA, deve ser adotada ou integrada na prática de enfermagem no âmbito destes elementos de cuidados de enfermagem e éticos para que a prática de enfermagem permaneça relevante no cenário em mudança”.

¹⁵ CNECV (2024). Livro Branco. Inteligência Artificial (IA): inquietações sociais, propostas éticas e orientações políticas. <https://www.cnecv.pt/pt/publicacoes/monografias/livro-branco-inteligencia-artificial-ai-inquietacoes-sociais-pro>

¹⁶ ANA (2022) *The ethical use of artificial intelligence in nursing practice*

¹⁴ Lei n.º 27/2021, de 17 de maio, artigo 2.º.

Consideram que importa “dissipar mitos e aliviar medos”, apoiando o uso da IA para obter ótimos resultados em saúde.

O Enunciado de posição do ICN em 2023, intitulado “*Digital health transformation and nursing practice*”¹⁷, salienta que a “revolução da tecnologia digital está a apoiar a transformação rápida e positiva dos sistemas de saúde - está a facilitar a prestação de cuidados de enfermagem e a forma como as pessoas e a forma como as pessoas se envolvem com a sua saúde e bem-estar”. Reforça que a utilização de tecnologias de saúde digitais faz parte da prática de enfermagem contemporânea. Sabemos que as tecnologias digitais têm o potencial de apoiar o acesso equitativo e universal aos serviços de saúde, aumentar a eficiência e a fiabilidade dos sistemas de saúde, melhorar a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde, responder à escassez de mão de obra no sector da saúde, reduzir custos e, em última análise, melhorar os resultados.

SÍNTESE DOS DESAFIOS E QUESTÕES ÉTICAS

As tecnologias de IA podem ser de grande utilidade ao mesmo tempo que suscitam desafios e preocupações éticas. Entre os desafios mais apontados estão a interação homem-máquina (teremos de aprender a trabalhar sinergicamente com as máquinas), o desafio da validação (não é sequer prudente ter confiança plena nos resultados produzidos pela IA, antes se carece de estudos rigorosos), liderança eficiente e digitalmente capaz, a governança dos dados e a cibersegurança assim como a capacitação digital para aumentar a literacia em saúde.

Do que sintetizamos, nesta altura identificam-se grandes grupos:

1. Centrar no humano e proteger a dignidade e a autonomia bem como os direitos humanos; princípio da dignidade da pessoa humana assenta na premissa de cada um ser considerado como um fim, do respeito pela pessoa e pela sua autodeterminação, princípios estes que estão plasmados nos direitos humanos;
2. Responsabilidade, salientando-se a agência e a supervisão humana como dimensões predominantes;
3. Privacidade e governação dos dados, a custódia dos dados; com foco em formas seguras de armazenamento e proteção de dados, teste e certificação de produtos e serviços habilitados para IA;
4. Transparência, relativa à robustez técnica e governança de dados, que ganhou relevância nas diretrizes éticas porque este princípio se tornou uma condição pró-ética, sendo requerida a explicabilidade; a necessidade de transparência e compreensibilidade do funcionamento dos algoritmos e dos dados com que foram treinados;
5. Prestação de contas (tradução de Accountability) não discriminatória e justa; é preciso ter em conta que os preconceitos podem incorporar e exacerbar, no que se tem designado como viés algorítmico, resultando em discriminação, desigualdade, exclusão e ameaça à diversidade cultural, social e biológica e divisões sociais ou económicas;

17 ICN (2023). Position Statement. [Digital health transformation and nursing practice](#)

daqui decorre o impacto potencial sobre a dignidade humana, direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como sobre processos sociais, económicos, políticos e culturais.

O impacto da IA na saúde também evoca a prestação de cuidados através da telessaúde, pela possibilidade de uma intervenção clínica à distância, vista como um fator de potenciação de equidade no acesso à saúde, sem limitações geográficas e inclusiva. “A telessaúde, na articulação da IA com as tecnologias da informação e comunicação (TIC), será talvez a vertente mais visível para o cidadão da digitalização dos serviços de saúde, permitido a criação e disponibilização de novos serviços (teleconsulta, e prescrição, aplicações), novos métodos de comunicação entre profissionais (remotos) e a facilidade de automonitorização”¹⁸.

Existem hoje telecuidados – plataforma para monitorizar os utentes –, serviços digitais disponíveis (para consultas, medicação, etc), automatismos de atendimento.

O relatório do Conselho Nacional de Saúde, relativo a informação de saúde e no capítulo relativo à IA, enfatiza que a “transformação digital, alimentada pela IA e outras tecnologias inteligentes, está a revolucionar a prestação de cuidados de saúde. São exemplos de soluções a Telemedicina, com serviços de saúde à distância ou as ferramentas e sensores remotos apoiadas por *big data*, com potencial de melhorar o acesso, os resultados e a eficiência. O Fórum Económico Mundial destaca o potencial destas soluções para reduzir custos e melhorar a equidade

18 CNECV (2024). Livro Branco. Inteligência Artificial (IA): inquietações sociais, propostas éticas e orientações políticas. P. 43 <https://www.cneqv.pt/pt/publicacoes/monografias/livro-branco-inteligencia-artificial-ai-inquietacoes-sociais-pro>

na prestação de cuidados de saúde¹⁹.”²⁰

É importante considerar que se existem mudanças nas possibilidades tecnológicas ao nosso dispor, também haverá por certo mudanças no papel dos profissionais – discute-se, por exemplo, o desenvolvimento da ação do enfermeiro como “digital enabler”²¹. Na prestação de cuidados de enfermagem encontramos²² oportunidade, barreiras, constrangimentos – e precisamos de fomentar a literacia e ter uma melhor aferição do real, indo além dos entusiasmos ou das reservas tecnológicas que cada um possa ter.

PRINCIPAIS RISCOS

Apontaria alguns riscos que me parecem potenciais e precisamos de acautelar:

1. **A tentação de repousar na IA** – ou seja, os seres humanos dispensarem-se de pensar e de elaborar juízo crítico – e entregarem aos algoritmos a tomada de decisão. Pois em bom rigor, o que a IA faz é recomendar um curso de ação, propor uma decisão. Cabe às pessoas decidirem as ações a realizar. Adicionalmente, importa convocar a prudência,

19 World Economic Forum. 2023. World Health Day: Here’s how AI and digital health are shaping the future of healthcare. Disponível aqui: [How AI and digital health are shaping global healthcare](https://www.weforum.org/articles/global-healthcare) | World Economic Forum (weforum.org)

20 Conselho Nacional de Saúde (2024) Para um Melhor Sistema de Informação de Saúde ao Serviço das Pessoas. Para um Melhor Sistema de Informação de Saúde ao Serviço das Pessoas – CNS

21 Olga Navarro Martínez, Jorge Igual García e Vicente Traver Salcedo (2023) Nurses’ view of benefits, enablers and constraints to the use of digital health tools with patients: A cross-sectional study. *Digital Health*. Volume 9: 1–15.

22 Seibert, K., Domhoff, D., Fürstenau, D. et al. (2023). Exploring needs and challenges for AI in nursing care – results of an explorative sequential mixed methods study. *BMC Digit Health* 1, 13. <https://doi.org/10.1186/s44247-023-00015-2>

pois nada deve ser adotado sem ter sido validado. Tudo precisa de validação e de certificação.

2. **O incremento de preconceitos, estereótipos e discriminação**
– pois a IA usa os dados disponíveis na Internet e existe um viés algorítmico identificado.
3. **Ter presente que o algoritmo “não sabe estar calado” e quando não sabe, inventa**
– não queremos utilizar a palavra «alucinação»²³, que está definida no DSM 5, ainda que se diga que a IA alucina) nem a palavra mentira, pelo conceito associado. Mas podemos ficar com a ideia que o algoritmo inventa.
4. **A renitência em utilizar e, em consequência, a perda das vantagens da utilização**
– isto, caso houvesse uma recusa na utilização da IA. Provavelmente, é preferível ter formação, treinar e desenvolver competências digitais que podem ser uma mais-valia para os destinatários dos cuidados. Querendo com isto dizer que tem de ser proporcionada a relação, aferidas vantagens e prejuízos²⁴
5. **A dificuldade em dizer (vergonha) que não se sabe ou não se percebeu**
– e este é um risco elevado, se numa equipa alguns forem muito mais

digitalmente competentes; mas, como sempre, pode ser uma oportunidade de entreajuda nas equipas e até reduzindo o afastamento entre gerações (os mais novos eventualmente são digitalmente mais competentes e ajudam os mais velhos, que os ajudam a interpretar e a desenvolver experiência profissional);

6. **Voltar-se ao discurso de separação entre a humanização dos cuidados e a tecnologia**
– ou o desvirtuamento da relação terapêutica. O que despersonaliza não é a tecnologia, é a forma como cada um age. Se preferirmos, o humano de cada um consiste mais na qualidade ética da relação do que na realidade tecnológica.

BREVE CONCLUSÃO

Há oportunidades e perspetivas futuras, para além do apoiar a decisão clínica ou proceder a uma análise quase instantânea de muitos dados.

A maior parte de nós recorda-se, por certo, de quando aprendeu a conduzir e do treino necessário para a agilidade de condução do carro. Mesmo que se tenha muito treino, não se conduz de olhos fechados, portanto, mesmo com treino é preciso ir atento ao que acontece em redor. Parece-me uma metáfora útil para lidar com a IA – é preciso formação, treino, atenção e não deixar a pilotagem em mãos alheias.

²³ Alucinação define-se como “percepção real de um objeto que não existe, sem estímulo externo”, por desregulação da atividade cerebral.

²⁴ Cf. Rigby, Michael J. (2019) Ethical Dimensions of Using Artificial Intelligence in Health Care. *AMA Journal of Ethics*®. Volume 21, Number 2: E121-124.

SABIA QUE?

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Sabia que a *LVSC* fez 10 anos de aplicação em Portugal. A segurança do doente é um dos pilares fundamentais no ambiente perioperatório pelo que dedicamos esta rúbrica para conhecer alguns factos e curiosidades sobre a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC).

SABIA QUE...

A LVSC nasceu em 2002 no seio de uma iniciativa internacional liderada pela Aliança Mundial da Saúde através da adoção da resolução WHA55.18?

Em maio de 2002, a quinquagésima quinta Assembleia Mundial de Saúde adotou a resolução WHA55.18. Esta resolução apelava aos Estados Membros que dedicassem maior atenção ao problema da segurança do doente e que estabelecessem e reforçassem sistemas baseados em evidência científica, necessários para melhorar a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde. Esta assembleia desencadeou uma série de eventos:

↓

2004

Maio

A Aliança Mundial da Saúde aprovou a criação de uma aliança internacional para a melhoria da segurança do doente de forma universal. Foi um marco importante na promoção da segurança do paciente a nível global.

Outubro

Lançada a Aliança Mundial para a Segurança do Doente (World Alliance for Patient Safety), com a missão de identificar áreas prioritárias de intervenção para melhorar a segurança do paciente em diferentes contextos clínicos, dando origem aos desafios das OMS.

↓

2007/08

Foi desenvolvido e testado o projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, o 2º desafio da Organização Mundial da Saúde (OMS)- Segurança dos cuidados cirúrgicos.

↓

2009

Dezembro

Portugal adere ao 2º Desafio Global da OMS (Circular Normativa nº 16/DQS de 22/06/2010).

↓

2011

Orientação da Direção Geral da Saúde (DGS) nº 030/2011 – Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica. Orienta para a utilização da LVSC, de forma sistemática, em todos os procedimentos invasivos onde exista risco de troca de doente, de procedimento ou de local a intervir; para operacionalizar o projeto, em cada instituição foram designados, até setembro, dois responsáveis

pela segurança cirúrgica, sendo um médico e um enfermeiro, com experiência na área de bloco operatório, que promovam e liderem internamente a sua implementação.

↓
2013

12 de fevereiro

Foi publicada a Norma da DGS 02/13 sobre a **obrigatoriedade** da implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” (atualizada a 26/06/2013).

22 de fevereiro

Despacho n.º 2905/2013 que determina como medida obrigatória a aplicação da LVSC, e que a mesma seja implementada **até 15 de março 2013** e que haja forma de os registos serem colocados em aplicativos informáticos. Estabelece ainda disposições relativas à implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”.

↓
2015

10 de fevereiro

Publicação em Diário da República do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD 2015-2020), que tem como 3º objetivo estratégico - “Aumentar a segurança cirúrgica”.

↓
2021

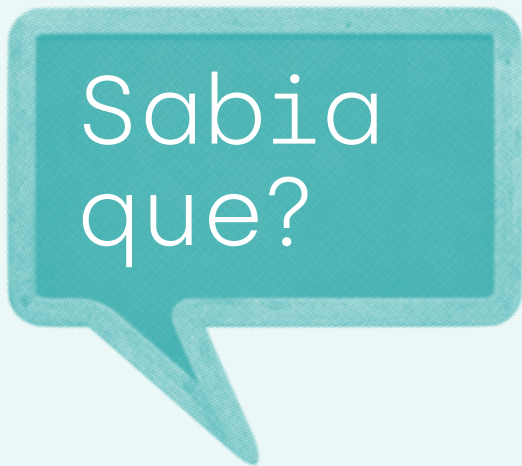
24 de setembro

Despacho n.º 9390/2021 que aprova o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 (PNSD 2021-2026) onde o 5º Pilar consiste em Implementar, consolidar e monitorizar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados e na Segurança Cirúrgica.

↓
2022

29 de julho

Despacho n.º 013/2022 que aprova a constituição da Comissão de Acompanhamento e Monitorização do PNSD 2021-2026 onde surge o grupo de trabalho no âmbito da segurança cirúrgica. Pilar 5. Objetivo Estratégico 5.1 e 5.2.: Implementar, consolidar e monitorizar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados.



A LVSC tem por base um trabalho complexo de pesquisa e revisão sistemática de evidência e consulta a "cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e especialistas em segurança do doente de todo o mundo? (DGS, 2010, p. 2)

A criação da LVSC foi inspirada no conceito de listas de verificação de segurança / "checklists" utilizados na aviação?

Na aviação, práticas sistematizadas, utilizando "checklists" já tinham demonstrado eficácia em prevenir falhas críticas. Nos EUA, foram implementados programas de melhoria de processos e resultados, baseados na verificação sistemática de um conjunto de critérios de segurança (Peter Pronovost e a equipa do Johns Hopkins Hospital).

Foram identificados 10 objetivos essenciais para a segurança cirúrgica?"

Objetivos essenciais para uma cirurgia segura (DGS, 2009, p.14-147)

A equipa vai operar o doente correto no local correto

A equipa vai usar métodos conhecidos para prevenir danos causados pela administração de anestésicos, protegendo o doente da dor

A equipa vai reconhecer e preparar-se efetivamente para o risco de vida resultante da perda da via aérea ou da função respiratória

A equipa vai reconhecer e preparar-se efetivamente para o risco de grande perda de sangue

A equipa vai evitar induzir uma reação alérgica ou medicamentosa adversa para a qual o doente é conhecido ter um risco significativo

A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico

A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas

A equipa vai identificar com segurança e precisão todos os espécimes cirúrgicos

A equipa vai comunicar de forma efetiva e partilhar informação crítica para a condução segura da cirurgia

Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados

A LVSC tem como “finalidade reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo?”

(DGS, 2010 p. 2)



O objetivo da LVSC é o resultado de um compromisso político e de uma vontade clínica para abordar questões importantes de segurança, que incluem práticas de segurança anestésica inadequadas, infeções cirúrgicas evitáveis e comunicação desadequada entre os membros das equipas cirúrgicas? (DGS, 2010 p. 2)

Desde a introdução da LVSC pela OMS, o cenário cirúrgico tem passado por uma significativa transformação no domínio da segurança do doente e da comunicação e cooperação das equipas cirúrgicas multidisciplinares. Este protocolo, também conhecido como “*Surgical Safety Checklist*”, tem como objetivo reduzir erros, complicações e, sobretudo, salvar vidas.

O “TIME OUT” e o “SIGN OUT” são consideradas as etapas da LVSC mais desafiantes de realizar?

Segundo o estudo de Paterson *et al.* (2024) estas etapas ocorrem em momentos cruciais e mais movimentados do procedimento cirúrgico, o que aumenta a complexidade da sua execução.

O “TIME OUT” acontece imediatamente antes do início da cirurgia e requer a confirmação de dados essenciais. Nessa fase, a equipa já está concentrada e pronta para iniciar a cirurgia.

O “SIGN OUT” é realizado imediatamente antes do término da cirurgia com a equipa focada em concluir o procedimento. Essa pressão logística de eficiência, pode levar ao descumprimento completo ou parcial dessa etapa, que é fundamental para garantir que os dispositivos médicos (ex. compressas, agulhas de sutura, etc.) sejam contabilizados e que todas as etapas finais tenham sido corretamente executadas (ex. registos cirúrgicos, identificação inequívoca de espécimes cirúrgicos, etc.).

A dificuldade em cumprir essas etapas, conforme identificado na literatura, destaca a importância de estratégias educacionais e organizacionais para reforçar sua aplicação, mesmo durante momentos de elevado stress ocupacional no bloco operatório.

A LVSC ajuda a garantir que todas as etapas de segurança importantes são seguidas de forma fiável em cada intervenção cirúrgica?

Muitas das verificações incluídas já são rotina em algumas instituições hospitalares, no entanto, foi constatado que ainda existem oportunidades para as instituições melhorarem a sua consistência. Embora a maioria ou todos os itens da Lista de Verificação da OMS já possam ser realizados no seu hospital, constata-se pouca consistência na execução de todos os passos, mesmo em ambientes cirúrgicos complexos. (<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/safe-surgery-saves-lives-frequently-asked-questions>)

IMPLEMENTAÇÃO EM PORTUGAL

A DGS introduziu a obrigatoriedade da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica através da Norma nº 02/2013 e a sua aplicação em todos os blocos operatórios do país?

A sua implementação tem sido gradual, enfrentando desafios, especialmente relacionados com a adesão e sensibilização das equipas multidisciplinares que é um problema transversal. (Paterson *et al.*, 2004; Papadakis *et al.*, 2019).

A taxa de execução da LVSC é monitorizada pela DGS? E que é um indicador contínuo de desempenho para a segurança do doente?

Quando as taxas de cumprimento da LVSC ficam abaixo dos padrões acordados, pode acarretar penalizações ou sanções para a instituição hospitalar?

Essas penalizações podem incluir reduções em financiamentos ou ajustes em contratos-programa, como parte dos mecanismos de melhoria contínua da qualidade assistencial.



Os enfermeiros perioperatórios (EPO) são cruciais na execução da LVSC?

São os EPO que, frequentemente, garantem que a verificação ocorra em cada fase do procedimento cirúrgico (antes da indução da anestesia, antes da incisão e antes da saída do doente da sala operatória). A aplicação correta da lista exige um trabalho colaborativo, onde a comunicação eficaz entre toda a equipa cirúrgica (anestesiistas, cirurgiões e EPO) é essencial nos momentos de pausa obrigatória. O enfermeiro perioperatório é um agente-chave na promoção da segurança do doente, assegurando que todos os passos críticos sejam cumpridos e registados.

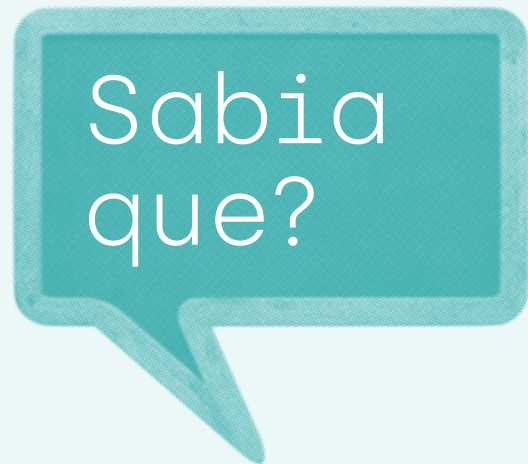
CURIOSIDADES E IMPACTO

A implementação da LVSC, tem demonstrado, em diversas partes do mundo, uma redução significativa nas taxas de complicações e mortalidade associadas a procedimentos cirúrgicos (Paterson et al., 2024)?

Em países europeus demonstrou uma redução de até 36% nas complicações pós-operatórias e 47% na mortalidade em algumas instituições? Aumentou a adesão ao uso de antibioterapia profilática de 56% para 83%? Além disso, a utilização da “*checklist*” promove não só a segurança, mas também a cultura de transparência e responsabilização dentro da equipa cirúrgica. (Haynes et al. 2009)

Para os EPO a LVSC não é apenas uma ferramenta técnica, mas também um lembrete constante do seu compromisso com a segurança do doente?

Ao seguir a LVSC minimizam-se os riscos de eventos adversos como cirurgias em local errado, falhas na administração de antibióticos profiláticos ou retenção de material cirúrgico dentro do doente.



INCENTIVO À PRÁTICA DIÁRIA

A LVSC deve ser encarada como uma prática diária e integrada no fluxo de trabalho do bloco operatório?

Embora a repetição de perguntas e passos possa parecer excessiva, é precisamente essa consistência que garante que os erros sejam evitados. A lista tem um impacto direto na melhoria dos resultados clínicos e, mais importante, na preservação da vida.

Como EPO é fundamental encarar a “*checklist*” como uma ferramenta indispensável para a segurança cirúrgica?

Pequenos gestos, como a verificação de identificação inequívoca do doente ou a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos, podem parecer triviais, mas têm o potencial de salvar vidas.

CONCLUSÃO

A promoção da segurança no contexto perioperatório é mais que uma responsabilidade, é uma missão que todos os profissionais que trabalham nesse contexto devem abraçar.

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica representa um marco na história dos cuidados de saúde modernos, e a sua aplicação contínua no dia-a-dia das equipas cirúrgicas é essencial para garantir que a cirurgia seja sempre mais segura.

Afinal, a segurança no contexto perioperatório começa com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica?

Daniela Dias
Filomena Postiço
Direção Nacional AESOP

BIBLIOGRAFIA

- DGS (2009): Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009. Lisboa: DGS, disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>
- DGS (2010): Manual de implementação da Lista de Verificação de Segurança cirúrgica da OMS: Cirurgia Segura Salva Vidas (2009), disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf
- Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A. S., Dellinger, P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P.L., Lapitan, M C: M., Merry, A.F., Moorthy, Krishna, Reznick, R.K., Taylor, B., Gawande, A. A. (2009). "A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality a Global Population. The New England Journal of Medicine, 360 (5): 491-9 In: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>
- Papadakis, M.; Meiwandib, A.; Grzybowski, A. (2019)- The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimise compliance and safety. International Journal of Surgery 69; 18-22
- Paterson, C.; Mckie A.; Turner, M.; Kaak, V. (2024) Barriers and facilitators associated with the implementation of surgical safety checklists: A qualitative systematic review. Wiley Leading Global Nursing Research. Janeiro2024; 80:465-483
- World Health Assembly (2002). WHA55.18 - Quality of care: patient safety. de 18 May 2002, in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78535/ewha5518.pdf?sequence=1>

ATUALIDADE

8º
**FÓRUM NACIONAL
DE BLOCO
OPERATÓRIO**

rumo ao futuro por
terras de viriato

WISEU

"Impacto ambiental dos resíduos do BO"
"Acreditação institucional ou de serviços:
qual a melhor solução?"
"Literacia profissional para um
futuro sem radiação"

**3 e 4
ABRIL
2025**

SAVE THE DATE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES
MUNICÍPIO DE
VISEU
AESOP
DIVENTOS

8º Fórum Nacional de Bloco Operatório AESOP

A Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) organiza o 8º Fórum Nacional de Bloco Operatório, numa parceria com a Unidade Local de Saúde de Viseu Dão e Lafões, sob o mote “Rumo ao Futuro por Terras de Viriato”. Este evento decorrerá nos dias 3 e 4 de abril na cidade de Viseu.

A comissão científica definiu um programa multidisciplinar abrangente e inovador na área clínica do perioperatório. Teremos trabalhos científicos, discussões, debates e workshops, num ambiente descontraído e de convívio salutar entre pares.

Ao longo destes dois dias decorrerão várias atividades e apresentações dinâmicas, curiosas e disruptivas.

O dia 3 de abril é dedicado à realização de workshops da AESOP, estando previstos:

1. Posicionamentos cirúrgicos – Cirurgia Geral
2. Cuidados especializados na gestão de assepsia em ambiente perioperatório
3. Gestão do doente colonizado / infetado com microrganismos multirresistentes em ambiente perioperatório
4. Posicionamentos cirúrgicos – Ortopedia
5. Emergências no BO – a via aérea difícil
6. Elaboração de E-posters e Trabalhos Científicos

Nesse dia também iremos ter uma Tertúlia para enfermeiros com funções de gestão onde pretendemos refletir, esclarecer e clarificar os participantes quanto ao caminho a trilhar nos sistemas de informação/ registo da enfermagem perioperatória.

Através de uma análise crítica do estado dos sistemas de registos de enfermagem perioperatória no nosso país, aprofundado as reais potencialidades de algumas aplicações, tendo em conta as dificuldades operacionais no dia a dia e claro algo que nos preocupa desde há muito, a existência de indicadores da enfermagem perioperatória, sim ou não, e se sim quais serão?

No dia 4 decorrerão 3 painéis com os temas centrais:

- Impacto ambiental dos resíduos do Bloco Operatório
- Acreditação institucional ou de serviços: qual a melhor solução?
- Literacia profissional, para um futuro sem radiação

Neste dia decorrerão momentos para a divulgação científica sob a forma de e-pósteres e/ou comunicações livres.

As **inscrições** podem ser realizadas no link <https://diventos.eventkey.pt/geral/detalheeventos.aspx?cod=1601&lingua=pt-PT> e o **regulamento** de e-pósteres e/ou comunicações livres consultado no link <https://diventos.eventkey.pt/geral/inserirresumo.aspx?evento=1601&formulario=2057&lingua=pt-PT>

A AESOP e a equipa do Bloco Operatório da ULS de Viseu Dão Lafões convidam-vos para estarem presentes neste 8º Fórum Nacional de Bloco Operatório!

Estarão nesses dois dias em contacto com enfermeiros perioperatórios de vários pontos do país e onde poderão colher e partilhar conhecimento com todos os presentes neste evento. Esperamos acolher-vos em Viseu nestes dias e dar-vos as boas-vindas nesta cidade rodeada por serras e pelos rios Vouga e Dão.

Relembramos, 3 e 4 de abril de 2025, apontem na vossa agenda, em breve daremos mais notícias no nosso site e nas redes sociais, LinkedIn, Instagram e Facebook.

Clara Ferreira

Comissão Organizadora do 8º Fórum Nacional de Bloco Operatório AESOP
Direção Nacional AESOP

PND 2025



15 Fevereiro 2025

Dia Europeu dos Enfermeiros Perioperatórios "Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Juntos Pela Segurança, Passo a Passo"

A celebração do Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório 2025 está a chegar! Prepare-se para a semana de 15 a 21 de fevereiro de 2025, semana em que a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) celebra, pelo vigésimo ano consecutivo, o Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório (PND).

Neste ano, o tema proposto pela EORNA (*European Operating Room Nurses Association*) inspira a todos: **“Innovate, Educate, Elevate: Honoring Perioperative Nurses”**.

Por que este dia é tão importante? Porque é um momento para destacar o papel essencial dos enfermeiros perioperatórios na segurança do doente. No bloco operatório, um dos ambientes mais críticos e desafiantes dos cuidados de saúde, os incidentes causados por falhas podem ter consequências graves. Desde o lançamento do 2º Desafio da Organização Mundial da Saúde, “Cirurgia Segura, Salva Vidas” (2007/2008), a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) tornou-se um instrumento crucial para melhorar a segurança, mas ainda enfrentamos barreiras significativas à sua adesão.

Em 2025, comemoramos também os 10 anos da publicação do 3º desafio estratégico do Plano Nacional para a Segurança do Doente: **“Aumentar a segurança cirúrgica”**. Por isso, a AESOP convida toda a comunidade perioperatória a se juntar a nós em atividades temáticas que visam:

- Superar barreiras à adesão à LVSC;
- Envolver os doentes na segurança cirúrgica;
- Melhorar a literacia em saúde no âmbito perioperatório.

Como participar?

Durante a semana comemorativa, participe nas atividades propostas com a sua equipa e divulgue-as nas redes sociais usando os hashtags: #EPND2025 | #AESOP_ENF | #ENFERMAGEMPERIOPERATÓRIA
Twitter: @EuropeanOperatingRoomNurse Association | @EORNA_NursesFacebook: European Operating Room Nurses Association

Para mais informações e novidades, consulte o nosso site:

<https://aesop-enfermeiros.org>

e na secção PND 2025:

<https://aesop-enfermeiros.org/pnd>

Não fique de fora desta celebração que honra a enfermagem perioperatória e promove a segurança do doente! Junte-se a nós para inovar, educar e elevar a prática perioperatória. Acompanhe-nos nas redes sociais e participe ativamente do #PND2025!

Filomena Postiço
Helena Ribeiro
Sandrina Fernandes
Coordenadoras Nacionais do PND
Direção Nacional da AESOP

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA



**Aplicações móveis na
promoção da segurança
do cliente perioperatório
– uma revisão integrativa**

Liliana Sofia Soares Ferreira

Unidade Local de Saúde Santo António,
Porto, Portugal
u11719@chporto.min-saude.pt

Maria José Lage

Unidade Local de Saúde Santo António,
Porto, Portugal
marialage.blocooperatorio@chporto.min-saude.pt

Daniel José Cunha

Escola Superior de Saúde Santa Maria,
Porto, Portugal
daniel.cunha@santamariasauade.pt

RESUMO**Objetivos:**

Sintetizar a evidência científica relativa ao valor das aplicações móveis na promoção da segurança do cliente perioperatório.

Metodologia:

Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados *Pubmed*, *MEDLINE Complete (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)* e *CINHAL Complete (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*, na qual foram considerados elegíveis todos os artigos disponíveis em texto integral, em inglês e/ou português, e que abordassem a utilização de aplicativos móveis na promoção da segurança do cliente perioperatório. Para determinar a qualidade dos estudos obtidos e o risco de vieses, dois revisores independentes procederam à análise do nível de evidência, com base na classificação apresentada por Vilelas (2022). Sempre que existiram dúvidas, um terceiro elemento foi consultado.

Resultados:

Os artigos incluídos, permitiram identificar quatro temáticas relevantes, isto é, a emergência do conceito de *mobile Health*, incorporação de aplicativos móveis no pré-operatório, prevenção de eventos adversos e promoção do empoderamento do cliente.

Conclusão:

A utilização de aplicativos móveis é uma realidade e pode ser uma mais-valia na promoção da segurança perioperatória. Ao serem incorporados no pré-operatório, estes permitem não só mitigar o risco de eventos adversos, como também promover o empoderamento do cliente cirúrgico e da respetiva família/pessoa significativa.

Palavras-chave:

aplicações móveis; cuidado perioperatório; segurança do doente

ABSTRACT**Objectives:**

To synthesize the scientific evidence regarding the value of mobile applications in promoting perioperative client safety.

Methodology:

A search was carried out in *Pubmed*, *MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)* and *CINHAL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)* databases, in which all articles available in full text, English and Portuguese, which addressed the use of mobile applications in promoting safety, were considered eligible. To determine the quality of the studies obtained and the risk of bias, two independent reviewers analyzed their level of evidence, based on the classification presented by Vilelas (2020). Whenever there were doubts, a third was consulted.

Results:

The analysis of included articles allowed the identification of four relevant themes, that is, the emergence of the concept of mobile Health, the incorporation of mobile applications in the preoperative period, the prevention of adverse events and the promotion of client empowerment.

Conclusion:

Using mobile applications is a reality and can add value in promoting perioperative safety. When incorporated in the preoperative phase, they mitigate the risk of adverse events and promote the empowerment of the surgical client and their family/significant person.

Keywords:

Mobile Application; Patient Safety; Perioperative Care

INTRODUÇÃO

A segurança do cliente tem-se assumido como uma das áreas com maior impacto na enfermagem perioperatória. Aliás, são várias as políticas e estratégias que têm vindo a ser implementadas, de forma a acompanhar o crescente interesse mundial desta temática. Cuidados seguros implicam uma interação quase perfeita entre diferentes partes do mesmo sistema. A segurança não reside apenas numa pessoa, num equipamento ou num departamento, pelo contrário, esta deve ser o resultado de um compromisso entre todos os seus intervenientes, ou seja, cliente, profissionais da saúde e instituições. Esta, não integra somente a ausência de falhas, mas inclui também a implementação de medidas que permitam eliminar os incidentes evitáveis

e prevenir os inevitáveis, obtendo assim os mais amplos ganhos em saúde. A Comissão Europeia estimou que 8% a 12% dos clientes internados sofrem consequências decorrentes de erros médicos. Ao analisarmos o período perioperatório em específico, percebemos que entre 54,5% a 70,9% dos eventos adversos ocorrem durante o período cirúrgico em concreto. Em Portugal, os dados disponíveis colocam-nos próximos do limiar superior supracitado, com a incidência destes acontecimentos a rondar os 11,1% (Sousa *et al.*, 2014). Estes dados, tornam-se especialmente preocupantes quando compreendemos que isto significa que cerca de sete milhões de clientes cirúrgicos são alvo de danos decorrentes de determinada intervenção. Mais dramático ainda é a literatura referir que cerca de 30% a 50% dessas mesmas complicações, poderiam ser evitadas (Cho & Lee, 2017).

Em termos estatísticos, no ano de 2017, cerca de 2,6 mil milhões de pessoas tinham acesso a um *smartphone*. As estimativas mais recentes referem, inclusive, que a percentagem de população mundial a fazer uso deste tipo de dispositivo móvel ronda os 90% e 95% (Monroy & Mosahebi, 2019). Estes dados permitem-nos acreditar que a *internet*, em específico os *smartphones* e respetivas aplicações móveis, podem revelar-se uma ferramenta essencial para chegar à população e, neste caso em concreto, para implementar estratégias inovadoras de promoção da segurança do cliente submetido a uma intervenção cirúrgica (Russ *et al.*, 2020).

Num mundo cada vez mais digital, torna-se imperativo perceber de que forma saúde em geral, e em específico a segurança do cliente, pode tirar proveito das novas tecnologias e de que forma estas duas temáticas se podem relacionar (Magalhães, 2021). Os cuidados perioperatórios, enquanto cuidados especializados, procuram constantemente acompanhar a evolução tecnológica.

Deste modo, sendo esta temática uma das suas principais preocupações, revelou-se essencial elaborar uma revisão integrativa. Esta irá permitir sintetizar conhecimentos, identificar lacunas de pesquisa, construir ligações, gerar novas perguntas, definir conceitos e rever teorias, relativamente ao valor desta nova ferramenta tecnológica, na promoção da segurança do cliente.

METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Uma revisão de literatura pode ser definida como uma análise crítica do conhecimento publicado, relativamente a um tópico específico. Esta permite identificar a evidência científica existente e, desta forma, analisar os seus pontos fortes e fracos, de forma a determinar lacunas no conhecimento e futuras áreas de investigação. Existem vários tipos de análise da literatura, onde se incluem as revisões sistemáticas, integrativas e narrativas (Dhollande *et al.*, 2021). A seleção de qual a melhor estratégia, depende do tópico, da área de investigação de interesse e do objetivo da revisão (Oermann & Knafl, 2021). Considerando o tema e o objetivo previamente definido, optou-se pela elaboração de uma revisão integrativa. Historicamente identificada como uma forma de promover a prática baseada na evidência específica dos cuidados de enfermagem, estas envolvem a pesquisa sistemática de literatura de forma a obter-se uma síntese holística do assunto em apreço. Tal como acontece com outros tipos de revisões, estas devem seguir um processo sistemático e reproduzível que minimize o enviesamento (Kutcher & LeBaron, 2022). De seguida, daremos a conhecer todos os passos que constituíram este processo.

Aspetos éticos

Nesta revisão foram salvaguardados os aspetos éticos, em específico, no que à autoria dos artigos pesquisados concerne. Assim, para qualquer citação ou referências a autores, as normas APA foram cumpridas de forma exímia. De igual modo, devemos salientar que não existiu qualquer conflito de interesse que pudesse comprometer a análise dos resultados desta investigação. (Head, 2020; Tripathy, 2013).

Estrutura

Para a execução da revisão foram consideradas cinco etapas. Após a identificação da problemática, uma pesquisa da literatura foi efetuada, seguida de uma avaliação e análise dos dados obtidos. Por fim, procedeu-se à interpretação e síntese dos resultados (Hopia *et al.*, 2016; Oermann & Knafl, 2021).

Questão de investigação e período da revisão

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *MEDLINE Complete (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)* e *CINHAL Complete (Cumulative Index to Nursing and Allied health Literature)*, em Agosto de 2023, no sentido de se proceder à identificação dos estudos alvo de análise (Kutcher & LeBaron, 2022). Para tal, recorreu-se à elaboração de uma pergunta de partida, com base na estratégia PICO (Tabela 1) (Kutcher & LeBaron, 2022).

Tabela 1: Descritores/Termos de Pesquisa

PICO Template	Termo de pesquisa	PubMed – medical Subject	CINHAL Complete – CINHAL headings	MEDLINE Complete – MeSH terms
Population	Utente perioperatório	<i>Perioperative care</i>	<i>Surgical Preparation Perioperative Medicine</i>	<i>Perioperative care</i>
Intervention	Aplicações móveis	<i>Mobile Applications</i>	<i>App Portable electronic Mobile App</i>	<i>Smartphone app</i>
Comparison	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
Outcomes	Segurança do cliente	<i>Patient Safety</i>	<i>Patient Safety</i>	<i>Patient Safety</i>

A estratégia de investigação foi formulada utilizando os descritores supracitados e associados a operadores booleanos *AND* e *OR*, obtendo-se a seguinte equação de pesquisa: **(perioperative care OR surgical preparation OR perioperative medicine) AND (mobile applications OR app OR portable electronic OR mobile app OR smartphone app) AND (patient safety)**

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão permitem restringir e refinar parâmetros de pesquisa e encontrar dados específicos. A sua utilização é método eficaz para gerir o tempo e limitar o volume de pesquisa (Dhollande *et al.*, 2021; Kutcher & LeBaron, 2022; Oermann & Knafel, 2021). Assim, foram definidos os seguintes critérios (Tabela 2):

Tabela 2: Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Population	Artigos que incluam clientes submetidos a uma intervenção cirúrgica	Artigos em que os clientes não tenham sido submetidos a uma intervenção cirúrgica
Intervention	Artigos que descrevam a utilização de aplicativos móveis	Artigos que não incluam a utilização de aplicativos móveis
Outcomes	Artigos que revelem os benefícios decorrentes da utilização de aplicativos móveis, na promoção da segurança	Artigos que revelem outro tipo de benefícios da utilização de aplicativos móveis, que não a promoção da segurança
Outros	Artigos em inglês e/ou português Artigos disponíveis em texto integral Artigos publicados nos últimos 10 anos	Artigos em outros idiomas Artigos não disponíveis em texto integral Artigos publicados há mais de 10 anos

Adicionalmente, e considerando que a literatura cinzenta pode incluir fontes que não foram alvo de um processo de *peer-review*, os autores optaram por não incluir as mesmas nesta revisão, como método de controle de qualidade (Kutcher & LeBaron, 2022).

Análise dos dados

Após a pesquisa efetuada nas bases de dados selecionadas, os resultados foram exportados para o programa *zotero*, no sentido de remover as referências duplicadas. Em seguida, o título e resumo dos artigos foram analisados por dois revisores, com o objetivo de determinar se os mesmos cumpriam os critérios de elegibilidade. Os estudos elegíveis, foram selecionados para a leitura na íntegra. De forma a tornar claro este processo, recorreu-se à utilização do Fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Kwon *et al.*, 2015; Vilelas, 2022; Younas *et al.*, 2022).

Análise do rigor metodológico

Determinar o rigor metodológico da literatura obtida é um processo complexo e, como tal, não existe uma maneira padronizada e globalmente aceite para o fazer. Considerando as opções disponíveis, optou-se por avaliar o nível de evidência e o risco de viés, com base nos instrumentos sugeridos por Vilelas (2022). À semelhança da análise de dados, também esta etapa foi realizada por dois revisores, de forma independente, e solicitada a intervenção de um terceiro revisor sempre que foram encontradas divergências (Kutcher & LeBaron, 2022).

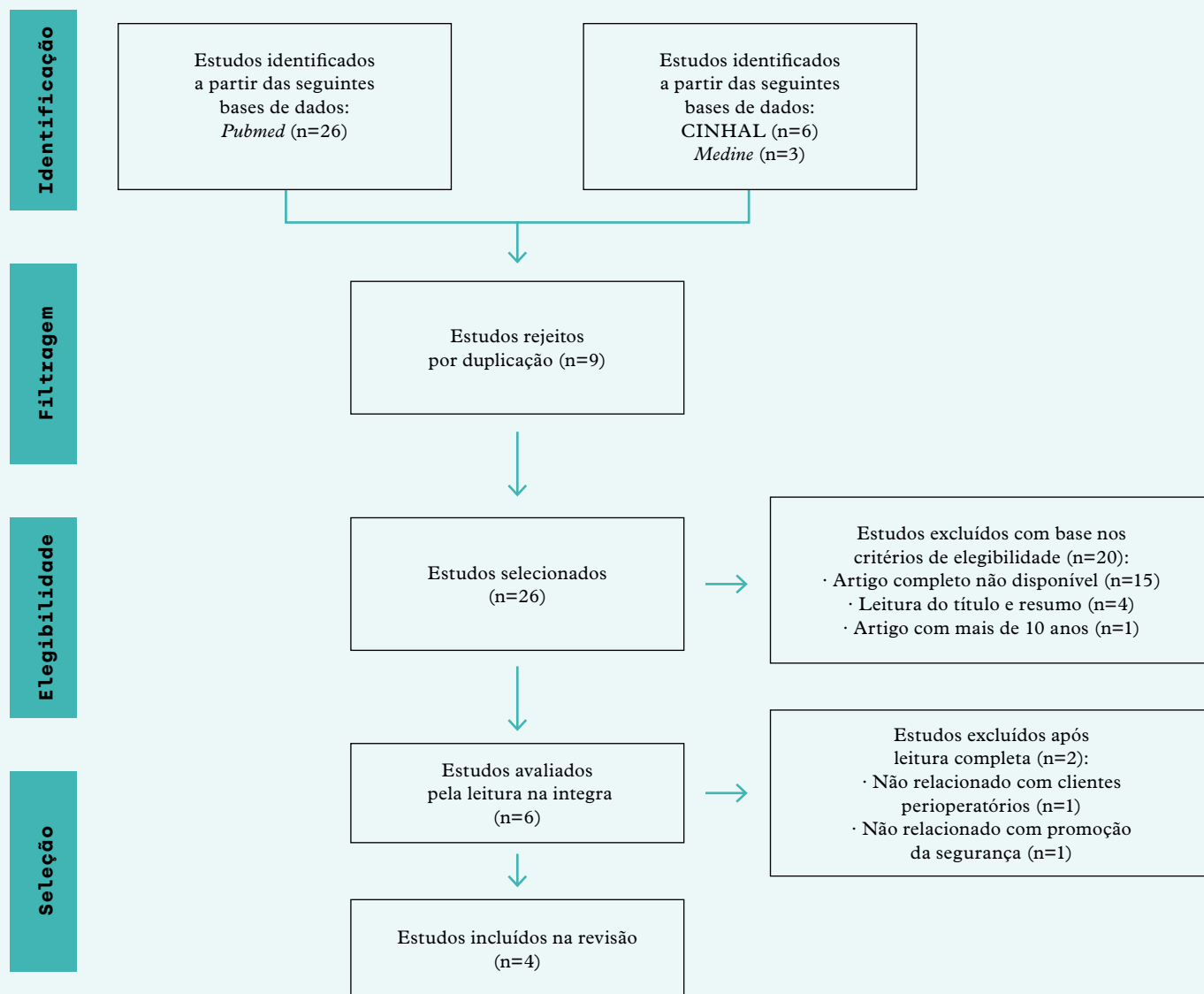
Análise dos resultados

No sentido de escrutinar os resultados obtidos, procedeu-se à análise qualitativa dos artigos selecionados. Para tal, numa primeira fase, através da leitura exploratória de cada artigo, procurou-se a identificação de códigos, sob a forma de frases e palavras, os quais correspondessem a elementos de interesse relacionados com a temática em apreço. De forma a sistematizar a informação encontrada, os dados obtidos foram compilados de forma descritiva, o que permitiu a identificação de temáticas (Harden & Thomas, 2022; Néne & Sequeira, 2022).

RESULTADOS

Foram identificados 35 estudos, dos quais 9 foram excluídos por se encontrarem duplicados. Posto isto, 26 artigos foram submetidos a um processo de triagem, com base nos critérios de elegibilidade. Destes, 15, foram excluídos por não se encontrarem completos, 1 por apresentar mais de 10 anos e 4 após leitura do título e resumo. Assim, 6 estudos foram selecionados para leitura íntegra. Após a mesma, 4 estudos foram selecionados para compor a amostra final da presente revisão integrativa (Figura I).

Figura I: PRISMA Flow



Os 4 estudos analisados, foram desenvolvidos em países distintos (Estados Unidos da América, Israel, Espanha e Inglaterra). Estes foram publicados entre os anos 2015 e 2022, todos em língua inglesa e a maioria (3/4), no *Journal of Medical Internet Research*. Em relação ao rigor metodológico, os mesmos, apresentaram uma qualidade metodológica de moderada a alta. No que ao nível de evidência diz respeito, os estudos

contemplados obtiveram classificações distintas (I,III,IV e V). Na sequência da análise efetuada aos artigos selecionados e das evidências científicas encontradas (Tabela 3), considerou-se revelante abordar, na fase de discussão, as seguintes temáticas: emergência do conceito de *mobile health*, incorporação de aplicativos móveis no pré-operatório, prevenção de eventos adversos e promoção do empoderamento do cliente.

Tabela 3: Síntese dos estudos incluídos

Autor	Título	Objetivo Principal	Amostra	Tipo de estudo	Intervenção	Principais resultados	Nível de evidência	Qualidade Metodológica
(Russ, Sevdalis & Ocloo, 2021)	<i>“A Smartphone App Designed to Empower Patients to Contribute Toward Safer Surgical Care: Qualitative Evaluation of Diverse Public and Patient Perceptions Using Focus Groups”</i>	Avaliar a percepção dos utilizadores em relação à aplicação móvel <i>MySurgery</i> ,	22 s	Qualitativo	Recrutados participantes com experiências cirúrgicas anteriores. Estes foram divididos em três grupos focais distintos, durante um período de 2 meses e um protocolo semiestruturado de discussão em torno da aplicação foi seguido. Os debates foram gravados em suporte áudio, tendo sido realizada uma análise dos mesmos, à posteriori.	A maioria dos participantes concordou que o aplicativo móvel era aceitável, apropriado e útil em termos educacionais, o que irá permitir que os clientes se tornassem mais participativos na promoção da sua segurança.	IV	Alta
(Herrera-Usagre et al., 2019)	<i>“Effect of a Mobile App on Preoperative Patient preparation for Major Ambulatory Surgery: Protocol for a Randomized Controlled Trial”</i>	Avaliar a eficácia da aplicação <i>Listeo+ mHealth</i> como ferramenta para melhorar cumprimento das recomendações pré-operatórias, comparativamente aos cuidados padrão, em cirurgias major realizadas em regime de ambulatório.	790	Quantitativo	Criação de dois grupos de participantes, com indicação para cirurgia major em regime de ambulatório. O grupo de controlo receberá recomendações pré-operatórias por escrito, enquanto os membros do grupo de intervenção utilizarão adicionalmente a saúde móvel <i>Listeo+ app</i> . Este recrutamento terá a duração de 6 meses e será efetuado em 4 hospitais na Andaluzia (Espanha).	Os autores acreditam que o aplicativo permitirá que os profissionais da saúde monitorizem em tempo real o cumprimento de recomendações pré-operatórias, por parte dos clientes. De igual modo, esperam uma redução nos cancelamentos pré-operatórios evitáveis.	I	Moderada
(Connelly et al., 2022)	<i>“Implementation of a Personalized Digital App for Pediatric Preanesthesia Evaluation and Education: Ongoing Usability Analysis and Dynamic Improvement Scheme”</i>	Apresentar uma solução <i>mhealth</i> dinâmica, rápida e oportuna que permita responder às necessidades e promover a segurança dos clientes perioperatórios pediátricos e respetivas famílias.	769	Quantitativo	Enviada uma mensagem para os telemóveis das famílias com crianças com cirurgia agendada no <i>Tel Aviv Sourasky Medical Center</i> . Esta, continha um link que permitia aceder a conteúdo personalizado e a um questionário de avaliação pré-anestésica, com o objetivo de identificar clientes que necessitassem de avaliação presencial. No fim, estas, eram incentivadas a fornecer o seu feedback em relação à aplicação.	A análise da usabilidade é crucial para maximizar os potenciais benefícios, em termos de segurança. Esta permite a adequação e o reconhecimento da aplicação, na perspetiva do utilizador	III	Alta
(Simpao et al., 2015)	<i>“Perioperative Smartphone Apps and Devices for Patient-Centered Care”</i>	Apresentar evidências relativamente à forma como as aplicações móveis podem ser utilizadas no âmbito do perioperatório, no sentido de promover o cuidado centrado no cliente.	Não especificado	Revisão narrativa da literatura	Delimitação e caracterização do objeto de estudo, por meio do levantamento bibliográfico disponível.	Os estudos analisados demonstraram a utilidade das aplicações móveis no cuidado centrado no cliente.	V	Moderada

DISCUSSÃO

Emergência do Conceito de Mobile Health

As publicações analisadas, foram unânimes em considerar a saúde digital um conceito emergente. Para Connelly *et al.* (2022), nas duas últimas décadas, a saúde móvel (*mHealth* ou *mobile health*) tem vindo a substituir gradualmente o sistema presencial e a assumir-se cada vez mais como uma plataforma de comunicação, com uma série de benefícios demonstrados. Segundo Russ *et al.* (2021), os cuidados de saúde estão a ser chamados a utilizar o potencial da tecnologia digital para transformar os cuidados ao cliente cirúrgico.

A difusão das tecnologias digitais, em específico das aplicações móveis, tem um enorme potencial. A introdução das mesmas no perioperatório, permite fornecer informação personalizada ao cliente e estabelecer um canal de comunicação que facilita o acompanhamento por parte dos profissionais da saúde (Herrera-Usagre *et al.*, 2019). Apesar de poderem apresentar uma matriz diversificada, os dispositivos de *smartphone* parecem ser uma promessa na melhoria dos cuidados em ambiente cirúrgico (Simpao *et al.*, 2015).

Efetivamente, a literatura disponível, salienta que este tipo de ferramentas pode ser extremamente útil em áreas como o rastreio, avaliação, monitorização, promoção da saúde, exercício físico e apoio social. Consideradas promissoras na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, as aplicações móveis surgem como um complemento, ou até mesmo uma alternativa, aos contactos presenciais, pelo que se espera que estas contribuam amplamente para a redução do consumo de cuidados de saúde e, consecutivamente, dos custos associados (Stevens *et al.*, 2019). A saúde digital tem,

portanto, potencial para melhorar a saúde e o bem-estar das populações em todo o mundo. Aliás, as expectativas elevadas relativamente a estes novos conceitos, tem conduzido a que milhões de euros sejam gastos na criação e desenvolvimento de aplicações *mhealth* (Risling *et al.*, 2017). Nos últimos anos foram desenvolvidas inúmeras ferramentas desta tipologia, estando atualmente disponíveis online mais de 325,000 aplicativos móveis (Maramba *et al.*, 2019).

Incorporação de aplicativos móveis no perioperatório

Todas as publicações analisadas defendem a utilização de aplicativos móveis no pré-operatório (Connelly *et al.*, 2022; Herrera-Usagre *et al.*, 2019; Russ *et al.*, 2021; Simpao *et al.*, 2015). Embora reconheçam igualmente o seu impacto nos resultados pós-cirúrgicos, apenas Simpao *et al.* (2015) alude, de forma direta, à sua utilização também no pós-operatório.

Herrera-Usagre *et al.* (2019), defende que a adoção de uma abordagem multifacetada pré-operatória, com recurso a aplicativos móveis e que vise a inclusão do cliente, pode ser fundamental na promoção da qualidade e segurança. Esta ideia é salientada por Russ *et al.* (2021), ao afirmar que a consulta pré-operatória, que ocorre tipicamente algumas semanas antes da cirurgia, é uma oportunidade para serem discutidos aspetos relacionados com a intervenção. Ter acesso a uma ferramenta *mhealth* no pré-operatório, antes e durante este contato, significa ter tempo para processar a informação nela contida e preparar questões que os clientes considerem relevantes, dando-lhes também tempo para tomar todas as medidas necessárias antes do procedimento. Aliás, os participantes do estudo em consideração sugeriram incluir uma referência a este tipo

de ferramenta na carta pré-operatória, com informações sobre a mesma e instruções sobre como proceder ao seu *download* (Russ *et al.*, 2021). A eficácia das aplicações móveis tem sido alvo de vários estudos, os quais sublinham o potencial da saúde móvel na preparação pré-cirúrgica do cliente, em especial para questões relacionadas com a segurança (Connelly *et al.*, 2022).

Simpao *et al.* (2015) defende que um cliente detentor de conhecimentos relativamente ao pré-operatório, fará uma gestão mais adequada e personalizada de toda a experiência cirúrgica. Esta deverá ser uma fase pautada por momentos de partilha entre profissional da saúde-cliente e família/pessoa significativa, com objetivo de gerir de expectativas e de responder a necessidades. Algo preponderante na promoção de sentimentos de confiança e segurança. Assim, os programas para *smartphones* desenvolvidos para esta fase podem, e devem, ser centrados na recolha e divulgação de informações. Isto, irá permitir que os dados nela retidos sejam consultados não só por parte do mesmo, tornando-o parte ativa no processo, como também por parte dos profissionais da saúde, mitigando-se assim o risco de eventos adversos. Para este autor, o uso de aplicativos móveis no pós-operatório pode ser também uma mais-valia, ao funcionarem, mais uma vez, como um meio de comunicação com a equipa cirúrgica e ao permitirem a monitorização desta fase, analisando parâmetros como a qualidade de vida e o risco de infeção do local cirúrgico (Simpao *et al.*, 2015).

A educação ativa no perioperatório é essencial e o enfermeiro perioperatório é um dos profissionais com maior aptidão e competência para o fazer (Mendes & Ferrito, 2021). Considerando que a maioria das estratégias atuais de entrega de informação nesta fase, são genéricas e apenas verbais, e que acontecem em momentos

de ansiedade e elevada informação, a compreensão e a retenção da mesma podem estar comprometidas. A evidência disponível salienta que apenas 40% a 80% do conhecimento fornecido em consulta é retido, sendo a maioria dos clientes incapazes de recordar adequadamente as informações com precisão (Nathan *et al.*, 2020). Torna-se, portanto, fundamental criar um sistema de transmissão de informação estruturado e realista, o qual permita ao cliente melhorar a sua adesão ao plano de cuidados (Cavallaro *et al.*, 2018). O uso de uma aplicação móvel direcionada para os cuidados perioperatórios, melhora o cumprimento das recomendações e permite à equipa perioperatório um acompanhamento mais próximo (Stewart *et al.*, 2019).

As vantagens supracitadas, são extensíveis ao pós-operatório e, como tal, a continuidade desta ferramenta no pós-operatório não deve ser descurada. Também nesta fase o cumprimento de instruções é essencial. A não adesão ao plano pós-operatório estipulado, pode aumentar o risco de complicações (Nathan *et al.*, 2020).

Prevenção de Eventos adversos

Analisando os resultados dos grupos focais, levados a cabo por Russ *et al.* (2021), verificamos que os participantes selecionados concordaram que ao se tornarem mais informados e ao entenderem melhor onde os problemas de segurança podem surgir, a sua suscetibilidade a eventos adversos pode diminuir. Estes consideraram que a utilização de aplicativos móveis os pode tornar mais atentos e participativos, mitigando assim os riscos. A utilização deste tipo de ferramentas permite envolver os clientes, considerar as suas necessidades específicas e dar a conhecer as recomendações, algo que pode evitar não só complicações, como também

cancelamentos cirúrgicos (Connelly *et al.*, 2022). Para Herrera-Usagre *et al.* (2019) são diversos e distintos os fatores que podem condicionar um cancelamento ou atraso de uma intervenção. As suas implicações devem ser analisadas não só sob uma perspectiva da gestão em saúde, por consumirem recursos hospitalares e aumentarem o tempo de internamento, mas também de segurança, uma vez que interferem na qualidade do procedimento cirúrgico. Considerados como eventos adversos, uma das principais causas dos cancelamentos cirúrgicos é a preparação pré-operatória inadequada do cliente, o que conduz a que os mesmos não cumpram as recomendações supostas.

A literatura estabelece que as taxas de cancelamentos cirúrgicos eletivos variam de 9 a 44%, de acordo com o tipo de cirurgia e país. Estes acontecimentos são, sem dúvida, penalizadores para o sistema e para a segurança do cliente. Pesquisas efetuadas neste âmbito, demonstram que os clientes que vivenciaram este tipo de evento tiveram um pós-operatório mais complexo, com maior deterioração do estado de saúde e, portanto, com maior incidência de eventos adversos, pior qualidade de vida e maior tempo de retorno ao trabalho (Sommer *et al.*, 2021). A falta de compreensão e o mau cumprimento das instruções antes da cirurgia, podem conduzir a cancelamentos cirúrgicos de última hora. A utilização de aplicações móveis, permite fornecer informação ao cliente, de forma subdividida (por dia), categorizada (por tema) e interativa (vídeos), logo, mais fácil de reter. Os clientes que recebem lembretes, em forma de mensagens de texto, demonstraram maior taxa de adesão e tem menos procedimentos cancelados, em relação aos que apenas receberam instruções impressas (Stewart *et al.*, 2019).

No que diz respeito às complicações pós-operatórias, ao olharmos de uma forma

crítica para os dados estatísticos disponíveis, podemos verificar que estas ocorrem em cerca de 7 a 15% dos clientes submetidos a uma intervenção cirúrgica. Nestas incluem-se, por exemplo, as infeções da ferida cirúrgica e do trato urinário, sépsis e hemorragia pós-operatória (Dencker *et al.*, 2021). São várias as vantagens da utilização de uma abordagem digital, principalmente, se as mesmas conseguirem incluir sistemas de monitorização. São exemplo, disso mesmo, as aplicações que permitem um registo fotográfico e posterior avaliação, remota. Considerando que o pico de incidência de infeção do local cirúrgico, um dos principais eventos adversos, ocorre entre o 6º e o 12º dia de pós-operatório, uma intervenção precoce devidamente direcionada, com recurso a um *smartphone*, pode melhorar o acesso aos cuidados de saúde e reduzir o número e gravidade das complicações (Dawes *et al.*, 2021; Gunter *et al.*, 2016; Kummerow Broman *et al.*, 2019).

Promoção do Empoderamento do Cliente

As aplicações móveis podem ser promotoras da segurança do cliente, envolvendo-o no processo de prestação de cuidados e tornando-o também responsável pela mesma (Herrera-Usagre *et al.*, 2019). Este fato foi reforçado pelos participantes dos grupos focais do estudo de Russ *et al.* (2021), os quais apoiaram a ideia de que o envolvimento do cliente, com recurso a um *smartphone*, permite estabelecer áreas-chave de risco, nas quais este pode intervir e que até então não teria conhecimento. Efetivamente, nos estudos em análise, denota-se o impacto da crescente importância dos cidadãos nos sistemas de saúde. Um dos artigos examinados, explorou o impacto das aplicações móveis na promoção dos

cuidados centrado no cliente e três procuram, inclusive, analisar esta temática pela ótica do utilizador (Connelly *et al.*, 2022; Herrera-Usagre *et al.*, 2019; Russ *et al.*, 2021). Nestes últimos, dois, reconhecem a análise da usabilidade das soluções móveis como crucial para maximizar a sua utilização e potenciar os *outcomes* que delas resultam. Cada mudança implementada deve ter por base as necessidades do cliente cirúrgico, de forma a incrementar e promover questões relacionadas com a comunicação, confiabilidade e adequação (Connelly *et al.*, 2022).

Qualquer intervenção de promoção da segurança, deve ser algo em que todos os *stakeholders* devem intervir, na qual se incluiu a equipa cirúrgica. Os profissionais da saúde devem ser capazes de acompanhar esta nova demanda, não só ao apoiar a sua criação, como também a sua implementação. Ao fazê-lo, estão a tornarem-se agentes de promoção do envolvimento do cliente, em atividades relacionadas com a segurança (Russ *et al.*, 2021). Dados apresentados por Herrera-Usagre *et al.* (2019), revelam mesmo que 73,8 % dos clientes se encontram predispostos a utilizar aplicações móveis, se estas forem recomendadas pelo equipa cirúrgica.

A participação do cliente é, sem dúvida, um pré-requisito quando falamos em segurança nos cuidados de saúde (Lee *et al.*, 2022). Se forem utilizadas estratégias que promovam o registo e envio de informações, a autoconsciência do estado de saúde pode aumentar, o que incentiva os clientes a desempenharem um papel mais ativo na sua recuperação (McLean *et al.*, 2019, 2021). Os profissionais da saúde, são os principais agentes de empoderamento. Estes devem desenvolver ferramentas que permitam capacitar, promover a autonomia, a consciência crítica e comportamentos adequados, por parte de cada um dos clientes (Abelsson *et al.*, 2021). Quando

informados, os utentes tornam-se empenhados em participar nas atividades que potenciam a sua segurança, em específico, e a sua saúde, em geral (Lee *et al.*, 2022)

Limitações do estudo

O número de artigos considerados elegíveis foi relativamente baixo o que, naturalmente, inviabiliza a generalização dos resultados e conclusões apresentadas. Embora uma primeira pesquisa tenha revelado a existência de um volume considerável de estudos, a verdade é que uma grande parte não se encontrava disponível para leitura do texto na íntegra. A utilização em exclusivo de descritores *mesh* na questão de investigação, pode ter contribuído para que a amostra final fosse reduzida. No entanto, esta deliberação visou a manutenção do rigor científico, através da utilização de uma linguagem padronizada. Ainda assim, a concretização desta revisão permitiu obter uma visão geral e uma compressão abrangente da temática.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A utilização de aplicativos móveis demonstrou ser uma mais-valia na promoção da segurança do cliente perioperatório. A sua utilização e emergência na sociedade é uma realidade, pelo que, a sua incorporação neste tipo de ambiente, em específico na fase pré-operatória, parece ser imperativa. Os estudos analisados, fazem-nos crer que estas poderão ser extremamente úteis na promoção do empoderamento do cliente. Por outro lado, ao permitirem melhorar os níveis de conhecimento, incrementar a participação e promover a adesão às recomendações perioperatória, melhores resultados cirúrgicos poderão ser obtidos.

A enfermagem perioperatória deve procurar constantemente a criação e desenvolvimento de conhecimento, com base na evidência científica. Esta deve debruçar-se sobre temas de interesse para os enfermeiros, mas também, procurar melhorar a qualidade da sua prática e, ao mesmo tempo, melhorar os cuidados prestados ao cliente. Tendo em conta que esta é uma área de atuação recente, cabe ao enfermeiro identificar as principais necessidades emergentes da sociedade atual e escolher os métodos a usar, para dar resposta às mesmas. A inexistência de estudos realizados em Portugal e, acima de tudo, por enfermeiros, justifica o investimento nesta temática, quer no contexto teórico, quer no contexto da prática.


As aplicações móveis promovem a proximidade com o cliente, como tal, novos e inovadores estudos devem ser levados a cabo onde, por exemplo, se possa explorar a sua utilidade nas restantes fases do perioperatório. De igual modo, seria interessante, determinar em loco a usabilidade de futuras versões do sistema, incluindo a recolha de *feedback* quanto ao incremento da literacia e dos níveis de satisfação dos utentes perioperatórios, antes e após a sua implementação. De igual modo, examinar o impacto deste tipo de ferramentas nos *outcomes* cirúrgicos, em específico em termos de cancelamentos e complicações, através da análise de indicadores, poderia ser deveras vantajoso, não só do ponto de vista da gestão, mas também para a visibilidade do papel do enfermeiro perioperatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelsson, A., Falk, P., Sundberg, B., & Nygårdh, A. (2021). Empowerment in the perioperative dialog. *Nursing Open*, 8(1), 96. <https://doi.org/10.1002/NOP2.607>
- Cavallaro, P. M., Milch, H., Savitt, L., Hodin, R. A., Rattner, D. W., Berger, D. L., Kunitake, H., & Bordeianou, L. G. (2018). Addition of a scripted pre-operative patient education module to an existing ERAS pathway further reduces length of stay. *American Journal of Surgery*, 216(4), 652–657. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.07.016>
- Cho, S., & Lee, E. (2017). Effects of the Smartphone Application “Safe Patients” on Knowledge of Patient Safety Issues Among Surgical Patients. *CIN - Computers Informatics Nursing*, 35(12), 639–646. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000374>
- Connelly, Y., Lotan, R., Sinai, Y. B., Rolls, D., Beker, A., Abensour, E., Neudorfer, O., & Stocki, D. (2022). Implementation of a Personalized Digital App for Pediatric Preanesthesia Evaluation and Education: Ongoing Usability Analysis and Dynamic Improvement Scheme. *JMIR Formative Research*, 6(5). <https://doi.org/10.2196/34129>
- Dawes, A. J., Lin, A. Y., Varghese, C., Russell, M. M., & Lin, A. Y. (2021). Mobile health technology for remote home monitoring after surgery: a meta-analysis. *The British Journal of Surgery*, 108(11), 1304–1314. <https://doi.org/10.1093/bjs/znab323>
- Dencker, E. E., Bonde, A., Troelsen, A., Varadarajan, K. M., & Sillesen, M. (2021). Postoperative complications: an observational study of trends in the United States from 2012 to 2018. *BMC Surgery*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12893-021-01392-Z/TABLES/3>
- Dhollande, S., Taylor, A., Meyer, S., & Scott, M. (2021). Conducting integrative reviews: a guide for novice nursing researchers. *Journal of Research in Nursing*, 26(5), 427–438. <https://doi.org/10.1177/1744987121997907>
- Gunter, R., Fernandes-Taylor, S., Mahnke, A., Awoyinka, L., Schroeder, C., Wiseman, J., Sullivan, S., Bennett, K., Greenberg, C., & Kent, K. C. (2016). Evaluating Patient Usability of an Image-Based Mobile Health Platform for Postoperative Wound Monitoring. *JMIR MHealth and UHealth*, 4(3). <https://doi.org/10.2196/MHEALTH.6023>
- Harden, A., & Thomas, J. (2022). Thematic Synthesis. *Qualitative Evidence Synthesis (QES): Learning Live Webinar Series*, 1–36. https://training.cochrane.org/sites/training.cochrane.org/files/public/uploads/Cochrane%20QES%20Webinar%205%20-%20Thematic%20synthesis_0.pdf
- Head, G. (2020). Ethics in educational research: Review boards, ethical issues and researcher development. *European Educational Research Journal*, 19(1), 72–83. <https://doi.org/10.1177/1474904118796315>
- Herrera-Usagre, M., Santana, V., Burgos-Pol, R., Oliva, J. P., Sabater, E., Rita-Acosta, M., Casado, M. A., Cruces, S., Pacheco, M., & Perez, C. S. (2019). Effect of a mobile app on preoperative patient preparation for major ambulatory surgery: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 8(1). <https://doi.org/10.2196/10938>

- Hopia, H., Latvala, E., & Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 30, Issue 4, pp. 662–669). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
- Kummerow Broman, K., Gaskill, C. E., Faqih, A., Feng, M., Phillips, S. E., Lober, W. B., Pierce, R. A., Holzman, M. D., Evans, H. L., & Poulouse, B. K. (2019). Evaluation of Wound Photography for Remote Postoperative Assessment of Surgical Site Infections. *JAMA Surgery*, *154*(2), 126–132. <https://doi.org/10.1001/JAMASURG.2018.3861>
- Kutcher, A. M., & LeBaron, V. T. (2022). A simple guide for completing an integrative review using an example article. *Journal of Professional Nursing*, *40*, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.02.004>
- Kwon, Y., Lemieux, M., McTavish, J., & Wathen, N. (2015). Identifying and removing duplicate records from systematic review searches. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, *103*(4), 184. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.103.4.004>
- Lee, N. J., Ahn, S., & Lee, M. (2022). The effects of a mobile application for patient participation to improve patient safety. *Health Expectations*, *25*(4), 1601–1618. <https://doi.org/10.1111/hex.13503>
- Magalhães, T. (2021). *Transformação digital em saúde* (Edições Almedina, Ed.).
- McLean, K. A., Mountain, K. E., Shaw, C. A., Drake, T. M., Ots, R., Knight, S. R., Fairfield, C. J., Sgrò, A., Skipworth, R. J. E., Wigmore, S. J., Potter, M. A., & Harrison, E. M. (2019). Can a smartphone-delivered tool facilitate the assessment of surgical site infection and result in earlier treatment? Tracking wound infection with smartphone technology (TWIST): protocol for a randomised controlled trial in emergency surgery patients. *BMJ Open*, *9*(10). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-029620>
- McLean, K. A., Mountain, K. E., Shaw, C. A., Drake, T. M., Pius, R., Knight, S. R., Fairfield, C. J., Sgrò, A., Bouamrane, M., Cambridge, W. A., Lyons, M., Riad, A., Skipworth, R. J. E., Wigmore, S. J., Potter, M. A., Harrison, E. M., Baweja, K., Cambridge, W. A., Chauhan, V., ... Yang, J. (2021). Remote diagnosis of surgical-site infection using a mobile digital intervention: a randomised controlled trial in emergency surgery patients. *NPJ Digital Medicine*, *4*(1). <https://doi.org/10.1038/S41746-021-00526-0>
- Mendes, D. I. A., & Ferrito, C. R. C. (2021). Preoperative nursing consultations: Implementation and evaluation. *Revista de Enfermagem Referencia*, *2021*(8). <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Monroy, M. F. I. D. L. C., & Mosahebi, A. (2019). The Use of Smartphone Applications (Apps) for Enhancing Communication With Surgical Patients: A Systematic Review of the Literature. *Surgical Innovation*, *26*(2), 244–259. <https://doi.org/10.1177/1553350618819517>
- Nathan, J. K., Rodoni, B. M., Joseph, J. R., Smith, B. W., & Park, P. (2020). Smartphone use and interest in a spine surgery recovery mobile application among patients in a US academic neurosurgery practice. *Operative Neurosurgery*, *18*(1), 98–102. <https://doi.org/10.1093/ons/opz061>
- Nêne, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. Lidel Enfermagem.
- Oermann, M. H., & Knafel, K. A. (2021). Strategies for completing a successful integrative review. *Nurse Author & Editor*, *31*(3–4), 65–68. <https://doi.org/10.1111/nae.2.30>
- Risling, T., Martinez, J., Young, J., & Thorp-Froslic, N. (2017). Evaluating patient empowerment in association with ehealth technology: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(9). <https://doi.org/10.2196/jmir.7809>
- Russ, S., Latif, Z., Hazell, A. L., Ogunmuyiwa, H., Tapper, J., Wachuku-King, S., Sevdalis, N., & Ocloo, J. (2020). A smartphone app designed to empower patients to contribute toward safer surgical care: Community-based evaluation using a participatory approach. *JMIR MHealth and UHealth*, *8*(1). <https://doi.org/10.2196/12859>
- Russ, S., Sevdalis, N., & Ocloo, J. (2021). A smartphone app designed to empower patients to contribute toward safer surgical care: Qualitative evaluation of diverse public and patient perceptions using focus groups. *JMIR MHealth and UHealth*, *9*(4). <https://doi.org/10.2196/24065>
- Simpao, A. F., Lingappan, A. M., Ahumada, L. M., Rehman, M. A., & Gálvez, J. A. (2015). Perioperative Smartphone Apps and Devices for Patient-Centered Care. In *Journal of Medical Systems* (Vol. 39, Issue 9). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s10916-015-0310-7>
- Sommer, J. L., Jacobsohn, E., & El-Gabalawy, R. (2021). Impacts of elective surgical cancellations and postponements in Canada. *Canadian Journal of Anesthesia*, *68*(3), 315–323. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01824-z>
- Sousa, P., Sousa Uva, A., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. S. (2014). *Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety*. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-311>
- Stevens, W. J. M., van der Sande, R., Beijer, L. J., Gerritsen, M. G. M., & Assendelft, W. J. J. (2019). EHealth apps replacing or complementing health care contacts: Scoping review on adverse effects. In *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 21, Issue 3). JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/10736>
- Stewart, J. J., Fayed, I., Henault, S., Kalantar, B., & Voyadzis, J.-M. (2019). Use of a Smartphone Application for Spine Surgery Improves Patient Adherence with Preoperative Instructions and Decreases Last-minute Surgery Cancellations. *Cureus*, *11*(3). <https://doi.org/10.7759/CUREUS.4192>
- Tripathy, J. P. (2013). Secondary Data Analysis: Ethical Issues and Challenges. *Iranian J Publ Health*, *42*(12), 1478–1479. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441947/>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (Sílabo, Vol. 3).
- Younas, A., Shahzad, S., & Inayat, S. (2022). Data Analysis and Presentation in Integrative Reviews: A Narrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, *44*(12), 1124–1133. <https://doi.org/10.1177/01939459211030344>

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA



**Intervenções de enfermagem
na prevenção de lesões por
pressão no intraoperatório
na cirurgia esofagogástrica
em posicionamento dorsal –
*scoping review***

Patrícia Sofia Leite Rebelo

mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Maria de Fátima Segadães Moreira

mestrado em enfermagem de saúde pública

Cristina Maria Correia Barroso Pinto

doutoramento em didática e formação

Mariana de Andrade Pacheco

mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

RESUMO

Objetivo:

Identificar na literatura dados necessários para a tomada de decisão na prevenção de lesões por pressão no intraoperatório, em posicionamento dorsal.

Método:

A questão de investigação para esta scoping review foi desenvolvida de acordo com o método *Joanna Briggs Institute*; a questão orientadora população, conceito e contexto é “quais as intervenções de enfermagem eficazes para a prevenção de lesões por pressão em posicionamento dorsal no intraoperatório?”. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados: CINALH Complete, MEDLINE (*PubMed*) e *Nursing Reference Center*, em maio de 2023.

Resultados:

Selecionaram-se 11 artigos. Os estudos incluídos foram publicados entre 2018-2022. Fatores intrínsecos como as comorbilidades influenciam o aparecimento de lesões por pressão (LPP). Fatores extrínsecos como tempo de duração do procedimento cirúrgico, o posicionamento cirúrgico, os dispositivos adotados para posicionar, a hipotermia intraoperatória, a presença e o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios influencia o aparecimento de LPP.

Conclusão:

O posicionamento cirúrgico é uma responsabilidade partilhada. Medidas preventivas dos enfermeiros do perioperatório podem fazer a diferença no aparecimento de LPP na cirurgia esofagogástrica. O conhecimento dos enfermeiros em relação a fatores de risco que concorrem para o aparecimento de LPP, associado ao conhecimento sobre o procedimento e risco do ato cirúrgico dita a tomada de decisão para a prevenção de LPP, promovendo a segurança cirúrgica do cliente.

Palavras-chave:

Úlcera de Pressão, Posicionamento Cirúrgico, Enfermeiro

ABSTRACT

Objective:

The aim of this scoping review is to identify relevant data in the literature to support decision-making in the prevention of pressure injuries (PIs) during intraoperative dorsal positioning.

Method:

The research question for this scoping review was developed according to the *Joanna Briggs Institute* methodology, focusing on the population, concept, and context: “What effective nursing interventions are there for preventing pressure injuries in dorsal positioning during the intraoperative phase?”. The literature search was conducted in the following databases: CINAHL Complete, MEDLINE (*PubMed*), and Nursing Reference Center in May 2023.

Results:

A total of 11 articles were selected, published between 2018 and 2022. Intrinsic factors, such as comorbidities, significantly influence the occurrence of PIs. Extrinsic factors, including the duration of the surgical procedure, surgical positioning, adopted positioning devices, intraoperative hypothermia, and the presence and knowledge of perioperative nurses, also impact the incidence of PIs.

Conclusion:

Surgical positioning is a shared responsibility. Preventive measures taken by perioperative nurses can significantly reduce the occurrence of PIs in esophageal-gastric surgery. The knowledge of nurses regarding risk factors contributing to PIs, combined with an understanding of the surgical procedure and associated risks, guides decision-making for prevention efforts, thereby enhancing patient safety during surgery.

Keywords:

Pressure Ulcer, Surgical Positioning, Nurse

INTRODUÇÃO

O período perioperatório é uma fase crucial para os clientes submetidos a cirurgias, onde o risco de complicações, incluindo as LPP é elevado. Estas lesões são um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados e resultam, muitas vezes, do posicionamento inadequado durante o procedimento cirúrgico (Buso *et al.*, 2021). De acordo com estimativas, mais de 310 milhões de cirurgias são realizadas anualmente em todo o mundo, o que amplia a relevância da prevenção de complicações, como as LPP (Buso *et al.*, 2021).

As LPP definidas pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e pelo European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), resultam da interrupção do fluxo sanguíneo nos tecidos moles devido à pressão sobre uma proeminência óssea. Isso causa déficit na perfusão tecidual e, eventualmente, a destruição progressiva das camadas inferiores da pele (Ramezanzpour *et al.*, 2018). As LPP são classificadas em quatro categorias de gravidade, desde o eritema não branqueável até à perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea (*idem*).

No contexto perioperatório, as LPP são uma preocupação particular, pois podem demorar até cinco dias para se manifestarem após o procedimento cirúrgico, aumentando o risco de subnotificação e de agravamento da condição do cliente. O tratamento dessas lesões está associado a um maior tempo de internamento, custos financeiros elevados e um aumento na morbidade dos clientes (Buso *et al.*, 2021). Nesse sentido, a prevenção de LPP durante o intraoperatório é uma prioridade para as equipas de enfermagem, uma vez que estas podem ser acauteladas com uma avaliação adequada e com intervenções baseadas em evidências.

O objetivo desta revisão é identificar e

compreender as intervenções de enfermagem mais eficazes para a prevenção de lesões por pressão no intraoperatório, particularmente em clientes submetidos a cirurgia esofagogastrica. Dada a importância das LPP como um indicador de qualidade dos cuidados, com este estudo pretende-se reforçar a necessidade de uma avaliação contínua e de intervenções baseadas em evidência capazes de prevenir a sua ocorrência e de promover a segurança e o bem-estar do cliente.

Em Portugal, a prevenção de LPP no contexto cirúrgico é auxiliada pelo uso de duas escalas, traduzidas e adaptadas para avaliação de risco de desenvolvimento de LPP: a escala de Braden e a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões por Posicionamento Cirúrgico (ELPO).

A escala de Braden, desenvolvida em 1985 e validada para a população portuguesa em 2001, avalia seis itens relacionados ao risco de desenvolvimento de LPP: percepção sensorial, exposição à humidade, atividade física, mobilidade, nutrição e fricção/forças de deslizamento (Vieira, 2016). Quanto menor a pontuação obtida nestes itens, maior é o risco de desenvolvimento de lesões.

A ELPO, originalmente desenvolvida por Moraes em 2014, foi validada em 2021 para a população portuguesa, permitindo avaliar o risco específico de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico e tem demonstrado ser uma ferramenta eficaz na prevenção de LPP no bloco operatório (Guimarães, 2021).

Desta forma, esta scoping review pretende mapear as intervenções de enfermagem que podem contribuir para a prevenção das LPP no intraoperatório, e delinear práticas recomendadas que possam ser integradas nas rotinas dos blocos operatórios, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados.

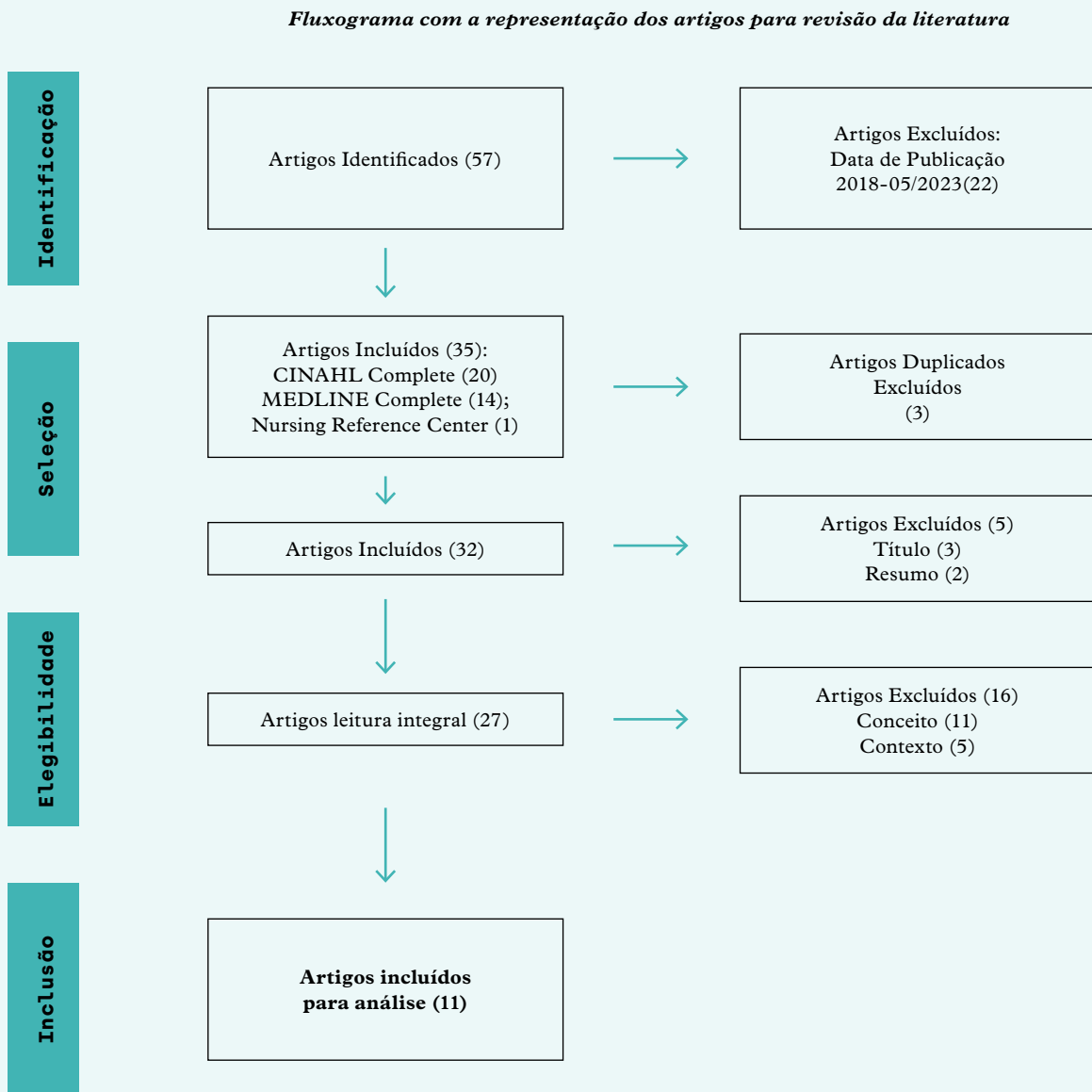
METODOLOGIA

Definir à priori a metodologia e formular a questão de investigação é essencial em todo o planeamento da revisão da literatura (Higgins *et al.*, 2019). Esta scoping review visa identificar as intervenções de enfermagem eficazes para a prevenção de LPP em clientes submetidos a cirurgia esofagogastrica em posição dorsal. A questão de investigação, elaborada segundo o método do *Joanna Briggs Institute*, é: “Quais as intervenções de enfermagem eficazes para a prevenção de lesões por pressão em decúbito dorsal no intraoperatório?” A pesquisa foi realizada em maio de 2023, utilizando a frase booleana: (“pressure ulcer” AND “surgical positioning” AND “nurs*”).

Os critérios de inclusão abrangeram artigos focados nas intervenções de enfermagem em adultos no contexto intraoperatório, publicados entre 2018 e 2023, em português, inglês ou espanhol. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 11 artigos foram incluídos na revisão.

O processo de avaliação e seleção dos artigos foi efetuada de acordo com o diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) flow diagram*, onde se apresenta de forma sintetizada os artigos a incluir na revisão (figura 1).

Figura 1: Fluxograma representativo dos artigos para análise



A omissão de resultados anteriores irrelevantes focou a investigação atual. A seleção dos artigos seguiu diretrizes éticas, assegurando o anonimato, a confidencialidade, a proteção contra desconforto e prejuízo, e um tratamento justo.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos resultados, estes são apresentados na tabela 1.

Caracterização dos Estudos Incluídos

Na tabela 1 encontra-se a descrição dos artigos em função dos autores, título, ano, país, tipo de estudo e objetivo.

Tabela 1: Estudos incluídos na *scoping review* (n=11)

Estudo	Título	Autor(es)	Ano	País	Tipo de estudo	Objetivo
E1	Pressure injury related to surgical positioning and associated factors	Buso <i>et al.</i>	2021	Brasil	Estudo observacional, longitudinal	Analisar a ocorrência de LPP decorrente do posicionamento cirúrgico e os fatores associados.
E2	Nurses' conceptions regarding patient safety during surgical positioning	Trevilato <i>et al.</i>	2022	Brasil	Estudo exploratório descritivo	Conhecer as concepções em relação à segurança do cliente durante o posicionamento cirúrgico.
E3	Risk of injuries related to surgical positioning: an assessment in a brazilian university hospital	Luz <i>et al.</i>	2022	Brasil	Estudo transversal	Avaliar o risco para o desenvolvimento de LPP.
E4	Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico é sempre evitável? Refletindo com um caso clínico	Gomes <i>et al.</i>	2022	Brasil	Caso clínico	Refletir sobre as intervenções para prevenção de LPP.
E5	Incidence and risk factors of pressure ulcers among general surgery patients	Ramezanpour <i>et al.</i>	2019	Irão	Estudo descritivo	Investigar a taxa de incidência de LPP e fatores de risco.
E6	Criação de um manual para posicionamento cirúrgico: relato de experiência	Sousa, Bispo & Acunã	2018	Brasil	Estudo experimental	Reportar a experiência de criação de um manual de posicionamento cirúrgico.
E7	Risk assessment for the development of perioperative lesions due to surgical positioning	Oliveira <i>et al.</i>	2019	Brasil	Estudo analítico-longitudinal	Avaliar o risco de desenvolvimento de lesões perioperatórias.
E8	Lesão por pressão: risco de desenvolvimento em centro cirúrgico em hospital de ensino	Zacharo, Jericó & Ruiz	2021	Brasil	Estudo exploratório, descritivo	Identificar cirurgias conforme risco de desenvolvimento de LPP.
E9	Clinical indicators of nursing outcomes classification for patient with risk for perioperative positioning injury: a cohort study	Bjorklund <i>et al.</i>	2019	Brasil	Estudo de coorte	Testar a validade e confiabilidade dos resultados em enfermagem.
E10	The effectiveness of curvilinear supine position on the incidence of pressure injuries and interface pressure among surgical patients	Guo <i>et al.</i>	2019	China	Estudo prospectivo randomizado controlado	Identificar os efeitos de uma posição dorsal curvilínea melhorada.
E11	Risk assessment for perioperative pressure injuries	Peixoto <i>et al.</i>	2019	Brasil	Estudo observacional, longitudinal, prospectivo e quantitativo	Avaliar e classificar os clientes segundo a escala ELPO.

A prevenção de LPP no intraoperatório é um fator crucial na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória.

A responsabilidade pelo posicionamento adequado do cliente recai sobre toda a equipa cirúrgica, que inclui anestesistas, cirurgiões e enfermeiros (Trevilato *et al.*, 2022). As intervenções preventivas devem começar no pré-operatório, com uma avaliação cuidadosa da integridade da pele e da temperatura corporal, conforme afirma Gomes *et al.* (2022) e Peixoto *et al.* (2019).

A utilização de escalas de risco é uma das principais estratégias para identificar o cliente com maior propensão ao desenvolvimento de LPP durante a cirurgia. A escala ELPO, mencionada por vários autores (Peixoto *et al.*, 2019; Zacharo *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2018; Luz *et al.*, 2022; Trevilato *et al.*, 2022; Buso *et al.*, 2021), destaca-se como uma ferramenta amplamente usada para a avaliação de risco no posicionamento cirúrgico. Os resultados indicam que um maior score na escala ELPO está diretamente relacionado com uma maior probabilidade de desenvolvimento de LPP. Por outro lado, a escala de Braden, embora mencionada em alguns estudos (Ramezanpour *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2019), não foi avaliada especificamente quanto à sua sensibilidade no contexto intraoperatório.

Entre os fatores de risco identificados, destacam-se fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos incluem comorbilidades como hipertensão, doenças cardíacas e *Diabetes Mellitus*, que comprometem a circulação sanguínea e a cicatrização, aumentando a vulnerabilidade do cliente (Ramezanpour *et al.*, 2019; Peixoto *et al.*, 2019).

Entre os fatores extrínsecos, a duração prolongada da cirurgia é um dos principais contribuintes para o desenvolvimento de LPP. Segundo Peixoto *et al.* (2019), cirurgias que excedem duas horas podem reduzir

significativamente a oxigenação tecidual, aumentando o risco de anoxia e necrose tecidual que são precursoras de LPP.

O estudo de Buso *et al.* (2021) identificou que o posicionamento dorsal, amplamente utilizado em diversas especialidades cirúrgicas, é particularmente associado a lesões nas regiões do sacro e calcâneo, que são áreas de maior pressão em contato com a marquês cirúrgica.

Além disso, o uso de dispositivos de apoio adequados durante o procedimento cirúrgico tem um papel significativo na prevenção de LPP. O uso de colchões de viscoelástico, almofadas de silicone e outros dispositivos de suporte foi amplamente apontado como eficaz para reduzir a pressão sobre as proeminências ósseas e, conseqüentemente, diminuir a incidência de LPP (Peixoto *et al.*, 2019). No entanto, o custo elevado desses dispositivos muitas vezes limita a sua implementação generalizada, o que foi uma das lacunas identificadas na literatura.

A anestesia também desempenha um papel importante no desenvolvimento de LPP, uma vez que a vasodilatação periférica induzida por agentes anestésicos pode diminuir a perfusão tecidual, favorecendo o surgimento de lesões. Gomes *et al.* (2022) observaram que a anestesia geral está frequentemente associada a uma maior predisposição para o desenvolvimento de LPP, embora haja estudos que também mencionem a raqui-anestesia como um fator contributivo.

Outro fator de risco importante é a hipotermia intraoperatória, que afeta entre 60% e 90% dos clientes cirúrgicos. Buso *et al.* (2021) relataram que a redução da temperatura corporal, comum em cirurgias de longa duração, pode aumentar significativamente o risco de LPP. Em alguns estudos, verificou-se que uma diminuição de 0,55°C na temperatura corporal pode resultar em um aumento de 20,2% no risco de lesões. Esse

dado ressalta a necessidade de monitorização da temperatura corporal no perioperatório.

Para além dos fatores clínicos, o conhecimento da equipa de enfermagem sobre as melhores práticas para prevenir LPP é um ponto essencial. Trevilato *et al.* (2022) e Luz *et al.* (2022) destacaram a importância da formação contínua dos enfermeiros perioperatórios, além da implementação de protocolos de segurança no posicionamento dos clientes durante o intraoperatório.

De modo geral, as intervenções preventivas recomendadas na literatura incluem a avaliação contínua da pele e da temperatura corporal do cliente cirúrgico, o uso de dispositivos de suporte adequados (como colchões de viscoelástico e almofadas de silicone) e a capacitação contínua da equipa de enfermagem para garantir um posicionamento seguro. Além disso, Sousa *et al.* (2018) salientam a importância de protocolos detalhados para o correto posicionamento do cliente e a utilização de dispositivos de apoio.

CONCLUSÃO

A investigação realizada conclui que a prevenção de LPP no perioperatório é essencial para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem. Foram identificadas intervenções fundamentais para a prevenção, como a avaliação prévia da pele, o uso de dispositivos adequados, como colchões de viscoelástico e dispositivos médicos de silicone, e a monitorização da temperatura corporal para prevenir a hipotermia intraoperatória. O correto posicionamento do cliente e a utilização de superfícies de apoio adequadas foram destacados como medidas centrais.

A cirurgia esofagogástrica, por ser um procedimento prolongado e complexo, expõe os clientes a um alto risco de desenvolver LPP, uma vez que envolve

fatores de risco identificados na literatura, como duração prolongada, hipotermia, imobilização prolongada e necessidade de posicionamento dorsal, aumentando a suscetibilidade a lesões cutâneas.

Além disso, a formação contínua da equipa de enfermagem e a implementação de protocolos de posicionamento são fundamentais. A presença ativa do enfermeiro durante o procedimento cirúrgico é crucial para monitorizar e ajustar as condições do cliente, prevenindo as LPP.

Os objetivos do estudo foram cumpridos ao demonstrar as intervenções de enfermagem eficazes para prevenir as LPP.

Contudo, a investigação sublinha a necessidade de maior ênfase na importância desses achados para os cuidados de enfermagem perioperatórios, especialmente em procedimentos de alto risco como a cirurgia esofagogástrica. A implementação de práticas preventivas baseadas em evidências melhora significativamente a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados, reforçando o papel central do enfermeiro perioperatório na equipa multidisciplinar durante o procedimento cirúrgico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptista, M.L.T. (2008). Adenocarcinoma Gástrico Esporádico [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina. <http://doi.org/883263>.
- Barchi, L.C., Ramos, M.F.K.P., Yagi, O.K., Mucerino, D.R., Bresciani, C.J.C., Júnior, U.R., Andreollo, N.A., Assumpção, P.P., Weston, A.C., Neto, R.C., Zilberstein, B. (2020). Diretrizes Da Associação Brasileira De Câncer Gástrico (Parte 1): Atualização Sobre O Diagnóstico, Estadiamento, Tratamento Endoscópico E Seguimento. *ABCD Arqu Bras Cir Dig*. 33(3).
- Bjorklund-Lima, L., Müller-Staub, M., Cardozo, M. C., Bernardes, D.S., Rabelo-Silva, E.R. (2019). Clinical indicators of nursing outcomes classification for patient with risk for perioperative positioning injury: a cohort study. doi: 10.1111/jocn.15019.
- Buso, F.D.S., Ferreira, M.B.G., Félix, M.M.S., Galvão, C.M., Barichello, E. & Barbosa, M.H. (2021). Pressure injury related to surgical positioning and associated factors. *Act Paul Enfermagem*. 34. 1-9.
- Eberhardt, T.D. (2020). *Prevenção de Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico em calcâneos: ensaio clínico randomizado autocontrolado*. [Dissertação de doutoramento]. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde.
- European, Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Injury Advisory Panel; Pressure Injury Alliance. (2019). Prevenção e tratamento de Úlceras/lesões por pressão: Guia de Consulta Rápida. Edição em português brasileiro. EmilyHaesler. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf>
- Gomes, T.E., Macedo, M. D., Lima, V.C.B., & Püschel, V. A. A. (2022). Lesão Por Pressão Decorrente Do Posicionamento Cirúrgico É Sempre Evitável? Refletindo Com Um Caso Clínico. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(39). <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1468>.
- Guimarães, A.J.N.S. (2021). Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Guo, Y., Zhao, K., Zhao, T., Li, Y., Yu, Y. & Kuang, W. (2019). The effectiveness of curvilinear supine position on the incidence of pressure injuries and interface pressure among surgical patients. *Journal of Tissue Viability*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.02.005>.
- Higgins J.P.T., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page M.J., Welch V.A. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. 2nd Edition. Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Luz, S. M., Gonçalves De Oliveira Azevedo Matos, F., Bernal Faruch, S., Cristina Ignácio Alves, D., Rodrigues Da Silva Carvalho, A., Pereira Lima, D., Damasceno Trevilato, D., & Campos De Oliveira, J. L. (2022). Risk of Injuries Related to Surgical Positioning: na Assessment in a Brazilian University Hospital. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45800>.
- Monteiro, S.A.M. (2015). Abordagem minimamente invasiva no tratamento do GIST gástrico [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Oliveira, H. M. B. D. S., Santos, A. M. D. J. F. D., Madeira, M. Z. D. A., Andrade, E. M. L. R., & Silva, G. R. F. D. (2019). Avaliação do risco para o desenvolvimento de lesões perioperatórias decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(spe), e20180114. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180114>.
- Peixoto, C.A., Ferreira, M.B.G., Félix, M.M.S., Pires, P.S., Barichello, E., Barbosa, M.H. (2019). Risk assessment for perioperative pressure injuries. *Ver. Latino-Am. Enfermagem*. 27: e3117 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2677-3117>.
- Peters, M., Khalil, H., Godfrey, C., McInerney, P. (2019). Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews *Int J Evid Based Healthc*. 13(3):141-146. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26134548>.
- Ramezanpour, E., Emami Zeydi, A., Heidari Gorji, M., Yazdani Charati, J., Moosazadeh, M., & Shafipour, V. (2018). Incidence and risk factors of pressure ulcers among general surgery patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 5(4), 159. https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_23_17.
- Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, Regulamento n.º 429/2018 – Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16.
- Sousa, C. S., Bispo, D. M., & Acunã, A. A. (2018). Criação de um manual para posicionamento cirúrgico: Relato de experiência. *Revista SOBECC*, 23(3), 169–175.
- Todescato, A., D., Gregolin, B.P., Rodrigues, E., Ferreira, M., Ferreira, M.T. & Toneto, M.G. (2017). Gastric Cancer. *Acta Médica (Porto Alegre)*, 6(38).
- Trevilato, D.D., Costa, M.R., Magalhães, A.M.M. & Caregnato, R.C.A. (2022). Nurses' conceptions regarding patient safety during surgical positioning. *Ver. Gaúcha de Enfermagem*. 43, 1-11. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210045.en>
- Vieira, M.M.S. (2016). *Fatores Determinantes na Incidência de Úlceras por Pressão no Bloco Operatório em Doentes Submetidos a Cirurgia Major*. [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Zacharo, D. A., Jericó, M. D. C., & Ruiz, P. B. D. O. (2021). Lesão por pressão: Aplicação de escala para prevenção em centro cirúrgico em hospital de ensino. *Enfermagem Brasil*, 20(1), 4–19. <https://doi.org/10.33233/eb.v20i1.4219>.

O próximo trabalho pode ser seu.

Contamos com a participação de todos para o desenvolvimento científico dos Enfermeiros Perioperatórios. Este espaço de divulgação está disponível para si. Submeta os seus trabalhos de investigação.

Consulte o novo regulamento em <https://aesop-enfermeiros.org/regulamento-para-a-submissao-de-artigos>

ESPAÇO DO LEITOR

ARTIGO
DE OPINIÃO



**Perioperatório da pessoa trans
no encaixo da teoria das
transições de Afaf Meleis**

Ângela Marques

Enfermeira de Perioperatória

Bárbara Rocha

Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Liliana das Neves

Enfermeira especialista em EMC,
à Pessoa em Situação Perioperatória.
Mestranda em Estudos sobre as Mulheres:
Gênero, Cidadania e Desenvolvimento.
BO da ULS de Santo António

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente ensaio surge numa sequência de artigos realizados, com vista o escrutínio da temática das pessoas trans no perioperatório, nas diversas dimensões de atuação que a prática do enfermeiro perioperatório exige.

Tem como objetivo discorrer sobre a teoria das transições de Afaf Meleis aplicada ao processo de adaptação/ transição face às necessidades específicas perioperatórias da população trans.

O contato com a pessoa trans em contexto de perioperatório, de cirurgia programada, revela que esta se encontra numa fase de transição que compreende a realização de cirurgias de afirmação de género.

Estas alteram de uma forma importante, e muitas vezes irreversível, o corpo de quem as experimenta. São corpos em constante transformação, que questionam as fronteiras normalizadoras do sexo e do género, numa rotura com as convenções aliadas ao padrão dicotómico (Rocon *et al.*, 2017).

Estabelecem o contato dos enfermeiros perioperatórios com novas formas corporais, corpos reinventados, “pré-operados, pós-operados (...), retocados, corpos incompletos, desfeitos e refeitos, arquivos vivos de histórias” (Bento, 2006, p.15).

Advém desta consideração que o perioperatório constitui um importante período de transições na vida, na saúde, nas relações e nos ambientes para a pessoa trans e para a sua família.

Esta teoria interjeta com a prática do enfermeiro pois ao permitir a compreensão da natureza das transições, de onde despoletam o tipo, padrões e propriedades, as condições das transições e os padrões de resposta, capacita-o na implementação de intervenções concordantes com a unicidade da pessoa (Meleis *et al.* 2000) facultando transições salubres pelo desenvolvimento de novas competências, funções e relações (Costa, 2016).

TEORIA DA TRANSIÇÃO DE AFAF MELEIS NO PERIOPERATÓRIO DA PESSOA TRANS

O conceito de transição emerge como o cerne da teoria da Afaf Meleis. Resulta de mudanças na saúde, na vida, relacionamentos e ambientes das pessoas (Meleis *et al.* 2000).

A transição pode ser definida como uma passagem entre dois períodos de tempo, conduzida entre fases dinâmicas e pontos de mudanças, guiada por alterações que provocam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações (Costa, 2016).

O enfermeiro perioperatório surge como o principal cuidador da pessoa e família em processo de transição. Atende às demandas que ocorrem na sua vida, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Apresenta as competências necessárias para garantir uma experiência acolhedora e de segurança, com os melhores resultados possíveis. Tal como esclarece a Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgênero (2021), os casos de sucesso de pessoas transexuais que com a ajuda de profissionais especializados/as e de terapêuticas conseguem maximizar o seu bem-estar físico, psicológico e social, são inúmeros pois ao conhecer estas necessidades, o enfermeiro desenvolve um plano de cuidados ajustado, capaz de simplificar o processo de aprendizagem de novas competências (Meleis *et al.* 2000).

Para tal, os enfermeiros dispõem de duas fases privilegiadas de intervenção: o pré-operatório, com ressalva para a visita pré-operatória de enfermagem e o pós-operatório, na realização de consulta de enfermagem de *follow-up*.

Estes dois momentos despontam como

oportunidades fulcrais para a identificação das necessidades, das expectativas, angústias e permitem assegurar a continuidade e a melhoria dos cuidados. Constituem intervenções personalizadas e de humanização, onde o enfermeiro é o elemento de contacto mais íntimo e contínuo com a pessoa.

Em contexto de pré-operatório prepara antecipadamente, para a mudança o que facilita a experiência de uma transição, considerando que a falta dessa preparação pode inibir esse percurso (Meleis & Trangenstein, 1994). Como reforça Costa (2016) as informações relevantes obtidas a partir de prestadores de cuidados de saúde confiáveis constituem uma importante condição facilitadora das transições.

É o início da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória pois “possibilita uma interação efetiva, e esse profissional poderá detetar, solucionar e, quando necessário, encaminhar os problemas enfrentados pelo paciente” (Galvão *et al.*, 2002, p.691).

Nesta fase, é indispensável que as expectativas, desejos e possibilidades sejam abordadas. Os enfermeiros devem atender ao posicionamento da pessoa em relação às propriedades da transição. O conhecimento e a consciência das mudanças que o processo cirúrgico acarreta, simplificam o seu envolvimento no processo de recuperação (engajamento).

Contudo, a cirurgia é apenas parte do processo de transição. A mudança corporal afeta vários aspetos da saúde que carecem de atenção para que a pessoa possa garantir a saúde, tal como define a Organização Mundial de Saúde, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em oposição à redução simplista da ausência de doença.

De ressaltar o impacto positivo dos procedimentos cirúrgicos no que respeita à saúde mental, visto aumentar a

autoestima, aliviar desconfortos em relação ao corpo e aumentar a aceitação social.

Assim sendo, numa ponte com a teoria das transições de Afaf Meleis, compreendemos que, para se planejarem as intervenções de enfermagem, o enfermeiro perioperatório deve observar os padrões de todas as transições vivenciadas, numa perspectiva de multiplicidade e complexidade e não de uma forma isolada, atendendo a que estas podem ser simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas (Meleis *et al.*, 2000).

A título de exemplo, uma mastectomia de um homem trans, é considerada uma transição do tipo saúde/ doença, que requer suporte físico e emocional decorrente da dependência que a cirurgia acarreta e, em paralelo, uma transição organizacional pois o procedimento cirúrgico pode afetar a sua dinâmica social, expressa na forma como é percebida por amigos, familiares e no seu ambiente laboral sendo, portanto, uma transição de padrão múltiplo.

Deve, igualmente, ponderar as condições das transições, que podem facilitar ou dificultar o processo e de onde emergem fatores pessoais, da comunidade e sociais (Meleis *et al.*, 2000).

Ilustramos como condições de transição positivas o suporte social e a criação de um ambiente inclusivo; a participação ativa nas decisões sobre a saúde e a cirurgia que promovem o empoderamento; o cuidado centrado na pessoa e a implementação de estratégias de *cooping* (como a terapia) com benefícios na gestão das emoções, capacitando a pessoa para uma integração fluída da identidade, cumprindo a transição com sucesso.

As condições inibidoras das transições podem incluir a ausência de suporte emocional com o conseqüente aumento do isolamento e vulnerabilidade; a falta de acesso a informações precisas sobre o

procedimento e suas implicações; experiências de discriminação no sistema de saúde e a escassez de serviços e profissionais sensíveis às questões trans.

Tal como evidenciam Paranhos *et al.* (2021, p.6) “as identidades de género e sexual são componentes diretos de um processo de discriminação que pode levar ao desenvolvimento de doenças (...) de cunho psicológico ou físico, e do qual derivam inúmeras situações de vulnerabilidade”. Trata-se de um evento de transição estigmatizado e com significados estereotipados, onde as atitudes e crenças relacionadas são, muitas vezes, negativas o que pode inibir a mudança (Meleis *et al.*, 2000).

Percebendo que os recursos comunitários, poderão ser uma importante fonte de apoio, o enfermeiro perioperatório pode sugerir o contacto com grupos ou instituições especializadas como o caso da Associação AMPLOS ou o Centro GIS.

Meleis & Trangenstein (1994) referem que ao longo do tempo, as transições apontam indicadores de processo que movem as pessoas, no sentido da saúde ou, pelo contrário, da vulnerabilidade e do risco. Com o intuito do encontro com a saúde, as intervenções do enfermeiro perioperatório, ao longo do seu acompanhamento, devem capacitar a pessoa e a sua família para a mestria que consiste no domínio de competências perante situações de transição (Meleis *et al.*, 2000), bem como das habilidades necessárias para gerir situações desafiantes.

NOTA CONCLUSIVA

Partindo do pressuposto de que o conhecimento capacita aqueles que o utilizam e aqueles que dele beneficiam, a interação com a teoria das transições de Afaf Meleis concede ao enfermeiro perioperatório ferramentas para desenvolver intervenções de enfermagem personalizadas, ao passo que a população trans usufrui do acompanhamento condizente com as suas reais necessidades.

Esta congregação origina transições saudáveis que respeitam as vertentes biológica, psicológica e social.

O pré-operatório, com ressalva para a visita pré-operatória de enfermagem e o pós-operatório, com a realização de consulta de enfermagem de *follow-up* são momentos fulcrais para a realização deste acompanhamento.

O enfermeiro de perioperatório deve compreender as dificuldades de adaptação às novas situações de modo a assegurar intervenções de enfermagem adequadas que levem a pessoa trans e a família a consciencializar-se das mudanças físicas, emocionais ou sociais, bem como dos significados que poderão facilitar ou inibir o processo de transição.

Para evitar instabilidade, reconhecer situações críticas e de vulnerabilidade, durante as transições, importa atender às variações entre a pessoa trans e a sua família, tendo em ponderação padrões de respostas em vez de respostas individuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bento, Berenice (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Editora Garamond
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Rossi, L. A. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 690-695
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*, 42(6), 255-259
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (...) Regulamento n.º 429/2018. *Diário da República*, 135, 19359-19370
- Paranhos, W. R., Willerding, I. A. V., & Lapolli, É. M. (2021). Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200684
- Reis, T. (2021). Manual de comunicação LGBTQI+
- Rocon, P. C., Sodré, F., Zamboni, J., Rodrigues, A., & Roseiro, M. C. F. B. (2017). O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 43-53
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. L. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127

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.

Caros Enfermeiros Perioperatórios submetam os vossos trabalhos de investigação.

Consulte o novo regulamento em
[https://aesop-enfermeiros.org/regulamento-
para-a-submissao-de-artigos](https://aesop-enfermeiros.org/regulamento-para-a-submissao-de-artigos)

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.

