

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS PORTUGUESES

A | E | S | O | P

VOL. XXV N.º 56 JULHO 2026

XXII
CONGRESSO
NACIONAL
AESOP

DIVULGAÇÃO
CIENTÍFICA



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.XXV / N.º56 /
julho 2026

**Propriedade
e Edição**

Associação dos
Enfermeiros
Perioperatórios
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
Odete Monteiro
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

14

XXII CONGRESSO

NACIONAL AESOP

"Inovar para Educar;
Educar para
Transformar"

44

DIVULGAÇÃO

CIENTÍFICA

Realidade virtual
no impacto do ruído
em cirurgias ortopédicas
sob anestesia loco-regional:
Revisão Sistemática

54

ESPAÇO

DO LEITOR

A Prevenção da ILC em
Contexto Perioperatório:
Reflexão Crítica sobre a
prática do Enfermeiro
e caminhos para a melhoria



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

EDITORIAL



Celebrar 40 anos é celebrar um percurso coletivo, feito por enfermeiros perioperatórios que transformaram trabalho em identidade, experiência em conhecimento e compromisso em legado. Esta história pertence a todos os que, ao longo do tempo, acreditaram que a Enfermagem Perioperatória merecia ser pensada, valorizada e afirmada com rigor.

O XXII Congresso Nacional, foi isso mesmo: um momento de memória e de continuidade, mas também de responsabilidade perante o futuro. Não se tratou apenas de assinalar uma data. Tratou-se de reconhecer uma trajetória construída com dedicação, com exigência e com a convicção de que a Enfermagem Perioperatória é uma área central na segurança, na qualidade e na humanização dos cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Como lembrava Sêneca, a educação exige os maiores cuidados, porque molda a nossa vida. Também a formação em Enfermagem Perioperatória molda muito mais do que competências técnicas: molda a nossa forma de pensar, de agir, de cuidar e de liderar. E é por isso que o investimento na formação não é um detalhe; é uma exigência ética.

Fernando Pessoa escreveu que “tudo vale a pena se a alma não é pequena”. Há nesta frase uma verdade que nos interpela. Valeu a pena construir este caminho. Vale a pena defendê-lo. E continua a valer a pena quando o fazemos com humildade, com inteligência coletiva e com sentido de missão. Porque uma profissão só cresce de verdade quando não se limita a sobreviver ao tempo, mas o transforma em obra.

Ao longo destes 40 anos, foram muitas as mãos que sustentaram este percurso. Foram muitas as vozes que lhe deram força. Foram muitos os gestos, visíveis e invisíveis, que permitiram que esta Associação fosse mais do que uma estrutura formal. É por isso que faz sentido afirmar que a AESOP somos todos nós: Enfermeiros Perioperatórios que construíram este caminho, os que o vivem no presente e os que o continuarão no futuro.

À direção atual cabe precisamente essa missão: honrar o legado recebido, valorizar a profissão e continuar a afirmar, com coragem e responsabilidade, o lugar essencial da Enfermagem Perioperatória. Isso implica preservar o que foi conquistado, mas também abrir espaço ao que ainda falta construir. Implica *ouvir, unir, representar e projetar*.

Talvez seja este o verdadeiro sentido desta celebração: não a nostalgia do que passou, mas a consciência de que a memória só é fecunda quando abre futuro. E é nesse movimento — entre *herança e renovação*, entre *experiência e transformação*, entre *pertença e responsabilidade* — que a AESOP encontra a sua força mais profunda.

Esmeralda Nunes
Presidente da AESOP

XXII CONGRESSO NACIONAL AESOP





A Associação dos Enfermeiros Perioperatórios Portugueses (AESOP) organizou o seu XXII Congresso Nacional no ano em que a associação celebra o seu 40º aniversário e concluiu formalmente a mudança na sua designação. Decorreu de 15 a 17 de abril, no Europarque em Santa Maria da Feira, com o lema “*Inovar para Educar, Educar para Transformar*”.

XXII CONGRESSO NACIONAL

Foi um evento acreditado pela Ordem dos Enfermeiros. Ao longo dos 3 dias estiveram presentes cerca de 700 enfermeiros perioperatórios e 30 parceiros da indústria.

O dia 15 foi dedicado aos workshops AESOP e Tertúlia. A cerimónia de abertura, conduzida pela Presidente da AESOP Esmeralda Nunes, contou com a presença do Presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), Enf. João José Santos Fernandes, esta associação teve um papel de relevo na história da AESOP.



Enf.ª Esmeralda Nunes,
Presidente da AESOP



Enf. João José Santos Fernandes,
Presidente da Associação
Portuguesa de Enfermeiros (APE)



XXII CONGRESSO NACIONAL

Destacamos ainda a presença na cerimónia da abertura da representante da Direção-Geral da Saúde Enf.^a Rosário Barros, Chief Nursing Officer da DGS. Marcaram ainda presença o representante da Ordem dos Enfermeiros, o Enf.^o Valter Amorim e o Sr.^o vereador Vítor Marques como representante da Câmara Municipal de Santa M.^a da Feira.



Enf.^a Rosário Barros,
Chief Nursing Officer da DGS

Este congresso ficou marcado pela diversidade e pertinência dos painéis de peritos, conferências, sessões de comunicações livres, *pitchs* e e-pósteres e um jantar concerto comemorativo dos 40 anos da AESOP.



Enf.^o Valter Amorim, representante
da Ordem dos Enfermeiros



Sr.^o Vereador Vítor Marques,
Câmara Municipal de
St.^a Maria da Feira



Equipa
XXII CN
AESOP

WORKSHOPS

AESOP 2026: APRENDER FAZENDO, TRANSFORMAR CUIDANDO

Integrados no programa científico do congresso, os workshops decorreram no dia 15 de abril. Este dia pré-congresso foi dedicado integralmente à formação prática através de workshops temáticos, reforçando a aposta da AESOP na capacitação técnica e no desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem Perioperatória. Privilegiaram metodologias ativas de aprendizagem, com componente prática e treino simulado *hands-on*, promovendo ambientes de aprendizagem imersivos e centrados na realidade clínica.

A oferta formativa abrangeu áreas nucleares e emergentes da prática perioperatória, nomeadamente:

- **Gestão do doente colonizado/infetado com microrganismos epidemiologicamente relevantes em ambiente perioperatório**, centrado na prevenção da transmissão de microrganismos multirresistentes, na implementação de medidas de controlo de infeção e na operacionalização das recomendações nacionais e internacionais, através de simulação clínica aplicada.



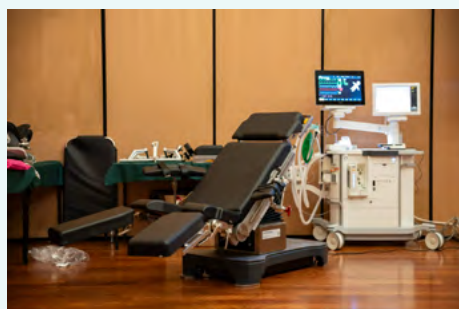
Workshop de Gestão do doente colonizado-infetado

- **Cuidados especializados na gestão da assepsia em ambiente perioperatório**, que proporcionou aos participantes uma revisão crítica das boas práticas de assepsia cirúrgica, com clarificação de conceitos, reflexão sobre a prática e treino técnico em ambiente simulado, reforçando a segurança cirúrgica.
- **Emergências no Bloco Operatório – Via Aérea Difícil**, para capacitar os profissionais para abordagem segura da via aérea difícil, com base nas *guidelines* e evidência científica. Inclui identificação e antecipação de risco, utilização de dispositivos de abordagem da via aérea, aplicação de algoritmos e treino prático em emergências vitais.



Workshop de Emergências B0 – Via Aérea Difícil

- **Posicionamento Cirúrgico**, focado na avaliação de risco, prevenção de lesões associadas ao posicionamento e utilização adequada de dispositivos de apoio, promovendo cuidados seguros e individualizados.



Workshop
de Posicio-
namento
Cirurgico

- **Posicionamentos cirúrgicos – Ortopedia**, dirigido às especificidades do doente ortopédico e às exigências biomecânicas inerentes a este tipo de cirurgia, com treino prático em posicionamentos complexos, proteção de proeminências ósseas e prevenção de lesões neuromusculares.



Workshop
de Posicio-
namento
Cirurgico
– ortopedia

- **Implementação de acessos vasculares ecoguiados**, workshop de elevada componente técnica e prática, onde os participantes puderam desenvolver competências na utilização de ecografia para acesso vascular, reforçando a segurança, eficácia e autonomia clínica nesta área em crescimento.



Workshop
de Imple-
mentação
de acessos
vasculares
ecoguiados

Os resultados da avaliação global evidenciam de forma inequívoca o impacto positivo desta aposta formativa. Foram analisadas as avaliações correspondendo aos seis workshops, com uma média global ponderada de **4,90/5** e recomendação média de **9,58/10**, refletindo níveis muito elevados de satisfação, qualidade científica, aplicabilidade clínica e desempenho pedagógico.

Destacam-se particularmente os workshops de Cuidados Especializados na Gestão da Assepsia em Ambiente Perioperatório e Posicionamento Cirúrgico – Ortopedia, ambos com classificação máxima de 5,00/5, demonstrando elevada relevância e excelência formativa.

Globalmente, o feedback dos formandos foi extremamente positivo, destacando-se a componente prática, o realismo dos cenários simulados, a proximidade com a prática clínica e a possibilidade de consolidação de competências através do treino *hands-on*. A forte intenção de mudança na prática profissional reportada pelos participantes confirma o valor destes formatos enquanto estratégia pedagógica transformadora.

A AESOP reafirma, assim, o seu compromisso com uma formação diferenciadora, prática e baseada na evidência, reconhecendo que educar em contexto de simulação é investir diretamente na segurança do doente e na excelência dos cuidados perioperatórios.

Fátima Gonçalves
DN AESOP

TERTÚLIA

A Tertúlia do XXII Congresso Nacional da AESOP, realizada no dia 15 de abril teve como tema “Enfermeiros Especialistas... E Depois? ...Do Título à Realidade Operacional”.

Este momento, destinado a enfermeiros gestores e enfermeiros especialistas, reuniu um painel de peritos que representaram diversas entidades. Estiveram presentes o Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros (Enf.º Paulo Oliveira – Presidente do Concelho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Centro da OE), a Academia (Prof. Filipe Pereira – ESEP), Enfermeiros Diretores (Enf.º António Páscoa – ULS Baixo Alentejo), Enfermeiros Gestores (Enf.ª Mercedes Ganito – ULS S. José, H.D.Este-fânia e Enf.ª Carla Rego – ULS do Alto Ave) Enfermeiros Peritos e futuros Enfermeiros Especialistas (Enf.ª Maria João Dias – ULS Alentejo Central). Na assistência estiveram mais de 50 profissionais de enfermagem, de diversas áreas, que participaram e

enriqueceram o debate, ao longo de 4 horas.

O debate respondeu aos objetivos inicialmente propostos, nomeadamente: refletir e analisar o papel dos novos enfermeiros especialistas de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa Pessoa em Situação Perioperatória; refletir sobre os contributos esperados e os contributos reais, dos novos enfermeiros especialistas para a qualidade dos cuidados, segurança cirúrgica e gestão do risco clínico; analisar as barreiras presentes na integração e incorporação dos novos enfermeiros especialistas perioperatórios nas equipas; propor estratégias que maximizem as competências dos enfermeiros especialistas perioperatórios, com impacto nos resultados em saúde.

Na primeira parte, os convidados partilharam a sua visão sobre a importância dos enfermeiros especialistas e dos enfermeiros peritos nos contextos perioperatórios. Foram igualmente apresentados e clarificados os respetivos papéis, promovendo consensos quanto à forma de integrar os novos enfermeiros especialistas – quer aqueles que detenham experiência prévia, quer sem ela – e os enfermeiros peritos nas equipas.





O debate procurou criar sinergias entre estes perfis profissionais e, simultaneamente, lançar um desafio aos enfermeiros peritos para a valorização contínua, através do desenvolvimento de conhecimentos, a certificação de competências e a progressão na área de intervenção, através do percurso de EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Neste âmbito, foi ainda destacado o impacto positivo, para a profissão e para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, da existência de cursos de especialidade com mestrado integrado.

Salienta-se que foi lançado o desafio às instituições de ensino superior para adotarem planos de estudos mais flexíveis e adaptados à experiência prévia do profissional, promovendo percursos de aprendizagem mais individualizados.

A segunda parte do debate teve como foco o papel dos enfermeiros gestores e enfermeiros diretores na construção das suas equipas e na garantia do cumprimento das dotações seguras. Foi também salientado a dificuldade existente na retenção de recursos humanos, com a saída de enfermeiros

peritos dos serviços, principalmente no setor público, consequência dos constrangimentos relacionados com a avaliação de desempenho, restrições na abertura de concursos e condições de trabalho.

A assistência foi convidada a selecionar, de uma lista de 27 competências, as 3 que considerava essenciais para o desempenho do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Os resultados evidenciaram competências prioritárias a Consciência cirúrgica, a Maximização da segurança da pessoa perioperatória e o Pensamento crítico, como competências essenciais ao enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória.

Na síntese final foi reforçada a necessidade dos enfermeiros perioperatórios continuarem a desenvolver as suas competências e atualizar conhecimentos, de forma a responderem eficazmente às necessidades da pessoa em situação perioperatória, assegurando cuidados seguros, diferenciados e de qualidade.

Daniela Dias
Mónica Macedo
Sandrina Fernandes
DN AESOP

1.º PAINEL

Crises no Bloco Operatório: Da Gestão do Comportamento Humano à Resposta a Eventos Catastróficos

Nas organizações de saúde, o bloco operatório é reconhecido como um dos ambientes tecnologicamente avançado, complexo e altamente especializado. Apesar do elevado nível de controlo e padronização dos processos, continua vulnerável a múltiplas formas de crise que podem comprometer a segurança do doente, o desempenho e capacidade de resposta das equipas e da instituição. O primeiro painel do XXII Congresso Nacional da AESOP reuniu três comunicações que abordaram diferentes dimensões das crises em contexto perioperatório: os comportamentos disruptivos nas equipas cirúrgicas, o incêndio cirúrgico e a resposta do bloco operatório perante situações de múltiplas vítimas.

Embora centradas em problemáticas distintas, as três apresentações convergiram numa mensagem comum: a preparação, a comunicação, a liderança e a cultura

de segurança constituem fatores determinantes para prevenir, gerir e mitigar situações críticas no bloco operatório.

Quando a crise nasce dentro da equipa: comportamentos disruptivos no bloco operatório

A primeira comunicação, apresentada por Cristiana Morais, psicóloga especialista em Psicologia do Trabalho, Social e das Organizações e em Psicologia da Saúde Ocupacional, intitulada *“Eles Estão aos Berros!”*, abordou uma forma de crise frequentemente invisível, mas amplamente reconhecida pelos profissionais que trabalham em contexto perioperatório.

A autora iniciou a apresentação através de uma abordagem reflexiva e provocadora, recorrendo a exemplos do quotidiano do bloco operatório para demonstrar como episódios de agressividade verbal, hostilidade e conflitos interpessoais tendem a ser normalizados sob a designação de “personalidades fortes” ou “momentos de stress”. Através desta narrativa, conduziu a audiência para uma análise mais profunda dos comportamentos disruptivos enquanto ameaça real à segurança do doente. Salientou que estes



Dr.ª Cristiana Morais

comportamentos não se resumem a meros problemas relacionais, mas verdadeiras crises organizacionais capazes de comprometer a comunicação, a colaboração e a tomada de decisão; e evidenciou que o impacto destas situações se estende para além do momento do conflito, influenciando negativamente a saúde mental dos profissionais, promovendo burnout, ansiedade, exaustão emocional e reduzindo a eficácia das equipas.

Um dos aspetos mais marcantes da apresentação foi a discussão da denominada “cultura do silêncio”, fenómeno pelo qual os profissionais evitam reportar erros, questionar decisões ou expressar preocupações por receio de represálias ou humilhação. Esta realidade, amplamente descrita na literatura sobre segurança do doente, foi apresentada como um fator potenciador do risco clínico.

Cristiana Morais defendeu que a gestão destas crises deve iniciar-se muito antes do episódio de conflito, através da criação de ambientes psicologicamente seguros, comunicação respeitosa, liderança acessível e promoção de equipas resilientes. Destacou ainda o papel dos enfermeiros perioperatórios como facilitadores da comunicação e agentes de mudança cultural dentro das equipas cirúrgicas.

Incêndio cirúrgico: um Never Event que continua a desafiar a segurança perioperatória

A segunda comunicação, apresentada pelo Enfermeiro Paulo Pereira, intitulada “*Está a Arder! Incêndio Cirúrgico: do Risco à Atuação*”, incidiu sobre uma das situações críticas mais raras, mas potencialmente devastadoras, em contexto cirúrgico.

A apresentação foi conduzida de forma dinâmica e baseada na evidência, recorrendo a dados epidemiológicos, análise de incidentes reais e descrição de um caso clínico para demonstrar que, apesar da sua baixa incidência, o incêndio cirúrgico permanece um risco concreto no bloco operatório e enquadrado como um verdadeiro *Never Event*, ou seja, um acontecimento adverso grave e evitável quando são cumpridas as recomendações de segurança estabelecidas. A exposição centrou-se no conceito do “Triângulo do Fogo”, explicando a interação entre oxidante, combustível e fonte de ignição como mecanismo fundamental para a ocorrência destes eventos.

Foi particularmente relevante a análise dos fatores contribuintes identificados através



Enf.º Paulo Pereira

de metodologias de análise causa-raiz, incluindo o uso inadequado de antissépticos alcoólicos, tempos insuficientes de secagem, acumulação de oxigênio sob os campos cirúrgicos, utilização de eletrocirurgia em ambientes enriquecidos em oxigênio e falhas na avaliação do risco.

A apresentação destacou igualmente os resultados de um projeto de melhoria desenvolvido que revelou fragilidades importantes na preparação das equipas, nomeadamente défices formativos e desconhecimento de procedimentos de emergência.

A mensagem central incidiu na necessidade de investir na formação contínua dos profissionais, treino de simulação, avaliação sistemática do risco de incêndio e reforço da cultura de segurança, onde ações consistentes realizadas por toda a equipa multidisciplinar e a prevenção é a estratégia mais eficaz na redução da ocorrência deste evento.

**“Vêm aí 30 doentes!”:
a gestão do bloco operatório
perante múltiplas vítimas**

A terceira comunicação foi apresentada pela Enfermeira Odete Martins Monteiro e abordou um cenário de crise organizacional

de elevada complexidade: a gestão de situações de múltiplas vítimas e o papel do bloco operatório na resposta hospitalar.

A autora conduziu a apresentação através da descrição de um simulacro de grande escala realizado em 2025, inspirado num acidente rodoviário histórico ocorrido na Serra da Estrela. Utilizando esta experiência como fio condutor, demonstrou os desafios inerentes à mobilização rápida de recursos, reorganização de equipas e adaptação dos circuitos assistenciais perante um afluxo massivo de vítimas.

Ao longo da exposição foi reforçada a importância dos Planos de Emergência Hospitalar e da coordenação entre os diferentes serviços envolvidos na resposta à crise. A palestrante destacou que a eficácia da resposta depende das competências não técnicas, particularmente liderança, comunicação, consciência situacional, tomada de decisão e trabalho em equipa.

Um dos conceitos centrais abordados foi o modelo de *Damage Control Surgery*, estratégia que privilegia intervenções rápidas e orientadas para o controlo da hemorragia e estabilização fisiológica dos doentes, permitindo maximizar a utilização dos recursos disponíveis e aumentar o número de sobreviventes.



Enf.ª Odete Monteiro

A apresentação enfatizou ainda o papel do enfermeiro coordenador do bloco operatório como elemento-chave na gestão da crise, defendendo que uma liderança clara e estruturada é fundamental para evitar o caos organizacional.

Foi ainda destacado a importância da simulação clínica como uma das ferramentas mais eficazes para preparar equipas e instituições para eventos de elevada complexidade, permitindo testar protocolos, identificar fragilidades e desenvolver competências essenciais para a resposta a crises.

Uma visão integrada das crises no bloco operatório

Apesar das diferenças entre os temas apresentados, o painel evidenciou vários pontos de convergência. Em primeiro lugar, ficou demonstrado que as crises no bloco operatório não se limitam a eventos clínicos ou técnicos. Podem surgir da interação humana, de falhas organizacionais, de eventos adversos relacionados com a tecnologia ou de situações externas que colocam pressão extraordinária sobre os sistemas de saúde.

Em segundo lugar, todas as comunicações reforçaram que a segurança do doente depende fortemente de fatores humanos e organizacionais. A comunicação eficaz, a liderança, a coordenação interdisciplinar, a cultura de segurança e a preparação das equipas surgiram como elementos transversais a todas as formas de crise abordadas.

Por último, tornou-se evidente que a formação contínua e a simulação representam ferramentas fundamentais para desenvolver competências técnicas e não técnicas, permitindo às equipas responder de forma mais eficaz perante situações inesperadas.

Conclusão

O primeiro painel do XXII Congresso Nacional da AESOP proporcionou uma reflexão abrangente sobre diferentes dimensões da gestão de crises no bloco operatório. Desde os comportamentos disruptivos que ameaçam silenciosamente a segurança das equipas, passando pelo risco de incêndio cirúrgico enquanto evento adverso evitável, até à resposta institucional perante cenários de múltiplas vítimas, as três comunicações demonstraram que a preparação é o principal fator diferenciador entre uma crise controlada e uma crise com consequências graves.

A principal mensagem deixada pelos oradores foi clara: a excelência perioperatória não depende apenas da competência técnica dos profissionais, mas também da capacidade das organizações para criar culturas de segurança, promover a comunicação eficaz, desenvolver lideranças fortes e investir continuamente na preparação das equipas. Num ambiente onde cada decisão pode ter impacto direto na vida dos doentes, preparar para a crise é, em si mesmo, um ato de segurança.

Fátima Gonçalves
DN AESOP

CONFERÊNCIA PLENÁRIA

"Inovação em Enfermagem"

Prof.^a Dr.^a Diana Arvelo Mendes
Escola Superior de Saúde
do Instituto Politécnico
de Setúbal



Prof.^a Diana Arvelo Mendes

No âmbito do XXII Congresso Nacional da AESOP, realizado no passado mês de abril, em Santa Maria da Feira, foi apresentada uma reflexão sobre a Inovação em Enfermagem. Esta reflexão não teve como objetivo partilhar ideias rígidas ou conceitos fechados, mas antes promover uma análise crítica da Inovação em Enfermagem, construída a partir de diferentes perspetivas suportadas pela evidência científica.

A Inovação é um conceito amplamente valorizado e inspirador. Pode ser entendida como um processo de geração de novas ideias, métodos, produtos ou serviços que se prevê terem um impacto positivo em

pessoas, organizações ou comunidades. Sabe-se igualmente que a Inovação é impulsionada por uma combinação de fatores, nomeadamente a curiosidade, a criatividade e o desejo de melhorar, independentemente da área em que se aplica.

Na reflexão sobre a Inovação, surge frequentemente associado o conceito de invenção. Alguns autores referem que nem todas as invenções ou ideias geram efetivamente Inovação, uma vez que, para que tal aconteça, é necessária a sua adoção ou implementação na prática ou na comunidade. Na realidade, não existe qualquer garantia de que uma invenção, por mais promissora que seja, venha efetivamente a transformar-se numa Inovação.

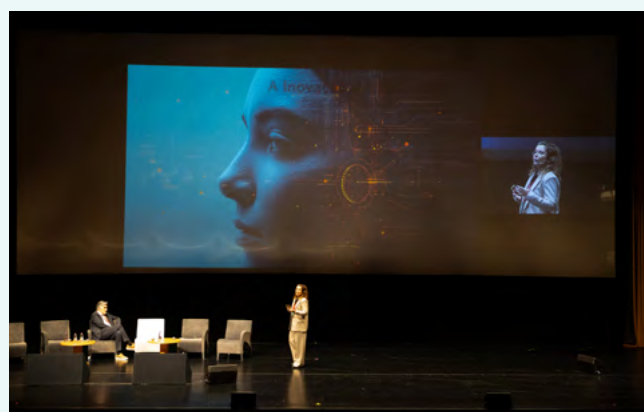
Outro conceito frequentemente associado à Inovação é o de tecnologia. Embora seja evidente a relação entre ambos, importa salientar que a Inovação não se limita ao recurso à tecnologia. A Inovação pressupõe a criação de algo novo ou a melhoria de algo já existente, acrescentando-lhe valor, promovendo o desenvolvimento e transformando processos. Os recursos tecnológicos constituem ferramentas de elevado potencial, contudo, sem uma utilização sustentada pelo conhecimento e pela atitude adequada, podem representar apenas recursos subaproveitados.

Por sua vez, também a inteligência artificial surge frequentemente associada à Inovação. Ainda assim, a Inovação não está dependente da mais recente versão de uma aplicação de inteligência artificial generativa, da última geração de robot cirúrgico ou de uma aplicação inteligente para gestão de stocks em bloco operatório. Embora estes recursos sejam extremamente importantes e contribuam significativamente para a melhoria dos processos, a Inovação pode assumir formas mais amplas e diversificadas.

A Inovação surge habitualmente orientada

para a resolução de problemas, sendo frequentemente catalisada por situações inesperadas ou desafios emergentes. Em Enfermagem, existem inúmeras oportunidades para desenvolver Inovação eficaz que, embora careçam de implementação, não passam necessariamente pelo desenvolvimento de novos produtos ou serviços. Neste contexto, pode surgir uma questão pertinente: existe efetivamente falta de Inovação em Enfermagem ou, por vezes, falta de visibilidade da Inovação existente? Em muitos contextos, são diariamente criadas soluções que geram mudança nos serviços e nas organizações e que resolvem problemas da prática clínica. Contudo, essas soluções raramente são identificadas como Inovação. Este fenómeno poderá corresponder ao que se pode designar como “Inovação invisível”.

Com o objetivo de organizar as ideias em torno deste tema, foi criada uma metáfora baseada em “três portas”. Atrás da primeira “porta” encontram-se a *educação em Enfermagem e a ciência*. Neste domínio, podem identificar-se diversos exemplos de Inovação, como a utilização da simulação de alta fidelidade na formação pré e pós-graduada em Enfermagem, ajustando os cenários à complexidade desejada e aos objetivos de aprendizagem definidos. Outro exemplo corresponde à utilização de metodologias de aprendizagem ativas, afastando-se progressivamente dos métodos exclusivamente expositivos e promovendo uma maior interação com os/as estudantes. Acresce ainda o recurso à tecnologia, que permite o acesso imediato a bases de dados científicas, facilitando a pesquisa, a análise de dados e a síntese de resultados. Neste contexto, a Inovação fundamentada pode ser entendida como um ponto de encontro entre a invenção, enquanto geração de ideias, e a investigação, enquanto processo de produção e interpretação de conhecimento.



Atrás da segunda “porta” surge a *gestão em Enfermagem*. Também nesta área as possibilidades são diversas. A gestão baseada em dados obtidos em tempo real, como taxas de ocupação automáticas ou recolha automatizada de indicadores de Enfermagem, pode contribuir para uma gestão mais eficiente dos serviços. Por outro lado, uma vez que as políticas e os procedimentos também podem incorporar Inovação, existe espaço para a adoção de estratégias inovadoras de gestão de equipas, através da criação de hábitos inovadores, da implementação de atividades diferenciadas de *teambuilding* ou da adoção de procedimentos inovadores para organização do trabalho. Adicionalmente, destaca-se a possibilidade de criar ou adaptar modelos de gestão de cuidados centrados no doente e na família, como o/a *nurse navigator* na área da oncologia, o/a *enfermeiro(a) ERAS* na área cirúrgica ou o/a *enfermeiro(a) gestor(a) de caso* na gestão da doença crónica. Estes constituem exemplos que podem ser continuamente adaptados e aperfeiçoados em função dos contextos. Importa ainda referir que a literatura aponta que a liderança autêntica, promotora de uma cultura de criatividade, favorece comportamentos inovadores entre os profissionais de Enfermagem (Almutairi et al., 2025).

Finalmente, atrás da terceira “porta” encontra-se a área *assistencial da Enfermagem*. Neste domínio podem identificar-se diversos exemplos de Inovação, tais como os registos clínicos eletrónicos inteligentes, *checklists* adaptativas, aplicações de apoio à educação da pessoa e da família, fóruns destinados ao esclarecimento de dúvidas, projetos de teleenfermagem que facilitem o acesso aos cuidados em populações geograficamente dispersas, incorporação de evidência científica recente através da implementação de novos procedimentos e ainda a criação de novos papéis profissionais para os/as enfermeiros(as). Atualmente, os/as enfermeiros(as) exercem funções em múltiplos contextos organizacionais, incluindo gabinetes especializados, serviços clínicos, comunidade, indústria e outros setores, evidenciando a diversidade de oportunidades para inovar.

Prosseguindo esta reflexão, importa reconhecer que a Inovação pode alcançar diferentes níveis dentro de uma organização. Contudo, respeitando a autonomia individual de cada profissional, é importante salientar que, em muitos casos, a implementação de processos inovadores requer autorização de diferentes estruturas organizacionais, incluindo chefias, conselhos de administração e comissões de ética, por forma a garantir a segurança das pessoas e famílias alvo dos cuidados.



Com o objetivo de que uma ideia ou solução possa ser incorporada na prática, importa compreender a Inovação como um processo. Neste sentido, Younas (2023) descreve quatro etapas fundamentais: identificação e descrição da inovação; avaliação individual, organizacional, das barreiras e dos facilitadores; desenvolvimento de estratégias de implementação e, por fim, avaliação dos resultados e promoção da sustentabilidade da inovação.

Complementando esta perspectiva processual, Taylor (2025) identifica os denominados “Is” da Inovação: ideias, intuição e imaginação, potenciadas pela informação, pelo inquérito e pela investigação, que exigem inteligência, insight, interpretação e integração, requerendo inevitavelmente investimento.

Toda esta reflexão permite identificar diversas vantagens associadas à Inovação em Enfermagem. Entre elas destacam-se a promoção da comunicação em equipa, através da discussão de ideias e da melhoria de processos; o aumento da segurança do doente, mediante a minimização de erros e o reforço da gestão do risco; a redução da variabilidade clínica através da implementação de políticas, procedimentos e protocolos inovadores; a diminuição da sobrecarga profissional mediante a introdução de mecanismos geradores de eficiência; e, consequentemente, a valorização dos/das profissionais, que podem sentir-se mais motivados(as) e envolvidos(as) nos processos de Inovação nos seus contextos de trabalho.

Em síntese, a Inovação em Enfermagem pode ser entendida como um processo contínuo, uma vez que existirão sempre oportunidades de melhoria e problemas que requerem solução. Caracteriza-se por uma orientação para a resolução de problemas e para a geração de impacto positivo; envolve processos frequentemente complexos; depende dos comportamentos e atitudes das

peçoas, uma vez que a Inovação não reside apenas nos recursos utilizados, mas sobretudo na forma como são utilizados e integrados; está condicionada pela cultura organizacional, tornando essencial o desenvolvimento de culturas promotoras de Inovação; pode associar-se à sustentabilidade, contribuindo para a criação de soluções relevantes neste domínio; e apresenta uma estreita relação com a qualidade, dado que procura melhorar processos e resolver problemas. Assim, a Inovação pode promover a qualidade, sendo igualmente a qualidade um elemento indispensável para a Inovação. Considerando todos estes aspetos, de uma forma muito simples, podemos pensar como objetivo da Inovação simplesmente “fazer melhor”, acrescentando valor às pessoas e famílias que recebem cuidados de Enfermagem.

Neste contexto, os/as enfermeiros(as) não devem ser entendidos(as) como meros(as) utilizadores(as) da Inovação. Pelo contrário, pelas suas perspetivas, competências e oportunidades de intervenção, podem assumir um papel determinante enquanto promotores(as) e motores de Inovação nos diferentes contextos da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Almutairi, M., Timmins, F., Yoder-Wise, P., Stokes, D., & Alharbi, T. A. F. (2025). Nurses innovative behaviour in the context of authentic leadership: a scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(11), 7374–7389.
- Macieira, T. G., Cho, H., Bjarnadottir, R. I., & Pruinelli, L. (2026). Emerging technological innovations in perioperative nursing. *AORN Journal*, 123(1), 46–58.
- O’Hara, S., Ackerman, M. H., Raderstorf, T., Kilbridge, J. F., & Melnyk, B. M. (2022). Building and sustaining a culture of innovation in nursing academics, research, policy, and practice: Outcomes of the National Innovation Summit. *Journal of Professional Nursing*, 43, 5–11.
- Taylor, E. (2025). Sources of Innovation in Healthcare Design: How Can it Happen? *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 18(1), 5–13.
- Younas, A. (2023). Uptake of innovations in nursing: The necessity for implementation science. *Creative Nursing*, 29(2).

2.º PAINEL

"O essencial é invisível aos olhos"

"O essencial é invisível aos olhos" é uma das mais célebres frases do livro O Príncipezinho, de Antoine de Saint-Exupéry, e espelha a essência na escolha particular dos temas deste painel, reunindo evidência e a reflexão. No contexto perioperatório, esta ideia toma significado especial, sendo um ambiente onde a atenção concentra-se maioritariamente nos avanços tecnológicos, na perícia técnica e nos resultados clínicos visíveis, existe uma outra dimensão que é paralela à evolução tecnológica. Esta dimensão muitas vezes silenciosa e impercetível, é aquela que sustenta a construção da segurança cirúrgica. Embora não seja visível, tem um impacto profundo e determinante na realidade que observamos.

A segurança não se constrói apenas e através dos resultados e das estatísticas que se observam ou se analisam, mas por meio de um conjunto de ações, conhecimento e decisões que permanecem *invisíveis*. A assepsia cirúrgica é um exemplo paradigmático: o seu sucesso mede-se pela ausência de infeção, contaminação e de complicações evitáveis (aquilo que não acontece) e o valor dessas práticas reside precisamente na capacidade de as executar corretamente sem se fazer notar.

Mas o *essencial* também é *invisível* no percurso formativo dos enfermeiros especialistas. Em cada prática segura existe um processo contínuo de aprendizagem, reflexão crítica, desenvolvimento de competências e construção de uma identidade profissional. São estes alicerces, muitas vezes impercetíveis e longe dos holofotes do quotidiano, que permitem responder com rigor e excelência aos desafios da prática clínica.

Por fim, a implementação das boas práticas depende de fatores nem sempre visíveis: a cultura de segurança, a liderança, o compromisso das equipas, o pensamento crítico e a vontade de transformar conhecimento em ação. Estes elementos, embora menos tangíveis e quantificáveis do que indicadores ou protocolos, são frequentemente os que determinam o sucesso da mudança e a sustentabilidade da qualidade dos cuidados.

Assepsia, o elo (por vezes) perdido?

A primeira comunicação, apresentada pela Enfermeira Especialista Clara Ferreira e Enf.^a Gestora Fátima Gonçalves, membros da Direção Nacional da AESOP. A apresentação foi realizada de uma forma dinâmica e interativa, onde as apresentadoras enquadraram a evolução histórica do tema e a sua importância para a ciência. A apresentação enfatizou que a prática da assepsia em contexto perioperatório continua a ser vulnerável a falhas associadas ao comportamento humano, sendo que a prevenção exige, não apenas competência, mas uma vigilância constante, responsabilidade individual e uma cultura de segurança que não tolere desvios. Deixaram uma reflexão importante, referindo que a assepsia é a intervenção mais poderosa num bloco operatório, mas a menos visível. É o gesto mais silencioso e o mais poderoso da cirurgia moderna e quando funciona, ninguém nota, mas quando falha... todos sentimos.

Estamos a formar bem os enfermeiros especialistas em Enfermagem Perioperatória?

A segunda comunicação, apresentada pela Prof. Leila Sales, da ESECVP, começou por abordar a regulamentação das competências dos enfermeiros especialistas em EMC- Pessoa em situação Perioperatória e os desafios de afirmação da especialidade em Portugal. Das estatísticas apresentadas foi realizado um diagnóstico situacional do estado da Especialidade Perioperatório em Portugal e nos restantes países da UE, assinalando desafios estruturais, com particular destaque para a retenção e a escassez de enfermeiros Especialistas Perioperatórios. Na continuidade da sua apresentação a autora focou-se na questão central do tema, apresentando uma proposta de modelo formativo que procura integrar e fortalecer simultaneamente o alicerce técnico, a centralidade no doente e a capacidade de antecipar, vigiar e reconhecer desvios precocemente - Modelo BEM. Este modelo centra-se na mnemónica BEM: B - Boas Práticas; E- Empatia; M - Monitorização e Mentoria.



Prof.^a Leila Sales,
Enf.^a Mercedes Bilbao;
Enf.^a Clara Ferreira e
Enf.^a Fátima Gonçalves

Assim, destacando os três pilares base para a formação de um enfermeiro especialista em EMC:

- **Boas Práticas** – o alicerce técnico da especialidade;
- **Empatia** – um dos pilares para a melhoria do cuidado centrado no doente;
- **Monitorização e Mentoria** – Monitorização focada na antecipação (pensar antes de agir), vigilância (manter a vigilância ativa) e reconhecimento (identificação precoce de desvios) e por fim a Mentoria, como o elo que transforma o saber em sabedoria – uma relação de longo prazo baseada em confiança, entre um especialista experiente (mentor) e um profissional em desenvolvimento.

Para finalizar, a palestrante coloca uma questão: ..., mas o que falta no puzzle?... Estamos a formar BEM? Na tentativa de responder, foram identificadas lacunas e apresentados caminhos de melhoria, incluindo a adoção do EORNA *Common Core Curriculum* como referencial nacional, a criação e implementação de programas formais de mentoria perioperatória, a integração da simulação clínica de alta fidelidade nos currículos da especialidade. Foi ainda defendido a inclusão de empatia, comunicação e relação terapêutica como domínios a considerar na avaliação, entre outras recomendações.



Prof.ª Leila Sales

Implementação de uma Boa Prática: Quais os Desafios?

O último tema deste painel, foi apresentado pela Enf.^a Gestora Paula Camilo, da ULS de Matosinhos, abordando os principais desafios e as estratégias na implementação das Boas Práticas. A priorização das áreas de intervenção, a cultura de segurança, a resistência à mudança, a comunicação e trabalho de equipa, a formação e as limitações organizacionais foram apontados como os principais desafios e compreendê-los é fundamental para se poder delinear estratégias eficazes e sustentáveis. A implementação de estratégias de melhoria contínua, surgem como uma resposta para otimizar processos, reforçar a qualidade, a segurança e eficiência dos cuidados perioperatórios. A sua abordagem deve ser sistematizada, sistémica, baseada na evidência, e na participação e envolvimento das pessoas.

Neste sentido, a autora conclui a sua apresentação afirmando que a implementação de boas práticas no bloco operatório não é apenas criar protocolos, mas, é mudar uma cultura, comportamentos e processos. Mudar não ato único, é sim, um ciclo contínuo de aplicar, avaliar, reformular e sistematizar. Exigindo liderança, formação e compromisso de todos para todos.

Os convidados deste painel procuraram destacar que o *essencial* não se encontra apenas no que fazemos, mas também no que sustenta a nossa ação. Na assepsia cirúrgica, na formação especializada e na promoção das boas práticas, são muitas vezes aspetos menos visíveis que produzem resultados muito significativos. Reconhece-los é reconhecer que a excelência dos cuidados nasce, em grande medida, daquilo que os olhos não veem, mas que faz toda a diferença para os profissionais e claro, para os doentes cirúrgicos.

Sandrina Fernandes
DN AESOP



Enf.^a Paula Camilo

CONFERÊNCIA MAGISTRAL

"Consciência Cirúrgica" Danielle Quintana



Danielle Quintana, enfermeira perioperatória norte-americana, investigadora e professora doutorada, reconhecida pelo desenvolvimento do modelo teórico de consciência cirúrgica, foi convidada do XXII Congresso Nacional da AESOP. A conferência teve como título: Consciência cirúrgica: a bússola que norteia a prática perioperatória segura e ética e a moderação ficou a cargo do Prof.º Antônio Freitas.

O interesse de Danielle Quintana pela consciência cirúrgica surgiu muito cedo, ao observar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no bloco operatório e procurar compreender a força motriz que sustenta a sua prática. Desde então, assumiu como missão aprofundar o conceito de consciência cirúrgica, reconhecendo que continua a descobrir novas perspectivas sobre o tema.

Após o seu processo de investigação, concluiu que quando aplicamos a consciência cirúrgica, os resultados cirúrgicos são otimizados. A consciência integra aspectos como a técnica asséptica, controlo de infeção e segurança. Mas ao exercermos a consciência cirúrgica, lidamos com decisões éticas e morais, além de assumirmos a obrigação de agir com coragem em defesa do doente.

Quintana considera que a consciência cirúrgica é composta por três domínios, de igual importância, que atuam em conjunto:

- domínio cognitivo, abrange todo o conhecimento que o profissional detém, incluindo protocolos e diretrizes;
- domínio afetivo, envolve a moral, ética e os valores do profissional;
- domínio comportamental, que diz respeito à ação do profissional.

Todos estes elementos juntos formam o conceito de consciência cirúrgica e deixam claro que as ações e omissões dos enfermeiros, têm impacto na qualidade e segurança do doente cirúrgico.

Barreiras à consciência cirúrgica

A cultura organizacional e a hierarquia no bloco operatório constituem barreiras significativas à promoção da segurança do doente. Embora a enfermagem perioperatória seja uma profissão autônoma, alguns enfermeiros sentem-se intimidados para intervir perante outros elementos da equipa, particularmente cirurgiões, por receio de represálias ou resistência. O ambiente de elevada pressão que caracteriza o bloco operatório pode agravar esta realidade, comprometendo a capacidade dos profissionais de exercerem a sua “consciência cirúrgica” e de alertarem para falhas na técnica estéril ou outras situações que identifiquem e que possam comprometer a segurança do doente.

Um estudo referido pela autora demonstrou que 45% dos enfermeiros perioperatórios afirmaram não conseguir, em determinadas situações, verbalizar uma quebra da técnica estéril devido ao medo de retaliação, o que poderá contribuir para a ocorrência de infeções do local cirúrgico e comprometer os resultados em saúde.

A superação destas barreiras exige o desenvolvimento de uma cultura de segurança perioperatória que incentive a comunicação aberta, valorize o *speaking up* e assegure apoio institucional aos profissionais que intervêm em defesa do doente. Neste contexto, a liderança desempenha um papel essencial, promovendo políticas claras de não retaliação e criando um ambiente onde todos os membros da equipa se sintam seguros para identificar e comunicar riscos, reforçando, assim, a qualidade e a segurança dos cuidados perioperatórios prestados.



Níveis de intervenção da consciência cirúrgica

Para além da identificação das barreiras, a autora propõe uma reflexão sobre a consciência cirúrgica em três níveis de intervenção: micro, intermédio e macro.

No nível micro, a reflexão centra-se no próprio profissional, incentivando a autoavaliação da prática e a identificação de comportamentos de complacência, barreiras individuais ou organizacionais que possam comprometer a segurança do doente. A incapacidade de intervir perante situações de risco, por receio ou outros obstáculos, pode gerar sofrimento moral, contribuir para o esgotamento profissional (*burnout*) e, em casos extremos, levar ao abandono da profissão. Em contrapartida, exercer a consciência cirúrgica e manifestar-se em defesa do doente promove bem-estar profissional e fortalece uma prática ética e segura.

No nível intermédio, o foco recai sobre a equipa e a cultura organizacional. É essencial que as instituições promovam ambientes de trabalho psicologicamente seguros, apoiados por políticas de não retaliação e por uma cultura de segurança que incentive o *speaking up*. A formação e a integração de novos profissionais devem reforçar estes princípios, cabendo aos enfermeiros mais experientes liderar pelo exemplo e transmitir a importância da consciência cirúrgica como elemento central da prática perioperatória.

Por fim, no nível macro, a consciência cirúrgica estende-se à responsabilidade perante a comunidade e a sociedade. Os doentes depositam total confiança nas equipas perioperatórias, esperando receber cuidados seguros, éticos e de elevada qualidade. Esta responsabilidade reforça o compromisso dos profissionais em colocar a segurança e o bem-estar do doente no centro de todas as suas decisões e intervenções.



Estratégias para o exercício da consciência cirúrgica

No exercício do *speak up*, a forma como a comunicação é realizada pode influenciar significativamente a sua aceitação pela equipa. Recomenda-se que as intervenções sejam formuladas com foco na segurança do doente, utilizando expressões como “Para a segurança do doente, precisamos de...” em vez de mensagens centradas no profissional. Esta abordagem contribui para despersonalizar a situação, reduzir potenciais conflitos e reforçar o objetivo comum de toda a equipa cirúrgica: a proteção e segurança do doente.

A autora destaca ainda que uma cultura de respeito mútuo, sustentada por uma liderança proativa e por políticas institucionais de não retaliação, é essencial para promover a consciência cirúrgica e incentivar os profissionais a manifestarem preocupações relacionadas com a segurança. A partilha de experiências entre os diferentes elementos da equipa, incluindo cirurgiões e enfermeiros, bem como o reconhecimento dos contributos de todos os profissionais, fortalece a confiança e a colaboração interdisciplinar.

Concluindo

Ao longo da sua apresentação Danielle Quintana identificou os componentes da consciência cirúrgica, descrevendo os seus fatores facilitadores e as barreiras à consciência cirúrgica; explorou as implicações da consciência cirúrgica para a prática nos níveis micro, intermédio e macro; promoveu uma reflexão ativa para fortalecer a sua consciência cirúrgica.

Quando integrada na prática diária, a consciência cirúrgica reforça a cultura de segurança, protege o doente e preserva a integridade moral e ética dos profissionais. Como concluiu Danielle Quintana,

“A consciência cirúrgica deve ser encarada como a bússola que orienta cada decisão no bloco operatório, inspirando os profissionais a agir sempre em defesa do doente.”
(Quintana, 2026)

Daniela Dias
DN AESOP

ENCONTRO COM O PERITO

**O Consentimento Informado
em Enfermagem Perioperatória:
Desafios, Responsabilidades
e Perspetivas Atuais**
António Carvalho



Dr.º António Carvalho
e Enf.ª Clara Ferreira

O consentimento informado constitui um elemento estruturante da prática clínica e um indicador da qualidade ética dos cuidados de saúde. No contexto da enfermagem perioperatória, este processo assume particular relevância, dada a natureza altamente diferenciada, tecnologicamente exigente e simultaneamente relacional dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

No XXII Congresso Nacional da AESOP, o tema foi objeto de reflexão numa sessão realizada no formato encontro com o perito, na manhã do dia 17 de abril, sob o mote “Consentimento informado – Ser ou não ser, eis a questão!”. Esta sessão contou com a participação do convidado Dr. António Carvalho, em conversa com a

Enf.ª Clara Ferreira, proporcionando uma análise crítica do consentimento informado enquanto realidade vivida na prática clínica, particularmente em contexto perioperatório.

No domínio da enfermagem perioperatória, o consentimento informado ultrapassa a sua dimensão formal e assume-se como um processo relacional e comunicacional, diretamente ligado à forma como a pessoa experiencia o percurso cirúrgico. O debate desenvolvido na sessão evidenciou que o consentimento não deve ser reduzido a um ato isolado (com assinatura de um formulário), mas entendido como parte integrante da interação entre profissionais de saúde e a pessoa em situação perioperatória, onde a compreensão, a confiança e o contexto assumem um papel determinante.

Neste sentido, o enfermeiro perioperatório, pela sua proximidade com a pessoa em situação perioperatória, tem um papel relevante na forma como este processo é vivido e compreendido. A questão central da sessão – “Ser ou não ser, eis a questão!” – trouxe para discussão a diferença entre um consentimento formal e um consentimento verdadeiramente informado.

O diálogo entre o Dr. António Carvalho e a Enf.ª Clara Ferreira destacou a existência de um desfasamento possível entre a informação transmitida, a compreensão efetiva da pessoa em situação perioperatória e a sua capacidade real de decisão em contexto de vulnerabilidade.

Assim, questionou-se se o consentimento é um ato autêntico de autonomia ou um cumprimento formal de exigências formais?

Um dos pontos mais marcantes da sessão foi a discussão em torno da responsabilidade legal dos enfermeiros perioperatórios. Permanece a ideia de que o consentimento informado é exclusivamente um ato médico, o que pode levar a uma falsa sensação de desresponsabilização,

quando, na realidade, todos os profissionais envolvidos no processo de cuidados têm um dever de assegurar práticas informadas, seguras e eticamente adequadas.

Na prática, o enfermeiro perioperatório pode ser responsabilizado quando participa no processo assistencial sem garantir que existe consentimento informado válido, não identifica incongruências ou falhas evidentes no consentimento informado, quando não atua perante sinais de ausência de compreensão ou de decisão não esclarecida e prossegue com cuidados sabendo que o processo de consentimento informado está comprometido. Nestes casos, pode ser imputada responsabilidade no âmbito civil, disciplinar e, em situações mais graves, até penal, dependendo das consequências

para a pessoa em situação perioperatória.

Portanto, ao enfermeiro perioperatório pode ser imputado, por exemplo: - Incumprimento do dever de vigilância e segurança; - Negligência profissional, caso não atue perante falhas evidentes; - Participação indireta em situações de violação do direito à autodeterminação da pessoa em situação perioperatória.

Esta perspetiva reforça a necessidade de o enfermeiro assumir um papel ativo e consciente no processo, não apenas prático, mas também ético e legal, em consonância com o código deontológico. Na prática da enfermagem perioperatória, o enfermeiro assume um papel fundamental enquanto elemento de ligação ao longo do processo cirúrgico.



Conforme discutido na sessão, destaca-se o enfermeiro perioperatório como quem:

- Mantém proximidade com a pessoa em situação perioperatória;
- Reconhece sinais de dúvida, ansiedade ou incompreensão;
- Facilita a comunicação;
- Contribui para a humanização de todos os cuidados de saúde prestados e advoga no melhor interesse da pessoa alvo de cuidados. Este posicionamento reforça que o enfermeiro perioperatório não é um agente passivo, mas um interveniente essencial na qualidade e segurança do consentimento informado.

A sessão permitiu identificar vários desafios:

- Limitação do tempo disponível;
- Estado emocional da pessoa em situação perioperatória;
- Complexidade da informação;
- Tendência para a burocratização de todo este processo;
- Perceção errónea de ausência de responsabilidade por parte de alguns profissionais.

Estes fatores podem comprometer a autenticidade do consentimento informado.

O consentimento informado foi igualmente abordado como componente da segurança da pessoa em situação perioperatória.

Um processo efetivo que permite um melhor alinhamento terapêutico, a redução de erros e que favorece o reforço da confiança. Em contexto perioperatório, esta dimensão assume especial relevância. O consentimento informado, na perspetiva da enfermagem perioperatória, representa uma realidade complexa que envolve dimensões éticas, comunicacionais e legais.

A sessão “Consentimento informado – Ser ou não ser, eis a questão!”, evidenciou não só os desafios do processo, mas também a responsabilidade efetiva dos enfermeiros perioperatórios, frequentemente subvalorizada.

Reconhecer esta responsabilidade é fundamental para uma prática profissional consciente, segura e alinhada com os direitos da pessoa em situação perioperatória, contribuindo para a afirmação da enfermagem perioperatória como disciplina autónoma e essencial.

Clara Ferreira
DN AESOP

3º PAINEL

"Capacitação e decisão partilhada: o Enfermeiro Perioperatório agente de literacia em saúde"

O 3.º painel, "Capacitação e decisão partilhada: o enfermeiro perioperatório como agente de literacia em saúde", destacou-se como um espaço de reflexão crítica sobre o papel do enfermeiro na promoção de cuidados cirúrgicos mais seguros, informados e centrados na pessoa. Num contexto de crescente complexidade assistencial, reforçou-se a necessidade de transformar conhecimento em empoderamento, potenciando ganhos em saúde e melhorando a experiência da pessoa em situação perioperatória. A consulta de enfermagem pré-operatória emergiu como eixo central da discussão. O Enfermeiro Professor Adjunto Marco Gonçalves salientou a importância da sua conceptualização estruturada, defendendo

que só através de modelos bem definidos será possível evidenciar resultados e desenvolver indicadores sensíveis à prática. Por sua vez, a Enfermeira perioperatória Gina Gomes apresentou a implementação desta consulta na ULS São José, evidenciando o percurso desde a conceção até à prática, com enfoque nos diagnósticos de enfermagem selecionados, metodologias adotadas e desafios enfrentados. A enfermeira doutoranda Joana Pinto trouxe para debate a questão da mensuração dos ganhos em saúde, sublinhando a necessidade de indicadores específicos que traduzam o impacto da intervenção de enfermagem na literacia em saúde. O painel culminou numa reflexão sobre o valor das intervenções perioperatórias, questionando: ganhos em saúde ou desperdício de recursos? Ficou clara a necessidade de consolidar práticas baseadas em evidência, capazes de demonstrar efetividade, segurança e valor em saúde.

Odete Monteiro
DN AESOP



Enf.ª Gina Gomes

CONFERÊNCIA MAGISTRAL

"How to Build a Resilient Surgical Team?"

Nakeisha Tolliver



Enf.ª Nakeisha Tolliver

Na conferência magistral "How to Build a Resilient Surgical Team?", Nakeisha Tolliver — enfermeira perioperatória com mais de 28 anos de experiência e ex-presidente da AORN — destacou a resiliência como um elemento essencial para a segurança do doente, sustentabilidade das equipas e qualidade dos cuidados perioperatórios.

Partindo da realidade altamente exigente do bloco operatório, a oradora abordou o impacto do stress crónico e do *burnout* nos profissionais de saúde, reforçando que o *burnout* não deve ser entendido como uma fragilidade individual, mas como um problema sistémico e organizacional, com consequências diretas na segurança, retenção de profissionais e desempenho das equipas.

Ao longo da sessão, salientou que a resiliência não é uma característica inata, mas uma competência que pode e deve ser desenvolvida através da prática, liderança,

apoio mútuo e criação de ambientes de trabalho psicologicamente seguros. Defendeu ainda uma mudança de paradigma: deixar de exigir apenas "profissionais mais fortes" e investir na construção de sistemas e culturas organizacionais mais resilientes, colaborativas e humanas.

A conferência apresentou estratégias práticas aplicáveis ao contexto perioperatório, organizadas em cinco áreas fundamentais: *mindfulness*, comunicação, bem-estar físico, pausas e mecanismos saudáveis de *coping*. Entre as medidas sugeridas destacaram-se os "micro-reset" de 30 segundos e inspirações profundas entre cirurgias, a implementação de frases de promoção de segurança como "Pause for Safety", a normalização de pausas estruturadas, a promoção da hidratação, ingestão de *snacks* saudáveis e do bem-estar físico, bem como a valorização do humor, da vulnerabilidade e do reconhecimento positivo nas equipas.

Nakeisha Tolliver reforçou ainda o papel determinante da liderança na criação do clima emocional das equipas, incentivando líderes visíveis, acessíveis e presentes nos momentos de maior pressão. O modelo apresentado culminou num plano de implementação progressiva em 30, 60 e 90 dias, focado na proteção das pessoas, fortalecimento das equipas e promoção intencional da resiliência organizacional (tabela 1).



Tabela 1 – Plano de Resiliência

Plano de Resiliência 30/60/90 Dias	
Meta 1 Reiniciar o Momento	• Implementar uma pausa de 30 segundos entre cirurgias • Introduzir a expressão “Pausa pela Segurança”
Meta 2 Proteger as Pessoas	• Monitorizar o cumprimento das pausas • Designar um responsável/promotor das pausas • Garantir acesso a hidratação e snacks saudáveis
Meta 3 Fortalecer a Equipa	• Iniciar cada turno com um momento positivo • Implementar um <i>debriefing</i> pós-caso com duas questões: – O que correu bem? – O que podemos melhorar? • Criar o quadro “Vencedor da Semana”
Meta 4 Liderar com Intencionalidade	• Realizar rondas diárias de liderança • Reconhecer um profissional por turno, semana ou mês • Identificar espaços de pausa e descompressão emocional



A sessão terminou com um desafio coletivo à reflexão e à ação: construir, diariamente, ambientes perioperatórios mais seguros, saudáveis, inclusivos e resilientes, lembrando que “Together We Rise” — juntos crescemos, juntos resistimos.

M.^a Filomena Postiço
DN AESOP

“A resiliência não é opcional no contexto perioperatório.”

“O burnout é um problema sistémico, não uma falha pessoal.”

“Equipas resilientes superam indivíduos resilientes e situações exigentes e complexas.”

“A cultura de uma equipa mede-se pela forma como as pessoas se sentem.”

“Se a sua equipa não consegue fazer pausas... então o problema pode estar no sistema.”

“Para construir e fortalecer a resiliência, é necessário ter intencionalidade e foco.”

4.º PAINEL

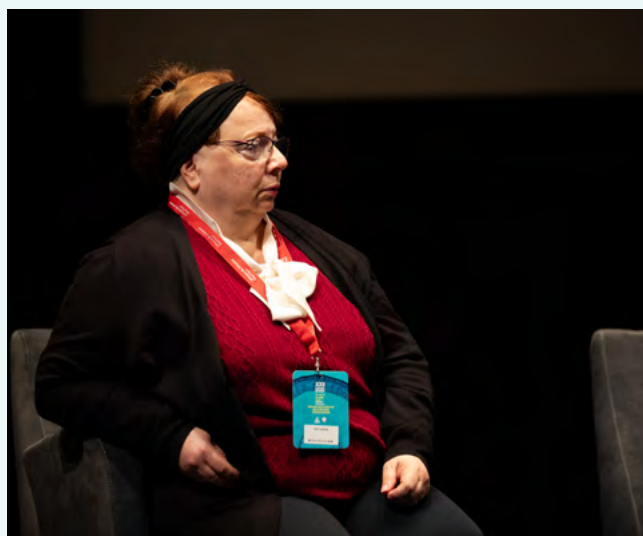
“Desafios transculturais”

Num contexto global marcado pela mobilidade populacional e pela crescente diversidade cultural, os cuidados de enfermagem perioperatória enfrentam desafios acrescidos. O ambiente do bloco operatório, caracterizado pela sua complexidade técnica e pela vulnerabilidade emocional do doente, exige uma abordagem que integre sensibilidade cultural e cuidados centrados na pessoa.

O 4.º painel do XXII Congresso Nacional da AESOP teve como objetivo promover a reflexão sobre o impacto das crenças, valores, práticas religiosas e barreiras comunicacionais na experiência perioperatória, bem como nas implicações para a segurança, adesão e resultados em saúde.



Enf.ª Odete Monteiro
e Prof.ª Lucília Nunes



Enf.ª May Karam

A Professora Doutora Lucília Nunes desafiou os participantes a refletirem sobre a sua própria identidade cultural enquanto profissionais, evidenciando como esta pode influenciar decisões e práticas clínicas. Por sua vez, a Enfermeira May Karam, com base numa experiência profissional alargada em contextos multiculturais, apresentou estratégias práticas para a prestação de cuidados culturalmente competentes, destacando a importância da comunicação e da adaptação às necessidades individuais dos doentes.

O debate entre os participantes revelou-se particularmente rico, abordando questões como a conciliação entre o respeito pela diversidade cultural e a garantia da segurança do doente, a superação de barreiras linguísticas e a construção de relações terapêuticas baseadas na confiança.

Conclui-se que o desenvolvimento da competência cultural é fundamental na enfermagem perioperatória, contribuindo para cuidados mais equitativos, individualizados e seguros, e para a melhoria da qualidade assistencial em contextos cada vez mais diversos.

Enf.ª Odete Monteiro
AESOP

DIA EUROPEU DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO 2026

**"Surgical Safety,
Start With Us"**

No âmbito do XXII Congresso Nacional da AESOP, foram apresentados os resultados das comemorações do Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório (PND) 2026, assinalado a 15 de fevereiro em simultâneo com as associações europeias integrantes da *European Operating Room Nurses Association* (EORNA). Pelo 21.º ano consecutivo, a AESOP associou-se a esta iniciativa europeia, reafirmando o compromisso inabalável dos enfermeiros perioperatórios com a segurança cirúrgica e a excelência dos cuidados prestados ao doente.



Enf.ª Filomena Postiço

Sob o mote "*Surgical Safety, Start With Us*", a edição de 2026 destacou o papel crucial do enfermeiro perioperatório na prevenção de eventos adversos e na promoção de práticas seguras ao longo de todo o percurso cirúrgico. O desafio lançado às equipas centrou-se na divulgação de estratégias eficazes e projetos de melhoria contínua, capazes de fortalecer a cultura de segurança nos blocos operatórios nacionais.

A Iniciativa PITCH: Inovação e Mobilização Nacional

Para assinalar a data, a AESOP promoveu um desafio nacional em formato PITCH, convidando as equipas de saúde perioperatórias a desenvolver vídeos de curta duração (3 minutos) dedicados à apresentação de ideias, projetos e boas práticas. Com uma estrutura científica, os conteúdos submetidos deveriam evidenciar a liderança clínica, a tomada de decisão em contexto perioperatório e a partilha colaborativa de experiências.

A adesão superou as melhores expectativas: foram submetidos 42 PITCH, provenientes de 29 instituições de saúde, distribuídas por 16 distritos do país. Lisboa, Coimbra, Aveiro e Braga destacaram-se como os distritos com maior taxa de participação, refletindo o envolvimento crescente das equipas na promoção da qualidade dos cuidados.

Consulte a distribuição geográfica completa em <https://aesop-enfermeiros.org/pnd/>

Diversidade Temática em Evidência

Os trabalhos apresentados demonstraram a riqueza e a transversalidade das áreas trabalhadas pelas equipas perioperatórias:

- Segurança do Doente: Implementação da *Checklist* Cirúrgica da OMS, identificação segura do doente e prevenção de eventos adversos;
- Comunicação e Trabalho em Equipa: Dinamização de *briefing/debriefing*, metodologia ISBAR e fortalecimento da cultura de segurança;
- Segurança do Medicamento: Circuitos seguros e gestão de risco farmacológico;
- Prevenção de Infecção: Foco em estratégias “Infecção Zero” e otimização da preparação pré-cirúrgica;
- Inovação e Digitalização: Rastreabilidade digital, utilização de *QR Codes* e plataformas de suporte à decisão clínica;
- Humanização dos Cuidados: Valorização do acolhimento e da experiência global do doente no bloco operatório.

Impacto Digital e Literacia em Saúde

A estratégia de comunicação da AESOP para o PND 2026 foi multifacetada e incluiu a divulgação do póster comemorativo, o envio de cartas de adesão a dinamizadores locais e Conselhos de Administração, a emissão de um *Press Release* institucional, a construção de plataforma para receção dos PITCH, um acompanhamento telefónico próximo por parte da equipa coordenadora, a avaliação dos PITCH recebidos à luz dos requisitos divulgados na carta de adesão e a divulgação nas redes sociais.

Todo o processo contou ainda com a participação dos dinamizadores locais, fundamentais para a mobilização das equipas e implementação das atividades nas diferentes instituições de saúde.

Este esforço traduziu-se num impacto significativo nas plataformas digitais. Através da página oficial da AESOP, a campanha alcançou 22,9 mil impressões, registou uma taxa de *engagement* de 9,6% e obteve mais de 7.000 visualizações no Instagram. Estes indicadores reforçam a visibilidade nacional e internacional da enfermagem perioperatória, divulgam as competências destes profissionais e contribuem ativamente para o aumento da literacia em saúde do cidadão.

O Palco do XXII Congresso Nacional: Reconhecimento e Partilha

A apresentação dos resultados no Congresso Nacional foi o culminar desta celebração, evidenciando o contributo das equipas para uma cultura organizacional centrada na segurança. O evento deu ainda voz às representantes dos três PITCH mais votados pela equipa coordenadora do PND 2026, proporcionando um momento privilegiado de partilha e reconhecimento público:

- **“CIRURGIA SEGURA:
3 Minutos que Salvam Vidas!!!”**

Instituição: ULS Cova da Beira – BO e UCA

Apresentação: Enf.^a Carla Pinto
(Dinamização: Enf.^a Ana Rita Aparício)

Coautoria: Enf.^a Ana Rita Aparício,
Enf.^a Carina Querido, Enf.^a Joana Cavalheiro
e Enf.^a Marta Machado.

- **“SEGURANÇA:
Regresso ao Básico”**

Instituição: ULS Entre o Douro e
Vouga, Hospital de S. Sebastião – BO

Apresentação: Enf.^a Filipa Teixeira
(Dinamização: Enf.^a Isabel Melo)

Coautoria: Enf.^a Fernanda Marques,
Enf.^a Manuela Cardoso, Enf.^a Maria José
Dinis e Enf.^a Vera Pais.

- **“STOP Ruído!”**

Instituição: ULS São José, Hospital
Dona Estefânia – BOC Pediátrico

Apresentação e Dinamização:
Enf.^a Vânia Peralta

Coautoria: Enf.^a Marisa Alves.

Um Olhar Crítico sobre o Futuro: A Inteligência Artificial

Durante a análise dos trabalhos submetidos, emergiu uma reflexão pertinente sobre o uso de imagens geradas por Inteligência Artificial (IA). A identificação de alguns erros relevantes motivou um momento de sensibilização durante o Congresso, alertando os profissionais para a necessidade de uma utilização crítica, ética e responsável destas ferramentas tecnológicas no ecossistema científico e profissional.

Conclusão

As comemorações do PND 2026 demonstraram, uma vez mais, o dinamismo, a criatividade e o compromisso ético dos enfermeiros perioperatórios portugueses com a melhoria contínua dos cuidados. A partilha destes projetos constituiu uma oportunidade ímpar de reflexão conjunta e de afirmação do enfermeiro perioperatório enquanto líder, decisor e agente de mudança.

A AESOP reafirma o seu propósito institucional de continuar a promover iniciativas que valorizem a prática perioperatória, robusteçam a identidade profissional e elevem os padrões de excelência na segurança do doente cirúrgico.

O sucesso de 2026 reforça o convite a todas as equipas perioperatórias para continuarem a partilhar o seu conhecimento nas próximas edições do PND. Mais do que celebrar uma data, participar nesta iniciativa anual é uma oportunidade única para dar visibilidade à excelência dos cuidados prestados em cada bloco operatório, inspirar os pares e afirmar o papel insubstituível do enfermeiro perioperatório na saúde em Portugal. Contamos com a vossa participação no próximo ano!

**Filomena Postiço
Helena Ribeiro
Odete Monteiro
Sandrina Fernandes**
Coordenadoras Nacionais
do PND 2026

COMISSÃO CIENTÍFICA

A produção e divulgação do conhecimento científico constituem pilares fundamentais para o desenvolvimento profissional da enfermagem e para a melhoria da qualidade dos cuidados. No contexto perioperatório, onde a complexidade assistencial exige intervenções baseadas em evidência, os congressos científicos assumem um papel estratégico como espaços de partilha de investigação, inovação e reflexão sobre a prática.

A Associação dos Enfermeiros Perioperatórios Portugueses (AESOP), promove anualmente momentos de privilegiado de encontro entre profissionais ligados à enfermagem perioperatória. O XXII Congresso Nacional manteve essa tradição, com um programa científico diversificado e um conjunto de sessões dedicadas à apresentação de trabalhos originais, no contexto específico da enfermagem perioperatória.

A Comissão Científica (CC) composta por 6 enfermeiros foi constituída com o objetivo de avaliar os trabalhos científicos que foram submetidos, de forma assegurar a qualidade dos conteúdos e rigor metodológico das apresentações que foram selecionadas para serem apresentadas no XXII Congresso Nacional da AESOP, elaborou um regulamento onde se encontravam plasmados os critérios que basearam apreciação desta comissão. Foram submetidos 57 resumos dos quais, 24 foram Comunicações Livres, 28 Pósteres e 5 Pitches. Neste evento, pela primeira vez, foi criada a categoria de Pitch como forma de distinguir os projetos de melhoria apenas planeados, dos projetos de melhoria já aplicados e com resultados para a prática.

Os temas dos trabalhos submetidos foram essencialmente relacionados com a segurança do doente e com a melhoria da qualidade dos cuidados. Para além dos trabalhos académicos que foram submetidos, tiveram também destaque vários projetos de melhoria contínua da qualidade, com resultados relevantes para a prática de enfermagem, na área da pessoa em situação perioperatória.



Comissão Científica

O processo de submissão, aberto a todos os profissionais de enfermagem, decorreu mediante regulamento previamente publicado, que estabeleceu os seguintes critérios de avaliação:

- a) Clareza da problemática e dos objetivos;
- b) Qualidade da escrita;
- c) Enquadramento do tema;
- d) Criatividade e inovação;
- e) Conteúdo científico relevante.

O Congresso teve 3 momentos dedicados às apresentações dos trabalhos, que no entender da CC, reuniram os melhores critérios para serem apresentados, tendo sido selecionadas 12 CL, 3 Pitches e 4 Póster para apresentação no auditório principal onde decorreu o Congresso.

Os participantes do Congresso tiveram a oportunidade de conhecer trabalhos que refletem a inovação, a evidência científica e o compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados à pessoa em contexto perioperatório, indo ao encontro dos objetivos do evento.

A Comissão Científica atribuiu prémios aos trabalhos que mais se destacaram pelo rigor científico, relevância clínica e qualidade metodológica. Das **comunicações livres** selecionadas para apresentação a CC selecionou as que mais se destacam pela sua qualidade quer de relevância, quer pelo rigor científico, tendo sido atribuídos os seguintes prémios:

1º lugar

Debriefing estruturado no bloco operatório: evidência científica e liderança da enfermagem perioperatória na consolidação da cultura de segurança; da autoria dos enfermeiros Joana Garcia, Joana Ferreira, Pedro Marques, e Sandra Teixeira.

2º lugar

Associação entre supervisão clínica estruturada, desenvolvimento profissional e qualidade dos cuidados em enfermagem perioperatória; da autoria dos enfermeiros, Marisa de Paula e Diogo Folgado.

A CC decidiu atribuir uma **menção honrosa** à comunicação livre:

Musicoterapia como intervenção não farmacológica no perioperatório: evidência recente e implicações para a prática de enfermagem; da autoria de Jorge Moreira, João Lemos, Elisabete Braga.

No que diz respeito aos **pósteres**, dos selecionados para serem exibidos no Congresso, os que destacaram pela sua qualidade metodológica, rigor na elaboração e na discussão com a Comissão Científica foram:

1º lugar

Ruído intraoperatório como risco sistémico: perceções de enfermeiros de bloco operatório; da autoria dos enfermeiros, Joana Pinto, Cristina Almeida, Tânia Pereira, Marta Augusto.

2º lugar

Scrub Society Portugal enquanto ecossistema de aprendizagem informal em enfermagem perioperatória; autoria de Joana Pinto, Alexandra Macedo, João O'Neil.

Foi atribuída uma **menção honrosa** ao poster:

Impacto do ruído na segurança da pessoa em situação perioperatória: resultados preliminares de scoping review; da autoria dos enfermeiros Pedro Simões, Solange Silva, Joana Pinto.

Quanto aos **Pitch** foi atribuído apenas um prémio ao pitch:

Saco de memórias da autoria do enfermeiro Marco Sameiro.

Os resultados do XXII Congresso Nacional da AESOP evidenciam uma produção científica consolidada na área da enfermagem perioperatória em Portugal, com 57 submissões que refletem o compromisso dos profissionais com a investigação e a melhoria contínua da prática. Os temas dominantes, segurança do doente e qualidade dos cuidados, ressoam com as prioridades globais da saúde, particularmente no contexto perioperatório, onde a prevenção de eventos adversos e a otimização dos resultados clínicos constituem desafios permanentes. A presença significativa de projetos de melhoria contínua da qualidade é particularmente relevante, na medida em que demonstra a capacidade dos enfermeiros perioperatórios portugueses de articular a teoria com a prática, gerando conhecimento aplicável e mensurável.

O trabalho vencedor na categoria de comunicações livres, sobre “debriefing estruturado”, destaca-se pela sua pertinência, a reflexão estruturada sobre eventos críticos é reconhecida como estratégia efetiva de aprendizagem organizacional e promoção da cultura de segurança, áreas em que a enfermagem perioperatória pode exercer liderança determinante.

Na categoria de pósteres, a dupla distinção de trabalhos sobre o ruído intraoperatório como risco sistémico revela uma sensibilidade emergente para fatores ambientais frequentemente negligenciados na segurança perioperatória. A menção honrosa atribuída ao trabalho sobre musicoterapia evidencia a abertura da Comissão Científica para intervenções não farmacológicas, numa área onde a integração de abordagens complementares pode contribuir para a humanização do cuidado e a redução da ansiedade perioperatória, aguardando a sua implementação na prática clínica.



Enf. Sandrina
Fernandes e Enf.ª
Sofia Bartolomeu

O pitch vencedor, ilustra a criatividade e a capacidade de inovação dos enfermeiros perioperatórios portugueses, ao propor soluções práticas e centradas na preocupação com o impacto ambiental dos resíduos do bloco operatório e como os ajudar a combater. A CC do XXII Congresso Nacional da AESOP, agradece a todos os autores das CL, pitch e dos Poster, bem como a dedicação e empenho dos autores em dar a conhecer o que de melhor fazem para o desenvolvimento da enfermagem no contexto perioperatório. É certo que nos momentos dedicados às apresentações no programa do Congresso seria impossível que todos os trabalhos fossem apresentados, pelo que a CC teve um trabalho árduo em selecionar, de entre todos, aqueles que no seu entender preencheram melhor os critérios para a sua apresentação. Esta decisão reflete o compromisso da Comissão Científica com a promoção da excelência, do rigor científico e da credibilidade dos conteúdos apresentados, pelo que a seleção dos trabalhos para

apresentação obedeceu a critérios rigorosos de qualidade científica, metodológica e relevância para a prática em enfermagem perioperatória. Os trabalhos selecionados, no entender desta comissão refletem a transparência e o compromisso da mesma com a promoção da excelência, do rigor científico e da credibilidade dos conteúdos apresentados. AESOP gostaria de deixar o convite para os enfermeiros a continuarem a produzir conhecimento, a divulgar as suas experiências e a partilhar aquilo que vale a pena ser partilhado, nos seus eventos futuros, para que possamos, juntos fazer a diferença.

Sofia Bartolomeu
Coordenadora da Comissão
Científica do XXII Congresso
Nacional AESOP; DN AESOP

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA



**Realidade virtual
no impacto do ruído
em cirurgias ortopédicas
sob anestesia loco-regional:
Revisão Sistemática**

Autores

Bárbara Martins Gonçalves

Enfermeira ULS Barcelos/Esposende;
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica,
na área de Enfermagem à Pessoa
em situação Perioperatória
barbaram.goncalves@sapo.pt

Cristina Barroso Pinto

Professora Coordenadora; Escola Superior
de Enfermagem do Porto e investigadora
no Centro de Investigação em Tecnologias
e Serviços de Saúde e Laboratório de
Investigação em Saúde

Maria de Fátima Segadães

Professora Adjunta; Escola Superior
de Enfermagem do Porto

Julietta Martins Lucas

Enfermeira ULS Barcelos/Esposende;
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Palavras-chave:

**Ruído cirúrgico; Realidade Virtual;
Ansiedade; Satisfação do cliente**

RESUMO

Introdução:

O ruído cirúrgico no interior das salas de operações de cirurgias ortopédicas, resultam num aumento dos níveis de stresse e ansiedade dos clientes, apresentando repercussões em toda a experiência cirúrgica. A realidade virtual tem demonstrado ser uma solução promissora ao envolver os clientes em ambientes imersivos.

Objetivos:

Analisar a eficácia da realidade virtual como estratégia de redução do impacto do ruído cirúrgico nos clientes submetidos a cirurgias ortopédicas sob anestesia loco-regional.

Metodologia:

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, baseada no modelo PICO e nas diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI). A pesquisa ocorreu entre 5 e 7 de outubro de 2024, nas bases *MEDLINE Complete* e *CINAHL Complete* via *EBSCOhost*, com limitadores da pesquisa: publicação entre 2017 e 2024, em português e inglês e artigos académicos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e avaliação metodológica, cinco artigos foram selecionados para análise.

Resultados:

A realidade virtual demonstrou ser eficaz na redução da ansiedade em clientes submetidos a cirurgias com anestesia loco-regional, contribuindo para a diminuição da necessidade de fármacos anestésicos e sedativos. Os estudos mostram redução significativa nos níveis de dor, maior estabilidade hemodinâmica e menor risco de alterações cardiovasculares, associados à menor produção de hormonas como cortisol e adrenalina. Estes efeitos corroboram a *Gate Control Theory*, que defende que estímulos não dolorosos podem inibir parcialmente a transmissão da dor ao cérebro. De forma geral, a satisfação dos clientes foi superior quando a realidade virtual foi utilizada como método complementar.

Conclusão:

A realidade virtual mostrou-se eficaz na redução do impacto do ruído cirúrgico, diminuindo a ansiedade, a perceção da dor e aumentando a satisfação dos clientes submetidos a cirurgias ortopédicas com anestesia loco-regional. Apesar dos resultados positivos, é necessária a realização de mais estudos para possibilitar a implementação padronizada da realidade virtual em ambiente hospitalar.

ABSTRACT**Introduction:**

Surgical noise inside orthopedic operating rooms leads to increased stress and anxiety levels in clients, impacting the overall surgical experience. Virtual reality has shown promise as a solution by immersing clients in engaging environments.

Objectives:

To analyze the effectiveness of virtual reality as a strategy to reduce the impact of surgical noise in clients undergoing orthopedic surgeries under loco-regional anesthesia.

Methodology:

A systematic literature review was conducted based on the PICO model and the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines. The search took place between October 5 and 7, 2024, in the MEDLINE Complete and CINAHL Complete databases via EBSCOhost, with filters for publications from 2017 to 2024, in Portuguese and English, and academic articles. After applying inclusion and exclusion criteria and methodological evaluation, five articles were selected for analysis.

Results:

Virtual reality proved effective in reducing anxiety in clients undergoing surgeries with loco-regional anesthesia, contributing to a decreased need for anesthetic and sedative drugs. Studies showed a significant reduction in pain levels, greater hemodynamic stability, and a lower risk of cardiovascular changes, associated with reduced production of hormones such as cortisol and adrenaline. These effects support the Gate Control Theory, which suggests that non-painful stimuli can partially inhibit pain transmission to the brain. Overall, client satisfaction

was higher when virtual reality was used as a complementary method. **Conclusion:** Virtual reality has been effective in reducing the impact of surgical noise, decreasing anxiety and pain perception, and increasing satisfaction in clients undergoing orthopedic surgeries with loco-regional anesthesia. Despite positive results, further studies are needed to enable standardized implementation of virtual reality in hospital settings.

RESUMEN**Introducción:**

El ruido quirúrgico dentro de las salas de operaciones ortopédicas provoca un aumento del estrés y la ansiedad en los clientes, afectando toda la experiencia quirúrgica. La realidad virtual ha demostrado ser una solución prometedora al sumergir a los clientes en ambientes inmersivos.

Objetivos:

Analizar la eficacia de la realidad virtual como estrategia para reducir el impacto del ruido quirúrgico en clientes sometidos a cirugías ortopédicas bajo anestesia loco-regional.

Metodología:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura basada en el modelo PICO y las directrices del Joanna Briggs Institute (JBI). La búsqueda se llevó a cabo entre el 5 y 7 de octubre de 2024 en las bases de datos MEDLINE Complete y CINAHL Complete a través de EBSCOhost, con filtros de publicaciones entre 2017 y 2024, en portugués e inglés, y artículos académicos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y la evaluación metodológica, se seleccionaron cinco artículos para análisis.

Resultados:

La realidad virtual demostró ser eficaz en la reducción de la ansiedad en clientes sometidos a cirugías con anestesia loco-regional, contribuyendo a disminuir la necesidad de fármacos anestésicos y sedantes. Los estudios mostraron una reducción significativa en los niveles de dolor, mayor estabilidad hemodinámica y menor riesgo de alteraciones cardiovasculares, asociados a una menor producción de hormonas como el cortisol y la adrenalina. Estos efectos respaldan la Teoría del Control de la Puerta, que sostiene que los estímulos no dolorosos pueden inhibir parcialmente la transmisión del dolor al cerebro. En general, la satisfacción de los clientes fue superior cuando se utilizó la realidad virtual como método complementario. **Conclusión:** La realidad virtual ha demostrado ser eficaz en la reducción del impacto del ruido quirúrgico, disminuyendo la ansiedad, la percepción del dolor y aumentando la satisfacción de los clientes sometidos a cirugías ortopédicas con anestesia loco-regional. A pesar de los resultados positivos, es necesaria la realización de más estudios para posibilitar la implementación estandarizada de la realidad virtual en el entorno hospitalario.

INTRODUÇÃO

O ruído intenso gerado durante os procedimentos cirúrgicos, especialmente em cirurgias ortopédicas, é uma preocupação crescente devido ao seu impacto direto no bem-estar dos clientes. Este ruído, originado pelo uso de ferramentas como serras oscilantes e brocas, pode alcançar níveis de intensidade superiores a 100 dB, comparáveis ao som de um helicóptero ⁽²⁴⁾. Tal ambiente sonoro provoca desconforto físico e emocional, aumentando os níveis de ansiedade e stresse, afetando a percepção da dor e reduzindo a satisfação geral com a experiência cirúrgica ⁽³⁾. Esta problemática suscita a necessidade de estratégias eficazes para mitigar os efeitos adversos do ruído cirúrgico e melhorar o conforto do cliente.

A revisão da literatura evidencia que o ruído cirúrgico, ativa o sistema nervoso autónomo, resultando em alterações hemodinâmicas, como hipertensão e taquicardia. A ansiedade, por sua vez, está associada a uma maior produção de hormonas como o cortisol, a adrenalina e a noradrenalina, que prejudicam o processo de cicatrização e prolongam a recuperação ⁽¹⁷⁾. Em cirurgias ortopédicas, onde o uso de martelos, brocas e serras pode gerar ruídos até 118 dB, o impacto negativo é ainda mais significativo ⁽¹⁶⁾. Além disso, o medo de ver o procedimento, os instrumentos e ouvir conversas na sala de operações, intensifica a ansiedade do cliente submetido a anestesia loco regional ^(7,11). Estas condições podem comprometer a eficácia da anestesia e dificultar o processo de reabilitação.

No contexto intraoperatório, a Realidade Virtual (RV) tem-se destacado como uma solução inovadora e não farmacológica para reduzir o impacto do ruído cirúrgico. Ao criar ambientes tridimensionais imersivos que envolvem o utilizador através de estímulos visuais e auditivos, a RV promove

a distração e o relaxamento, diminuindo a atenção aos ruídos disruptivos da sala de operações ^(10,15). Esta tecnologia estimula o córtex visual e outros sentidos, aumentando a tolerância à dor e reduzindo a ansiedade durante procedimentos invasivos ⁽²³⁾. Estudos demonstram que a utilização da RV pode reduzir a necessidade de anestésicos e sedativos, funcionando como complemento eficaz à anestesia regional ⁽¹⁵⁾.

A pertinência desta revisão, reside na sua relevância para a enfermagem perioperatória, que procura identificar intervenções capazes de promover o conforto, minimizar o stresse e melhorar os resultados no pós-operatório. A RV surge como uma intervenção promissora, pois ao reduzir a ansiedade e a dor do cliente, pode evitar complicações associadas ao stresse elevado, tais como alterações hemodinâmicas e recuperação prolongada ^(5,17). A sua utilização em cirurgias ortopédicas, onde o ruído é particularmente intenso, é fundamental para otimizar o bem-estar dos clientes, especialmente quando estes são submetidos a anestesia loco-regional sem sedação.

O objetivo deste estudo é analisar a eficácia da RV na redução do impacto do ruído cirúrgico em clientes submetidos a cirurgias ortopédicas com anestesia loco-regional, avaliando a sua influência na ansiedade, percepção da dor, estabilidade hemodinâmica e satisfação dos clientes. Partimos das hipóteses de que a RV reduz significativamente os níveis de ansiedade e dor, diminui a necessidade de fármacos anestésicos e sedativos, promove maior estabilidade hemodinâmica e melhora a satisfação geral dos clientes durante o intraoperatório.

Em suma, a RV mostrou-se eficaz na redução da ansiedade, da percepção da dor e na promoção da estabilidade hemodinâmica em clientes submetidos a cirurgias ortopédicas com anestesia loco-regional ^(5,17). Ao proporcionar um ambiente imersivo

que desvia a atenção dos ruídos cirúrgicos intensos, contribui para uma experiência cirúrgica mais confortável e satisfatória ⁽¹⁵⁾. Contudo, apesar dos resultados promissores, é necessária a realização de estudos adicionais para padronizar a aplicação da RV em ambiente hospitalar, consolidando sua integração como prática clínica habitual.

METODOLOGIA

Para a elaboração desta revisão foram seguidas as etapas definidas pelo *Joanna Briggs Institute*. A questão norteadora da pesquisa foi: “A realidade virtual reduz o impacto do ruído cirúrgico em clientes submetidos a cirurgias ortopédicas sob anestesia loco-regional sem sedação?”, tendo sido elaborada segundo o modelo PICO, visando responder ao objetivo previamente definido.

A pesquisa incidiu sobre duas bases de dados: *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, recorrendo ao agregador de bases de dados *EBSCOhost Web*, tendo para isso sido definidos os descritores correspondentes a cada base de dados respetivamente (Tabela 1).

A pesquisa foi realizada em outubro de 2024, tendo sido incluídos artigos nos idiomas de inglês e português, publicados em revistas científicas entre 2017 e 2024. A elegibilidade do artigo foi determinada pela aplicação de critérios de inclusão e exclusão relacionados com a questão de investigação, apenas pela leitura do título e resumo. Os artigos incluídos na fase seguinte, foram analisados segundo a aplicação dos mesmos critérios mediante a sua leitura integral, determinando assim a sua elegibilidade. Posteriormente, foram submetidas a uma avaliação da qualidade metodológica, tendo por base as *Critical Appraisal Checklist's* da JBI, tendo sido

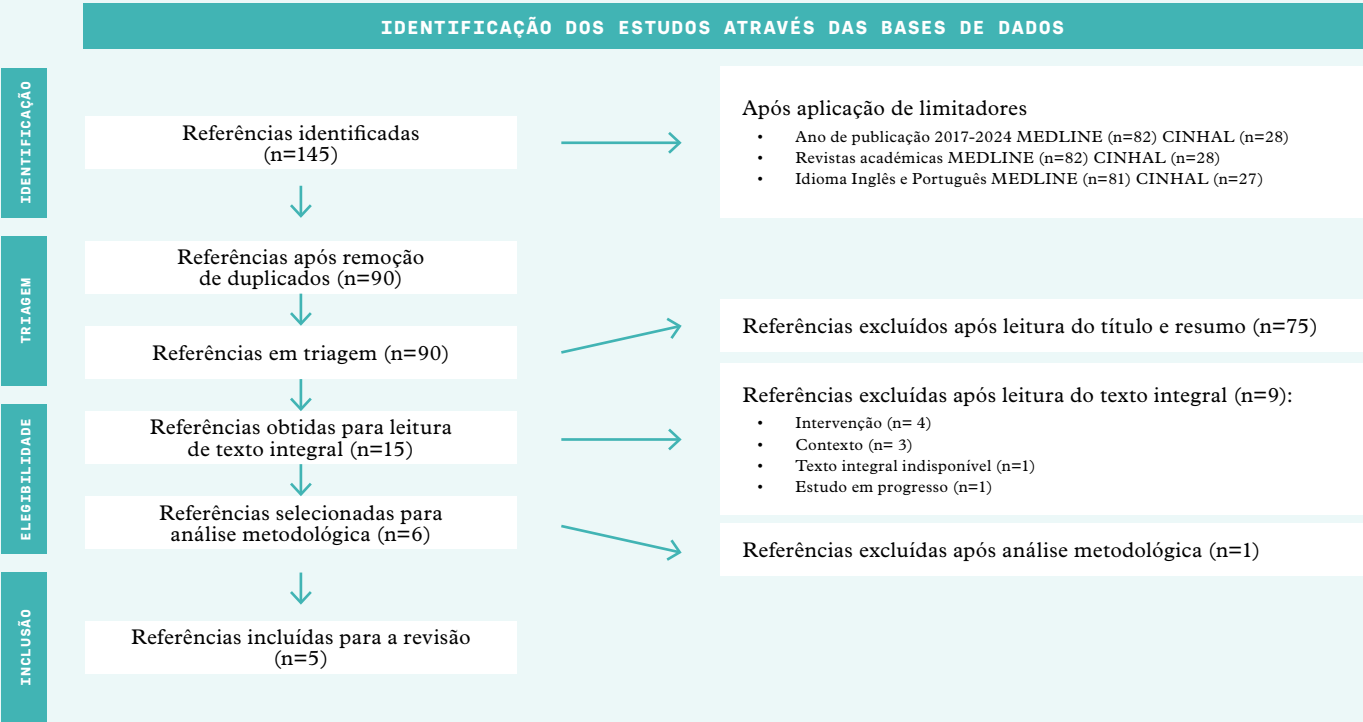
selecionados os estudos que obtiveram uma pontuação superior a 70%⁽¹³⁾ (Figura 1).
A presente investigação consiste numa revisão da literatura, baseada exclusivamente na análise de estudos científicos previamente publicados e disponíveis em bases de dados, não envolvendo a recolha de dados primários nem o contacto com participantes humanos, pelo que não se justificou a submissão a uma

Comissão de Ética. Ao longo do processo metodológico foram respeitados os princípios de integridade científica e rigor académico, assegurando a seleção criteriosa das fontes, a análise fiel e objetiva da informação e a correta referência das fontes consultadas, em respeito pelos direitos de autor e pela prevenção de práticas de plágio.

Tabela 1 – Resultados da estratégia de pesquisa

BASE DE DADOS	FRASE BOLEANA	RESULTADOS
CINAHL Complete	("Orthopedic surgery" OR "Operating room" OR "Operating theatres" OR "Anesthesia, Conduction" OR "Nerve Block" OR "Conscious Sedation") AND ("Noise" OR "Surgical noise" OR "Anxiety" OR "Patient Satisfaction" OR "Pain" OR "Outcomes") AND ("Virtual Reality" OR "Audiovisuals")	36
MEDLINE Complete	("Orthopedic Procedures" OR "Operating room" OR "Anesthesia, Conduction" OR "Nerve Block" OR "Conscious Sedation") AND ("Noise" OR "Noise pollution" OR "Anxiety" OR "Patient Satisfaction" OR "Pain Perception" OR "Measure, Outcome" OR "Sedatives") AND ("Virtual Reality" OR "Audiovisual")	109

Figura 1 – Diagrama de fluxo da metodologia desta revisão sistemática baseada nas recomendações do JBI⁽¹⁶⁾.



RESULTADOS/DISCUSSÃO

Vários estudos demonstram os benefícios da utilização da RV na redução da ansiedade, dor, instabilidade hemodinâmica e dos níveis de satisfação dos clientes submetidos a cirurgia sob anestesia loco-regional, sem sedação ^(1,2,9,12,20). Um estudo randomizado com 30 participantes, desenvolvido por Arifin et al. (2023), comparou o uso de Midazolam endovenoso com a utilização de óculos de RV durante cirurgias ortopédicas. Avaliaram-se os níveis de ansiedade em quatro momentos distintos e, embora no pré-operatório não se registassem diferenças significativas, no intra e pós-operatório os participantes do grupo que utilizaram RV apresentaram níveis de ansiedade significativamente inferiores, com níveis de satisfação mais elevados ⁽²⁾.

Alaterre et al. (2020), num estudo desenvolvido com 100 indivíduos submetidos a cirurgia do membro superior, confirmou que a RV contribuiu para uma maior satisfação imediata dos clientes, bem como dois meses após o procedimento. Os níveis de ansiedade intraoperatória e a necessidade de ansiolíticos foram inferiores no grupo da RV, tal como a ocorrência de alterações hemodinâmicas ⁽¹⁾. Também Hoxhallari et al. (2020) corroboram os benefícios da RV nos níveis de ansiedade e dor, especialmente em clientes com ansiedade preexistente, destacando ainda a RV como uma ferramenta eficaz de dissociação durante a cirurgia, resultando na sensação de diversão e relaxamento do cliente durante o procedimento ⁽¹²⁾.

Num estudo desenvolvido por Guigal et al. (2024), foi avaliada a utilização da RV em dois grupos distintos, com diferentes objetivos, durante a realização de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. No primeiro grupo, analisou-se a eficácia da RV como terapia hipnótica, recorrendo a sugestões hipnóticas, nomeadamente sequências de

respiração guiada e coerência cardíaca. No segundo grupo, a RV foi utilizada como dispositivo de distração, através de sessões com estímulos visuais e musicais, sem sugestão hipnótica. Foi ainda incluído um terceiro grupo, designado grupo de controlo, no qual não foi utilizado qualquer dispositivo de RV durante os mesmos procedimentos. Ambos os grupos submetidos à RV apresentaram melhores resultados nos níveis de dor, ansiedade e satisfação, bem como menor necessidade de sedação, comparativamente ao grupo de controlo. Não se observaram diferenças significativas entre os dois tipos de RV (hipnótica e de distração), sugerindo eficácia em ambas as abordagens ⁽⁹⁾.

Sahin e Basak (2020) compararam o uso de RV com o relaxamento muscular progressivo (RMP) em cirurgias do joelho sob anestesia loco-regional. Embora o RMP, através de exercícios que envolvem o alongamento e relaxamento voluntário de grandes grupos musculares, tenha sido mais eficaz na redução da ansiedade e na estabilidade hemodinâmica, a RV foi superior na promoção da satisfação dos clientes. Ambos os métodos reduziram a necessidade de ansiolíticos e mantiveram parâmetros hemodinâmicos dentro de valores aceitáveis, superando o grupo de controlo ⁽²⁰⁾.

A discussão integrada destes estudos confirma a utilidade da RV como uma intervenção não farmacológica eficaz, complementar à anestesia loco-regional. Ao reduzir a ansiedade, limita a produção de hormonas de stresse como o cortisol e a adrenalina, associadas a riscos cardiovasculares e a menor eficácia anestésica ⁽¹⁷⁾. A perceção de dor também se encontra diretamente relacionada com os níveis de ansiedade pré e intraoperatórios, o que sustenta os melhores resultados obtidos nos grupos com RV ⁽⁶⁾.

A *Gate Control Theory of Pain* de Melzack e Wall (1965), reforça a ação da RV ao

proporcionar estímulos sensoriais não dolorosos que competem com os estímulos dolorosos, impedindo a percepção plena da dor⁽¹⁹⁾. Além disso, a ansiedade e a dor influenciam diretamente os níveis de satisfação dos clientes, um indicador crucial da qualidade dos cuidados de saúde^(8,25). Ao reduzir a percepção de dor e os níveis de ansiedade, os estudos incluídos destacam consistentemente maior satisfação dos participantes que usaram RV, quando comparados com os que não a utilizaram^(1,2,9,12,20).

Outras estratégias como o RMP ou a RV hipnótica mostraram-se úteis, mas a RV enquanto distração destacou-se por equilibrar eficácia na redução da ansiedade com maior aceitação e satisfação dos clientes. A estabilidade hemodinâmica observada nestes grupos, particularmente ao nível da pressão arterial e da frequência cardíaca, reforça a eficácia da RV no controlo fisiológico do stresse.^(1,12,20).

CONCLUSÃO

Os estudos analisados demonstram de forma consistente que a utilização da RV durante cirurgias sob anestesia loco-regional contribui significativamente para a redução dos níveis de ansiedade, da percepção de dor e para o aumento da satisfação dos clientes com a experiência cirúrgica. Estes resultados confirmam os objetivos do presente estudo e reforçam a relevância da implementação de intervenções não farmacológicas complementares, com impacto positivo na segurança, bem-estar e custos dos cuidados de saúde.

A eficácia da RV pode ser explicada pela *Gate Control Theory*, segundo a qual estímulos não dolorosos competem com os estímulos dolorosos na medula espinhal, bloqueando parcialmente a percepção da dor. Este mecanismo justifica os resultados observados, especialmente em clientes com ansiedade pré-existente.

Além disso, a utilização da RV demonstrou influência positiva na estabilidade hemodinâmica dos clientes, reduzindo episódios de taquicardia e hipertensão induzidos por stresse cirúrgico. Isto traduz-se numa menor necessidade de administração de ansiolíticos ou sedativos, o que contribui para uma recuperação mais rápida e com menos efeitos adversos.

Os dados apresentados possuem validade científica robusta, com base em estudos randomizados e amostras consideráveis. Contudo, a sua generalização requer mais investigação em contextos e populações diversas.

A satisfação do cliente foi outro aspeto amplamente beneficiado com o uso da RV, constituindo um indicador essencial da qualidade dos cuidados. A integração da RV na prática clínica deve incluir formação adequada e protocolos bem definidos. Estratégias como o Relaxamento

Muscular Progressivo e a hipnose por RV também revelam potencial e merecem ser integradas num modelo multimodal de controlo da ansiedade e dor. Assim, conclui-se que a RV é uma ferramenta eficaz, segura e promissora na enfermagem perioperatória, promovendo cuidados mais humanizados e centrados no cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alaterre, C., Duceau, B., Sung Tsai, E., Zriouel, S., Bonnet, F., Lescot, T., & Verdonk, F. (2020). Virtual reality for peripheral regional anesthesia. *Journal of Clinical Medicine*, 9(1), 215. <https://doi.org/10.3390/jcm9010215>
2. Arifin, J., Mochamat, M., Pramadika, T., Paramita, D., & Nurcahyo, W. I. (2023). Effects of immersive virtual reality on patient anxiety during surgery under regional anesthesia: A randomized clinical trial. *Anesthesia and Pain Medicine*, 13(2), e130790. <https://doi.org/10.5812/aapm-130790>
3. Bheemanna, N. K., Channaiah, S. R. D., Gowda, P. K. V., Shanmugham, V. H., & Chanappa, N. M. (2017). Fears and perceptions associated with regional anesthesia: A study from a tertiary care hospital in South India. *Anesthesia Essays and Researches*, 11(2), 483-488. https://doi.org/10.4103/aer.AER_51_17
4. Brown, K., & Foronda, C. (2020). Use of virtual reality to reduce anxiety and pain of adults undergoing outpatient procedures. 7(3), 36. <https://doi.org/10.3390/informatics7030036>
5. Christian, L. M., Graham, J. E., Padgett, D. A., Glaser, R. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2006). Stress and wound healing. *Neuroimmunomodulation*, 13 (5-6), 337-346. <https://doi.org/10.1159/000104862>
6. Dai, W., Zhao, Y., Zhao, J., Wang, H., Wang, X., & Yang, F. (2020). Preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: A prospective study. *British Journal of Anaesthesia*, 125(3), 388-397. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.04.012>
7. Dove, P., Gilmour, F., Weightman, W. M., & Hocking, G. (2011). Patient perceptions of regional anesthesia: Influence of gender, recent anesthesia experience, and perioperative concerns. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 36(4), 332-335. <https://doi.org/10.1097/AAP.0b013e318217a89b>
8. Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., & Varela, M. (2023). Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: A systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare*, 11(5), 639. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>

9. Guigal, C., Simeone, P., Denis, J. B., Jaloux, C., Legré, R., Mayoly, A., Kachouh, N., Bruder, N., & Velly, L. (2024). Improvement in the perioperative satisfaction of the patient under loco-regional anesthesia by hypnosis or distraction with virtual reality. *Minerva Anestesiologica*, 90 (4), 340–342. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.23.17813-8>
10. Gupta, R., Kumar, K., & Shah, S. (2020). A Brief History of Virtual Reality, in Patents. *Legalttech News*. <https://www.finnegan.com/en/insights/articles/abrief-history-of-virtual-reality-in-patents.html>
11. Haugen, A. S., Eide, G. E., Olsen, M. V., Haukeland, B., Remme, A. R., & Wahl, A. K. (2009). Ansiedade na sala de cirurgia: um estudo de frequência e impacto ambiental em pacientes submetidos a anestesia local, de plexo ou regional. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2301–2310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02792.x>
12. Hoxhallari, E., Behr, I. J., Bradshaw, J. S., Morkos, M. S., Haan, P. S., Schaefer, M. C., & Clarkson, J. H. W. (2019). Virtual reality improves the patient experience during wide-awake local anesthesia no tourniquet hand surgery: A single-blind, randomized, prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 144(2), 408–414. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005831>
13. Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition. Recuperado de: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
14. Kalkman, J. C., Visser, K., Moen, J., Bonsel, J. G., Grobbee, D. E., & Moons, M. K. G. (2003). Preoperative prediction of severe post-operative pain. *Pain*, 105(3), 415–423. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00252-5](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00252-5)
15. Margam, R. (2024). Virtual Reality in Healthcare: Transforming Treatment. *International Journal of Artificial Intelligence & Machine Learning*. 3(1). 19–24. https://iaeme.com/MasterAdmin/Journal_uploads/IJAIML/VOLUME_3_ISSUE_1/IJAIML_03_01_003.pdf
16. Marsh, J. P., Jellicoe, P., Black, B., Monson, R. C., & Clark, T. A. (2011). Noise levels in adult and pediatric orthopedic cast clinics. *American Journal of Orthopedics (Belle Mead, N.J.)*, 40(7), 122–124. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22013576/>
17. Mavros, M. N., Athanasiou, S., Gkegkes, I. D., Polyzos, K. A., Peppas, G. & Falagas, M. E. (2011). Do psychological variables affect early surgical recovery? *PLoS ONE*, 6(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020306>
18. McMahon, O., Athanassoglou, V., & Galitzine, S. (2021). Audiovisual distraction as an anxiety-minimising adjuvant to regional anaesthesia in adult limb surgery: A service evaluation using patient-reported experience measures. *Journal of Visual Communication in Medicine*, 44(4), 166–173. <https://doi.org/10.1080/17453054.2021.1962701>
19. Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
20. Sahin, G., & Basak, T. (2020). The effects of intraoperative progressive muscle relaxation and virtual reality application on anxiety, vital signs, and satisfaction: A randomized controlled trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(3), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.11.002>
21. Sieber, F. E., Zakriya, K. J., Gottschalk, A., Blute, M. R., Lee, H. B., Rosenberg, P. B., & Mears, S. C. (2010). Sedation depth during spinal anesthesia and the development of postoperative delirium in elderly patients undergoing hip fracture repair. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 18–26. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0469>
22. Sousa, M., & Ambrósio, R. (2013). Anestesiologia clínica: Anestesia do neuroeixo. In H. Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia* (298–307). Lisboa.
23. Spiegel, B., Fuller, G., Lopez, M., Dupuy, T., Noah, B., Howard, A., Albert, M., Tashjian, V., Lam, R., Ahn, J., Dailey, F., Rosen, B. T., Vrahas, M., Little, M., Garlich, J., Dzibur, E., IsHak, W., & Danovitch, I. (2019). Virtual reality for management of pain in hospitalized patients: A randomized comparative effectiveness trial. *PLoS One*, 14(8), e0219115. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219115>
24. Tran, B. W., Nowrouz, M. Y., Dhillon, S. K., Xie, K. K., Breslin, K. M., & Golladay, G. J. (2020). Music listening during total knee replacement under spinal anesthesia: A randomized controlled trial. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 11, 1–7. <https://doi.org/10.1177/2151459320910844>
25. Tyser, A. R., Gaffney, C. J., Zhang, C., & Presson, A. P. (2018). The association of patient satisfaction with pain, anxiety, and self-reported physical function. *J Bone Joint Surg Am*, 100(21), 1811–1818. <https://dx.doi.org/10.2106/JBJS.17.00372>

ESPAÇO DO LEITOR



A Prevenção da ILC em Contexto Perioperatório: Reflexão Crítica sobre a prática do Enfermeiro e caminhos para a melhoria

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

AUTORES:

Rómulo Pinto

Enfermeiro do Serviço de Urgência de Bragança da ULS do Nordeste, romulo-pinto@hotmail.com;

Ângela Fernandes

Enfermeira do Serviço de Urgência de Bragança da ULS do Nordeste

Laurinda Martins

Enfermeira do Serviço de Urgência de Bragança da ULS do Nordeste

RESUMO

A infecção do local cirúrgico (ILC) continua a representar uma complicação significativa no período pós-operatório, com impacto direto na morbilidade, tempo de internamento e custos em saúde. Este artigo propõe, assim, uma análise reflexiva e crítica sobre a aplicação das medidas de prevenção da ILC em contexto perioperatório, com base em observações realizadas numa unidade de bloco operatório. A metodologia adotada consistiu numa análise descritiva e reflexiva sustentada na evidência científica e nas orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS). Conclui-se que a melhoria das práticas depende de uma maior sensibilização das equipas, formação contínua e implementação de auditorias clínicas. A reflexão proposta reforça a importância da atuação crítica e fundamentada do enfermeiro como agente transformador na prevenção da ILC.

Palavras-Chave:

Infeção do local cirúrgico; Enfermagem perioperatória; Prevenção; Segurança do doente; Direção-Geral da Saúde.

ABSTRACT

Surgical site infection (SSI) continues to be an important complication in the postoperative period, with a direct impact on morbidity, length of stay and health costs. This article therefore proposes a reflective and critical analysis of the application of SSI prevention measures in a perioperative context, based on observations made in an operating room unit. The methodology adopted consisted of a descriptive and reflective analysis based on scientific evidence and the guidelines of the Directorate-General for Health (DGS). It concludes that improving practices depends on raising team awareness, continuous training and the implementation of clinical audits. The proposed reflection reinforces the importance of nurses acting in a critical and reasoned manner as agents of change in the prevention of SSI.

Keywords: Surgical site infection; Perioperative nursing; Prevention; Patient safety; Directorate-General for Health.

RESUMEN

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) sigue siendo una complicación importante en el periodo postoperatorio, con un impacto directo en la morbilidad, la duración de la estancia y los costes sanitarios. Por ello, este artículo propone un análisis reflexivo y crítico de la aplicación de las medidas de prevención de las ISQ en un contexto perioperatorio, a partir de observaciones realizadas en una unidad de quirófano. La metodología adoptada consistió en un análisis descriptivo y reflexivo basado en la evidencia científica y en las directrices de la Dirección General de Salud (DGS). Concluye que

la mejora de las prácticas depende de la sensibilización de los equipos, de la formación continua y de la realización de auditorías clínicas. La reflexión propuesta refuerza la importancia de que las enfermeras actúen de forma crítica y razonada como agentes de cambio en la prevención de las ISQ.

Palabras clave: Infección del sitio quirúrgico; Enfermería perioperatoria; Prevención; Seguridad del paciente; Dirección General de Salud.

1. INTRODUÇÃO

A infecção do local cirúrgico (ILC) é uma das complicações mais frequentes associadas aos cuidados de saúde, representando cerca de 20% de todas as infecções nosocomiais (World Health Organization [WHO], 2016). No contexto perioperatório, a prevenção da ILC exige uma abordagem sistemática, multidisciplinar e sustentada em boas práticas clínicas, dado que a sua ocorrência está associada a aumento do tempo de internamento, elevação dos custos hospitalares, sofrimento do doente e maior risco de morbimortalidade (Allegranzi et al., 2016; Magill et al., 2018). A Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tem vindo a reforçar a necessidade de cumprimento rigoroso de um conjunto de medidas de prevenção da ILC, com especial destaque para a profilaxia antibiótica, tricotomia adequada, normotermia intraoperatória e antisepsia cutânea (DGS, 2019). No entanto, a translação destas orientações para a prática clínica nem sempre é eficaz, evidenciando-se disparidades na sua implementação entre instituições e equipas (Horgan, 2024).

Neste contexto, o enfermeiro perioperatório assume um papel fulcral, não apenas na execução técnica dos cuidados, mas também na vigilância, liderança e promoção de boas práticas baseadas na evidência (Ellsworth et al., 2023). A sua intervenção pode ser determinante na redução do risco de ILC, sobretudo através da monitorização dos protocolos, educação contínua da equipa e defesa da segurança do doente. A literatura aponta que práticas inconsistentes no bloco operatório, como a tricotomia realizada com lâmina, falhas na temporização da antibioterapia profilática e ausência de monitorização da temperatura corporal, continuam a ser comuns (Anderson et al., 2019). Estes fatores demonstram a necessidade de uma análise crítica e reflexiva sobre as práticas instituídas, com vista à melhoria contínua e ao alinhamento com as metas definidas pela DGS e por organismos internacionais, como o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

Neste sentido, este artigo tem como objetivo desenvolver uma análise reflexiva e crítica sobre a forma como as medidas de prevenção da ILC são aplicadas em contexto perioperatório, destacando o papel do enfermeiro perioperatório e propondo estratégias de melhoria concretas, em consonância com as recomendações nacionais e internacionais.

2. METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente artigo corresponde a uma reflexão crítica com base em prática profissional, segundo modelos de prática reflexiva definidos por Gibbs (1988) e Johns (1995). Inspirando-se em métodos qualitativos aplicados à enfermagem perioperatória (McGarry, 2015; Lindseth & Norberg, 2004), o trabalho foi conduzido na equipa

de enfermagem de um bloco operatório, num hospital público português. A recolha de dados foi realizada através de observação reflexiva sistematizada, e de análise documental de protocolos institucionais e normas da DGS (Norma n.º 015/2019) e, por sua vez, a análise seguiu a análise de conteúdo qualitativa, conforme Elo e Kyngäs (2008), permitindo a identificação de padrões, lacunas e oportunidades de melhoria nos cuidados perioperatórios.

Do ponto de vista ético, garantiu-se o anonimato da instituição e dos profissionais, sem recolha de dados pessoais ou sensíveis. A abordagem reflexiva dos autores enquadra-se no âmbito da prática assistencial, sem envolvimento direto de utentes ou necessidade de consentimento individual, estando, por isso, dispensado parecer de comissão de ética. O estudo respeita os princípios de confidencialidade, integridade e rigor científico, evitando qualquer tipo de viés intencional durante a reflexão crítica.

3. POSICIONAMENTO TEÓRICO

3.1 DEFINIÇÃO E RELEVÂNCIA DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

As ILCs constituem uma das complicações mais frequentes no período pós-operatório, representando um grave problema de saúde pública pela sua elevada incidência, impacto na recuperação dos doentes e aumento dos custos hospitalares. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as ILCs afetam até 11% dos doentes cirurgicamente intervencionados nos países desenvolvidos, podendo esse número ser significativamente mais elevado em contextos com recursos limitados (World Health Organization [WHO], 2016).

De acordo com o CDC, a ILC é definida como uma infeção que ocorre no local da incisão cirúrgica, podendo envolver a pele,

os tecidos subjacentes, órgãos ou espaços manipulados durante a intervenção (CDC, 2017), sendo que estas infeções podem ser classificadas como superficiais, profundas ou envolvendo órgãos/cavidades, sendo o seu diagnóstico baseado em critérios clínicos, laboratoriais e microbiológicos. Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS), através da Norma n.º 015/2019, reconhece a ILC como um evento adverso evitável, destacando a sua prevenção como uma prioridade nacional, sendo que a norma recomenda práticas baseadas na evidência científica, incluindo a higiene das mãos, profilaxia antimicrobiana apropriada, preparação da pele do doente e vigilância pós-operatória (DGS, 2019).

As ILCs têm um impacto significativo na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida dos doentes, e estão associadas a internamentos mais prolongados, maior necessidade de antibióticos e risco aumentado de reinternamento e reintervenção cirúrgica (Allegranzi et al., 2016). Para além disso, acarretam elevados custos económicos para os sistemas de saúde e aumentam a carga de trabalho das equipas de enfermagem, tornando a sua prevenção uma responsabilidade clínica e ética de todos os profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros perioperatórios, que desempenham um papel essencial em todas as fases do processo cirúrgico (Anderson et al., 2019; Ellsworth et al., 2023).

3.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

O enfermeiro perioperatório ocupa uma posição central na cadeia de prevenção das ILCs, sendo responsável por assegurar a implementação de medidas de controlo de infeção ao longo de todo o percurso cirúrgico do doente — desde a

preparação pré-operatória até à vigilância no pós-operatório imediato. A sua atuação é orientada por normas e recomendações nacionais e internacionais, que enfatizam a importância da segurança cirúrgica, da higiene das mãos, da assepsia, da gestão da profilaxia antibiótica e da educação ao doente (DGS, 2019; WHO, 2016). Além disso, o enfermeiro perioperatório atua como clínico, educador e líder dentro da equipa cirúrgica (Ellsworth, et al., 2023).

Em Portugal, o exercício profissional do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente na área perioperatória, está regulamentado pelo Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define o perfil de competências específicas deste profissional. De acordo com este regulamento, o enfermeiro perioperatório deve “garantir cuidados especializados na preparação, realização e recuperação cirúrgica, promovendo a segurança e o bem-estar da pessoa em processo cirúrgico” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 3776). No que respeita à prevenção da ILC, o enfermeiro especialista é responsável por assegurar a aplicação de práticas baseadas na evidência, como a preparação da pele, o controlo térmico, a verificação da profilaxia antimicrobiana, a manutenção do ambiente estéril e a monitorização da integridade da ferida cirúrgica. Estas competências são exercidas ao longo de todas as fases do percurso cirúrgico — pré, intra e pós-operatória — e incluem ainda a capacidade de liderança clínica, supervisão da equipa, formação dos pares e avaliação contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2018).

Adicionalmente, o Código Deontológico do Enfermeiro reforça o compromisso ético do enfermeiro com a segurança da pessoa cuidada, estabelecendo que este deve “tomar medidas para prevenir situações de risco evitáveis” (OE, 2016, Art.º 15.º). Assim, a

prevenção da ILC não é apenas uma responsabilidade técnica, mas também ética e legal, que integra o escopo da prática profissional especializada do enfermeiro perioperatório.

3.3 LACUNAS E DESAFIOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Apesar da existência de orientações nacionais e internacionais claras sobre a prevenção da ILC, como a Norma n.º 015/2019 da DGS (DGS, 2019), persistem diversas lacunas na sua implementação prática nos contextos perioperatórios. A literatura evidencia que a adesão às recomendações clínicas é frequentemente inconsistente, o que compromete a segurança do doente e a eficácia das estratégias de prevenção (Anderson et al., 2019).

Uma das principais lacunas prende-se com a variabilidade na implementação das recomendações entre instituições e mesmo entre profissionais de saúde, refletindo uma adesão muitas vezes incompleta ou inconsistente aos feixes de intervenções propostos (Edminston & Leaper, 2022; DGS, 2022). Embora se saiba que cerca de 60% das ILC podem ser prevenidas através da aplicação rigorosa dessas medidas (Calderwood et al., 2023), a sua efetiva concretização encontra entraves estruturais e organizacionais, como falta de recursos, tempo e formação contínua.

Outro desafio reside na articulação interprofissional, uma vez que a prevenção da ILC exige um esforço coordenado entre todos os membros da equipa cirúrgica, sendo que nem sempre existem canais de comunicação eficazes ou protocolos bem definidos que assegurem essa cooperação (Bashaw & Keister, 2019; Harrington, 2014). A formação e o empoderamento do enfermeiro perioperatório surgem aqui como uma das chaves para superar estas dificuldades, dado o seu papel central na implementação das práticas

preventivas, como a tricotomia adequada, o controlo glicémico, a normotermia e a antisepsia da pele (Domingos et al., 2016; Copanitsanou & Santy-Tomlinson, 2021). No entanto, muitos destes profissionais ainda enfrentam dificuldades no acesso a formação especializada e atualizada, comprometendo a sua capacidade de liderar eficazmente as intervenções (Tucci et al., 2019).

Adicionalmente, a monitorização e vigilância das ILC também enfrenta obstáculos significativos. Apesar de os métodos indiretos, como os registos de enfermagem, apresentarem elevada sensibilidade e especificidade (Calderwood et al., 2023), a sua utilização nem sempre é sistemática ou valorizada no processo de tomada de decisão clínica, o que limita a deteção precoce de sinais de infeção e a avaliação do cumprimento das práticas preventivas.

No âmbito da cirurgia ortopédica, por exemplo, os desafios são ainda mais expressivos, dado o uso frequente de dispositivos e implantes, bem como o risco acrescido associado a cirurgias de revisão ou de origem traumática (Le et al., 2020; Feng et al., 2022). Apesar das recomendações específicas para este contexto, como a descolonização nasal com agentes anti-*Staphylococcus aureus* e o uso de terapia de pressão negativa na ferida cirúrgica (Goldberg et al., 2021; Seidelman et al., 2023), estas práticas não são sempre incorporadas de forma sistemática nas rotinas clínicas.

Por fim, uma dificuldade persistente está na falta de cultura organizacional voltada para a segurança do doente pois, muitas instituições ainda não priorizam, de forma estrutural, a prevenção das ILC como indicador de qualidade assistencial, o que enfraquece o compromisso coletivo com a adoção integral das melhores práticas (Cassini et al., 2016; DGS, 2022). Assim, torna-se essencial promover uma

mudança cultural que valorize a liderança de enfermagem, a formação contínua e a responsabilização interprofissional, de forma a assegurar que as intervenções preventivas não sejam apenas conhecidas, mas efetivamente aplicadas na prática diária.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise crítica dos dados revela uma discrepância persistente entre as recomendações normativas para a prevenção da ILC e a sua aplicação no contexto perioperatório. Embora a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2020, 2022) e outras entidades internacionais como a OMS (2022) e o CDC (Calderwood et al., 2023) tenham definido protocolos robustos e baseados na evidência, observa-se que a implementação prática dessas medidas continua a enfrentar entraves significativos.

Os resultados indicam que o enfermeiro perioperatório desempenha um papel central e insubstituível na prevenção da ILC, sendo responsável pela aplicação de medidas cruciais, como a tricotomia segura, antisepsia cutânea, administração atempada de antibióticos profiláticos e manutenção da normotermia (Copanitsanou & Santy-Tomlinson, 2021; Domingos et al., 2016). Contudo, este profissional continua a deparar-se com limitações que comprometem a eficácia da sua intervenção, nomeadamente a insuficiente formação contínua prática, a falta de supervisão técnica direta, e uma débil cultura de segurança organizacional, fatores também apontados por Tucci et al. (2019) e Edmiston & Leaper (2022).

Apesar das dificuldades, foi possível identificar progressos positivos, como a crescente consciencialização dos profissionais quanto à importância da prevenção da ILC e a disponibilização de materiais normativos de apoio, como *checklists* e algoritmos clínicos. No

entanto, a aderência prática a medidas críticas — como a administração correta da profilaxia antibiótica dentro da janela terapêutica ideal (Calderwood et al., 2023), e o controle rigoroso do ambiente estéril intraoperatório — ainda é inconsistente, revelando um hiato entre o conhecimento técnico e a prática executada. Adicionalmente, observou-se que a fragilidade na documentação clínica representa um obstáculo relevante pois, a ausência de registros padronizados compromete a rastreabilidade das intervenções realizadas e limita a capacidade de monitorizar indicadores de qualidade relacionados com a ILC, como já discutido por Seidelman et al. (2023) e Goldberg et al. (2021). A literatura corrobora a importância dos registros clínicos estruturados como instrumentos de vigilância epidemiológica e suporte à tomada de decisão (Feng et al., 2022).

Face a estes resultados, destaca-se a necessidade urgente de reforçar a formação prática periódica, idealmente com simulações clínicas que reproduzam o contexto operatório real, promovendo a consolidação de competências técnicas e comportamentais. Adicionalmente, a implementação de auditorias regulares centradas na adesão às medidas de prevenção da ILC permitiria não só avaliar a eficácia das intervenções, mas também promover uma cultura de melhoria contínua e responsabilidade profissional. Também se propõe a valorização do enfermeiro perioperatório como líder técnico e formador dentro da equipa cirúrgica, atribuindo-lhe um papel mais ativo na supervisão e educação dos pares, em linha com a proposta de Harrington (2014) sobre liderança em enfermagem cirúrgica. Por fim, a investida na digitalização e uniformização dos registos clínicos emerge como uma medida estratégica para garantir maior segurança, rastreabilidade e integração dos dados, de acordo com as recomendações mais recentes da DGS (2022) no âmbito do

Plano Nacional de Segurança do Doente.

Assim, estes dados reforçam a importância de consolidar a enfermagem perioperatória como um agente estratégico na promoção de cuidados cirúrgicos seguros e baseados na evidência. A prevenção da ILC deve ser entendida não apenas como um conjunto de atos técnicos, mas como parte integrante de uma cultura de qualidade assistencial, segurança do doente e responsabilidade profissional.

5. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A análise crítica realizada evidencia que, embora existam protocolos institucionais e diretrizes nacionais robustas para a prevenção da ILC, como as definidas pela DGS, persistem lacunas significativas na sua implementação prática no contexto perioperatório. Observou-se que os enfermeiros perioperatórios desempenham um papel central e insubstituível neste processo, mas enfrentam limitações relacionadas com formação contínua, supervisão técnica, articulação interprofissional e cultura de segurança.

Os resultados indicam que há aspetos positivos, como a consciencialização crescente sobre a importância da adesão às normas de prevenção da ILC e a existência de materiais de apoio normativo. No entanto, persistem desafios ao nível da adesão prática a protocolos críticos, como a correta administração da profilaxia antibiótica e a manutenção rigorosa do ambiente estéril. A fragilidade na documentação clínica também compromete a rastreabilidade das intervenções e limita a monitorização da qualidade assistencial.

Como sugestões de melhoria, propõe-se: (1) o reforço da formação prática periódica com simulações clínicas; (2) a implementação de auditorias regulares focadas na

adesão às medidas preventivas da ILC;
(3) a valorização do papel do enfermeiro perioperatório como líder técnico e educador em contexto intraoperatório; e (4) o investimento na digitalização e uniformização dos registos clínicos. Estas ações estão em consonância com as metas da DGS no âmbito da segurança do doente e das boas práticas de controlo de infeção, contribuindo para a redução da morbilidade pós-cirúrgica. Em última instância, este estudo reforça a necessidade de capacitar e responsabilizar a enfermagem perioperatória como agente estratégico na prevenção da ILC e promotor de cuidados cirúrgicos seguros e baseados na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegranzi, B., Zayed, B., Bischoff, P., Kubilay, N. Z., de Jonge, S., de Vries, F., ... & Pittet, D. (2016). New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(12), e276–e287. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30398-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30398-X)
- Anderson, D. J., Podgorny, K., Berrios-Torres, S. I., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Greene, L., ... & Kaye, K. S. (2019). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(6), 605–627. <https://doi.org/10.1086/676022>
- Bashaw, M. A., & Keister, K. J. (2019). Perioperative Strategies for Surgical Site Infection Prevention. *AORN Journal*, 109(1), 68–78. <https://doi.org/10.1002/aorn.12451>
- Calderwood, M. S., Anderson, D. J., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Garcia-Houchins, S., Maragakis, L. L., Nyquist, A. C., Perkins, K. M., Preas, M. A., Saiman, L., Schaffzin, J. K., Schweizer, M., Yokoe, D. S., & Kaye, K. S. (2023). Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 44(5), 695–720. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.67>
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H. P., Ducomble, T., Haller, S., Harder, T., Klingeberg, A., Sixtensson, M., Velasco, E., Weiß, B., Kramarz, P., Monnet, D. L., Kretzschmar, M. E., & Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLoS Medicine*, 13(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *National Healthcare Safety Network (NHSN) patient safety component manual: Surgical site infection (SSI) event*. <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscasicurrent.pdf>
- Copanitsanou, P., & Santy-Tomlinson, J. (2021). The nurses' role in the diagnosis and surveillance of orthopaedic surgical site infections. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 41. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2020.100818>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção da infeção do local cirúrgico: Norma nº 015/2019 de 31/10/2019*. <https://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde. (2022). Norma no 020/2015 atualizada a 17/11/2022 - “feixe de intervenções” para a Prevenção de Infeção do local Cirúrgico. <https://normas.dgs.minsaude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Domingos, C. M. H., Iida, L. I. S., & Poveda, V. de B. (2016). Glycemic control strategies and the occurrence of surgical site infection: A systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem*, 50(5), 868–874. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600022>
- Edmiston, C. E., & Leaper, D. J. (2022). Prevention of Orthopedic Prosthetic Infections Using Evidence-Based Surgical Site Infection Care Bundles: A Narrative Review. *Surgical Infections*, 23(7), 645–655. <https://doi.org/10.1089/sur.2022.146>
- Ellsworth, M., Peneza, D., & OstroskyZeichner, L. (2023). *Perioperative Nurses: Key to Surgical Site Infection Prevention*. *AORN Journal*, 117(5), 267–269. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37102752/>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). *The qualitative content analysis process*. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Feng, Y., Feng, Q., Guo, P., & Wang, D. L. (2022). Independent risk factor for surgical site infection after orthopedic surgery. *Medicine (United States)*, 101(52), E32429. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032429>

- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Education Unit.
- Goldberg, B., Elazar, A., Glatt, A., Camins, B., Datta, R., Takahashi, H., & Seidman, E. (2021). Perioperative Interventions to Reduce Surgical Site Infections: A Review. *AORN Journal*, 114(6), 587–596. <https://doi.org/10.1002/aorn.13564>
- Harrington, P. (2014). Prevention of surgical site infection. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* 28, (48), 50–58.
- Horgan, L. (2024). *Healthcare professionals' knowledge and attitudes towards surgical site infection and surveillance: A quasi-experimental study*. *Nursing Open*, 11(1), e:2048. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38268293/>
- Johns, C. (1995). *Framing learning through reflection within Carper's Fundamental Ways of Knowing in nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 226–234. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22020226.x>
- Le, J., Dong, Z., Liang, J., Zhang, K., Li, Y., Cheng, M., & Zhao, Z. (2020). Surgical site infection following traumatic orthopedic surgeries in geriatric patients: Incidence and prognostic risk factors. *International Wound Journal*, 17(1), 206–213. <https://doi.org/10.1111/iwj.13258>
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Magill, S. S., O'Leary, E., Janelle, S. J., Thompson, D. L., Dumyati, G., Nadle, J., ... & Edwards, J. R. (2018). Changes in prevalence of health-care-associated infections in U.S. hospitals. *New England Journal of Medicine*, 379(18), 1732–1744. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1801550>
- McGarry, J. (2015). *Exploring perioperative nursing practice* (Tese de doutoramento). University of Southampton.
- Norma n.º 015/2019 – DGS. (2019). *Prevenção da infeção do local cirúrgico*. Direção-Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4082/codigo-deontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 149, 3776–3783. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/13210/regulamento-n-428-2018.pdf>
- Seidman, J. L., Mantyh, C. R., & Anderson, D. J. (2023). Surgical Site Infection Prevention: A Review. *JAMA*, 329(3), 244–252. American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.24075>
- Tucci, G., Romanini, E., Zanolli, G., Pavan, L., Fantoni, M., & Venditti, M. (2019). Prevention of surgical site infections in orthopaedic surgery: a synthesis of current recommendations. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23(2), 224–239. https://doi.org/10.26355/eurev_201904_17497
- World Health Organization. (2016). *Global guidelines on the prevention of surgical site infection*. <https://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>
- World Health Organization. (2022). Global report on infection prevention and control. <http://apps.who.int/bookorders>.

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.

