



FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade
trimestral

Ano XII - n.º 40

ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica

Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

Informação aos autores

Regras de Publicação:
Revista N.º 32
2016

http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_32.pdf

*Os artigos aprovados
para esta edição são
da exclusiva
responsabilidade dos
seus autores.*

Percursos

Publicação do Departamento de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Editorial	2
Estratégias de promoção, proteção da saúde dos trabalhadores e prevenção das doenças profissionais	
<i>Cláudia Figueira, Marta Pereira, Pedro Gonçalves, Renato Silva</i>	3
Política de Segurança em Bloco Operatório em Portugal	
<i>Bernardo Neves, Helena Meireles</i>	11
Corto-Perfurantes: uma revisão de bibliografia	
<i>Cláudia Lameira, David D'Oliveira</i>	24
Segurança no utente: Eletrocirurgia. Revisão de literatura	
<i>Inês Canejo</i>	34
Promover o conforto à Parturiente. Contributo do Enfermeiro de Cuidados Gerais	
<i>Ana Catarina Candeias, Ana Sofia O'Neill, Cláudia Galhófa, Diogo Sousa, Pedro Silva, Ana Lúcia Ramos, Fernanda Marques</i>	44



Editorial

Nesta edição da Revista Percursos publicamos cinco artigos relativos a

Estratégias de promoção, proteção da saúde dos trabalhadores e prevenção das doenças profissionais, pretendendo-se aprofundar o significado das doenças profissionais e a sua prevenção, bem como apresentar estratégias de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores;

Política de Segurança em Bloco Operatório em Portugal, visando promover a aprendizagem no âmbito do risco clínico e do ambiente seguro em contexto da enfermagem Perioperatória; aprofundar a aprendizagem no domínio da prevenção das Infecções associadas aos Cuidados de Saúde, na área específica da enfermagem perioperatória; e promover o desenvolvimento de competências na área do processamento de materiais próprios da enfermagem Perioperatória;

Corto-Perfurantes: uma revisão de bibliografia, pretendendo caracterizar os corto-perfurantes no âmbito do risco clínico e do ambiente seguro em contexto da enfermagem perioperatória e identificar algumas práticas de trabalho seguras, relativamente a este tipo de resíduos hospitalares, utilizando para tal noções de Gestão de Risco;

Segurança no utente: Eletrocirurgia. Revisão de literatura, com os objetivos de aprofundar conhecimentos no âmbito do risco clínico e do ambiente seguro em contexto da enfermagem perioperatória, em concreto no respeitante a eletrocirurgia, com a finalidade de prevenir os riscos associados à utilização da eletrocirurgia;

Promover o conforto à Parturiente. Contributo do Enfermeiro de Cuidados Gerais, visando esclarecer a causa dos desconfortos sentidos durante o trabalho de parto e parto, estratégias para o alívio do desconforto, tipos de analgesia e o papel do enfermeiro de cuidados gerais no trabalho de parto.

Metodologicamente, são revisões de literatura e parece-nos que o foco comum diz respeito à segurança, quer na dimensão da Enfermagem no Trabalho, Enfermagem Perioperatória e intervenção do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Em bom rigor, a segurança dos cuidados constitui-se como dimensão crítica da qualidade. E o território da segurança e da gestão do risco espalha-se por todas as áreas de atuação do enfermeiro, quer se trate de cuidados gerais ou especializados, em qualquer contexto de cuidados e nível de prevenção.

Qualidade em saúde "é o tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de ele tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperado nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde", afirmava Donabedian (1980).

Nem sempre nos são claras as recomendações ou o enquadramento jurídico e, nestes aspetos, os cinco artigos sistematizam informação e procedem a revisão dos temas. E em todos encontramos uma explicitação do papel do enfermeiro ou uma materialização da relevância do papel do enfermeiro nos contextos clínicos em análise.

Boas leituras !

Estratégias de promoção, proteção da saúde dos trabalhadores e prevenção das doenças profissionais

Strategies for promotion, protection of workers' health and prevention of occupational diseases

Cláudia Figueira*, Marta Sofia Camões Pereira**, Pedro Ricardo Coelho Gonçalves***, Renato Daniel Lopes Silva****

* Licenciatura em Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho; Enfermeira do Trabalho na Empresa Aquinos SA (E-mail: claudiafsfigueira95@hotmail.com)

** Licenciatura em Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho; Enfermeira do Trabalho na Empresa MAHLE – Componentes de Motores, SA (E-mail: martitah_mscp@hotmail.com)

*** Curso de Pós-especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho; Enfermeiro no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (E-mail: pedrico_goncalves@hotmail.com);

**** Licenciatura em Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho; Enfermeiro no Exército Português – Centro de Saúde Militar de Coimbra (E-mail: renatodanielopessilva@gmail.com).

Resumo

As doenças profissionais, para além de causarem sofrimento humano aos trabalhadores e suas famílias, levam a importantes perdas económicas para a empresa e sociedade. Com este trabalho pretendeu-se aprofundar o significado das doenças profissionais e a sua prevenção, bem como apresentar estratégias de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores. A metodologia usada foi a revisão de literatura. É necessário investir na prevenção e promoção de locais de trabalho seguros e saudáveis, com vista a uma maior produtividade e bem-estar dos trabalhadores, pelo que gestores e trabalhadores devem fomentar uma cultura de responsabilização, segurança e saúde. A prevenção das doenças profissionais realiza-se a três níveis: primária, secundária e terciária. Neste contexto o enfermeiro do trabalho tem um papel fundamental na elaboração, implementação e acompanhamento de serviços e programas de saúde ocupacional consistentes e de qualidade dos ambientes de trabalho, sendo que a melhoria das condições de segurança e saúde no trabalho exige um processo permanente de colaboração e cooperação entre todos os intervenientes. Deste modo, a proteção e promoção da saúde de quem trabalha deve ser encarada como um investimento e não um custo.

Palavras-chave: Doenças Profissionais; Enfermagem do Trabalho; Saúde do Trabalhador; Prevenção de Doenças; Promoção da Saúde.

Abstract

Occupational diseases are not only a cause of suffering to human beings and their families but also a notable

economic burden to companies and societies. This work aimed to more deeply understand occupational diseases, how to prevent them, as well as, to propose programmes and strategies to promote and protect workers' health. Based on the literature reviewed, major investment should be done to prevent occupational diseases and promote safe and healthy working places, aiming workers to have higher levels of productivity and well-being. To achieve so, managers and workers should put forward a culture centered on responsibility, safety and health. Prevention, in particular, can be done on three different levels: primary, secondary and tertiary. In this context, the occupational health nurse has an essential role in the elaboration, implementation and accompaniment of health occupational programmes and services, consistent and with quality, for working places, being that the improvement of safety and health conditions in work environment requires an ongoing process of collaboration and cooperation among all intervenients. To sum up, protect and prevent workers' health should be faced as an investment instead of a cost.

Keywords: Occupational Diseases; Occupational Health Nursing; Health Promotion; Disease Prevention; Occupational Health.

Introdução

A salubridade do ambiente de trabalho é um fator de extrema importância para a saúde e bem-estar dos trabalhadores. Ambientes seguros e saudáveis

proporcionam segurança e bem-estar aos trabalhadores e, por sua vez, estes tornam-se mais produtivos.

Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais continuam a constituir uma fonte de sofrimento humano, obrigando anualmente cerca de 350 000 trabalhadores a mudar de emprego, de local de trabalho ou a reduzir o tempo de trabalho. Cerca de 300 000 trabalhadores apresentam diferentes graus de incapacidade permanente, sendo mesmo 15 000 excluídos do trabalho para o resto das suas vidas, levando a um enorme custo para a sociedade (Sousa-Uva & Serranheira, 2013).

Na Europa, o custo com os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, tanto em termos financeiros como humanos, continua a ser um grande encargo, em grande parte não reconhecido. A maioria desses acidentes e doenças podia ter sido evitada se as ações apropriadas tivessem sido tomadas no local de trabalho. Muitos empregadores responsáveis demonstraram de forma consistente que, ao prestar atenção a estas questões, esse tipo de dano e os custos subsequentes podiam ser evitados, em benefício de todos os interessados.

A Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho (ENSST) 2015-2020 (2015) aprovada na Resolução do Conselho de Ministros nº 77/2015, de 18 de setembro, afirma que o desenvolvimento de boas condições de segurança e saúde no trabalho, realiza-se através de sistemas efetivos e eficazes de prevenção dos riscos profissionais a que os trabalhadores estão expostos, aumentando, desta forma, o seu rendimento e produtividade. Torna-se, portanto, importante:

- Prevenir, reduzir o número e a gravidade dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais;
- Promover a saúde, o bem-estar dos trabalhadores, bem como a sua capacidade de trabalho;
- Fomentar a inovação, qualidade e eficiência.

Com este trabalho pretende-se aprofundar o significado das doenças profissionais e sua prevenção, bem como

apresentar estratégias de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores.

Doença Profissional

Segundo o artigo 94.º da Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro e o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, é considerada doença profissional aquela que é contraída pelo trabalhador na sequência de uma exposição a um ou mais fatores de risco presentes na atividade profissional, nas condições de trabalho e/ou nas técnicas usadas durante o trabalho. Deste modo, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS) quando uma doença é diagnosticada clinicamente e se estabelece uma relação causal “doença-trabalho”, a doença é então reconhecida como profissional (DGS, 2015).

Relativamente ao número de participações obrigatórias das doenças profissionais, a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) constata que esse número tem aumentado desde 2012, embora com algumas oscilações. Em 2016 foram certificadas 4189 doenças, ultrapassando os valores de 2011 (4023). Os trabalhadores do sexo feminino também registam mais doenças profissionais declaradas do que os do sexo masculino (ACT, 2017).

No que diz respeito aos fatores de risco, os agentes físicos foram, em 2015, a causa predominante da certificação das doenças, em cerca de 95% dos casos. Em 2016, as doenças profissionais passam a ser certificadas pela Classificação das Atividades Económicas (CAE), sendo a indústria transformadora responsável por cerca de 50% das mesmas (ACT, 2017).

As doenças profissionais são anualmente responsáveis pela morte de seis vezes mais pessoas do que os acidentes de trabalho, estimando-se que ocorram no mundo cerca de 2,02 milhões de mortes anuais por doença profissional e que o número global de casos de doença não-fatal ligada ao trabalho seja de 160 milhões/ano. Em Portugal, estima-se que ocorram 4 a 5 mortes diárias por doença profissional (DGS, 2015).

A “Lista das Doenças Profissionais” contém os principais fatores de risco profissional associados a cada doença profissional, assim como alguns exemplos dos trabalhos/atividades suscetíveis de ocasionar doença profissional, devendo ser utilizados como orientação e referência. As doenças profissionais, em que os fatores de risco também constituem um fator determinante, diferem dos acidentes de trabalho em três aspetos essenciais:

- a) O tempo de ocorrência é mais longo;
- b) A identificação do agente etiológico não é tão fácil;
- c) A lesão/doença é mais difícil de ser identificada (Sousa Uva & Serranheira, 2013).

Em Portugal, está publicada a Lista das Doenças Profissionais (Decreto-Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de julho) que integra 5 capítulos distintos:

1. Doenças provocadas por agentes químicos;
2. Doenças do aparelho respiratório;
3. Doenças cutâneas e outras;
4. Doenças provocadas por agentes físicos;
5. Doenças infecciosas e parasitárias.

De salientar, que qualquer lesão corporal, perturbação funcional ou doença não incluída na “Lista das Doenças Profissionais”, em que se prove ser consequência, necessária e direta, da atividade profissional exercida pelo trabalhador e não represente normal desgaste do organismo (artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro) é também considerada doença profissional (DGS, 2015).

A doença profissional, para além de causar sofrimento humano ao trabalhador e à sua família, leva a importantes perdas económicas para a empresa e sociedade, relacionadas com a perda de produtividade e redução da capacidade de trabalho, assim como o agravamento dos gastos em cuidados de saúde, na reabilitação profissional do trabalhador e na adaptação do posto de trabalho.

Segundo a DGS (2015), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que cerca de 4% do produto interno bruto é perdido, direta ou indiretamente, devido a acidentes

de trabalho e doenças profissionais, o que em Portugal representaria cerca de 6408 milhões de euros perdidos por ano.

De seguida abordam-se as estratégias de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, que englobam o papel do empregador, do trabalhador e do enfermeiro do trabalho.

Estratégias de Promoção e Proteção da Saúde dos Trabalhadores

Em Portugal as doenças profissionais e os acidentes de trabalho não mortais ocorrem maioritariamente na indústria transformadora, na construção, e nas atividades administrativas e serviços de apoio (este último devido, principalmente, ao trabalho temporário, associado muitas vezes a trabalho precário) (DGS, 2015). Face a esta situação foi desenvolvida a ENSST 2015-2020 (2015), que visa fundamentalmente três objetivos:

- Promover a qualidade de vida no trabalho e a competitividade das empresas;
- Diminuir o número de acidentes de trabalho em 30% e a taxa de incidência de acidentes de trabalho em 30%;
- Diminuir os fatores de risco associados às doenças profissionais.

Relativamente ao último objetivo, a ENSST 2015-2020 (2015) salienta que os custos associados às doenças profissionais são inúmeros (perda de produtividade e saúde e consequente diminuição da qualidade de vida, custos administrativos, erosão progressiva da capacidade de trabalho), afetando os trabalhadores, famílias, empresas e sociedade em geral.

Nos últimos 30 anos, o modelo concetual de prestação de cuidados de saúde e segurança foi centrado na promoção da saúde, na proteção global da saúde e na preservação da capacidade de trabalho.

A proteção e a promoção da saúde no local de trabalho integram, para além dos aspetos normativos da Saúde e Segurança no Trabalho e das medidas centradas no

trabalhador, em particular nos seus estilos de vida (realização de exercício físico, melhoria da alimentação, redução da ingestão de bebidas alcoólicas, do consumo de tabaco e de drogas), um conjunto de elementos de harmonia entre o trabalho e o trabalhador (Sousa-Uva & Serranheira, 2013).

É essencial a prevenção eficaz das doenças relacionadas com o trabalho, o que exige uma atuação precoce ao nível dos fatores de risco que as podem desencadear. Para tal atuação é necessário um conhecimento o mais fidedigno possível de tais doenças sendo que, de um modo geral, existe uma tendência para a subnotificação do número de casos, em especial das doenças com um longo período de latência.

A ENSST 2015-2020 (2015) alerta para a importância de que os dados estatísticos sejam, o mais possível, próximos da realidade, por forma a desenvolver sistemas de análise e criar sistemas de alerta relativamente às doenças profissionais.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) promoveu a campanha “Locais de trabalho seguros e saudáveis 2012-2013” com o objetivo de incentivar os gestores, os trabalhadores e os seus representantes à melhoria da segurança e saúde (EU-OSHA, 2012). Esta campanha salienta que os empregadores/gestores têm o dever legal (e moral) de garantir a proteção da segurança e saúde dos trabalhadores, bem como de consultar os trabalhadores e/ou os seus representantes, e permitir a participação dos mesmos em discussões sobre segurança e saúde no trabalho. Já os trabalhadores devem ter um papel ativo e trabalhar em colaboração com os colegas e os gestores, com o objetivo de introduzir melhorias significativas nos locais de trabalho (EU-OSHA, 2012).

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional – 2º Ciclo 2013/2017 também reconhece e valoriza os benefícios da manutenção de elevados padrões de Saúde e Segurança do Trabalho nas empresas enquanto contributo para

alcançar ganhos em saúde, para promover uma população trabalhadora mais saudável, para aumentar a produtividade e a equidade nos locais de trabalho (DGS, 2013).

De acordo com o Plano Global de Ação 2008-2017 da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a saúde dos trabalhadores, apenas uma pequena fração da força de trabalho total tem acesso a serviços de saúde ocupacional para a prevenção primária de lesões e doenças relacionadas com o trabalho. Num estudo da OMS com 121 países participantes, apenas um terço dos países forneceu serviços de saúde ocupacional para mais de 30% dos seus trabalhadores (Rogers et al., 2014).

A importância da promoção da saúde no trabalho cresceu ao longo da última década, à medida que os empregadores e os trabalhadores reconheceram os seus benefícios. A população laboral passa cerca de metade das horas de vigília no trabalho e isso proporciona uma oportunidade ideal para os trabalhadores receberem mensagens de saúde e para os empregadores criarem ambientes de trabalho saudáveis. O âmbito da promoção da saúde depende das necessidades de cada grupo.

Algumas das atividades de promoção da saúde mais comuns são a cessação do tabagismo, programas de alimentação saudável ou de exercício físico, prevenção e diminuição do abuso de drogas e álcool. No entanto, a promoção da saúde também pode ser direcionada para outros determinantes da saúde social, cultural e ambiental, se as pessoas dentro da empresa considerarem que esses fatores são importantes para a melhoria de sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. Neste caso, fatores como melhorar a organização do trabalho, a motivação, reduzir o *stress*, a introdução de horas de trabalho flexíveis, planos de desenvolvimento pessoal e progressão na carreira também podem contribuir para a saúde geral e o bem-estar dos trabalhadores (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Na definição de estratégias de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores é importante a sinergia de três elos agregadores importantes: o empregador, o trabalhador

e o enfermeiro do trabalho. Passa-se a apresentar o papel de cada um.

Papel do Empregador

O incentivo, a melhoria das condições de trabalho e das relações trabalho/saúde, a aposta na valorização dos trabalhadores, permitirão diminuir os acidentes de trabalho, reduzir as doenças profissionais e o absentismo relacionado, e acima de tudo contribuir para um “trabalho” mais harmonioso, com postos de trabalho seguros e saudáveis e verdadeiramente promotores da saúde dos trabalhadores (Sousa-Uva & Serranheira, 2013).

De acordo com a EU-OSHA (2012) o empregador é o responsável pela gestão da segurança e saúde no trabalho. Deste modo, deve garantir a proteção do trabalhador contra eventuais danos e controlar eficazmente os riscos de lesão ou doença que podem surgir nos locais de trabalho.

Relativamente à legislação em vigor o empregador tem as seguintes obrigações:

- Avaliar os riscos existentes nos locais de trabalho, a fim de determinar quais são as medidas de controlo necessárias;
- Informar os trabalhadores sobre os riscos existentes nos locais de trabalho e sobre o que os protege desses riscos, através da formação;
- Consultar os trabalhadores e/ou representante dos trabalhadores sobre as questões de segurança e saúde;
- Promover uma cultura em que a segurança e saúde seja uma responsabilidade de todos e de cada um (EU-OSHA, 2012).

Deste modo, cabe aos empregadores a principal responsabilidade na prevenção dos riscos a que os trabalhadores estão expostos, através da adoção de medidas de proteção, métodos de trabalho seguros, equipamentos seguros e equipamentos de proteção individual adequados e também das informações, instruções e formação disponibilizadas aos trabalhadores (EU-OSHA, 2012).

Também Sousa-Uva e Serranheira (2013) reforçam a ideia anterior ao exigirem às empresas:

- Reconhecimento que as mesmas têm impacto na saúde das pessoas, o que determina o desenvolvimento de uma cultura de valores;
- Compromisso organizacional, informação e boa comunicação;
- Envolvimento dos trabalhadores no processo de decisão em saúde;
- Políticas e práticas de escolhas saudáveis.

Papel do Trabalhador

O trabalhador é o centro das relações trabalho/saúde e parte integrante das situações de trabalho, devendo ser respeitado na sua individualidade (Sousa Uva & Serranheira, 2013).

Cabe ao trabalhador contribuir, juntamente com o empregador, na prevenção dos riscos profissionais, nomeadamente:

- Na salvaguarda da segurança e saúde dos próprios e dos outros;
- Na colaboração ativa com o seu empregador nas questões da segurança e saúde;
- Na aplicação dos conhecimentos adquiridos na formação que lhes foi ministrada sobre o trabalho em segurança e a utilização segura de equipamentos, ferramentas, substâncias, entre outros;
- Dar a conhecer ao empregador e/ou representante dos trabalhadores qualquer situação que considere que o trabalho ou medidas de segurança inadequadas estejam a pôr em risco a segurança e saúde de algum trabalhador (EU-OSHA, 2012).

Os trabalhadores devem envolver-se e contribuir para a máxima proteção possível da sua segurança e saúde, tendo respeito pelas regras de segurança e uma participação ativa no seu local de trabalho.

Também devem fazer-se ouvir e envolver-se nas questões da segurança e saúde no trabalho.

Papel do Enfermeiro do Trabalho

A prática da enfermagem do trabalho desenvolveu-se consideravelmente a partir de 1880, fornecendo não apenas cuidados às doenças e feridas relacionadas com o trabalho, mas também programas de prevenção e promoção da saúde (Rogers et al., 2014 ao citar Rantanen).

A forma como esses programas são projetados em outros países depende dos requisitos e regulamentos legais, diferenças populacionais, características da força de trabalho, cultura, fatores de riscos no local de trabalho e necessidades de saúde do trabalhador (Rogers et al., 2014).

De acordo com o artigo 104^o da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, o enfermeiro do trabalho deve cooperar com o médico do trabalho e outros profissionais de saúde do trabalho, trabalhando em equipa e desempenhando a sua atividade de acordo com as suas próprias competências da enfermagem do trabalho. Deve participar na definição de políticas de saúde da empresa, colaborar no planeamento e avaliação dos programas de saúde, participar na vigilância e na avaliação da saúde dos trabalhadores e prestar cuidados de enfermagem no local de trabalho (primeiros socorros, administração de terapêutica). Em colaboração com outros profissionais deve participar na identificação de riscos profissionais e acompanhar os planos de intervenção para reduzir a exposição ou limitar os danos profissionais. Também deverá assumir um papel importante na formação e informação em saúde dos trabalhadores, desenvolvendo programas de promoção da saúde.

Os enfermeiros do trabalho são fundamentais na prestação de serviços e programas de saúde ocupacional consistentes, contínuos e de qualidade dos ambientes de trabalho, influenciando na diminuição da exposição dos riscos à saúde, apoiando a produtividade e melhorando a qualidade de vida dos trabalhadores (Roloff et al., 2016).

O enfermeiro do trabalho é também uma fonte de apoio, suporte e liderança para os trabalhadores/empresa, além de possuir habilidades próprias para a gestão de conflitos

(Roloff et al., 2016). Desempenha vários papéis nas organizações, incluindo, o clínico, o gestor, o educador, o investigador, o consultor e o gestor de conflitos. Estes papéis podem ser desempenhados de forma autónoma e independente ou integrados na equipa multidisciplinar de saúde (Rogers et al., 2014 ao citar Graeve). Nesta equipa o enfermeiro deve ser um elemento ativo na inovação e desenvolvimento dos cuidados de saúde ocupacional tendo em vista ganhos em saúde, pelo que deve ser visto como um investimento e não um custo para as organizações.

Prevenção das Doenças Profissionais

O conhecimento científico acerca das relações trabalho/doença tem sido muito mais rápido do que a sua aplicação às condições reais de trabalho (Sousa-Uva & Serranheira, 2013). Estes autores referem que a aplicação de programas de prevenção alicerçados no conhecimento científico das condições de ocorrência desses riscos profissionais determinaria a sua redução.

As más condições “ambientais” de trabalho, associadas à presença de fatores de risco de natureza profissional, continuam a ocupar os primeiros lugares nas preocupações da atual política de Saúde e Segurança do Trabalho das organizações nacionais e internacionais.

Segundo Rogers et al. (2014) ao citar Giese os enfermeiros do trabalho devem reconhecer os fatores de risco no local de trabalho dos trabalhadores, usar os conhecimentos científicos e o pensamento crítico para, em conjunto com outros profissionais de saúde ocupacional encontrar e implementar soluções que os reduzam ou eliminem.

Sabe-se que a sofisticação dos modelos organizacionais baseados em aspetos de organização do trabalho (trabalho em série e as cadências impostas) colocam novos e mais complexos desafios à prevenção dos riscos profissionais (Sousa-Uva & Serranheira, 2013). Também é do conhecimento que qualquer abordagem preventiva só pode dar frutos se for apoiada pela administração da empresa. Esta abordagem preventiva

pode recolher orientação e contributos de uma liderança forte e visível e de gestores empenhados a todos os níveis, deixando assim claro para todos que a segurança e saúde constituem questões estratégicas dentro da empresa (EU-OSHA, 2012).

A DGS (2013) ao apoiar-se na OMS e na OIT evidencia que a prevenção primária de doenças e lesões profissionais é rentável e um fator de economia, pois evita mortes, incapacidades, sofrimento humano e perda de rendimentos. De acordo com Soldano (2016) a maioria das empresas com programas de prevenção indicou ganhos sobre o investimento que variam de 1,5:1 (ou seja, por cada 1\$ gasto em programas de prevenção, os custos de cuidados de saúde são reduzidos em 1,5\$) até 8:1 ou mais. Este autor apresenta o exemplo de uma empresa que implementou um programa de prevenção no local de trabalho e que teve os seguintes resultados: aumento de 78% para 87,5% do número de trabalhadores classificados de baixo risco de desenvolver doença, num período de 5 anos. Durante o mesmo período, também relataram redução da percentagem de sedentarismo (39% para 21%), tabagismo (12% para 3,6%), hipertensão arterial (14% para 6,4%) e hipercolesterolemia (19% para 6,2%).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) em Saúde Ocupacional a prevenção engloba um conjunto de medidas que têm como objetivo: reduzir o impacto dos fatores determinantes das doenças ou de outros problemas de saúde; evitar a sua ocorrência e conter a sua progressão e/ou limitar as suas consequências. Deste modo, a mesma entidade propõe três níveis de prevenção:

- Prevenção primária, quando ocorre a eliminação ou redução de fatores de risco. A promoção da saúde é uma forma de reduzir esses riscos, devendo ser estimulada no local de trabalho. Uma das principais atividades é a adoção de estilos de vida saudáveis (exercício físico, alimentação e nutrição, controlo do *stress*, hábitos tabágicos) e promoção da saúde mental e familiar no local de trabalho (DGS, 2013).

- Prevenção secundária, pela contenção da evolução doença/acidente. Tem como foco o controlo da prevalência, isto é, acompanha o indivíduo de uma forma contínua através do controlo da duração e da gravidade da doença. De uma forma contínua mantém a vigilância do trabalhador, preocupando-se na forma de tratar a doença ou, eventualmente, na reparação e atenuação das consequências da incapacidade (Ministério da Saúde, 2010).
- Prevenção terciária, que consiste no controlo das sequelas ou das implicações na capacidade para o trabalho, ou seja, preocupa-se em tratar os efeitos secundários, através de reabilitação clínica ou recolocação profissional (Ministério da Saúde, 2010).

Conclusão

A abordagem prática dos aspetos relativos às relações trabalho/saúde implica um conhecimento adequado dos fatores de risco e das respetivas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. Exige ainda o conhecimento aprofundado das variáveis individuais dos trabalhadores que interagem com os diversos elementos das situações de trabalho, e que delas fazem parte integrante, quer nos aspetos de adversidade, quer na dimensão do conforto e bem-estar.

Interessa, por isso, estreitar cada vez mais o fosso que ainda vai existindo entre o conhecimento científico sobre as doenças profissionais e a sua aplicação prática, bem como a implementação de políticas e programas de intervenção eficazes para a sua prevenção.

É necessário valorizar mais a saúde dos trabalhadores, de modo a que o trabalho seja promotor de saúde. Só assim se terá “trabalhadores saudáveis e seguros em locais de trabalho saudáveis e seguros” (Sousa-Uva & Serranheira, 2013).

Nesta lógica os empregadores e os trabalhadores têm a obrigação comum de zelar pela sua segurança e saúde no trabalho.

Os enfermeiros do trabalho têm um papel fundamental ao realizar e desenvolver programas e serviços de saúde ocupacional consistentes, contínuos e de qualidade no local de trabalho. Para além disso, possuem um conjunto de competências que lhes permitem assegurar e melhorar a saúde e segurança do trabalhador (Rogers et al., 2014).

Para finalizar, como referem Sousa Uva e Serranheira (2013, p. 123) “fica a expectativa de que o trabalho possa, para além do seu nobre objetivo social, ser uma forma de possibilitar o bem-estar e a satisfação dos trabalhadores, contribuindo mais para a sua saúde do que para a doença e o acidente”.

Referências Bibliográficas

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2012). Participação dos Trabalhadores na Segurança e Saúde no Trabalho – Guia Prático.
- Autoridade para as Condições do Trabalho. (2017). *Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho em 2016: Relatório de atividades apresentado à Assembleia da República*. Acedido em <http://www.dnpst.eu/uploads/Relatorio-2016.pdf>
- Decreto-Lei nº 503/99. (1999, novembro 20). *Aprova o novo regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública*. [Portugal]. *Diário da República*, 1(271), pp. 8241-8256. Acedido em https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2016/07/DL_503-99_20-11_8241-8256-1.pdf
- Decreto Regulamentar nº 76/2007. (2007, julho 17). *Altera o Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de maio, que aprova a lista das doenças profissionais e o respetivo índice codificado*. [Portugal]. *Diário da República*, 1(136), pp. 4499-4543. Acedido em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/91A35F4D-2EEE-402B-8675-161792E135D3/17818/0449904543.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2º Ciclo – 2013/2017*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Diagnóstico, conhecimento, prevenção e reparação da doença profissional*. Lisboa: DGS.
- Lei nº 98/2009. (2009, setembro 4). *Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro*. [Portugal]. *Diário da República*, 1(172), pp. 5894-5920. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/489505>
- Lei nº 102/2009. (2009, setembro 10). *Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho*. [Portugal]. *Diário da República*, 1(176), pp. 6167-6192. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/490009>
- Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. (2010). *Programa de Saúde Ocupacional (vertente Autoridades de Saúde) – Orientações Técnicas*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *O Enfermeiro do Trabalho na Gestão em Saúde Ocupacional*.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 77/2015. (2015, setembro 18). *Aprova a Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020 - «Por um trabalho seguro, saudável e produtivo»*. [Portugal]. *Diário da República*, 1(183), pp. 8318-8324. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/70325352>
- Rogers, B., Kono, K., Marziale, M., Peurala, M., Radford, J., & Staun, J. (2014). International Survey of Occupational Health Nurses' Roles in Multidisciplinary Teamwork in Occupational Health Services. *Workplace Health & Safety*, 62(7), 274-281.
- Roloff, D. I. T., Cezar-Vaz, M. R., Bonow, C. A., Lautert, L., Sant'Anna, C. F. & Couto, A. M. (2016). Enfermeiros do trabalho: experiência interdisciplinar em saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 897-905.
- Soldano, S. K. (2016). Workplace wellness programs to promote cancer prevention. *Seminars in Oncology Nursing*, 32(3), 281-290.
- Sousa-Uva, A., & Serranheira, F. (2013). Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 11(1), 43-49.
- Sousa Uva, A., & Serranheira F. (2013). *Saúde, Doença e Trabalho: ganhar ou perder a vida a trabalhar?* Loures: Diário de Bordo



Política de segurança em bloco operatório em Portugal

Safety policy in Operating Room in Portugal

Bernardo Neves*, Helena Meireles*; rev. António Freitas*

* Licenciados em Enfermagem, Mestrados no Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

** Professor adjunto, Coordenador do Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Resumo

Este artigo trata de uma revisão bibliográfica que aborda o tema da *Política de Segurança em Bloco Operatório em Portugal* e cujos objetivos são: promover a aprendizagem no âmbito do risco clínico e do ambiente seguro em contexto da enfermagem Perioperatória; aprofundar a aprendizagem no domínio da prevenção das Infecções associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), na área específica da enfermagem perioperatória; e promover o desenvolvimento de competências na área do processamento de materiais próprios da enfermagem Perioperatória. Na particularidade do seu tema esta revisão apresenta como objetivo específico a identificação dos riscos associados aos cuidados de saúde em contexto de Bloco Operatório (BO) em Portugal, no que se refere à segurança tanto do cliente como do profissional e saúde e o próprio ambiente específico do BO, constituindo-se uma reflexão sobre o enquadramento geral e legal português no âmbito desta temática.

Palavras-chave: Segurança, Gestão do risco, Bloco Operatório, Enfermagem Perioperatória

Introdução

Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica que aborda o tema da Política de Segurança em Bloco Operatório em Portugal e cujos objetivos são promover a aprendizagem no âmbito do risco clínico e do ambiente seguro em contexto da enfermagem Perioperatória; aprofundar a aprendizagem no domínio da prevenção das Infecções associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), na área específica da enfermagem perioperatória; e promover o desenvolvimento de competências na área do processamento de materiais

Abstract

This article presents a bibliographic review that addresses the theme of the Operational Block Safety Policy in Portugal and whose objectives are: to promote learning in the scope of clinical risk and safe environment in the context of perioperative nursing; to deepen learning in the field of prevention of Health Care Associated Diseases (IACS) in the specific area of perioperative nursing; and promote the development of skills in the area of materials processing perioperative nursing. In the particularity of its theme, this review presents as a specific objective the identification of the risks associated with health care in the context of the Operational Block (BO) in Portugal, regarding the safety of both the client and the health professional and the specific environment of the BO, constituting a reflection on the Portuguese general and legal framework within this thematic.

Key-words Safety, Risk Management, Operational Block, Perioperative Nursing

próprios da enfermagem Perioperatória. Desta forma, dentro da temática abordada, o artigo encontra-se dividido em quatro partes: a Segurança e Gestão do Risco nos Blocos Operatórios Portugueses, onde é realizado um enquadramento sobre os dados existentes e a cultura de segurança em Portugal nos blocos operatórios; a Segurança do Cliente, na qual são abordados os principais e mais comuns riscos em BO para o cliente e as medidas que foram, devem ser ou estão a ser implementadas neste sentido; a Segurança do profissional, na qual, da mesma forma,

são apresentados os principais e mais comuns riscos e as medidas a implementar; e por último, o Ambiente Seguro, onde são mencionados os principais riscos associados às especificidades deste serviço que é o BO e quais as recomendações que estão para ele estabelecidas.

I. Segurança e gestão do risco nos blocos operatórios portugueses

Para a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operação Portuguesas (AESOP, 2006), a área perioperatória constitui-se uma das áreas em que a questão da gestão do risco se mostra mais importante, uma vez que no bloco operatório, pelos fatores ambientais, pelas técnicas utilizadas, que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, existem riscos potenciais elevados a que podem ser expostos clientes e profissionais.

Num ambiente tão complexo de alta tecnologia e especialização, mostra-se essencial a questão da segurança tanto do cliente como do profissional, com a aplicação de políticas que visem a proteção de ambas as partes, e que interfira no meio ambiente (AESOP, 2006). Sendo a segurança uma responsabilidade partilhada entre a organização e os seus profissionais, cabe à organização promover um ambiente de trabalho seguro e aos profissionais conhecer os riscos a que estão sujeitos e respeitar as normas de segurança, de modo a contribuírem para a prevenção/minimização dos riscos (AESOP, 2006). Devem portanto existir políticas claras, procedimentos normalizados, pessoal competente e treinado e um trabalho de equipa favorável (AESOP, 2006).

A AESOP (2006) refere que “todas as organizações devem definir uma política de gestão de risco de forma a garantir uma maior e mais adequada segurança no

local de trabalho relativamente às instalações, conduta e responsabilidades dos profissionais perante situações consideradas potencial ou efetivamente perigosas”. Esta política de gestão do risco deve objetivar a eliminação dos riscos para os clientes e profissionais, a garantia do máximo de condições de segurança de pessoas e bens na organização, a promoção da saúde e a segurança dos clientes, profissionais e visitas, a consciencialização dos profissionais para a problemática do risco e a redução dos custos das instituições, com consequentes ganhos para a saúde (AESOP, 2006). Segundo o Ministério da Saúde (2015) “a gestão do risco envolve a prevenção de riscos para os doentes e para os profissionais, garantindo maior segurança a ambos”.

Numa organização, a gestão do risco deve ser entregue a uma Comissão de Gestão do Risco com diferentes Comitês que representem os vários Serviços/Departamentos. Estes devem definir programas de gestão do risco que: definam os acontecimentos que podem provocar risco, determinem a frequência dos acontecimentos, identifiquem as medidas corretivas e preventivas e determinem os custos da prevenção vs custos da incidência desses acontecimentos (AESOP, 2006).

Esta gestão deve apresentar uma abordagem sistemática constituída por três componentes: a identificação do risco (constituída por três fases: a análise, o tratamento e a avaliação do risco. Nesta componente os relatórios de incidentes mostram-se ferramentas bastante úteis de colheita de dados sobre o incidente, sua análise, classificando o risco como real ou potencial e de acordo com a sua gravidade, e para determinar estratégias corretivas); a prevenção (realizada através da formação em serviço e da monitorização permanente, sistemática e contínua) e a

redução do risco (através da identificação de potenciais queixas, notificação correta e oportuna ao departamento de gestão do risco, investigação e “follow-up”) (AESOP, 2006).

O Ministério da Saúde (2015) corrobora esta ideia referindo que num sistema de gestão de risco “deve fazer parte a monitorização e avaliação dos erros, no sentido de poderem sofrer uma intervenção para minimizar o impacto do erro e prevenir futuros erros semelhantes. Neste sentido, poderá existir um sistema de relato de eventos adversos (idealmente voluntário, anónimo ou não), podendo existir um sistema compulsivo para os eventos mais graves (never events ou eventos sentinela) ou ainda recorrer-se ao método da observação externa de comportamentos humanos em equipa”.

A DGS (2009, cit. por Ministério da Saúde, 2015) admite que os programas de acreditação/certificação em saúde fomentam e disseminam também uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, sendo que a nível hospitalar o sistema de acreditação mais utilizado é o sistema CHKS®.

II. Segurança do cliente

O relatório sobre a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios de 2015 (Ministério da Saúde, 2015) relembra que o bloco operatório apresenta uma elevada prevalência de erros e acidentes relacionados com a segurança do cliente, dos quais são exemplo a cirurgia errada, no doente errado, no órgão errado, no lado errado, retenção inadvertida de corpos estranhos (compressas, cortoperfurantes, instrumentos, etc.) e complicações como a infeção cirúrgica e o tromboembolismo venoso. A AESOP (2006) refere ainda a elevada probabilidade de ocorrência de incidentes decorrentes de posicionamentos incorretos,

incidentes anestésicos, queimaduras, lesões provocadas por garrotes pneumáticos, paragem cardio-respiratória, quedas e úlceras de pressão, por exemplo.

O Ministério da Saúde (2015) alerta para o facto de que os eventos adversos afetam 3-16% de todos os doentes internados, sendo que mais de metade desses eventos são evitáveis. Este relatório expõe ainda que, pelo menos metade dos eventos ocorrem durante o ato cirúrgico, e apontando dados da Direção Geral da Saúde (DGS, 2009), relembra que existe uma taxa de 3% de eventos adversos perioperatórios e uma taxa de 0,5% de mortalidade global, ou seja, quase 7 milhões de clientes cirúrgicos terão complicações significativas em cada ano, 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia (DGS, 2009 cit. por Ministério da Saúde, 2015).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (cit. por PNSD, 2015) “o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde”.

Foi neste sentido que foi emitido em Diário da República pelo Ministério da Saúde o Despacho n.º 1400-A/2015 que aprova o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD, 2015), e que integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, sendo coordenado, a nível nacional, pelo Departamento de Qualidade e Segurança. Este plano respeita a Recomendação da União Europeia e as Orientações da Organização Mundial de Saúde no que respeita à

segurança dos clientes, incluindo as recentes recomendações da II Reunião Mundial de Ministros sobre Segurança dos Doentes, realizada em Bona, em março de 2017, inscrevendo-se desta forma no “quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS” (PNSD, 2015).

O PNSD tem como objetivo “através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde”, lembrando que “a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades” (PNSD, 2015).

Desta forma, este plano propõem-se a cumprir até 2020 um conjunto de 9 objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

No âmbito da segurança cirúrgica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, “pelo menos, metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorram durante o ato cirúrgico, num universo em que o número de cirurgias major,

realizadas no mundo, é superior ao número de nascimentos”, sendo que 50% das complicações associadas à prática cirúrgica poderiam ser evitáveis (PNSD, 2015).

Uma vez que o bloco operatório se constata um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde, a garantia da segurança cirúrgica mostra-se uma preocupação mundial (PNSD, 2015). Foi neste sentido que a OMS criou, em 2007, o projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas” no qual identificou 10 objetivos básicos para a segurança cirúrgica, concretizáveis através de uma estratégia global, tornada visível pela adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, identificando 3 momentos-chave para a sua utilização pela equipa cirúrgica, nomeadamente, antes da indução anestésica, antes da incisão na pele e antes do cliente sair da sala de operações (PNSD, 2015).

Com este projeto e a aplicação desta lista, a OMS pretende melhorar a identificação correta do cliente, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico, e na generalidade, melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica, assegurando desta forma cuidados peri-operatórios seguros e sistemáticos, e consequentemente minimizando a ocorrência de incidentes (PNSD, 2015).

A Direção Geral da Saúde (DGS) emitiu normas que visam reforçar a adoção das orientações da OMS (Norma n.º 2/2013) disponibilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de Apgar Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para a Cirurgia Segura (PNSD, 2015).

Como metas para o final de 2020 o PNSD propõe a todas as organizações hospitalares: utilizarem em 95% das cirurgias a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, reduzir a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica em 5% face ao ano anterior, e a reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis, sendo que para a obtenção destes resultados apresenta a calendarização que pode ser observada na *Figura 1*.

Desta forma, e no âmbito deste projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, foram criadas pela DGS: a **Grelha de Auditoria Interna**, a **Grelha Informativa sobre Indicadores** e o **Formulário de Monitorização de Implementação** para as organizações hospitalares. Foi também elaborado o **Relatório Cirurgia Segura, Salva Vidas (2014)**. O **Despacho de 2905/2013** vem reforçar a aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica.

Apesar de atualmente ainda não existem evidências robusta sobre o nível de segurança cirúrgica dos Blocos Operatórios em Portugal, uma vez que o Plano de Atividades das Comissões de Qualidade e Segurança para 2015 mostrou que a taxa de não conformidades da utilização da Lista Segura é

de cerca de 20%, o que invalida a obtenção destes dados (PNSD, 2015), é essencial esta avaliação de forma a avaliar focos problemáticos e implementar medidas que possam ter que ir para além a implementação da Lista Segura.

No entanto, no âmbito da prestação de cuidados no bloco operatório, não se mostra apenas pertinente no PNSD o objetivo estratégico relativo à segurança cirúrgica, uma vez que outros objetivos tocam em pontos essenciais como a utilização e medicamentos ou a prevenção de infeções, entre outros.

No conjunto desses objetivos foram emitidas normas, orientações e sistemas que se mostram bastante pertinentes em ambiente perioperatório, nomeadamente: a **Norma nº 025/2013 atualizada a 19/11/2015** acerca da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais e o respetivo **relatório (Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura dos Hospitais)**; a **Norma nº 020/2014** (Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes) e a **Norma nº 014/2015** (Medicamentos de alerta máximo); a **Orientação nº 18/2011** (Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde); **Orientação nº 017/2011** (Escala de

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todos os blocos operatórios. Registrar a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.	X						Serviços Partilhados do Ministério da Saúde Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Incluir a taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica institucional nos contratos programa		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

Figura 1 – Calendarização apresentada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)); o **Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA)**; a **Norma nº 024/2013** (Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico) e o **Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos**.

III. Segurança do Profissional

No bloco operatório também os profissionais que ali prestam cuidados estão sujeitos à exposição a diversos riscos, de natureza física, química, biológica, ambiental, psicossocial e até ergonómicos, que podem assumir proporções elevadas e causar acidentes graves (AESOP, 2006).

O **Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC, 2013-2017)** enquadrado na **Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde do Trabalho** vem promover a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador, *“através de estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, ou deles emergentes, de ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho”, que visam “garantir ambientes de trabalho saudáveis que: evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, suscetíveis de comprometer a saúde do trabalhador; assegurem uma elevada qualidade de vida no trabalho; e permitam alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores”* (PNSOC, 2013-2017).

De acordo com os dados apresentados pelo PNSOC, pesquisas recentes, quanto aos riscos emergentes, destacam os relacionados com as novas e emergentes tecnologias (ex. nanotecnologia e

biotecnologia), os associados a doenças psicossociais, à exposição a radiação não-ionizante etc.

Riscos de natureza biológica

O contexto perioperatório está intimamente ligado à manipulação e exposição a fluidos e matérias orgânicas, como órgãos, sangue e seus componentes, fezes, urina, exsudados, secreções, vômitos e qualquer material que esteja contaminado por estes (Cabuço, 2017).

É neste sentido que a AESOP (2006) aconselha a utilização das precauções básicas de segurança em todos os procedimentos e defende que os profissionais devem considerar todos os clientes como potencialmente contaminados, sendo que em situações de risco acrescido se devem adotar as medidas recomendadas pela **Comissão e Controlo de Infecção**, de acordo com o procedimento e agente patogénico envolvido (AESOP, 2006).

Em contexto perioperatório os acidentes de risco biológico mais frequentes são as picadas por agulhas contaminadas, cortes com instrumentos cirúrgicos utilizados, salpicos e projeção de líquidos biológicos para os olhos e mucosas, sendo que grande parte destes acidente podem ser evitados com: a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (óculos, luvas de punho alto, máscaras, batas e aventais), como aliás defende o **Programa de Controlo e Prevenção de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos** com a aplicação da **Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI**; e o respeito pelas normas de segurança (não reencapsular agulhas, utilizar os contentores adequados para a eliminação dos resíduos, técnica non-touch durante a instrumentação para os instrumentos cortantes, entre outras) (AESOP, 2006).

Na *Figura 2* poderá observar-se as diversas portas de entrada com risco de exposição a alguns dos agentes biológicos mais comuns.

Via de Entrada	Agentes biológicos / microrganismos
Respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Sarampo, • Vírus Influenza, • Vírus sincicial respiratório humano • Tuberculose • Legionella pneumophila
Feco-oral	<ul style="list-style-type: none"> • Virus Hepatite A • Helicobacter pylori • Salmonela
Superfícies cutâneas e mucosas	<ul style="list-style-type: none"> • Herpes • Varicela • Micose Cutânea • VHS-1
Percutânea	<ul style="list-style-type: none"> • Vírus Hepatite B • Vírus Hepatite C • Vírus Imunodeficiência Humana (VIH)

Figura 2 – Adaptado de Cabuço (2017)

As feridas por corto-perfurantes contaminados continuam a ser os acidentes mais comuns neste contexto laboral e constituem a principal causa por transmissão de agentes biológico por via percutânea, razão pela qual surgiu o **Decreto-Lei nº 121/2013 de 22 de Agosto** que vem estabelecer o regime jurídico relativo à prevenção de feridas provocadas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho nos setores hospitalar e da prestação de cuidados de saúde, reforçando a necessidade da aplicação de boas práticas e dando ênfase à má prática de reencapsulamento de agulhas. A OSHA (2008) vai mais longe ao recomendar o uso de agulhas de sutura de ponta romba em tecidos menos densos, como os músculos e as fâscias.

A AESOP (2006) relembra ainda que o quadro jurídico da gestão dos riscos biológicos assenta na circular **DGS/DH 98/228**, relativa às recomendações de implementação de tratamento retrovirais após exposição aos riscos de transmissão de VIH, na circular **DGS/DH 98/249** relativa à prevenção da transmissão de agentes infecciosos veiculados pelo sangue ou líquidos biológicos durante a prestação de cuidados em estabelecimentos de saúde, e na circular **DH/DGH 554** reativa à recolha de objetos cortoperfurantes.

A **Norma n.º 029/2012** da DGS (Precauções Básicas do Controlo da Infeção) vem também ela reforçar este panorama de prevenção e segurança.

Outra grande preocupação no último ano tem sido o fumo cirúrgico, produzido pela eletrocirurgia e por laser. Este constitui uma fonte rica de partículas facilmente penetráveis na máscara cirúrgica que podem transmitir agentes biológicos, como vírus e partículas celulares mortas, e agentes químicos, como monóxido de carbono (AESOP, 2017).

A *The Joint Commission* (2014) e a AESOP (2017) reforçam a necessidade da formação dos profissionais quanto a esta temática de forma a que se consigam mudar as práticas atuais. Posto isto, mostra-se importante referir mais uma vez que uma forma de o profissional garantir a sua segurança é através da correta higienização das mãos, controlo das práticas diárias (como o uso correto do vestuário, colocação correta da máscara cirúrgica, uso de calçado adequado, etc) e uso apropriado de Equipamentos de Proteção Individual como consta no **Regulamento (UE) 2016/425** do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia.

Riscos de natureza química

No bloco operatório existem vários produtos químicos sob a forma líquida (formol, desinfetantes, detergentes, etc.), gasosa (azoto, vapor de metilmetacrilato, etc.) ou sólida (cal sodada, dicloroisocianurato de sódio, detergentes, etc.). A AESOP (2006) alerta para o facto de que, na preparação, manipulação e operacionalização destes produtos, se mostra essencial seguir à risca as instruções do fabricante, a utilização das barreiras de proteção recomendadas e sua manipulação em ambiente próprio (com ventilação adequada e monitorizada). No caso da utilização de cimento ósseo (metilmetacrilato), mostra-se necessário que sejam seguidas as precauções recomendadas pela OSHA (1978) quanto ao tempo de exposição e qual o equipamento de proteção individual mais indicado. Este produto deve ser preparado com misturadoras de vaco que minimizam a exposição do profissional e que conseqüentemente diminuem a probabilidade de reações como queimaduras cutâneas, irritação oftálmica, reações alérgicas no trato respiratório, cefaleias, entre outros (AESOP, 2006).

O latex, comumente presente nos recursos materiais utilizados em bloco operatório, é uma das fontes mais comuns de reações alérgicas nos profissionais deste serviço. O frequente contacto com a pele, através das luvas, desenvolve uma reação de hipersensibilidade (dermatite, urticária, etc.), mas pode também causar reações alérgicas nas vias respiratórias. Não havendo nenhuma legislação relativamente a este assunto, sugere-se, então, a adoção de luvas, entre outros materiais, isentos de latex, prevenindo estas hipersensibilidades nos

profissionais e garantindo, também, a diminuição do erro na presença de um cliente com alergia ao latex.

A exposição aos anestésicos inalatórios é também uma grande preocupação em contexto perioperatório, principalmente em cirurgia pediátrica. A AESOP (2006) refere que devem estar presentes e serem aplicados a circular **Normativa da Direção Geral dos Hospitais 210/292** e o **Decreto-Lei 156/92**. Na manipulação de agentes químicos, como são as drogas citostáticas e o formol, sugere-se a criação de legislação apropriada pela elevada toxicidade para os profissionais. Estes agentes podem provocar lesões respiratórias e alterações neurológicas associadas ao comportamento. Desta forma a AESOP (2013) recomenda o uso apropriado de equipamento de proteção individual no manuseamento e utilização de agentes químicos.

Riscos de natureza física

Os riscos físicos são muito influenciados pelo ambiente da sala operatória. São exemplos, a iluminação, o ambiente térmico (regulamentado pela **Norma ISO 7730:2005** sobre o conforto térmico), o ruído (de ventiladores, aspiradores, música e conversas) e a probabilidade de queda (pelo pavimento estar desgastado e/ou higienização incorreta).

Com a evolução da tecnologia e da medicina, novas abordagens cirúrgicas são introduzidas no dia-a-dia. Exemplos disso são a eletrocirurgia e a utilização de radiações ionizantes e não ionizantes. A primeira veio introduzir uma inovação nos tempos cirúrgicos pois facilita o corte e hemóstase das feridas operatórias. No entanto, aumentou exponencialmente o risco de explosão e de queimaduras intraoperatórias. Para evitar, tomam-se precauções na preparação cirúrgica dos utentes (extração de todos os metais

removíveis, aplicação da placa depressível/eléctrodo neutro, secagem adequada das soluções alcoólicas e antissépticas, etc.). As radiações ionizantes constituíram também um grande avanço para a medicina quando se tornou possível ter intensificador de imagem eletromagnética nas salas operatórias. No entanto, veio, também, alertar para os problemas da exposição prolongados dos profissionais a estas energias.

Segundo a **Lei nº 102/2009 de 10 setembro**, as atividades laborais que implicam o profissional expor-se a este tipo de radiações, são consideradas de elevado risco, pelos danos celulares, dos tecidos e dos órgãos que podem provocar; estas podem implicar alterações no código genético das células, havendo a possibilidade de surgimento de cancro, sem esquecer a probabilidade de transmissão de material genético alterado. As radiações não ionizantes (como é o laser) não constituem tanto perigo quanto as ionizantes, mas a longo prazo também provocam alterações celulares, particularmente a nível ocular, com possíveis alterações na retina (Cabuço, 2017).

Mostra-se também importante alertar para os riscos associados à utilização da fibra ótica com luz (cabo de luz fria), pois também são causa de queimaduras nos clientes e nos profissionais quando manuseados de forma incorreta.

Riscos de natureza ergonómica

Os riscos ergonómicos que os enfermeiros perioperatórios estão sujeitos devem-se ao tipo de funções que desempenham.

As numerosas horas em pé, as posturas prolongadas e inadequadas, o manuseamento e transporte de equipamentos e materiais pesados (como as caixas cirúrgicas, as marquesas cirúrgicas,

as torres de laparoscopia, etc.), a movimentação e movimentos repetitivos (que têm de ser rápidos e eficazes), algumas deslocações frequentes e desnecessárias, o tipo e posicionamento do mobiliário, o transporte e *transfer* dos clientes e existência de utentes com graus de dependência elevada, podem provocar a longo prazo e em situações agudas lesões (rutura dos meniscos dos joelhos, contraturas musculares, hérnias lombares e cervicais, entre outros).

A Direção Geral da Saúde (2008) emitiu um **Guia de Orientação para a Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho** no âmbito do **Programa Nacional de Contra as Doenças Reumáticas**, que alerta para os riscos e apresenta recomendações neste sentido, no entanto, sugere-se a criação de legislação adequada para a introdução de programas de ginástica laboral para enfermeiros e outros profissionais de saúde, assim como, regulamentos para o tipo e o posicionamento do mobiliário nas salas operatórias.

Riscos de natureza psicossocial

O contexto perioperatório, pela exigência e complexidade dos cuidados, pode conduzir a situações de uma grande pressão e stresse, o que leva os profissionais a estarem expostos a estes e outros riscos psicossociais.

O sofrimento, situações de emergência, tomada de decisão sob pressão, ambiente fechado, o trabalho por turnos, alimentação/desregulação do horário das refeições, entre outros podem levar a erros e acidentes de trabalho (AESOP, 2006).

A motivação com que os enfermeiros prestam os seus cuidados e se apresentam no local pode também ser afetado por estes fatores. É importante que as

chefias tenham atenção ao estado emocional da sua equipa e que a reconheçam pelo trabalho produzido, que proporcionem períodos de descanso adequados e que a incentivem para novos projetos e formações, como forma de combater os efeitos de *burnout*.

O facto de passar muitas horas com as mesmas pessoas no mesmo local torna-se angustiante, pelo que é importante os enfermeiros manterem um bom espírito de equipa. Isto não se mostra apenas importante dentro da equipa de enfermagem, mas no âmbito de toda a equipa multidisciplinar.

O trabalho em equipa multidisciplinar funciona melhor se a ideia hierárquica for desconstruída e se souber respeitar as funções de cada um dos profissionais. Só, então, é possível criar um clima de trabalho mais saudável.

A criação de normas e protocolos de procedimentos que regulem as práticas dos enfermeiros perioperatórios (montagem de mesas, listas de verificações, definição de circuitos de sujos, de circuitos de clientes com cuidados diferenciados, formação de elementos recém-licenciados, entre outras definições de tarefas e cuidados) podem favorecer um ambiente saudável e minimizar erros.

Ambiente Seguro em Bloco Operatório

Penedo et al (2015) definem o Bloco Operatório como sendo uma unidade (com espaço físico próprio e autorregulado) de um estabelecimento hospitalar destinada à realização de procedimentos cirúrgicos ou exames que encarguem um nível elevado de técnicas anestésicas e/ ou de cuidados assépticos específicos, acrescentando na sua definição a particularidade dos

meios técnicos, recursos materiais (equipamento, tecnologias, etc.) e recursos humanos altamente qualificados. Como parte integrante de uma abordagem sistémica à segurança do cliente e dos profissionais, surge o ambiente no qual os cuidados perioperatórios são prestados. Um ambiente seguro em BO implica aspetos que controlem riscos como o risco de infeção, incêndio, explosão, riscos químicos e elétricos, por exemplo. No panorama português existem normas e recomendação que vão ao encontro desta política de segurança como é o caso das emitidas pela Administração Central do Sistema de Saúde (Recomendações técnicas para Bloco Operatório). O Bloco Operatório deve ser uma unidade central no estabelecimento hospitalar, de acesso fácil aos outros serviços de internamento e urgência ao mesmo tempo que resguardado do resto do hospital, sem que nenhum circuito ou serviço lhe seja atravessado (ACSS, 2011) e deve ser estruturado com uma ideologia de acesso de assepsia progressiva: área livre, área semi-restrita e área restrita (*Figura 3*).

As Recomendações Técnicas para Bloco Operatório da Administração Central do Sistema de Saúde regulamentam todas as condições físicas (materiais de construção, logística do serviço, condições de ventilação, iluminação, etc.). Existem ainda outras especificações técnicas como a ET 06/2008 (Instalações de sistemas de AVAC) ou a ET 03/2006 (Gases Medicinais e Aspiração em Edifícios Hospitalares) que devem ser seguidas de forma a manter o nível de segurança dentro deste serviço.



Figura 3 - Circuitos e Assepsia Progressiva (Adaptado de ACSS, 2011)

Outro aspeto importante é a triagem de resíduos no bloco operatório, pela grande variedade e quantidade produzidas e pelo perigo que pode causar à saúde pública se forem cometidos erros.

O Decreto-Lei 178/2006 de 6 setembro e o Despacho nº242/96 regulamentam este aspeto da segurança ambiental, aos exigir aos estabelecimentos hospitalares a criarem separações concretas para cada tipo de resíduo, e do profissional, nomeadamente para os assistentes operacionais que lidam com os lixos do bloco operatório. Para garantir, não só a segurança do cliente, mas, também, a segurança ambiental, Penedo et al (2015) recomenda a existência dos recursos humanos ideais por sala de operações a (constituídos por 1 cirurgião principal, 1 anestesiológico, enfermeiros perioperatórios e 1 assistente operacional (podendo este ser partilhado com outra sala operatória).

Quanto ao rácio de enfermeiros por sala operatória, a Ordem dos Enfermeiros emitiu a Norma para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem publicada em Diário da República – **Regulamento n.º 533/2014**, estabelecendo a

necessidade de três enfermeiros por sala com funções diferenciadas (Enfermeiro Instrumentista, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Anestesista); quanto à UCPA/ Recobro também tomam uma posição quanto à determinação de 2 Enfermeiros de UCPA como dotação mínima segura, mas que pode alterar-se quanto ao tipo de afluência, o tipo de cuidados específicos a serem prestados e as características de clientes (OE, 2014; AESOP, 2015).

A **Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente** e a **Tomada de Posição sobre o Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Único (DMUU)** emitidas pela Ordem dos Enfermeiros vem também reforçar uma política de segurança nos blocos operatórios portugueses.

Considerações finais

O objetivo específico deste trabalho passava pela identificação dos riscos associados aos cuidados de saúde em contexto de Bloco Operatório (BO) em Portugal, relativos ao cliente, ao profissional e ao ambiente cirúrgico, e de uma forma reflexiva enquadrá-los com a legislação existente. Pode-se

então concluir que a variedade de riscos é muito elevada. O BO mostra-se, de facto, um ambiente complexo e a segurança é um tema de extrema importância. Em suma, a legislação presente em Portugal defende muito o cliente e nota-se uma crescente preocupação das entidades em elevar os seus *standards* de segurança, de modo a aumentar os padrões da qualidade da prestação dos cuidados. No entanto, no que concerne à segurança do profissional ainda existem lacunas.

O contributo da AESOP, nomeadamente no que respeita à elaboração das Práticas Recomendadas para Bloco Operatório, e em acréscimo à legislação existente, também se mostra essencial e mais valia para os enfermeiros portugueses contribuindo para uma cultura de segurança em bloco operatório.

Numa avaliação global do trabalho realizado considera-se que este mostrou ser uma mais-valia para a nossa aprendizagem e consciencialização, não só dos diversos riscos, mas também do que a legislação prevê para os contornar, sendo que contribuiu, de certa forma, para a melhoria da qualidade dos nossos cuidados de enfermagem, garantido uma excelência na proteção da segurança do cliente, da equipa cirúrgica e consequentemente de todo o ambiente cirúrgico.

REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS) – **Recomendações Técnicas para Bloco Operatório: RT 05/2011**. [Em Linha] Ministério da Saúde, Governo de Portugal, 2011.

ALVES, José António da Conceição; RIBEIRO, Célia; CAMPOS, Sofia – **A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares**. [Em linha]. *Revista de Enfermagem Referência*, 2012. [Consult. 27 Jan. 2018]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn7/serlIn7a04.pdf> >; Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) – **Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática**

dos cuidados. Lisboa: Lusodidacta, 2006, 356 p. ISBN 972-8930-16-5

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) – **Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório**. 2ªed. Lisboa: AESOP, 2010. 135p. ISBN: 972-9171-65-3.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES (AESOP) – **Práticas Recomendadas para Bloco Operatório**. Lisboa, 2013. 3ªed. ISSN: 978-989-20-3725-7

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES (AESOP) – **Fumo Cirúrgico**. Ficheiro Vídeo. [Em linha] 2017. [Consult. 22 Jan. 2018]. Disponível em WWW: <URL: <http://aesop-enfermeiros.org/index.php?lop=conteudo&op=3b8a614226a953a8cd9526fca6fe9ba5&id=884d247c6f65a96a7da4d1105d584ddd>>

CABUÇO, Roberto - **Riscos ocupacionais no bloco operatório: acidentes com materiais de natureza biológica e química**. Dissertação de Mestrado. [Em linha]. Universidade do Minho, 2017. [Consult. 25 Jan. 2018]. Disponível em WWW: <URL: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46415/1/Dissertacao_Roberto%20Cabuco%20C3%A7o.pdf>

Decreto-Lei n.º 121/2013, de 22 de agosto – **Regime jurídico relativo à prevenção de feridas provocadas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho nos setores hospitalar e da prestação de cuidados de saúde**. [Em Linha] Diário da República, 2013. 1.ª Série – N.º161

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais**. 2015. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013-pdf.aspx>>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)**. 2011. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Formulário de Monitorização de Implementação**. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070234AAAAAAAAAAAAAAAA>>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Grelha de Auditoria Interna**. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070234AAAAAAAAAAAAAAAA>>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Grelha Informativa sobre Indicadores**. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070234AAAAAAAAAAAAAAAA>>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica**. 2009. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-manual-de-implementacao.aspx>>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde**. 2011. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>>

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes**. 2015. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Medicamentos de alerta máximo**. 2015. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 2/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas**. 2013. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma_002_2013_cssv-revisao-junho2013.aspx>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Orientações para a Cirurgia Segura**. 2009. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. 2012. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico**. 2013. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013.aspx>>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos**. 2013. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/ppcira-orientacoes-programaticas-pdf.aspx>>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Relatório Cirurgia Segura, Salva**. 2014. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070234AAAAAAAAAAAAAAAA>>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais**. 2015. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Sistema Nacional de Notificação de Incidentes: NOTIFICA**. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>>
- ISO, 7730:2006. **Ergonomics of the thermal environment — Analytical determination and interpretation of thermal comfort using calculation of the PMV and PPD indices and local thermal comfort criteria**. [Em Linha] International Organization for Standard, 2006. [Consult. 19 Jan. 2018] Disponível em WWW: <URL: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:7730:ed-3:v1:en>>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios**. 2015. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Despacho n.º 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020**. 2015. [consult. 19-01-2018] Em linha disponível em <<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.aspx>>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Despacho n.º 5613/2015: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020**. 2015. Occupational Safety and Health Administration (OSHA) – **Occupational Health Guideline for Methyl Methacrylate**. [Em linha] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), DHHS (NIOSH), 1978. [Consult. 22 Jan. 2018] Disponível em WWW: <URL: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/81-123/pdfs/0426.pdf>>
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA) – **Use of Blunt-Tip Suture Needles to Decrease Percutaneous Injuries to Surgical Personnel: Safety and Health Information Bulletin**. [Em linha] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), DHHS (NIOSH), 2008. Nº 2008(101). [Consult. 22 Jan. 2018] Disponível em WWW: <URL: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-101/pdfs/2008-101.pdf>>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento 533/2014, de 2 de dezembro: Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem**. [Em linha] Lisboa, 2014.
- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia – **Regulamento (UE) 2016/425 do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2016 relativo aos equipamentos de proteção individual e que revoga a Diretiva 89/686/CEE do Conselho**. [Em linha] Parlamento Europeu, 2016. [Consult. 19 Jan. 2018] Disponível em WWW: <URL: <http://srmu.pt/wp-content/uploads/2016/09/Parlamento-Europeu-e-do-Conselho-2016-Regulamento-UE-2016425-do-Parlamento-Europeu-e-do-Conselho-de-9-de-mar%C3%A7o-de-2016.pdf>>
- PENEDO, Jorge et al - **Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios**. [Em linha]. Ministério da Saúde, Governo de Portugal, 2015. [Consult. 21 Jan. 2018]. Disponível em WWW: <URL: http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf>
- The Joint Commission – **Implementing Hospital Respiratory Protection Programs: Strategies from the field**. [Em Linha] Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2014. [Consult. 19 Jan. 2018] Disponível em WWW: <URL: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Implementing_Hospital_RPP_2-19-15.pdf>

Corto-Perfurantes: uma revisão de bibliografia

Cláudia Marisa Gonçalves Lameira*, David D'Oliveira*; rev. António Freitas**

* Enfermeiro/a, estudante do Mestrado de Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

** Coordenador do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Resumo

Para a promoção da qualidade e segurança foi realizada uma revisão de literatura, com os objetivos de caracterizar os corto-perfurantes no âmbito do risco clínico e do ambiente seguro em contexto da enfermagem perioperatória e identificar algumas práticas de trabalho seguras, relativamente a este tipo de resíduos hospitalares, utilizando para tal noções de Gestão de Risco.

Palavras-chave: Segurança, Corto-perfurantes, Enfermagem Perioperatória

Abstract

For the promotion of quality and safety, a literature review was carried out, aiming to characterize the short-piercings in the clinical risk and safe environment context in the perioperative nursing context and to identify some safe work practices in relation to this type of hospital waste, using for this notions of Risk Management.

Key-words: Safety, Sharp-perforating, Perioperative Nursing.

Introdução

Os corto-perfurantes são material considerado resíduo hospitalar pois resultam de atividades relacionadas com a prestação de cuidados de saúde a seres humanos. Segundo o Decreto-Lei n.º 121/2013 de 22 de agosto, os corto-perfurantes são: *“(…) dispositivos médicos corto-perfurantes que constituem equipamentos de trabalho (...) utilizados na prestação de cuidados de saúde, que podem causar feridas, ferimentos e ou infeções nos trabalhadores, por meio de corte, laceração, perfuração ou picada, sendo considerados como equipamento de trabalho.”*

Temos como objetivos caracterizar os corto-perfurantes, abordar a temática da gestão do risco referente aos corto-perfurantes e enumerar algumas práticas de trabalho seguras, relativamente a este tipo de resíduos hospitalares, utilizando para tal noções de Gestão de Risco.

A Evolução dos Cuidados de Saúde

A relação entre a doença e a profissão remonta ao ano 400 a.C. em que Hipócrates escrevia sobre diversas doenças que atingiam mercadores e artífices. Com o surgir da Revolução Industrial, que começou em Inglaterra no final do século XVIII e se estendeu gradualmente ao resto do mundo nos séculos XIX e XX, foi substituído o trabalho manual por maquinaria e surgiu uma série de novos problemas ao trabalhador (Rogers, 1997). Até esse momento, todas as empresas que prestavam cuidados de saúde tinham como principal objetivo o tratamento dos acidentes de trabalho além das doenças dos profissionais. Porém, após a 2.^a Guerra Mundial, surgiu uma outra forma de abordar os riscos profissionais, passando-se a ter conta, não só os mecanismos de natureza ambiental ou mecânica, mas também os biológicos ou infecciosos, químicos, físicos e psicossociais. A ausência de uma proteção eficaz da saúde e da segurança no trabalho, podem resultar em absentismo decorrentes de acidentes de trabalho e doenças profissionais, levando

a incapacidades permanentes de origem profissional com forte impacto económico e humano.

O processo de gestão do risco implica a análise do local de trabalho e a determinação de riscos potenciais, análise de processos e riscos associados, deslocações ao local de desempenho de funções para observação dos mesmos, elaboração de planos para determinação dos níveis de exposição e avaliação das queixas dos trabalhadores (Rogers, 1997).

O risco profissional designa então a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso ou dano na saúde do trabalhador e a sua gravidade no mesmo, após exposição profissional, existindo em qualquer empresa ou estabelecimento (DGS & SNS, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2018).

Várias são as fontes de exposição a riscos profissionais por parte do trabalhador (respiratória, digestiva, dérmica, auditiva ou ocular) mas todas elas se encontram dependentes:

- Característica do fator de risco e da sua presença no local de trabalho;

- Capacidade de penetração e interação do fator de risco com o organismo humano;

- Tempo, frequência e intensidade a que o trabalhador se encontra exposto;

- Características individuais do trabalhador (DGS & SNS, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2018).

Deverá ser desenvolvida uma estratégia de intervenção para cada fator de risco no âmbito do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho do local e no âmbito da Gestão do Risco Profissional.

A Gestão do Risco

A Gestão do Risco Profissional deverá ser um processo dinâmico que tem como objetivos: eliminar, minimizar ou controlar o risco profissional através de medidas preventivas e corretivas, que mantenham ou aumentem a saúde e segurança dos trabalhadores.

Este processo desenvolve-se de modo contínuo e nas vertentes de análise, avaliação e gestão do risco, devendo ser efetuado sempre que:

- Identifique uma não conformidade e um risco a ela associada;
- Exista uma criação ou alteração de processos ou atividades;
- Exista alteração significativa da legislação ou outros requisitos;
- Sejam implementadas medidas de minimização de riscos profissionais.



"Processo de Gestão do Risco Profissional", adaptado de DGS & SNS, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2018

Os Resíduos Hospitalares

Os profissionais de saúde são responsáveis pela sua segurança e para

isso é necessário que os mesmos reconheçam os riscos profissionais existentes no local onde prestam cuidados de saúde e adotem comportamentos considerados seguros. No entanto, os profissionais estão sujeitos a vários riscos” *associados à prestação de cuidados a doentes portadores do vírus da imunodeficiência humana, do vírus da hepatite B ou de Tuberculose. Infecções, lesões lombares, danos por quedas, acidentes com substâncias químicas ou com corto-perfurantes contaminados (...)*” (Simões, 2010).

Como resultado da prestação de cuidados de saúde a seres humanos na área da prevenção, diagnóstico, tratamento e investigação existe a produção de resíduos.

Os Resíduos Hospitalares são definidos como *“resíduo resultante de atividades clínicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em atividades médico legais, de ensino ou de quaisquer outras que envolvam procedimentos invasivos, bem como todos os resíduos equiparados a urbanos produzidos por cada Unidade Hospitalar”* (CHLC, Procedimento Multissetorial- GRE.102- Auditoria da Gestão de Resíduos Hospitalares, 2014).

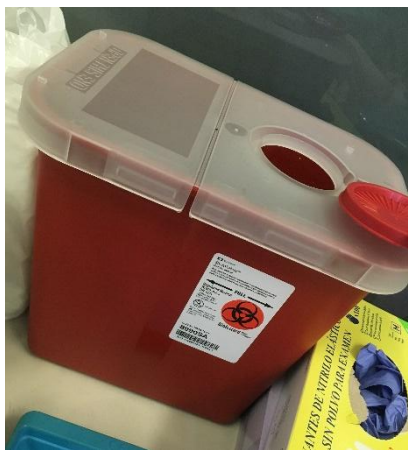
Por outro lado, também existem os Resíduos Perigosos, que são definidos como *“o resíduo que apresenta pelo menos, uma característica de perigosidade para a saúde ou para o ambiente”* (Dec. Lei nº178/2006). Os resíduos hospitalares são classificados em 4 grupos de acordo com o seu grau de perigosidade:

- **Grupo II-** resíduos hospitalares não perigosos (não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos);
- **Grupo III-** resíduos hospitalares de risco biológico (resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, suscetíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano);
- **Grupo IV-** resíduos hospitalares específicos (resíduos de vários tipos de incineração obrigatória e onde se inserem os materiais cortantes e perfurantes, tais como, agulhas, cateteres e todo o material invasivo) e definidos por *“(...) a) Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas, até publicação de legislação específica; b) Cadáveres de animais de experiência laboratorial; c) Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo; d) produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica; e) Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração. (...)*” (Decreto lei n.º187, 1996).

Pelo despacho de 16/90, de 21 de agosto, foram criadas as condições necessárias, que visavam a eliminação desses resíduos, com o recurso a tecnologias de tratamento dos mesmos e uma classificação que exigisse a separação seletiva dos resíduos, desde a sua origem. Sendo que essa classificação teria em conta a organização e gestão global dos resíduos, os riscos, a proteção dos trabalhadores do setor, a operacionalidade, os preceitos éticos e ainda a perceção do risco pela opinião pública.

É da responsabilidade de todos separar e acondicionar cada tipo de resíduo, no local onde este

é produzido, em saco ou contentor próprio de modo a dar cumprimento à legislação existente. Além disso, existem determinadas precauções relativas ao manuseamento de resíduos que dever-se-ão ter em



Fotografia por Enfª Cláudia Gonçalves, 2017

consideração, nomeadamente, não encher os sacos de recolha ou os contentores de corto-perfurantes acima de 2/3 da sua capacidade pois esta ação permite

o encerramento dos mesmos de forma segura, deverão estar identificados com o local de origem e os contentores que se encontrem perto do local de produção deverão manter-se fechados, permitirem a sua abertura acionada por pedal e serem de fácil higienização.

Corto-Perfurantes

Os corto-perfurantes dizem respeito aos "materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo (...)".

Os dispositivos médicos corto-perfurantes que constituem equipamentos de trabalho são os "dispositivos médicos utilizados na prestação de cuidados de saúde, que podem causar feridas, ferimentos e/ou infeções nos trabalhadores, por meio de corte, laceração, perfuração ou picada, sendo considerados como equipamento de trabalho" (Decreto-Lei nº 121/2013).

Constituem um importante risco a que os profissionais de saúde se encontram sujeitos, e é sobre estes que vamos incidir a nossa atenção, pois,

um profissional de saúde tem um risco de 1, 5 vezes maior de contrair doenças do que outros trabalhadores. Estes fazem parte do, tendo em conta a classificação de Resíduos, citado em cima, Grupo IV dos Resíduos Hospitalares. Os corto-perfurantes caracterizam-se por ser um Resíduos Hospitalar perigoso, sendo necessário uma atenção especial pois apresentam um elevado risco de contaminação " (...) resíduos produzidos na prestação de cuidados de saúde que requerem especial atenção na prevenção da transmissão de infeção são os objetos cortantes e perfurantes contaminados(...)" (DGS,n.d.).

Também fazem parte da Lista Europeia de Resíduos (LER, n.d.) , caraterizados como resíduos da prestação de cuidados de saúde a seres humanos ou animais (LER, n.d.).

Todos os resíduos corto- perfurantes devem ter uma triagem e acondicionamento no seu local de produção, de forma a diminuir os riscos para a saúde dos trabalhadores e doentes (DGS, n.d.). Estes devem ser acondicionados em contentores imperfuráveis, ao contrário dos restantes resíduos do grupo IV, que devem ser colocados em recipientes de cor vermelha (Decreto lei n.º 186, 1996) ou amarela (UN 3291, Clinical Waste), devendo ser datados e rubricados no início da sua utilização e após o seu encerramento.

Dever-se-á respeitar o limite de enchimento e fechar cuidadosamente sem compactar.

É também recomendado que:

- Existam boas práticas na montagem de forma correta, na acessibilidade, armazenamento e encerramento dos contentores;

- Utilização dos mecanismos de encerramento provisório quando os contentores não se encontram a ser utilizados;
- Colocação de data de início de utilização;
- Existência e colocação segura dos contentores em dispositivos móveis de apoio à prestação de cuidados;
- Substituição imediata dos contentores dos carros de emergência após a sua utilização (CHLC, Procedimento Multissetorial- SST.106- Acidentes de Trabalho com risco biológico n.º 599, 2014).

A forma de tratamento dos mesmos segundo o Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares 2011-2016, é que estes sejam “ (...) incinerados na única central de inceneração existente em Portugal Continental ou exportados, obedecendo aos requisitos do movimento transfronteiriço de resíduos.” (PERH, 2011-2016).

Medidas de proteção na utilização de corto-perfurantes

Um acidente de trabalho é definido como “aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte” (Lei nº 98/2009) e o risco é “combinação de probabilidade e da(s) consequência(s) da ocorrência de um determinado acontecimento perigoso (lesão)” (Norma Portuguesa NP4410, 2004).

Os acidentes de exposição a sangue e a outros fluidos orgânicos são acontecimentos frequentes e que representam um risco de infeção acrescido para os profissionais. O risco de lesão por instrumento corto-perfurante encontra-se presente em todos os ambientes onde estes resíduos se encontrem em

utilização, e atingem cerca de 1 em cada 5 trabalhadores por ano. Este tipo de acidentes acontece quando um instrumento ou objeto é capaz de penetrar a pele e constitui a forma de exposição mais perigosa dos cuidados de saúde pois pode resultar a transmissão de patógenos altamente virulentos e perigosos (HIV, Hepatites B e C, ...).

A utilização de medidas de segurança durante a prestação de cuidados constitui um importante método de prevenção de lesões por corto-perfurantes.

Relativamente às medidas preventivas no âmbito do controlo dos riscos profissionais devemos ter em conta o seguinte:

- Eliminação do fator de risco profissional (caso não o seja possível eliminar dever-se-á avaliar uma forma de reduzir o risco que lhe está associado);
- Substituir o fator de risco profissional (substituindo o agente ou material por outro considerado menos perigoso);
- Implementar medidas de engenharia (medidas de proteção relacionadas com o risco);
- Implementar medidas administrativas e organizativas (fornecendo formação aos



Sharps safety-AORN Recommended practices (Ogg, 2013)

trabalhadores, proporcionando o repartir de tarefas consideradas penosas, ...);

- Implementar medidas de proteção pessoal (através da utilização de equipamentos de proteção pessoal adequados à tarefa que se irá desempenhar) (DGS & SNS, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2018).

A prevenção da exposição ao sangue ou a outros produtos biológicos é a principal medida contra agentes patogénicos de transmissão sanguínea. As precauções básicas terão como objetivo a redução da exposição a estes produtos. Essas precauções deverão ser tomadas em consideração em todas as manipulações de instrumentos corto-perfurantes, independentemente do diagnóstico do doente ou da suposição ou não da existência de doença infecciosa.

Para a prevenção e controlo destes acidentes é necessário garantir a existência de equipamentos de proteção individual e dispositivos que assegurem práticas seguras de trabalho, o cumprimento das precauções básicas aplicadas a todos os doentes e a formação e informação de todos os trabalhadores. (CHLC, Procedimento Multissetorial- SST.106- Acidentes de Trabalho com risco biológico n.º 599, 2014).



Safety in the operating theatre-issues (Lang, 2011)

Ao nível dos materiais de proteção, torna-se necessário garantir a existência de contentores para eliminação dos dispositivos médicos corto-perfurantes, equipamentos de proteção individual (máscaras, luvas, viseiras), estruturas para a higienização das mãos (lavatórios, dispositivos com SABA) e a existência também de mecanismos seguros para administração de injetáveis (dispositivos com agulhas e lâminas retrateis, cateteres venosos com mecanismos de proteção da extremidade).

Além disto, todo o material corto-perfurante envolve diversos cuidados no seu manuseamento como: nunca deverão ser passados de mão em mão (utilizar uma zona de passagem neutra), ter sempre especial atenção à proximidade com outros trabalhadores controlando a posição do dispositivo de modo a evitar lesões.

Nunca se deverá proceder ao reencapsulamento de agulhas ou outro qualquer movimento que envolva dirigir o cortoperfurante a alguma parte do corpo.

Se for necessário remover a agulha deverá ser utilizada uma pinça ou o encaixe da tampa do contentor, onde deverá ser colocado o dispositivo médico corto-perfurante.

E deverá ser da especial atenção dos profissionais de saúde inspecionar todas as superfícies de trabalho, incluindo o leito do doente, de forma a detetar a presença de material corto-perfurante que deverá ser removido com pinça ou semelhante de forma a evitar riscos de ferida e infeção de doentes e profissionais de saúde.



Safety in the operating theatre- issues (Lang, 2011)

Quanto aos contentores onde deverão ser armazenados o material corto-perfurante, devem ser verificados constantemente de forma a não exceder a sua capacidade recomendada pelo fabricante, que é por norma 2/3 da sua capacidade total. Ao colocar o material corto-perfurante no contentor deverá-se manter as mãos atrás da área cortante/ perfurante, e nunca deverá ser forçada a entrada nem colocados dedos ou mãos no interior/ abertura do contentor de cortoperfurantes.

Ainda no que concerne, aos contentores de corto-perfurantes estes devem ser encerrados temporariamente quando não estão a ser utilizados ou durante o transporte do mesmo de forma a evitar acidentes (CHLC, 2014).

Além das práticas seguras no uso de dispositivos médicos corto-perfurantes, os profissionais de saúde devem tomar medidas de controlo de infeção segundo as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS) como: higienização das mãos, equipamentos de proteção individual, limpeza e manutenção de equipamentos e superfícies e cuidados com textéis e roupa(DGS, 2013).

Como lidar com corto-perfurantes: alguns exemplos da prática diária

O impacto financeiro de fornecer materiais corto-perfurantes com mecanismos de proteção é muito

baixo comparado com o custo de tratamento de um episódio de lesão por material corto-perfurante, especialmente quando se considera a frequência de exposições e o custo do tratamento pós exposição (cerca de \$500 a \$3000 USD por ocorrência em 2004 nos Estados Unidos) (Caple & Schub, 2015) .

Deveremos ter em consideração antes da utilização de qualquer material corto-perfurante:

- A legislação existente e as iniciativas relativamente à utilização de dispositivos de proteção;
- Os princípios gerais de manuseio e descarte em segurança de dispositivos corto-perfurantes (a utilização de técnicas de sutura cirúrgicas mecânicas, utilização de agulhas de sutura de ponta romba para músculo e fáscia, utilização da técnica “*hands free technique*” quando existe o manuseamento e a passagem de instrumentos corto-perfurantes entre diferentes elementos da equipa);
- Dispositivos de proteção, as suas indicações de utilização e instruções de utilização;
- Existência de dispositivos ou contentores de descarte apropriado para materiais corto-perfurantes.

Piquei-me e agora?

Na prática clínica diária a utilização de material corto-perfurantes é algo banal, no entanto, constitui um risco para os profissionais de saúde.

Os acidentes com material corto-perfurante tem merecido especial atenção pelos serviços de segurança e saúde do trabalho, que acompanham os profissionais acidentados com os protocolos de diagnóstico instituídos, registo e o respetivo acompanhamento.

A Associação Europeia de Empregadores Hospitalares e da Saúde (HOSPEEM) e a Federação dos Sindicatos Europeus do Serviço Público (EPSU), celebraram a Diretiva n.º 2010/32/ UE do Conselho em 10 de Maio de 2010, um Acordo-Quadro.

O Acordo-Quadro visa

“ (...) prevenção de ferimentos provocados por objetos cortantes nos setores hospitalar e da saúde(...) Na proteção dos trabalhadores contra feridas causadas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho (...) uma abordagem integrada da avaliação e prevenção dos riscos, formação, informação, sensibilização e monitorização, bem como dos respectivos procedimentos de resposta e acompanhamento.” (Decreto- Lei n.º 161, 2013).

Desta forma, cabendo a cada Estado-Membro regulamentar a situação , em 22 de Agosto de 2013 em Portugal, foi criado o Decreto- Lei n.º 161 que *“estabelece o regime jurídico relativo à prevenção de feridas provocadas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho nos setores hospitalar e da prestação de cuidados de saúde (...)”*.

Encontram-se abrangidos todos os empregadores, trabalhadores, subcontratantes, estudantes, estagiários do setor hospitalar e da prestação de cuidados de saúde.

Por outro lado, também regulamenta o local de trabalho, quer seja uma instituição pública ou privada onde sejam prestados cuidados de saúde. *“ (...) Locais de trabalho abrangidos, estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, públicos ou privados, e outros locais onde sejam realizados e prestados cuidados de saúde, sob autoridade e supervisão do empregador, (...)”* (Decreto-Lei n.º 161, 2013).

Assim, revela-se pertinente que seja fornecida informação e sensibilização aos profissionais de saúde sobre o manuseamento de corto-perfurantes, pois constituem um forte risco de ferida e infeção provocado pelo seu manuseamento incorreto.

Torna-se importante alertar sobre a forma correta do manuseamento, sobre material de prevenção de acidentes, cumprimentos das orientações emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) no que toca a prevenção, controlo da infeção e boas práticas.

Também deverá ser disponibilizado material e equipamento de proteção individual aos profissionais de saúde, disponibilizar material corto-perfurante que apresentem mecanismos de proteção concebidos para o uso seguro dos mesmos, assegurar uma adequada triagem dos resíduos, acondicionamento , transporte e eliminação de material corto-perfurante, não proceder ao reencapsulamento de agulhas(Decreto-Lei n.º 161, 2013). Segundo este Decreto-Lei, é essencial providenciar formação obrigatória e gratuita aos trabalhadores no âmbito da segurança e saúde no trabalho, com maior enfoque, na utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes no momento da integração no local de trabalho.

A formação deverá incidir sobre alguns aspetos relevantes como:

“utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho (...) precauções básicas de infeção, procedimentos de utilização e eliminação de dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho, importância da imunização, notificação e procedimentos de resposta e acompanhamento a adotar em casos de feridas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho.”

Em caso de acidente com dispositivos médicos corto-perfurantes o profissional de saúde encontra-se protegido, desde que cumpridas todas as precauções e medidas de segurança estipuladas, além de que, deverá notificar qualquer evento ocorrido, com dispositivos médicos corto-perfurantes, no Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos da Direção Geral de Saúde (DGS).

Também é assegurado ao profissional de saúde em caso de acidente :

“ (...) *Assegurar as ações e procedimentos de vigilância de saúde; conceber, implementar, divulgar e manter atualizado um plano de ação em caso de acidente; disponibilizar gratuitamente (...) a vacinação e as medidas para o tratamento e reabilitação do trabalhador, incluindo profilaxia pós- exposição a agentes biológicos e os exames médicos necessários.*” (Decreto-Lei n.º 161, 2013).

A avaliação do risco de transmissão de infeções virais deve ser realizada o mais rapidamente possível (em poucas horas) após a lesão com o instrumento corto-perfurante de modo a que se possa instituir uma quimioprofilaxia em tempo útil (até 72 horas relativamente aos antirretrovirais e até 1 semana em relação à imunoglobulina anti hepatite B, sendo desejável o seu início nas primeiras horas após a exposição).

A identificação de infeção VHB, VHC ou VIH no doente é fundamental, pelo que deverá ser solicitado o seu consentimento informado (CHLC, Procedimento Multissetorial- SST.106- Acidentes de Trabalho com risco biológico n.º 599, 2014).

O trabalhador exposto ao produto biológico infetado é responsável por dar início ao processo de notificação de acidente com instrumento corto-perfurante no

menor espaço de tempo possível e de cumprir as recomendações que lhe são facultadas.

Os cuidados com o local da ferida devem ser adotados de imediato:

- após exposição de mucosas: lavar abundantemente (5 minutos) com água limpa ou soro fisiológico;
- na exposição através de via percutânea: deixar sangrar livremente e lavar o local com água e sabão, desinfetando com agente antisséptico (não utilizar agentes cáusticos nem injetar agentes antissépticos no local da ferida).

Considerações Finais

A realização do presente artigo sobre corto-perfurantes, permitiu compreender a importância e responsabilidade que temos como Enfermeiros, profissionais de saúde, no tratamento destes dispositivos médicos que constituem um perigo de saúde pública, dado que é um resíduo hospitalar considerado perigoso. De igual forma, permitiu desenvolver conhecimentos sobre gestão do risco e práticas de trabalho seguras com corto-perfurantes.

Referências Bibliográficas

- 161, D. L. (22 de Agosto de 2013). Diário da República, 1.^a série - N.º 161. pp. 5052-5055.
- 187, D. L. (13 de Agosto de 1996). DIÁRIO DA REPUBLICA - II SÉRIE. Lisboa.
- Caple, C., & Schub, E. (10 de Abril de 2015). Sharps Injuries: Prevention- using safety devices. (C. I. Systems, Ed.) *Nursing Practice and skill*.
- CHLC. (30 de Maio de 2014). Procedimento multissetorial CIH.101. *Precauções básicas*.
- CHLC. (30 de Maio de 2014). Procedimento Multissetorial CIH.101- Precauções básicas, nº357.
- CHLC. (2014). *Procedimento Multissetorial- GRE.102- Auditoria da Gestão de Resíduos Hospitalares*. Circular Informativa 590, CHLC.

- CHLC. (26 de Setembro de 2014). Procedimento Multissetorial- SST.106- Acidentes de Trabalho com risco biológico n.º 599. *Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, - Conselho de Administração- Circular Informativa*.
- Dec. Lei nº178/2006. (s.d.). *alínea c, do Artº 3*.
- Decreto-Lei nº 121/2013. (s.d.).
- DGS. (31 de Outubro de 2013). Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI). *Direção Geral de Saúde*, pp. 1-26.
- DGS. (s.d.). Resíduos Hospitalares (Documento de Orientação) . Governo de Portugal - Ministério da Saúde.
- DGS, & SNS. (Janeiro de 2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/organizacao-de-servicos-de-saude-do-trabalho/requisitos-de-organizacao-e-funcionamento/atividades/gestao-do-risco-profissional.aspx>
- Lang, H. (2011). <http://slideplayer.com/slide/7283357/>. Obtido de www.slideplayer.com.
- Lei nº 98/2009.
- LER. (n.d.). Lista Europeia de Resíduos.
- Norma Portuguesa NP4410 (2004).
- Ogg, M. (Julho de 2013). <https://www.slideshare.net/aomsocialmedia/sharps-safetyrp-webinar>. Obtido de www.slideshare.com.
- PERH. (2011-2016). Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares. Agência Portuguesa do Ambiente, DGS, DGV.
- Rogers, B. (1997). *Enfermagem do trabalho: conceitos e prática*. Lusociência.
- Simões, G. V. (2010). *Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde- Orientação técnica n.º 1- DSP*. Ministério da Saúde - Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.
- UN 3291, Clinical Waste. (s.d.). *Bio Medical Waste or Regulated Medical Waste*.



Segurança no utente: a eletrocirurgia. Revisão de literatura

Inês Canejo*, rev. António Freitas**

* Enfermeira, estudante do Mestrado de Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

** Coordenador do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Resumo

A Segurança e a Gestão de Risco no Bloco Operatório são fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O artigo apresenta uma revisão de literatura relativa a eletrocirurgia, com a finalidade de prevenir os riscos associados à utilização da eletrocirurgia.

Palavras-chave: Segurança, Eletrocirurgica, Enfermagem Perioperatória

Introdução

“A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado actual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento.” Bento (2001, p.1). De modo a sistematizar a informação recolhida e analisada, tendo por base as Práticas Recomendadas para utilização de Eletrocirurgia (2009, revista em 2012, Implementing AORN Recommended Practices for Electrosurgery), pretende-se compreender a temática Segurança no utente relativamente a eletrocirurgia.

1. Segurança do utente no Bloco Operatório

Cada vez mais a sociedade se preocupa com a qualidade, principalmente na saúde, e os enfermeiros são os primeiros a preocuparem-se com a qualidade dos cuidados que prestam ao utente e à sua família.

Abstract

The Safety and Risk Management in Operating Room are fundamental for the provision of quality nursing care. The article presents a review of the literature on electrosurgery, in order to prevent the risks associated with the use of electrosurgery.

Key-words: Safety, Electrosurgery, Perioperative Nursing.

Lucilia Nunes (2006) afirma que desde há muito tempo que os enfermeiros se preocupam com as questões da qualidade, mas que só mais recentemente começaram a valorizá-la, numa lógica de segurança e que esta deve ser encarada como uma componente crítica da qualidade.

No âmbito da saúde as inovações e o desenvolvimento da tecnologia promovem uma melhoria na saúde e taxa de sobrevivência dos doentes, por outro lado, aumentam o risco de complicações, devido à sua natureza agressiva e invasiva (AESOP, 2005). Deste modo torna-se essencial compreender a dinâmica entre tecnologia e cuidados de enfermagem de qualidade, focando na segurança do utente, minimizando os riscos a que está sujeito na sala operatória.

Uma vez que o utente quando está anestesiado se encontra num momento de fragilidade, e muitas vezes não está na posse das suas plenas faculdades, cabe ao enfermeiro prestar cuidados de

excelência minimizando os riscos a que está sujeito nesta fase da sua vida. Segundo Costa (1990), os utentes ficam à total mercê de profissionais desconhecidos em quem necessitam confiar nos cuidados à sua pessoa e ao seu corpo e, segundo AESOP (2006), como estão sedados ou anestesiados, ficam vulneráveis à ocorrência de acidentes. O ambiente intraoperatório, as técnicas anestésicas e cirúrgicas, a utilização de dispositivos médicos e toda a parafernália inerente a uma sala operatória implicam riscos potenciais, quer para os profissionais, quer para os doentes (UNAIBODE, 2001; AESOP, 2006).

2. Segurança e gestão do risco na eletrocirurgia

A eletrocirurgia é a aplicação de corrente elétrica alternada de alta frequência num tecido biológico, resultando no corte, disseção ou coagulação de tecidos (Kneedler et al, 2016). As unidades de eletrocirurgia (UEC) são geradoras de correntes de alta frequência e funcionam na faixa de 200 kilohertz (kHz) a 3.3 megahertz (MHz) para minimizar o efeito de eletrocussão. O efeito no tecido depende da concentração da energia, tempo de aplicação e propriedades do tecido (Bryant, 1992).

Utilizando energia elétrica em tecidos claramente existem riscos associados, não só para o utente submetido a cirurgia como para os profissionais que estão em contato com a UEC e acessórios.

Assim sendo, torna-se essencial explicar os cuidados necessários para a segurança do utente e dos profissionais. Segundo o mesmo autor, o enfermeiro perioperatório tem um papel crucial na prevenção de complicações inerentes ao procedimento anestésico e cirúrgico, sendo

responsável pelo planeamento e execução de intervenções que reduzam os riscos, de modo a garantir a segurança do utente.

2.1 - Unidade de eletrocirurgia (UEC)

Segundo a prática recomendada II (AORN, 2012), o profissional deve demonstrar competência no uso da UEC e acessórios. Deve conhecer os equipamentos de eletrocirurgia com que trabalha, conhecer os princípios da eletrocirurgia, os riscos para o utente e para si próprio, medidas para minimizar esses riscos e ações corretivas a serem utilizadas em caso de incêndio ou lesão. Este conhecimento é essencial de forma a reduzir os riscos de uso indevido do equipamento e proporcionar um ambiente seguro para a prestação de cuidados no bloco operatório.

Também de acordo com Brito (2009), o conhecimento dos princípios da eletrocirurgia, dos equipamentos e acessórios, da sua manipulação e manutenção e dos cuidados necessários para a prevenção de lesões são fatores indispensáveis para a utilização adequada desta tecnologia, sendo crucial a implementação de estratégias que assegurem a educação permanente destes profissionais.

Segundo AST (2012), a utilização segura do equipamento de eletrocirurgia depende diretamente do conhecimento e do cuidado que o profissional demonstra na sua utilização, por exemplo o cirurgião e enfermeiro instrumentista que manuseiam o acessório da UEC e enfermeiro circulante que executa as conexões entre o acessório e a UEC.

A prevenção de problemas elétricos relacionados com os aparelhos e equipamentos passa pela sua inspeção e manutenção periódica, mas também pelo

cuidado na manipulação e utilização, conforme recomendado pela AESOP (2006) e pelas empresas fornecedoras dos mesmos.

Na prática recomendada III, a UEC e os respectivos acessórios devem ser usados seguindo as recomendações do fabricante. Tanto as instruções e manual de utilização como o manual de manutenções devem estar acessíveis quando necessário. Cada UEC deve ter consigo instruções de utilização de fácil e rápida consulta de modo a ser utilizada em segurança. Tanto os acessórios como a UEC devem ser usados, manipulados, limpos e descontaminados de acordo com as instruções do fabricante.

Cumprindo a prática recomendada IV (AORN, 2012), a UEC deve ser utilizada de forma a minimizar a possibilidade de lesões. Colocada num suporte adequado, com um cabo elétrico de tamanho e flexibilidade adequados, reduzindo assim o risco de desconexão, desgaste ou queda da UEC. Deve ser ligada e testada antes da sua utilização. Quando não funciona adequadamente deve ser enviada para diagnóstico pela equipa da manutenção.

Como medida de segurança os alarmes de alerta devem estar sempre ligados e audíveis de modo a alertar a utilização inadvertida da UEC (AST, 2012).

Deve estar protegida contra fluídos, seja em cima, fios, conexões e pedal. O enfermeiro deve programar as configurações quando liga a UEC, tentando sempre selecionar uma potência mais baixa mas que atinja o efeito desejado, pois uma potência demasiado elevada aumenta os riscos para o utente.

Segundo a prática recomendada V os cabos elétricos e as adaptações da UEC devem ser

utilizados de modo a minimizar lesões ao utente. Todos os autores concordam com esta prática.

A UEC deve ser colocada perto da marquesa operatória, não menos do que 30centímetros, sem tensão nos cabos elétricos, sem bloquear o percurso na sala operatória, protegido de fluídos como supramencionado, sem nós ou torções para não danificar o cabo, prevenindo acumulação de corrente e sobreaquecimento do cabo.

Em relação às cirurgias laparoscópicas, é importante os profissionais estarem atentos ao risco de lesões causadas pelo acoplamento direto da corrente, falha de isolamento dos instrumentos e acoplamento capacitivo.

Segundo a prática recomendada VII, Bryant (1992) e Nduka (1994), o acoplamento direto acontece quando há contato do eletrodo ativo laparoscópico noutra estrutura anatómica que não a intervencionada, podendo causar hemorragia ou necrose. A falha de isolamento pode ser causada por má utilização durante a cirurgia, transporte ou esterilização. Se não for identificada antes da utilização, o risco de lesões para o utente e profissional aumenta pois a corrente passa também por essa falha. Relativamente ao acoplamento capacitivo é necessário atenção com o uso de trocares metálicos ou toque acidental noutra instrumento laparoscópico pois pode transmitir corrente num local que não se observa.

Atualmente os trolleys de laparoscopia possuem uma mangueira que se liga à rampa de CO2 da parede, logo este risco é menor, no entanto, por ser um risco major, com complicações muito graves, podendo causar a morte do utente, o profissional

deve sempre confirmar se o gás de insuflação não é inflamável. De modo a reduzir os riscos supramencionados, deve-se configurar a energia da UEC de corte e coagulações baixos, mas que cumpra o efeito desejado. Ativar o elétrodo ativo apenas quando está próximo do local pretendido também minimiza os riscos de contato não intencional com tecido.

2.2 - Elétrodo ativo

Segundo Jones et al (2015) e Ulmer (2002), apoiando a prática recomendada VI (AORN, 2012), refere que o elétrodo ativo deve ser utilizado de modo a minimizar o risco de lesões, tanto para o utente como para o profissional.

Existem diversos tipos de elétrodos ativos, dividindo-se em elétrodos de energia monopolar, bipolar, ultra-sónico e de árgon. Em qualquer dos elétrodos ativos são necessários cuidados e precauções gerais e comuns, no entanto, devido à especificidade nalguns aspetos essenciais, irei abordar cada tipo individualmente.

Fator comum a qualquer elétrodo ativo, este deve estar conetado diretamente à UEC, se for utilizado um adaptador este deve ser autorizado pelo fabricante pois os circuitos incompletos, a ativação intencional e a incompatibilidade do elétrodo ativo são fatores de risco.

Também AST (Association of Surgery Technologists, 2012) considera ser de extrema importância, qualquer que seja o elétrodo ativo a utilizar, ser inspecionado antes de usar, verificando esterilização, ausência de isolamento ou desgaste no acessório. Mesmo o eletrocautério, que apesar de não ser um elétrodo ativo de eletrocirurgia, pois não

é transmitida corrente elétrica pelo corpo do utente, tem riscos na sua utilização. Segundo Jones et al (2015), este dispositivo fornece corrente contínua através do aquecimento incandescente da ponta (sonda ou fio), cauterizando o tecido. No entanto, se a ponta do eletrocautério não estiver protegida pela tampa e ainda estiver quente, pode provocar incêndio do campo operatório e da via aérea superior se o utente tiver aporte de oxigénio livre por debaixo do campo (por exemplo em cirurgias oftálmicas).

2.2.1 – Monopolar

Existem vários acessórios de elétrodo ativo monopolar: eletrobisturi (tipo caneta), pinças, ansas de ressetoscopia, tesouras de laparoscopia, etc... No caso do elétrodo ativo utilizado em eletrocirurgia, a ponta deve estar bem encaixada (no caso do eletrobisturi tipo caneta) e, preferencialmente, com o corpo da ponta protegido, de modo a reduzir a possibilidade de transferência de energia para outro instrumento metálico ou contato com superfície corporal perto do tecido a operar.

De modo a prevenir a acumulação de resíduos na ponta do elétrodo ativo é necessário limpar frequentemente pois esses resíduos impedem o fluxo desejado de corrente, funcionando de forma menos eficiente e podem servir de fonte de combustível, utilizando uma almofada abrasiva húmida (se estiver seca aumenta o risco de incêndio no campo operatório).

AORN (2012) refere ainda que não deve ser utilizado na presença de vapores e gases, nomeadamente gases intestinais (hidrogénio e metano), oxigénio (via aérea do utente) ou outros gases anestésicos. No caso de artroscopia ou

endoscopia transuretral o elétrodo ativo é utilizado numa cavidade com líquido, devendo ser isotónico e eletricamente inerte, de modo a não diminuir a capacidade elétrica do elétrodo pois o aumento da potência pode levar a queimadura do elétrodo neutro e conseqüente lesão no utente.

Jones et al (2015) refere ainda que perto da via aérea, se existir circulação de oxigénio com concentração superior a 23% ou outros gases anestésicos não é aconselhável a utilização de elétrodo ativo monopolar.

AST (2012) acrescenta também que os agentes antisépticos de preparação da pele à base de álcool são de elevado risco pois a pele deve estar bem seca, bem como o campo cirúrgico, não podendo existir dobra ou acumulação de líquido com álcool perto do elétrodo ativo. Quando não está a ser utilizado este deve estar guardado num local onde não se ative intencionalmente.

Segundo os autores citados, se o elétrodo ativo for contaminado deve ser desconetado da UEC, minimizando o risco de ativação intencional e, conseqüentemente, reduzindo o risco de lesões. O profissional deve saber agir em qualquer situação, inclusive num evento adverso como o incêndio cirúrgico ou queimadura do utente. Deve saber a localização do extintor de incêndio de CO₂ pois é recomendado para incêndios da corrente elétrica, pano e papel.

2.2.2 – Bipolar

Os elétrodos ativos bipolares possuem dois pólos, uma extremidade ativa (ou eferente) e uma extremidade de retorno (ou aferente), ou seja, a corrente elétrica apenas é transmitida entre as suas

extremidades e no local onde estas contactam. Por este motivo não é necessário colocar no utente um elétrodo neutro. Segundo AORN (2012), na prática recomendada X, os elétrodos ativos bipolares devem ser utilizados seguindo as recomendações do fabricante, com cabos de contato à UEC adequados.

Este tipo de elétrodo ativo é o mais aconselhado quando o utente tem implantes elétricos pela redução de corrente elétrica que circula no seu corpo durante a cirurgia.

2.2.3 – Ultra-sónico

Segundo Sobbec (2013), a utilização de um elétrodo ativo ultra-sónico também dispensa a utilização de um elétrodo neutro pois não há corrente elétrica, ou seja, há conversão da energia elétrica em mecânica, funcionando a temperaturas mais baixas do que as restantes UEC. Diminui o dano nos tecidos adjacentes à zona de corte (a lâmina vibra), há mínima produção de fumo cirúrgico e nenhuma estimulação nervosa ou muscular.

Não encontramos literatura sobre riscos físicos para o utente e profissionais com a utilização desta energia.

2.2.4 – Argon

O gás argónio pressurizado e ionizado atua através da desnaturação de proteínas do tecido e formação da escara. O elétrodo ativo não toca no tecido, o gás sim, o que completa o circuito da corrente elétrica. (Sobbec, 2013).

A tecnologia de coagulação reforçada com argon (argónio) é utilizada através de um elétrodo ativo monopolar, logo, todos os riscos são idênticos. A prática recomendada XII (AORN,2012), refere que há riscos adicionais aquando da utilização do gás

Argônio, o ar deve ser purgado antes da utilização do eletrodo ativo. A ativação sem a purga completa ou realização de pressão do gás em vasos hemorrágicos pode aumentar o risco de embolia gasosa quando a cirurgia é numa cavidade.

2.3 – Eletrodo neutro

O eletrodo neutro é colocado no utente de modo a permitir o retorno da corrente elétrica para a UEC. Apenas é necessária a sua colocação quando se pressupõe a utilização de energia monopolar. Atualmente as UEC apenas permitem a ativação do eletrodo ativo monopolar após a adaptação da conexão do eletrodo neutro, que deve ser adequada ao equipamento em uso.

AORN (2012), na prática recomendada VII, bem como Jones et al (2015) e Bryant (1992), refere que o profissional deve avaliar a pele do utente a priori de modo a prevenir lesões, seja durante a cirurgia como na remoção do eletrodo neutro.

O eletrodo neutro até há algum tempo atrás era de metal e colocava-se por baixo do utente, entre este e a marquesa operatória, existe também uma almofada que se encontra debaixo do utente em todo o seu comprimento e, a mais utilizada atualmente é o eletrodo neutro descartável. É necessário confirmar se o invólucro e o eletrodo estão íntegros, se possui gel condutor, a sua validade e se é adequado à UEC.

Segundo AST (2012), devem ser selecionados de acordo com o utente, por exemplo, neonatal, pediátrico e adulto. Não devem ser cortados à medida nem colocar gel extra pois altera o seu funcionamento. A utilização de um eletrodo neutro grande previne uma grande concentração da corrente elétrica naquele local, minimizando o risco

de lesões para o utente. Deve ser colado na pele íntegra, limpa, seca, sobre massa muscular bem perfundida e o mais perto possível do local cirúrgico. O músculo é melhor condutor da eletricidade do que o tecido adiposo.

Também não deve ser colocado sobre proeminências ósseas pois pode não ficar bem colado na totalidade, em tecido cicatricial, tecidos gordurosos e cabelo pois podem impedir o fluxo de retorno da corrente elétrica. Pode existir aquecimento do tecido devido à alta impedância provocando queimaduras. Pode ser necessário realizar tricotomia de modo a obter uma superfície adequada ao eletrodo neutro. A perfusão tecidual adequada não pode ser assegurada se o eletrodo dispersivo for colocado distal aos torniquetes ou ao tecido cicatricial.

É também recomendada a não colocação sobre uma prótese metálica implantada pois contém tecido cicatricial e, apesar de não estar em contato direto, reduz o risco de condução elétrica através do implante. Também as tatuagens podem conter tinta com vestígios de metal, logo esse local deve ser evitado.

Para um excelente contato com a pele, o eletrodo neutro deve ser colocado imediatamente antes da sua utilização, ou seja, após o posicionamento final, uma vez que se for colocado antes, ao se posicionar o utente pode haver mobilização do eletrodo, pode descolar, rasgar ou pode existir tensão no fio conector. Se houver reposicionamento do utente deve-se trocar o eletrodo neutro de modo a garantir a sua perfeita adesão e integridade e avaliar a pele do utente. AST (2012) acrescenta ainda que não deve

ser colocada fonte de calor ou frio perto do eletrodo neutro pois pode afetar a sua aderência à pele do utente.

Após a cirurgia este deve ser removido com cuidado minimizando lesões no utente. Caso haja lesão deve ser transmitido à restante equipa e registado em suporte próprio para avaliação a posteriori.

É necessário atenção aquando da desinfeção do local cirúrgico de modo a evitar que o eletrodo neutro fique molhado pois pode provocar lesão na pele devido ao contato húmido prolongado ou, se o líquido for de base alcoólica, pode provocar queimadura ou incêndio. O utente ao ser posicionado na marquesa operatória não pode estar em contato com nenhuma superfície de metal de modo a evitar condução elétrica paralela.

Em casos especiais podem ser colocados dois eletrodos neutros, cada um adaptado à sua UEC respetiva, nunca sobrepostos, quando se prevê alta impedância (utente muito obeso, por exemplo), aplicação prolongada de corrente de alta potência, ou utilização de dois acessórios monopolares em duas UEC diferentes (algumas UEC não permitem utilização simultânea de duas energias monopolares, outras permitem a utilização da função de coagulação em simultâneo mas não a função de corte).

2.4 – Implantes elétricos

Os implantes elétricos necessários e indissociáveis do utente devem ser tidos em conta durante a sua intervenção cirúrgica, nomeadamente, pacemaker, cardio-desfibrilhadores internos (CDI),

implantes cocleares e implantes internos para administração de medicação (AORN, 2012).

Os implantes elétricos cardíacos exigem cuidados especiais pois o não cumprimento das recomendações pode resultar na indução de choques desnecessários com graves consequências. O pacemaker e o CDI detetam a atividade cardíaca, os sinais elétricos de outras fontes, como a unidade de eletrocirurgia, podem ser incorretamente interpretados por esses dispositivos, podendo provocar inibição das emissões de estímulo. Nestes utentes é recomendada a utilização de um eletrodo ativo bipolar de modo a minimizar todos estes riscos (Caramella, 1987).

Jones et al (2015) refere ainda que quando é utilizado um eletrodo ativo monopolar, a corrente elétrica flui do eletrodo ativo para o utente e regressa à UEC através do eletrodo neutro. O eletrodo neutro deve ser aplicado o mais perto do local a operar e longe do dispositivo cardíaco, garantindo que o caminho da corrente elétrica seja curto e dirigido para longe do coração e do dispositivo de implante cardíaco, evitando os braços ou dorso superior. A corrente elétrica não deve ser ativada até que o eletrodo ativo esteja em contato com o tecido, prevenindo o arco elétrico, nem ser aplicada a menos de 15 centímetros do dispositivo de implante cardíaco.

Segundo a prática recomendada IX (AORN, 2012), os utentes com dispositivo de implante cardíaco devem ser monitorizados com ECG e pulso periférico de modo a perceber se há alterações no ritmo cardíaco ou artefatos de ECG. No caso de pacemaker, deve-se verificar com o fabricante ou

cardiologista quanto ao seu funcionamento durante a utilização de eletrocirurgia, podendo ser necessário colocar um íman (dependendo dos modelos, alguns exigem o uso de uma unidade programadora) de modo a colocar o pacemaker em modo assíncrono, ter um desfibrilhador disponível para o caso de necessidade e ter alguém no pós-operatório que re programe o pacemaker o mais rápido possível.

Relativamente ao utente com CDI, no pré-operatório deve ser observado na consulta de cardiologia de modo a determinar os riscos associados à desativação temporária intra-operatória, ter pessoal treinado para desativar e reativar o CDI, pois a identificação de um ritmo fraco da interferência da eletrocirurgia pode desencadear um choque elétrico para o utente, e ter um desfibrilhador disponível na sala operatória e recobro (Caramella, 1987).

Na presença de um implante de administração de medicação o elétrodo ativo não deve ter contato direto com o tecido, o elétrodo neutro não deve estar entre o estimulador ou fio condutor e o local cirúrgico onde é utilizado o elétrodo neutro. Deve ser utilizado a energia bipolar sempre que possível.

Quando o utente tem implante coclear a energia bipolar deve ser utilizada a pelo menos 1 centímetro do implante.

Conclusões

Durante a realização da revisão da literatura sobre o tema Segurança no utente e eletrocirurgia foi difícil parar de pesquisar. Quanto mais pesquisava, mais bibliografia interessante e pertinente encontrava - o que levantou o receio de *afogamento* em tanta

informação, como refere Bento (2011), quando adverte para a “gula livresca ou estatística”.

Alguns autores incidiam mais nas unidades de eletrocirurgia em si, não tanto no utente como eu pretendia; outros incidiam apenas na segurança do ambiente perioperatório, falando pouco na eletrocirurgia, o que ficava muito aquém dos objetivos que eu pretendia; outros autores referiam tudo o que eu pretendia mas foram muito extensos e foi difícil selecionar a informação pertinente desejada.

A larga maioria da pesquisa bibliográfica realizada é geral e muito semelhante, mudando apenas a forma do discurso consoante os autores. Mas o que relevamos como importante durante a pesquisa foi a convergência da informação no que concerne à segurança do utente e eletrocirurgia, pois refere-se maioritariamente à necessidade de conhecimento relativamente ao funcionamento da unidade de eletrocirurgia e seus acessórios, ao risco de queimadura ou outra lesão no local do elétrodo neutro, risco de queimadura por má utilização do elétrodo ativo através de condução direta ou indireta, risco de condução desadequada em utentes com implantes elétricos e risco de incêndio no local cirúrgico por presença de líquido alcoólico ou vapores. Deste modo, o trabalho realizado permitiu consolidar conhecimentos sobre eletrocirurgia e adquirir conhecimentos sobre aspetos específicos da eletrocirurgia para os quais não estava desperta, nomeadamente o risco de condução elétrica em agulhas de monitorização, em utentes com outros implantes elétricos sem serem os cardíacos (cocleares ou próteses definitivas para administração

de terapêutica contínua) e que o eletrodo neutro não convém ser colocado em cima de tatuagens (risco da tinta possuir metal) nem perto de fonte de calor de aquecimento do utente por risco de lesão do utente.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. Associação Dos Enfermeiros De Sala De Operações Portuguesas. Práticas Recomendadas Para o Bloco Operatório. Lisboa: Espaço Gráfico, 2005. 132 p. ISBN 972-9171-65-3.
- AESOP. Associação Dos Enfermeiros De Sala De Operações Portuguesas. Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
- AORN. Guidelines for perioperative practice. 2016.
- BRYANT, T. Bipolar electrocautery in laparoscopic cholecystectomy. 1992. J. Laparoendosc. Surg., 2 (3): 155- 158.
- CARAMELLA, J.P. et al. Reprogrammation d' un stimulateur cardiaque induite par le bisturi électrique. 1987. Ann. Fr. Anesth. Reanim., 16: 204-6.
- COSTA, D. Plano de Cuidados no Bloco Operatório. 1990. Divulgação. Porto. DL 22765/88. Ano IV, n.º 16. Outubro, p. 17-22.
- CUNNINGTON J. Facilitating benefit, minimizing risk: responsibilities of the surgical practitioner during electrosurgery. 2006. J Perioper Pract.. 16(4):195-202.
- FONG EP, TAN WTL, CHYE LT. Diathermy and alcohol skin preparations: a potential disastrous mix. 2000. Burns, 26(7):673-5.
- GOLDMAN M.A. Pocket guide in the operating room 3rd ed. F.A. Davis Company: Philadelphia. 2008.
- HUTCHINSSON B, BAIRD MG, WAGNER S. Electrosurgical safety. AORN J. 1998. 68(5):830-44.
- NDUKA,C.C. et al. Cause and prevention of electrosurgical injuries in laparoscopy. 1994. J. Am. Coll. Surg., 179: 161-170.
- NUNES, L. A segurança deve ser uma componente crítica da qualidade. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 23. (Novembro, 2006), p. 13.
- ROTHROCK, J.C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 1247p.
- RUSSEL MJ, GAETZ M. Intraoperative electrode burns. J Clin Monit Comput. 2004. 18(1):25-32.
- SHERMAN, D.D., DORTZBACH, R.K. Monopolar electrocautery dissection in ophtalmic plastic surgery. 1993. Ophtal. Plast. Reconstr. Surg., 9 (2): 143-147.
- SOBECC. Práticas recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013. P.367.
- SMITH TL, SMITH JM. Electrosurgery in otolaryngology-head and neck surgery: principles, advances, and complications. Laryngoscope. 2001; 111(5):769-80.
- SPRUCE, L.; BRASWELL, M.L. Implementing AORN Recommended Practices for eletrosurgery. AORN J, v.95, n.3, p. 373-384, MAR. 2012.
- SONDERSTORM, R. M. Electrical safety in laparoscopy. Endoscopy in Gynecology. J.M. Phillips. 1978. p. 306-311.
- TAN, H.L. et al. Laparoscopic bipolar strip-tease appendectomy. 1995. Surg. Endosc., 9: 1301-1303.
- TUCKER R. D.; HOLLENHORST, M. J. Bipolar eletrosurgical devices. Endosc. Surg. Allied. Technol. 1: 110-113, 1993.
- TUCKER, R. D.; VOYLES, C. R. - Laparoscopy Electrosurgery: Complication and prevention. 1992. Surg Tec Int II, 131-135.
- TUCKER, R.D.; VOYLES, C.R.; SILVIS, S.E. Capacitevely coupled stray currents during laparoscopic and endoscopic electrosurgical procedures. 1992. Biomed. Instrum. Technol.; 26(4): 303-311.
- UNABOIDE. Union Nationale Des Associations D'infirmiers De Bloc Opératoire Diplômés D'état. Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório. Desenvolver uma Cultura da Qualidade. Loures: Lusociência, 2001. 378 p. ISBN 972-8383-24-X.
- ULMER BC. Use of electrosurgery in the perioperative setting. Plast Surg Nurs. 2002. 22(4):173-8.
- ZOHAR, Y. et al. Ultrastructural study of peripheral nerve injury induced by monopolar and bipolar diathermy. 1996. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 105: 673- 677.

ELETRÓNICAS

- AORN. Recommended practices for eletrosurgery. 2005. Disponível em [http://noblood.org/forum/threads/2070-Recommended-practices-for-electrosurgery-\(Recommended-Practices\)](http://noblood.org/forum/threads/2070-Recommended-practices-for-electrosurgery-(Recommended-Practices)) [10.01.2018, 19:45]
- AST Standards of Practice for Use of Electrosurgery. 2012. Disponível em http://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/Standard%20Electrosurgery.pdf [12.01.2018, 19:45]
- BENTO, A. Como fazer uma revisão da literatura: considerações Teóricas e práticas. 2011. Disponível em <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Revisaodaliteratura.pdf> [10.01.2018, 19:45]

- BISINOTTO et al. Queimaduras relacionadas à eletrocirurgia. 2016. Disponível em https://ac.els-cdn.com/S0034709416300241/1-s2.0-S0034709416300241-main.pdf?_tid=50239bc0-014a-11e8-8716-00000aab0f27&acdnat=1516828121_49b7b0f6c8eaa4b0380afe92ea0db544 [10.01.1028, 22:05]
- BRITO MFP, GALVÃO CM. Os cuidados de enfermagem no uso da eletrocirurgia. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 jun; 30(2):319-27. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5733/6691> [10.01.2018, 19:45]
- COVIDIEN. Principles of electrosurgery. S.d. Disponível em https://www.asit.org/assets/documents/Principals_in_electrosurgery.pdf [10.01.2018, 19:45]
- Eletrocirurgia: sistemas mono e bipolar em cirurgia videolaparoscópica. Acta Cir. Bras. vol. 13, n. 3. São Paulo. 1998 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86501998000300010 [10.01.2018, 20:20]
- Electrosurgery in Patients With Implantable Electronic Cardiac Devices (Pacemakers and Defibrillators). Actas Dermosifiliogr 2013;104:128-32 - Vol. 104. Disponível em <http://www.actasdermo.org/en/electrosurgery-in-patients-with-implantable/articulo/S1578219013000048/> [10.01.2018, 20:20]
- JONES et al. Current Problems in Surgery 52. 2015. 447-468. Disponível em [http://www.currprobsurg.com/article/S0011-3840\(15\)00113-6/fulltext](http://www.currprobsurg.com/article/S0011-3840(15)00113-6/fulltext) [10.01.2018, 20:20]
- KNEEDLER, J. et al. Electrosurgery. 2016. Disponível em <http://www.pfiedler.com/ce/1256/files/assets/common/downloads/Electrosurgery.pdf> [10.01.2018, 20:20]
- MARTINS, L. Prevenção do incêndio cirúrgico. 2014. Revista Percursos nº30. Disponível em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9275/1/Revista%20Percursos%20n30_Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Inc%C3%A7%C3%B3rio%20de%20Inc%C3%B3rio.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9275/1/Revista%20Percursos%20n30_Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Inc%C3%A7%C3%B3rio%20de%20Inc%C3%A7%C3%B3rio.pdf) [10.01.2018, 20:20]
- PASCAL et al. The Sages Fuse program: Bridging a patient safety gap. 2014. Disponível em http://bulletin.facs.org/2014/09/the-sages-fuse-program-bridging-a-patient-safety-gap/#.WmCbxxl_cs [10.01.1028, 22:05]
- Risco do uso do eletrocautério em pacientes portadores de adornos metálicos. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n3/v23n3a10.pdf> [11.01.2018, 20:10]
- SANTOS et al. Assistência de enfermagem na prevenção de complicações associadas à prática da eletrocirurgia. 2013. Disponível em http://www.editorarealize.com.br/revistas/congrefip/trabalhos/TRABALHO_EV069_MD1_SA1_ID139_02042017202648.pdf [10.01.2018, 20:20]
- Standard Electrosurgery. S.d. Disponível em http://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/Standard%20Electrosurgery.pdf [10.01.1028, 22:05]
- The role of the operative nurse in electro surgical safety disponível em <http://www.cuh.hse.ie/Research-Education/Nursing-Conferences-Events/The-Role-of-the-Perioperative-Nurse-in-Electro-Surgical-Safety.pdf> [10.01.2018, 20:20]
- Use of electrosurgery. 2017. Disponível em https://www.erbe-med.com/erbe/media/Marketingmaterialien/85800-127_ERBE_EN_Use_of_Electrosurgery__D048571.pdf [10.01.2018, 19:45]
- WATSON D. Perioperative safety. Missouri: Mosby Elsevier. 2011. ISBN: 978-0-323-06985-4. Disponível em <https://www.kobo.com/us/en/ebook/perioperative-safety-e-book> [10.01.2018, 20:20]



Promover o conforto à Parturiente. Contributo do Enfermeiro de Cuidados Gerais

To promote comfort to the Parturient. Contribution of the General Care Nurse

Ana Catarina Candeias, Ana Sofia O'Neill, Cláudia Galhofa, Diogo Sousa, Pedro Silva, Ana Lúcia Ramos, Fernanda Marques

*Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Mulher e Saúde Reprodutiva do 3º ano do 15º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Doutora em Enfermagem

*** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Doutora em Didática e Organização Educativa.

Resumo

O controlo da dor durante o trabalho de parto surge como um aspeto muito presente no discurso da mulher, salientando-se a sua importância em relação à inevitabilidade da sua presença neste processo. O enfermeiro desempenha um papel muito importante no controlo da dor e no acompanhamento da mulher durante todo o processo da gravidez e trabalho de parto. Os principais objetivos do presente artigo são: esclarecer a causa dos desconfortos sentidos durante o trabalho de parto e parto, estratégias para o alívio do desconforto, tipos de analgesia e o papel do enfermeiro de cuidados gerais no trabalho de parto. Trata-se de um artigo de revisão da literatura, cuja metodologia de pesquisa foi: artigos dos últimos 13 anos (2003-2016). Os artigos utilizados, permitiram concluir que o medo de sentir dor é a principal condicionante ao longo do trabalho de parto e parto, sendo esta uma experiência única e diferente de mulher para mulher.

Palavras-chave:

Dor, Técnicas farmacológicas e não farmacológicas da dor, Gravidez, Cuidados de Enfermagem

Introdução

O presente artigo foca-se no papel dos enfermeiros nos cuidados prestados à grávida, focando-se também nos desconfortos sentidos por estas e nas possibilidades analgésicas e respetivos efeitos

Abstract

Pain control during labor appears as a very present aspect of women's discourse, emphasizing its importance in relation to the inevitability of their presence in this process. The nurse plays a very important role in pain control and in the accompaniment of the woman throughout the process of pregnancy and labor. The main objectives of this article are to clarify the cause of the discomforts felt during labor and delivery, strategies for the relief of discomfort, types of analgesia and the role of the general care nurse in labor. This article is a review of the literature, whose research methodology was: articles from the last 13 years (2003-2016). The articles used allowed us to conclude that the fear of pain is the main determinant of labor and delivery, which is a unique and different experience from woman to woman.

Keywords:

Pain, Pharmacological and nonpharmacological techniques of pain control, Pregnancy, Nursing care

secundários. Os objetivos do presente artigo são: esclarecer a causa dos desconfortos sentidos durante todo o processo de trabalho de parto – causados maioritariamente pela dor – e durante o parto, referir algumas estratégias que ajudem a ultrapassá-los, explicar em que consiste cada analgesia e identificar

qual o papel do enfermeiro de cuidados gerais durante o trabalho de parto.

O processo do nascimento é intrínseco à vida da humanidade, consoante o meio em que a parturiente está inserida e a cultura, refletindo-se na vivência do trabalho de parto e no parto com maior ou menor intensidade, sendo necessária a prestação de cuidados de enfermagem seguindo uma perspectiva holística, tentando respeitar ao máximo as vontades da grávida (Carraro et al., 2006; Progianti & Costa, 2012).

Manifestação e Percepção da Dor durante o Trabalho de Parto

Desconforto durante o TP (causas neurológicas)

O parto, ao contrário da gravidez – que se caracteriza por um longo período de tempo, que permite uma adaptação às mudanças – caracteriza-se por um evento que causa mudanças de início abrupto, existindo imprevisibilidade, sofrimento, ansiedade, dor e insegurança, causando enormes desconfortos.

O desconforto é a ausência de uma sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (CIPE 2.0, 2011), estando este presente na maior parte dos casos de trabalho de parto. Existem bastantes mitos acerca deste tema, maioritariamente criados pelas comunidades em que a mulher está inserida.

Porém, algo habitual é o medo.

O medo de sentir dor é bastante difundido hoje em dia, pois algumas mulheres sentiram dores extremamente intensas, aterrorizantes e desgastantes, influenciando o pensamento das pessoas a seu redor. Caso seja o primeiro parto da mulher, este medo é muito maior, pois nunca teve tal experiência e não sabe bem o que esperar ou o que fazer.

“Com a proximidade do parto (...) existem outros medos: medo do trabalho de parto; medo do desempenho e de comprometer o bem-estar fetal; medo da anestesia; medo do desconhecido, entre tantos outros. Esses medos, são geralmente associados a histórias de outras mulheres.” (Pereira, *et al.*, 2011).

O medo não é só relativo à possível dor, mas também medo do tipo de assistência que vão ter, da qualidade dos cuidados e dos procedimentos, daí a importância de explicar todas as ações.

A dor é algo em que interferem fatores como a cultura, comunidade, religião, crenças, valores, ambiente, experiências anteriores, entre outros.

Cada indivíduo possui também um nível de tolerância diferente à dor, sendo possível uma pessoa sentir uma dor extrema e outra sentir uma dor moderada, a partir da mesma intensidade da dor, ou seja, cada indivíduo possui uma interpretação diferente da dor. A cultura é que dita a resposta comportamental à dor, sendo que até a família tem uma representação da dor específica (Progianti & Costa, 2012). É a principal causa de mal-estar durante o trabalho de parto, seguindo-se fatores como a ansiedade, cólicas, contrações, má-disposição e vômitos, fatores estes que provocam desconforto na mulher.

Ainda outro fator que afeta a interpretação da dor é o facto de a gravidez ser, ou não, desejada.

Se a gravidez for desejada, já irá existir algum vínculo entre a grávida e o seu futuro bebé, vendo a dor como algo necessário para o nascimento do seu filho, algo natural e de origem fisiológica, pelo qual é necessário passar, pois é algo que já se idealizava. Por outro lado, caso não seja desejada, a grávida não irá estar tão vinculada com o seu filho e irá focalizar-se

apenas na dor, sem nenhum ganho no fim de todo o processo (Ruano, Prohaska & Tavares, 2007).

“As conversas sobre o parto, que são transmitidas de geração em geração, possivelmente desencadeiam um sentimento de medo nas gestantes, dificultando o parto” (Bezerra & Cardoso, 2006, p. 418).

É importante esclarecer que cada pessoa tem uma experiência de parto diferente e que se vão realizar todos os cuidados necessários ao seu bem-estar e do recém-nascido.

Para um melhor trabalho de parto, a mulher deve então estar o mais confortável e mais relaxada possível.

O ambiente deve ser calmo e, consoante a sua vontade, deve estar acompanhada ou não, apesar de se ter verificado que os níveis de dor diminuem caso exista a presença de um acompanhante à escolha da mulher, desde o marido, a outro familiar ou amiga (Carraro *et al.*, 2006).

Experiências anteriores de trabalho de parto e do parto em si, podem influenciar positiva ou negativamente a mulher. Se a experiência dos partos anteriores foi positiva e agradável, a mulher apresenta menos receios e conseqüentemente manifesta a vontade de ter mais filhos. Por outro lado, se a experiência foi negativa e traumática, a mulher manifesta sentimentos de medo, que lhe lembra uma experiência com muito sofrimento e dor (Pereira, *et al.*, 2011).

Métodos de preparação para a parentalidade

Grande parte dos defensores da preparação para a parentalidade acredita que a tensão e o medo, são as principais causas de dor e desconforto no parto.

Assim sendo, os métodos de preparação para o parto têm como intenção a redução do medo, da

tensão e da ansiedade, através da expansão do conhecimento da mulher sobre o trabalho de parto, o que permite o aumento da sua autoconfiança e sentido de controlo (Lowdermilk & Perry, 2006).

Tanto Lowdermilk e Perry (2006), com Hurst e Schub (2016), referem como principais métodos de preparação para o parto, o Método de Lamaze e o Método de Bradley.

O Método de Lamaze, consiste na gestão da dor através da respiração profunda e técnicas distrativas (Hurst & Schub, 2016). Este método prepara a mulher para responder às contrações uterinas simuladas através do relaxamento muscular controlado e de padrões respiratórios adequados (Lowdermilk & Perry, 2006).

O Método de Bradley, traduz-se na utilização do controlo da respiração e o relaxamento corporal, evitando a utilização de métodos farmacológicos e intervenções médicas, a não ser quando estritamente necessário (Hurst & Schub, 2016). Neste método, o companheiro participa ativamente, auxiliando a parturiente nas técnicas respiratórias (Lowdermilk & Perry, 2006).

De acordo com Hurst e Schub (2016), ambos os métodos acima referidos, aconselham a parturiente à utilização de métodos não farmacológicos na diminuição do desconforto e dor durante o parto, tais como:

- Encorajar movimentos e mudanças de posição durante o trabalho de parto;
- Duches e banhos de imersão;
- Massagens nos ombros, costas, mãos e pés, para libertar a tensão dos músculos;
- Sacos quentes aplicados nos ombros ou costas e/ou sacos frios na testa, pulsos e costas;

- Utilização da Bola de Pilates, em movimentos circulares” (Hurst & Schub, 2016, p.4).

Estratégias de promoção do conforto durante o trabalho de parto

Controlo não farmacológico

A diminuição da dor e do desconforto durante o parto contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente, e deve ser um dos cuidados mais relevantes para os Enfermeiros (Santos, Varela & Varela, 2013).

A utilização dos métodos não farmacológicos, apresenta elevada relevância na minimização da dor e desconforto da mulher durante o trabalho de parto. Estes métodos incluem uma ampla variedade de técnicas orientadas para melhorar as sensações físicas, assim como prevenir a perceção psicoemocional da dor (Santos, Varela & Varela, 2013, p. 1).

A Ordem dos Enfermeiros, através do Projeto Maternidade com Qualidade, enuncia como principais métodos não farmacológicos:

- **Liberdade de movimentos**

Engloba a deambulação, mudanças de posição e movimentos com a Bola de Pilates. A utilização deste método possibilita a diminuição da dor, menor necessidade de analgesia epidural, menos alterações da frequência cardíaca fetal, diminuição da duração da primeira fase do trabalho de parto, e aumentar o espaço possível na pelve para facilitar a descida fetal. (Santos, Varela & Varela, 2013).

- **Apoio Contínuo à Grávida**

A Ordem dos Enfermeiros, declara que segundo a última revisão de Cochrane (s/d), as mulheres que experienciaram um apoio contínuo durante o trabalho de parto, apresentaram, menor necessidade de

analgésicos e ficaram mais satisfeitas com a experiência do parto. (Santos, Varela & Varela, 2013, p. 1).

- **Uso da água como analgésico**

A utilização da água como método não farmacológico leva ao relaxamento da mulher, reduz a ansiedade estimulando a produção de endorfina, melhora a perfusão uterina, encurta o período de dilatação e aumenta a sensação de controlo da dor e a satisfação (Santos, Varela & Varela, 2013).

- **Outras Técnicas**

Massagem; acupuntura e acupressão; estimulação nervosa elétrica transcutânea; injeção de água estéril; aromaterapia; hipnose; musicoterapia ou audioanalgesia. (Santos, Varela & Varela, 2013).

Hurst e Schub (2016), referem que num estudo que contou com a participação de 46 parturientes, as mulheres que receberam uma massagem lombar, demonstraram níveis de dor e desconforto menores, comparativamente às mulheres que não receberam a massagem. Estes mesmos autores, referem ainda que a utilização de métodos não farmacológicos, como a massagem, a aromaterapia, a acupuntura e os banhos de imersão, durante o parto diminuem a dor, o *stress* e ansiedade.

Controlo farmacológico

As abordagens farmacológicas utilizadas para controlar a dor do parto podem ser classificadas como sistémicas ou loco-regionais. A administração sistémica inclui a via endovenosa (EV), intramuscular (IM) e inalatória.

As técnicas loco-regionais (neuro axiais) correspondem às epidurais, raquidianas e à analgesia combinada epidural-raquidiana, e são as formas de analgesia mais populares. As técnicas neuro axiais

são amplamente reconhecidas como o único meio consistentemente eficaz de alívio da dor do trabalho de parto (Grant, 2016).

Analgesia Sistêmica

Deve ser feita uma ponderação prévia, entre os efeitos benéficos e adversos. Este tipo de analgésicos atravessa a barreira hematoencefálica para proporcionar efeitos analgésicos centrais e também atravessam a barreira placentária. Uma vez transferidos para o feto, atravessam a sua barreira hematoencefálica mais rapidamente do que a da mãe (Lowdermilk & Perry, 2006).

A administração por via EV é, geralmente, preferida à administração por via IM, uma vez que o efeito produzido pela primeira é mais rápido e previsível, e há um aumento no alívio da dor.

Também se encontra disponível a analgesia intravenosa para o trabalho de parto controlada pela parturiente (PCA). Através deste método, a mulher autoadministra pequenas doses de analgésico através de uma bomba programada para a dose e frequência. Geralmente, são utilizadas doses menores de analgésico e a satisfação materna é alta (Lowdermilk & Perry, 2006).

Bloqueio Nervoso por Analgesia e Anestesia

São utilizados vários fármacos para produzir analgesia regional (resulta no alívio da dor e no bloqueio motor) e anestesia (provoca o alívio completo da dor e bloqueio motor).

O principal efeito farmacológico dos anestésicos locais é a interrupção temporária da condução dos impulsos nervosos, principalmente da dor. Alguns exemplos são a Bupivacaína, a Lidocaína e a Cloroprocaína. O poder anestésico local e a quantidade a ser utilizada variam consoante o bloqueio nervoso que é pretendido (Lowdermilk & Perry, 2006).

Raramente ocorrem casos de hipersensibilidade, ou seja, alergia a um ou mais anestésicos locais. Essa reação pode incluir depressão respiratória, hipotensão e outros efeitos adversos graves. Contudo, essas situações podem ser solucionadas através da administração de adrenalina, anti-histamínicos, oxigênio e outras medidas de suporte, até à normalização da situação. Pode testar-se a existência de hipersensibilidade, através da administração de pequenas doses do fármaco que se pretende utilizar (Lowdermilk & Perry, 2006).

Analgesia na gravidez: efeitos adversos

O controlo da analgesia e da anestesia obstétrica por parte dos profissionais de enfermagem, combina a experiência do enfermeiro em obstetrícia com o conhecimento sobre anatomia e fisiologia, bem como os medicamentos e os seus efeitos terapêuticos e adversos e as diferentes formas de administração. A anestesia inclui a analgesia, a amnésia, o relaxamento e a atividade reflexa. Consiste na ausência de dor, interrompendo os impulsos nervosos para o cérebro.

A perda de sensibilidade pode ser total ou parcial e, por vezes, implica a perda de consciência. A analgesia corresponde a estados em que há alívio da sensação da dor ou quando ocorre um aumento do limiar da percepção da dor, mas sem que ocorra a perda de consciência.

A seleção do tipo de analgésico ou anestésico é feita, em parte, pelo estágio do trabalho de parto em que a mulher se encontra e pelo tipo de parto planeado (Anexo I) (Lowdermilk & Perry, 2006).

Analgesia Sistêmica

O alívio total de dor apresenta um custo, uma vez que o aumento da dose do fármaco é acompanhado por um aumento da incidência e gravidade dos efeitos

secundários. O efeito secundário mais limitativo é, provavelmente, a depressão respiratória, com a consequente redução do oxigénio celular. A sedação, a diminuição dos reflexos e a diminuição da tensão arterial constituem efeitos adversos graves que impõem limites na quantidade de fármaco que se pode administrar.

Para diminuir a incidência dessas complicações, deve ser feita uma avaliação pré-anestésica adequada, garantir uma intubação endotraqueal segura e rápida e o procedimento deve ser feito por profissionais com os conhecimentos necessários. Outros efeitos secundários comuns, e menos perigosos, são as náuseas, os vômitos, o prurido e a obstipação (Bismarck, 2003).

Os efeitos provocados no feto e no recém-nascido podem ser profundos, como por exemplo, a depressão respiratória, a diminuição do estágio de vigília ou a dificuldade na sucção. Esses efeitos vão depender das características do analgésico que for utilizado, da dose que for administrada à mãe, da via e do tempo de administração (Lowdermilk & Perry, 2006).

Bloqueio Nervoso por Analgesia e Anestesia

Em qualquer tipo de anestesia loco-regional pode ocorrer hipotensão marcada, compromisso da perfusão placentária e padrões respiratórios ineficazes. Como consequência, é realizada uma avaliação do balanço hídrico e são, geralmente, administrados soros por via EV antes de se proceder à administração do anestésico, para diminuir a possibilidade de ocorrência de hipotensão devido ao bloqueio do sistema simpático.

Quando se realiza anestesia loco-regional também há um aumento da incidência do parto instrumental (fórceps, ventosa, necessidade de episiotomia) (Lowdermilk & Perry, 2006).

Papel do enfermeiro de cuidados gerais

O acompanhamento pelo enfermeiro desempenha um papel fundamental na experiência de parto vivenciada pela mulher. A sua presença, apoio e acolhimento em contexto hospitalar, permite reduzir a ansiedade e os medos na grávida, uma vez que esta se encontra afastada do seu ambiente familiar e social (Guerra, 2010).

A parturiente refere que um bom acolhimento por parte da equipa de profissionais de saúde é uma condição necessária para uma boa experiência (Guerra, 2010).

A mulher espera que durante o trabalho de parto e o parto, os profissionais de saúde tenham em atenção as suas necessidades fisiológicas e emocionais. Cabe aos enfermeiros assegurar cuidados informados, personalizados e de qualidade, garantindo a privacidade e proporcionando um ambiente favorável e calmo à mulher.

Na relação interpessoal entre enfermeiro e parturiente, procura-se um relacionamento personalizado e humanizado, valorizando as emoções e vivências da própria mulher (Guerra, 2010; Santos & Ramos, 2012).

O enfermeiro é ainda responsável pela monitorização constante do estado da mãe e do feto, pela definição de objetivos em conjunto com a mulher e família, por conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da parturiente (Frutuoso, 2014; Lowdermilk & Perry, 2009).

Quanto à promoção do conforto e controlo da dor, as expectativas da mulher surgem “associadas à perspectiva da possibilidade de controlo da mesma, através da utilização de recursos externos para a sua diminuição ou mesmo eliminação” (Guerra, 2010, p.48)

(Lopes et al., 2005;). Neste aspeto, o enfermeiro poderá implementar estratégias para o controlo da dor, aplicando técnicas não farmacológicas e farmacológicas acima descritas no artigo, reduzindo assim o sofrimento da parturiente.

Segundo Frutuoso (2014), “a singularidade de cada mulher justifica a necessidade da individualização dos cuidados, planeados e sistemáticos de Enfermagem” (Frutuoso, 2014, p. 42)

São exemplos de diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem para o controlo do desconforto durante o período de parto, os seguintes:

- Medo [do trabalho de parto] Atual

Explicar o processo de trabalho de parto e parto, procurando esclarecer as dúvidas da grávida, de forma calma e segura;

Promover um ambiente seguro e calmo;

Permitir a presença da pessoa significativa, conforme o desejo da mulher;

Providenciar terapia com música.

- Dor de Trabalho de Parto Atual

Incentivar a deambulação durante o trabalho de parto;

Incentivar o posicionamento vertical da grávida, que permite reduzir a dor;

Ensinar técnicas de respiração e relaxamento;

Promover a massagem lombar e hidroterapia;

- Cansaço Atual

Orientar a parturiente quanto à forma de relaxamento muscular, de forma a descansar entre uma contração e outra (CIPE 2.0, 2011; Santos & Ramos, 2012).

Considerações Finais

O medo é a resposta que prevalece quando as mulheres são questionadas acerca da experiência de

parto, referindo-se sobretudo à dor que podem vir a experienciar durante o parto. A dor parece ser uma experiência reconhecida como intrínseca e esperada durante o parto em todas as sociedades.

Uma larga maioria das grávidas sente dor ao longo da progressão do parto e, segundo vários autores, a dor no trabalho de parto é uma das mais intensas de quantas se podem apresentar ao ser humano e, é um dos elementos que interfere negativamente na experiência de parto da mulher. (Figueiredo et al., 2002; Guerra, 2010).

O desejo de reduzir a ansiedade e o mal-estar associado ao trabalho de parto conduziu ao desenvolvimento de diferentes métodos de preparação para o parto, sendo eles farmacológicos e não farmacológicos.

O papel dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros, que acompanham as mulheres grávidas foi considerado (Aveiro & Velosa) importante, na medida em que, acompanham todo o processo, desde a gravidez até ao parto, proporcionando um ambiente seguro e de confiança, de forma a contribuir para uma experiência positiva do parto.

O parto é uma experiência única, cheio de significados onde a grávida deve ser a protagonista desse acontecimento, devendo o enfermeiro contribuir para o bem-estar entre a díade mãe-filho.

Referências Bibliográficas

- Aveiro, C., & Velosa, T. (s.d.). A Dor em Obstetria. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfemagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetria_Madeira.pdf
- Bezerra, M. G., & Cardoso, M. V. (2006). Fatores Culturais que Interferem nas Experiências das Mulheres durante o Trabalho de Parto e Parto. *Revista Latino-Americana de*

- Enfermagem*, 414-421. Obtido em 16 de Novembro de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>
- Bismarck, J. A. (2003). *Analgesia em Obstetrícia*. Permanyer Portugal. Obtido em 13 de Novembro de 2016, de http://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/documentos/Analgesia_em_Obstetricia.pdf
- Carraro, T., et al. (2006). Cuidado e Conforto durante o Trabalho de Parto e Parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, 15, 97-104. Obtido em 17 de Novembro de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11>
- Enfermeiros, O. d. (2011). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Estúdio Lusodidacta, Lda.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Revista de Análise Psicológica*, 2, 203-217. Obtido em 30 de Novembro de 2016, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a02.pdf>
- Frutoso, L. M. (2014). Promoção da Participação Ativa do Pai durante o Trabalho de Parto. *Relatório de Estágio*. Obtido em 25 de Novembro de 2016, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11849/1/Lu%C3%ADsa%20Maria%20Amorim%20Frutuoso.pdf>
- Grant, G. J. (7 de Junho de 2016). *Pharmacological management of pain during labor and delivery*. Obtido de UpToDate: http://www.uptodate.com/contents/pharmacologic-management-of-pain-during-labor-and-delivery?source=search_result&search=Pharmacologic+management+of+pain+during+labor+and+delivery&selectedTitle=1~150
- Guerra, M. (2010). O Parto Desejado: Expectativas de um Grupo de Grávidas. *Dissertação de Mestrado em Enfermagem*. Obtido em 25 de Novembro de 2016, de http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9420/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_final_convertido.pdf
- Hurst, A., & Schub, T. (2016). Pain: Managing in Labor and Delivery. *Cinahl Information Systems*. Obtido em 29 de Novembro de 2016, de <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?sid=d07eea86-ab6f-4cf9-9b01-4b3dfb3b2180%40sessionmgr106&vid=4&hid=101>
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C., & Piccinini, C. (2005). O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães Sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 247-254. Obtido em 25 de Novembro de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2006). *Enfermagem na Maternidade* (Sétima Edição ed.). (L. Lusodidacta - Soc. Port. de Material Didáctico, Ed.) Obtido em 13 de Novembro de 2016
- Pereira, R. R., Franco, S. C., & Baldin, N. (2011). A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Revista Brasileira Anestesiologia*, 61, 376-388. Obtido em 16 de Novembro de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>
- Progianti, J. M., & Costa, R. F. (2012). Práticas Educativas Desenvolvidas por Enfermeiras: repercursões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 257-263. Obtido em 16 de Novembro de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a09>
- Ruano, R., Prohaska, C., Tavares, A. L., & Zugaib, M. (2007). Dor do parto - Sofrimento ou necessidade? *Revista Associação Medicina Brasileira*, 53, 377-388. Obtido em 16 de Novembro de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000500009
- Santos, E., Varela, J., & Varela, V. (2013). Maternidade com Qualidade: Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Obtido em 29 de Novembro de 2016, de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Santos, R., & Ramos, K. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 13-18. Obtido em 25 de Novembro de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100002