Dinora Maria Guedes Gil da Costa Cabral

CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CONTRIBUTOS PARA A SUA IMPLEMENTAÇÃO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO 2004

Dinora Maria Guedes Gil da Costa Cabral

CUIDADOS ESPECIALIZADOS

EM

ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CONTRIBUTOS PARA A SUA IMPLEMENTAÇÃO

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Orientador - Professor Doutor Alexandre Moreira

Trabalho subsidiado pelo

Programa de Desenvolvimento Educativo para Portugal

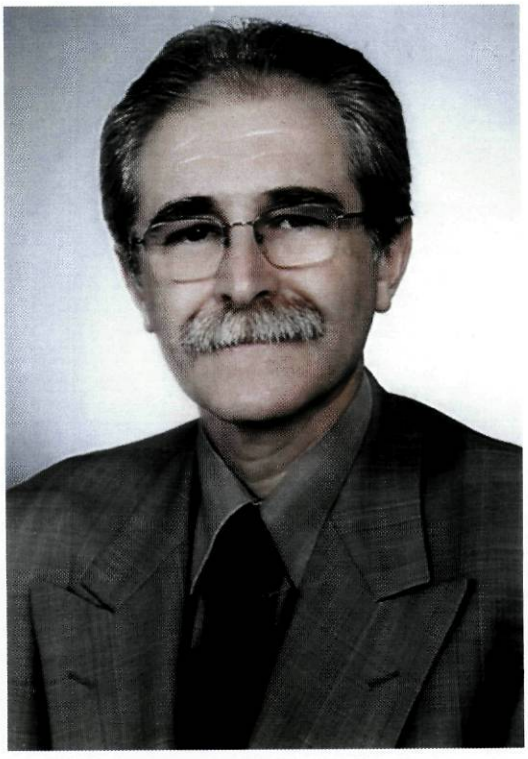
do Ministério da Educação, pelo C.P. 2/5.3 PRODEPIII/2001, n.º 283.005/01



10361

A meus Pais
que sempre acreditaram em mim
e serão para sempre o meu modelo de Vida

Ao Zé Manel, ao Zé Miguel e Ninozinha
um dia descobrirão porquê...



Ao Professor Doutor Alexandre Moreira, orientador deste trabalho, agradeço a serenidade, a confiança, o estímulo, o incentivo, a dedicação, o entusiasmo, que foram sempre uma constante ao longo deste tempo de trabalho em comum. A sua perseverança e determinação ficarão gravadas na minha memória e serão exemplos de percurso pessoal e profissional.

Estas foram as palavras que o Senhor Professor leu!

... Mas depois do dia 8 de Janeiro de 2005, dia em que partiu para o Além, senti que havia ainda muito que tinha ficado por dizer.

Recordo com muita Saudade o Professor Doutor Alexandre Moreira, sentindo-me honrada por ter aceite ser o meu orientador, sendo a sua primeira orientanda.

Desde a primeira hora, abraçou este trabalho, ainda em projecto, permitindo que me colocasse a seu lado, para juntos partirmos numa aventura, que sempre intitulou de "*desafio a três dimensões*". O meu desafio (desenvolver o trabalho), o desafio em conjunto entre orientanda e orientador (lutar pelo melhor) e o seu desafio (de como cirurgião, há já uns bons anos, "(re)descobrir" a dimensão da Enfermagem Perioperatória).

Cabe-me a mim apresentar as duas dimensões, pois relativamente à terceira dimensão... o que poderia dizer, certamente seria muito incompleto. Não saberia transmitir o que ele foi pensando, sentindo ao longo deste trabalho, dos nossos encontros de análise e de orientação. Tinha uma grande curiosidade em ouvir o que ele estava a preparar para partilhar no momento da apresentação deste trabalho. Iria ser concerteza um momento alto, que muito enriqueceria a todos, possibilitando a apresentação do trabalho na sua total dimensão.

Guardarei para sempre o que me foi transmitindo, sentindo-me privilegiada por ter tido o Senhor Professor como orientador.

Tínhamos feito planos, mas agora só vejo um vazio que ninguém poderá preencher.

Por tudo, Professor Doutor Alexandre Moreira

UM ETERNO E SENTIDO OBRIGADA

Ao Professor Doutor Nuno Grande, por ter sempre apreciado o percurso da Enfermagem e ter ajudado outros a valorizá-la.
Agradeço a maneira humana e exigente com que tem acompanhado o meu percurso profissional, através da compreensão, do conselho sensato e oportuno, da palavra estimuladora e reconfortante, do sorriso, do gesto afável, da fortaleza e humildade.

Aos elementos da Equipa de Apoio que numa primeira análise do meu trabalho, no final do ano preliminar, acreditaram que valia a pena continuar e investir, dando-me a oportunidade de avançar no projecto que apresentara. Agradeço o incentivo e a disponibilidade que sempre mantiveram e testemunharam.

Um agradecimento sentido à AESOP,
na pessoa da Enfermeira Maria José Dias Pinheiro, sua fundadora.
Pelo apoio incondicional, por ter acreditado que este trabalho era importante.
Por o ter acarinhado desde a primeira hora, como sendo mais uma peça para o puzzle que um dia sonhou e começou a construir com tanta coragem, persistência e perseverança para demonstrar que a área de cuidados perioperatórios deveria ser reconhecida como uma Área de Cuidados de Enfermagem Especializados.

Aos meus colegas da prestação de cuidados e da docência, que foram acompanhando esta minha caminhada.

A todos os enfermeiros dos cuidados perioperatórios, por terem confiado através do incentivo e colaboração activa.

Ao enfermeiros do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, especialmente os do Serviço de Bloco Operatório, assim como aos que colaboraram e frequentaram o I Curso de Formação para Enfermeiros Perioperatórios, pelo seu envolvimento empenhado e significativamente marcante no Estudo Experimental deste trabalho

À minha família, amigos,
a todos os enfermeiros de outras áreas de cuidados
a todos os elementos da equipa multidisciplinar e multiprofissional
aos doentes e suas famílias

MUITO OBRIGADA.

Tu vês as coisas tal como são
E perguntas: *"Porquê?"*
Eu vejo as coisas como nunca foram
E pergunto: *"Porque não?"*

Bernard Shaw

ABREVIATURAS E SIGLAS

A.C. - Antes de Cristo
AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
AORN – Association of Perioperative Registered Nurses
AORT - Associação de Técnicos do Centro Cirúrgico
AST - Associação de Técnicos Cirúrgicos
Art.º - Artigo
BO - Bloco Operatório
CCF - Curso de Complemento de Formação
D.C. - Depois de Cristo
Dec. Lei - Decreto Lei
EE - Entidades Empregadoras
ENF.º - Enfermeiro
ESEIC – Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição
EORNA - European Operating Room Nurses Association
FB – Folha de Bordo
IA - Investigação Acção
Inq. - Inquérito
NATN – National Association of Theatre Nurses
Nº - Número
Nec. - Necessidades
OE - Ordem dos Enfermeiros
ORNAC – Operating Room Nurses Association of Canada
Pág. /P - Página
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
Resp. Resposta
SO – Sala de Operações
UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
UNAIBODE – Union Nationale de Associations de Enfermières de Bloc Operatoire
Diplomé D´État
USA – United States of America
WC – Instalações Sanitárias

RESUMO

Este estudo realizou-se durante um período de tempo, no qual a enfermagem se questiona sobre as competências dos enfermeiros especialistas e da necessidade de surgirem novas áreas de especialização em enfermagem. Foi desenvolvido a partir da pesquisa bibliográfica, por alguns estudos/contributos de análise, um estudo nacional, um estudo de investigação - acção e um curso de formação, de maneira a poder dar resposta à questão de partida: **Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: Que contributos para a sua implementação?**

Os objectivos foram: Descrever a evolução de saberes que a enfermagem tem percorrido; Analisar a relação entre a evolução de saberes e a aquisição de competências; Identificar os saberes de enfermagem perioperatória; Definir em que contexto desenvolvem as suas intervenções; Definir que tipos de intervenções deve o enfermeiro do perioperatório desenvolver tendo em conta o utente/família e o seu ciclo vital; Analisar as necessidades de formação específica nesta área de cuidados; Compreender as expectativas dos enfermeiros perioperatórios; Apresentar propostas concretas tendo em conta os resultados obtidos; Contribuir para o desenvolvimento da enfermagem como ciência.

Usamos como modelos de suporte no estudo: Cuidar de Jean Watson, Necessidades de Virginia Henderson, Relação de Ajuda de Helene Lazure, Desenvolvimento de Competências segundo Patrícia Benner e Guy Le Botherf,. Freinet, inspirou-nos a nível de pedagogia, "descobrir com a experiência". Desenvolvemos um estudo de investigação – acção (Streubert), usando a reflexão crítica (Shön).

A nossa amostra foi constituída por enfermeiros do perioperatório: 1848 (71%) dos enfermeiros que trabalham nesta área, em Portugal (enviados 2588 inquéritos, por correio, com 14 questões, entre Outubro de 2000 a Março de 2001), 497 nos pequenos estudos, 23 no estudo investigação - acção, 18 na formação; 1051 utentes e 20 médicos.

Os resultados mais significativos deste estudo foram: os enfermeiros perioperatórios prestam cuidados específicos de enfermagem. A sua actuação abrange as fases: pré, intra e pós operatória. Não há formação de base, nem pós-graduada em enfermagem perioperatória. 80% - 1486 defendem a especialidade; partilhando da mesma opinião 75% dos que já possuem uma especialidade e trabalham em BO, (p=0.00), tendo em vista ter formação específica e aumentar a qualidade dos cuidados. A visita pré-operatória diminuiu/soluciona preocupações em 52% dos utentes/família (p=0.00) e a pós-operatória é importante para a avaliação dos cuidados (p=0.00).Face aos resultados obtidos propomos intervenções a três níveis: **Formação, Prática de Cuidados e Investigação**

ABSTRACT

This study has been conducted at a time when nursing is questioned about the competencies of specialist nurses and the need of new areas of specialization in nursing. It was developed by means of (i) bibliographic research of various analytical studies/contributes, (ii) a national study, (iii) an investigation–action study and (iv) an education course, aiming to answer the baseline question: Perioperative nursing: What contributes for its implementation?

The objectives were the following: to describe the evolution in nursing knowledge; to analyze the relationship between knowledge evolution and competencies acquisition; to identify the perioperative knowledge; to define the context in which the nurses' interventions develop; to define what kind of interventions the perioperative nurse must develop considering the patient / family and its vital cycle; to analyze the specific education in this area of care; to understand perioperative nurse's expectations; to present suitable and valid proposals considering the obtained results; to contribute to the development of nursing as a science.

The following models were used as support in the study: Caring of Jean Watson, Needs of Virginia Henderson, Aid Relation of Helene Lazure, Competence Development according to Patricia Benner and Guy Le Botherf. Freinet, inspired us at a pedagogy level, "to discover with experience". We developed an investigation–action study (Streubert), using critic thinking (Shön)

Our sample consists of perioperative nurses: 1848 Portuguese nurses that work in this area, 497 in small studies, 23 in the investigation–action study, 18 in training; 1051 patients and 20 doctors. A questionnaire was developed for this research with 14 questions and was sent to 2588 nurses between October of 2000 to Mars of 2001. The response rate was 71%

The more significative results in this study were: perioperative nurses give specific nursing cares. They act in the pre intra and postoperative phases. There is no baseline training, nor post-graduate in perioperative nursing. 80% (1486) of the sample support the need of the creation of a speciality; 75% of nurses who are already specialists and work in OB share the same opinion, (p=0,00) when considering education and an increase in care quality. The pre-surgery visit manages to decrease/solve 52% of patient / family concerns; the pos-surgery visit is important to care's valuation (0,00). In light of the obtained results, we suggest a three level intervention: **Education, Care Practice and Investigation.**

RESUMÉ

Cette étude s'est effectuée pendant une période, dans la quelle, l'infirmier se questionne sur les compétences des infirmières spécialistes et de la nécessité de la création de nouvelles aires de spécialisation d'infirmier. Le développement s'est fait à partir de la recherche bibliographique (i), à partir des petites études (ii), une étude nationale (iii), une étude d'investigation action et une formation (iv), afin de donner une réponse à la question de notre étude: Soins spécialisés, d'infirmier de bloc opératoire: quelles contributions pour son implémentation?

Les objectifs sont:Décrire l'évolution des savoirs des parcours de l'infirmier; Analyser la relation entre l'évolution des savoirs et l'acquisition des compétences; Identifier les savoirs de l'infirmier de bloc opératoire; Définir dans quelle contexte se développe ses interventions; Définir quelles sont les types d'interventions que l'infirmier de bloc opératoire, doit développer en considérant le patient/famille et le cycle vital.; Analyser les nécessités de formation spécifique dans cette aire de soins; Comprendre les expectatives des infirmiers de bloc opératoire; Présenter des propos concrets en considérant les résultats obtenus; Contribuer au développement de l'infirmier comme science.

Nous avons utilisé comme base de recherche les modèles: le *Caring* de Jean Watson, Les Nécessités de Virginia Henderson, La relation de l'aide de Hélène Lazure, Le développement des compétences de Patricia Benner et Guy Le Boterf. Freinet nous a inspiré de sa pédagogie, «découvrir avec l'expérience». Nous avons développé une étude d'investigation action (Streubert), en utilisant la réflexion critique (Shön).

L'échantillon a été constitué pour des infirmières de bloc opératoire: 1848 des infirmières de bloc opératoire du Portugal (envoyé 2588 enquêtes, avec 14 questions, pendant les mois d'Octobre de 2000 à Mars de 2001), 497 aux petites études, 23 dans l'étude investigation - action, 18 dans la formation; 1051 patients et 20 médecins.

Les résultats plus significatifs de cette étude sont: les infirmières de bloc opératoire qui donnent des soins spécifiques d'infirmier. Ses interventions comprennent les périodes: pré, intra et post opératoire. Il n'y a pas de formation de base, ni post-gradué en infirmier de bloc operatoire.80% (1486 des 1848) défende la spécialisation; partage la même opinion 75% ceux qui ont déjà une spécialisation en soins d'infirmiers et qui travaille au bloc opératoire (p=0.00), afin d'obtenir une formation spécifique et augmenter la qualité des soins. La visite pré opératoire fait diminuer les préoccupations pour 52% des patients/famille. (p=0.00). La visite post opératoire est très importante pour l'évaluation des soins (p =0.00). Avec les résultas de l'étude nous vous proposons des interventions à trois niveaux: **Formation, Pratique des Soins et Investigation.**

ÍNDICE GERAL

Pág

INTRODUÇÃO 22

ENQUADRAMENTO TEÓRICO 38

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA 39

2 - MODELOS CONCEPTUAIS DE ENFERMAGEM 53

3 - EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ATRAVÉS DOS TEMPOS 61

3.1 - Os Primórdios da Cirurgia 61

3. 2 - Após a II Guerra Mundial 67

3. 3 - O Serviço de Bloco Operatório 73

3. 4 - Enfermagem Perioperatória e o Desafio da Mudança 88

3. 5 - A Enfermagem Perioperatória na Europa 100

4 - O CUIDAR NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA 116

4.1 - Factores Cuidativos e a Enfermagem Perioperatória 134

5 - COMPETÊNCIA COM VISTA AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.. 148

5. 1 - Competências da Enfermagem Perioperatória 174

CAPÍTULO II –.ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 197

1 - LÓGICAS DA PESQUISA: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA 198

2 - METODOLOGIA 206

2. 1 - População 216

2. 2 - Colheitas de Dados 217

2. 2. 1 – Pré-Teste 218

2. 2. 2 - Aspectos Éticos 219

CAPÍTULO III – DA APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS À ANÁLISE DOS DADOS 223

1 - ESTUDOS DESENVOLVIDOS 224

1.1 - Estudo Nacional - As Expectativas dos Enfermeiros Perioperatórios Portugueses 227

1.2 - Os Saberes que orientam os Enfermeiros do Perioperatório 251

1.3 - A Resposta que os Enfermeiros do Bloco Operatório dão às Necessidades dos Doentes no Período Perioperatório 255

Pág

1.4 - Tipo de Integração Que o Enfermeiro Necessita
Quando vai Trabalhar para um Bloco Operatório 261
1.5 - Perfil do Enfermeiro de Cuidados Perioperatórios
Versus Realização Profissional 275
1.6 - A Importância da Comunicação na Relação
Enfermeiro/Doente Cirúrgico 282
1.7 - Visita Perioperatória - repercussões a Nível do
Utente (Adulto/Crianças/Pais) e da Equipa de Enfermagem 289
1.8 - A Importância da Comunicação com a Família
durante o Período Perioperatório 300
1.9 - A Enfermagem Perioperatória inserida numa Equipa Multiprofissional 314
1.10 - Avaliação das Competências do Enfermeiro Perioperatório 329
1.11 - Ergonomia em Enfermagem Perioperatória 342
1.12 - Factores de *Stress* nos Enfermeiros do Bloco Operatório 372

CAPÍTULO IV – DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À FORMAÇÃO 385
1. - ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO 386
1. 1 - Em Contexto da Prática de Cuidados 386
2. - ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO 453
2.1 - No Contexto da Formação Específica 453

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES 480
1 - DAS CONCLUSÕES ÀS PROPOSTAS 481

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA E CONSULTADA 498

Pág

ANEXOS 515

Anexo I - Ruído - Número de decibeis recomendados no BO
segundo Rosário Bessa, 2000

Anexo II - Saúde Ocupacional no BO
Documento amavelmente cedido pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Instituto Português de Oncologia - Porto

Anexo III - Normas de Actuação dos Enfermeiros Perioperatórios e Grelhas de Observação
Resultado do estudo: "Saberes que orientam os Enfermeiros do Perioperatório" Utilizadas como suporte no estudo Investigação-Acção

Anexo IV - Respostas do Enfermeiro Perioperatório às necessidades da pessoa durante os cuidados de enfermagem que prestam
Resultado do estudo "A resposta que os Enfermeiros do Bloco Operatório dão às necessidades dos doentes no período perioperatório"

Anexo V - Inquérito por questionário lançado a todos os enfermeiros do Perioperatório Portugueses

Anexo VI - Pedido e aceitação para o desenvolvimento do estudo de Investigação -Acção no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde – Unidade da Póvoa de Varzim
Relatório elaborado pela Enfermeira Chefe do Bloco Operatório, onde o nosso trabalho foi referenciado como uma mais valia

Anexo VII - Material utilizado no Estudo de Investigação-Acção no Contexto da Prática

Anexo VIII - Listagem dos Professores que colaboraram no I Curso de Formação para Enfermeiros Perioperatórios – Parceria: ESEIC-AESOP
Título dos Projectos de Melhoria Contínua de Qualidade desenvolvidos durante o Curso

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág

Figura 1 - Cronologia das Concepções da Disciplina de Enfermagem por Escolas 55
Figura 2 - Contributos das diferentes escolas para a Enfermagem Perioperatória 61
Figura 3 - Ambiente seguro na Sala de Operações 81
Figura 4 - EORNA - European Operating Room Nurses Association 103
Figura 5 - Modelo de Cuidados de Enfermagem Perioperatória 104
Figura 6 - Hierarquização das necessidades 127
Figura 7 - Cuidar e Segurança 131
Figura 8 - Processo de Comunicação 147
Figura 9 - Principais características esperadas no profissional segundo Le Boterf 151
Figura 10 - Definição de profissionalismo adaptado de Le Boterf 156
Figura 11 - Os três pólos a desenvolver para um profissional competente 158
Figura 12 - Competência num contexto profissional 160
Figura 13 - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais 169
Figura 14 - Competências dos Enfermeiros Especialistas 174
Figura 15 - *Continuum* na aquisição de competências do Enfermeiro Perioperatório 178
Figura 16 - Ciclo Natural do Processo de Enfermagem 180
Figura 17 - O *Continuum* da Prática da Enfermagem Perioperatória 185
Figura 18 - Modelo de Formação e Prática da Enfermagem Perioperatória 189
Figura 19 - Modelo subjacente à definição das especialidades em Enfermagem-OE 203
Figura 20 - Esquema das linhas orientadoras do Desenvolvimento do Trabalho 206
Figura 21 - Fluxograma do Desenvolvimento da Pesquisa 216
Figura 22 - Progressão dos Estudos 225
Figura 23 - Desenho do estudo: As Expectativas dos Enfermeiros Perioperatórios Portugueses 229
Figura 24 - Frequências de respostas por zonas em Portugal 231
Figura 25 - Frequências de respostas no Arquipélago dos Açores 232
Figura 26 - Frequência de respostas na Ilha da Madeira 232
Figura 27 - Desenho do estudo: Os saberes que Orientam os Enfermeiros do Perioperatório 252
Figura 28 - Bases que identificam os saberes dos Enfermeiros Perioperatórios 253
Figura 29 - Especificidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatória 255
Figura 30 - Desenho do estudo: A resposta que os Enfermeiros do BO dão às Necessidades dos Doentes no Período Perioperatório 257
Figura 31 - As Catorze Necessidades da Pessoa – Modelo de Virgínia Henderson 259
Figura 32 - Desenho do estudo: Tipo de Integração que o Enfermeiro Necessita quando vai trabalhar para um Serviço de BO 262
Figura 33 - Desenho do estudo: Perfil dos Enfermeiros dos Cuidados Perioperatórios versus Realização Profissional 277
Figura 34 - Desenho do estudo: A importância da comunicação na relação Enfermeiro/Doente cirúrgico 283
Figura 35 - Desenho do estudo: Visita pré-operatória - Repercussões a nível dos doentes (adulto/crianças/pais) e da equipa de enfermagem 291
Figura 36 - Desenho do estudo: A importância da Comunicação com a Família durante o período perioperatório 301
Figura 37 - Os três "C" da Qualidade 304
Figura 38 - Abordagem sistémica – Indivíduo em interacção com os outros componentes do sistema 306
Figura 39 - Desenho do estudo: Enfermagem Perioperatória numa Equipa Multiprofissional 315
Figura 40 - Desenho do estudo: Definição de competências e Avaliação do Desempenho do Enfermeiro Perioperatório 330
Figura 41 - Desenho do estudo: Ergonomia e Enfermagem Perioperatória 344
Figura 42 - Desenho do estudo: Factores de Stress dos Enfermeiros do Bloco Operatório 373
Figura 43 - Modelo de Intervenção Perioperatória utilizada durante o experimento 392
Figura 44 - Modelo Final do Experimento 441
Figura 45 - Símbolos da ESEIC e da AESOP 462

ÍNDICE DOS QUADROS

Pág

Quadro n.º 1 - Formação de base em Enfermagem em relação - duração e grau que confere 105
Quadro n.º 2 - Regime em que é feita a formação em Enfermagem Perioperatória: *"Full time ou part-time"* 106
Quadro n.º 3 - Tipo de Curso 106
Quadro n.º 4 - As 14 necessidades da pessoa segundo Virginia Henderson 125
Quadro n.º 5 - Hierarquização das necessidades humanas básicas segundo Jean Watson 126
Quadro n.º 6 - Combinação entre os passos do processo de Investigação e os passos do Processo de Enfermagem apresentada por Jean Watson 181
Quadro n.º 7 - Competências da Enfermeira Perioperatória 193
Quadro n.º 8 - Competências do Enfermeiro Perioperatório Generalista 193
Quadro n.º 9 - Competências do Enfermeiro Perioperatório Especialista 196
Quadro n.º 10 A - Artigos do Código deontológico do Enfermeiro respeitados no trabalho de investigação ... 221
Quadro n.º 10 B - Artigos do Código deontológico do Enfermeiro respeitados no trabalho de investigação ... 222
Quadro n.º 10 C - Artigos do Código deontológico do Enfermeiro respeitados no trabalho de investigação ... 223
Quadro n.º 11 - Operacionalização das variáveis em estudo 228
Quadro n.º 12 - Distribuição dos Enfermeiros especialistas pelas especialidades que têm, que trabalham em Serviço de BO, pela função que exercem 237
Quadro n.º 13 - Distribuição numérica e percentual dos Enfermeiros em relação à integração no BO 239
Quadro n.º 14 - Distribuição dos enfermeiros em relação às funções que exercem como enfermeiros do perioperatório 243
Quadro n.º 15 - Justificações para as opções sobre modelos de formação 249
Quadro n.º 16 - Conteúdos programáticos sugeridos pelos enfermeiros perioperatórios, que gostariam de ver desenvolvidos durante a especialidade 251
Quadro n.º 17 - Operacionalização das Variáveis em Estudo 263
Quadro n.º 18 - Testes de Qui-Quadrado para o cruzamento de cada uma das valências por local de trabalho 266
Quadro n.º 19 - Valores médios e níveis de significância 272
Quadro n.º 20 - Operacionalização das variáveis em estudo 279
Quadro n.º 21 - Operacionalização das variáveis em estudo 284
Quadro n.º 22 - Distribuição numérica e percentual da opinião dos utentes sobre a informação que receberam dos enfermeiros sobre a intervenção cirúrgica 285
Quadro n.º 23 - Distribuição numérica e percentual da opinião dos utentes sobre a informação que receberam dos enfermeiros 285
Quadro n.º 24 A - Distribuição numérica e percentual da opinião dos utentes quanto às características do enfermeiro quando comunicou com eles 286
Quadro n.º 24 B - Distribuição numérica e percentual da opinião dos utentes quanto às características do enfermeiro quando comunicou com eles 287

Pág

Quadro n.º 25 - Distribuição numérica e percentual da opinião referente ao momento em que o enfermeiro melhor comunicou com o doente 288
Quadro n.º 26 - Distribuição numérica e percentual da forma de comunicação que o utente mais apreciou 289
Quadro n.º 27 - Operacionalização das variáveis do estudo 291
Quadro n.º 28 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré-operatória 292
Quadro n.º 29 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré-operatória face à estabilidade da equipa 293
Quadro n.º 30 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré-operatória face à informação 294
Quadro n.º 31 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré-operatória face à duração dos tempos operatórios 295
Quadro n.º 32 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré-operatória e sua influência na Humanização dos Cuidados 295
Quadro n.º 33 - Opinião dos utentes em relação aos medos que manifestavam antes e depois da visita pré-operatória 297
Quadro n.º 34 - Níveis de significância dos testes de McNemar 298
Quadro n.º 35 - Manifestações de medo das crianças antes e depois da visita pré-operatória 299
Quadro n.º 36 - Níveis de significância dos testes de McNemar – medos das crianças 299
Quadro n.º 37 - Operacionalização das variáveis em estudo 302
Quadro n.º 38 - A trajectória da doença 307
Quadro n.º 39 - Operacionalização das variáveis em estudo 320
Quadro n.º 40 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional, em relação à importância de falar sobre os cuidados antes da cirurgia 320
Quadro n.º 41 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional, em relação à importância de falar sobre os cuidados depois da cirurgia 321
Quadro n.º 42 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional, em relação à importância de planear em conjunto 322
Quadro n.º 43 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional sobre a possibilidade da formação especializada poder trazer maior segurança para o utente 323
Quadro n.º 44 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional sobre a possibilidade da formação especializada poder trazer maior segurança do trabalho em equipa 324
Quadro n.º 45 - Opinião dos enfermeiros do internamento acerca da visita pré-operatória 325
Quadro n.º 46 - Opinião dos enfermeiros do internamento acerca dos registos de enfermagem perioperatória 326
Quadro n.º 47 - Operacionalização das variáveis em estudo 330
Quadro n.º 48 - Caracterização da amostra por áreas na enfermagem perioperatória 332
Quadro n.º 49 -Quatro características indispensáveis a um enfermeiro perioperatório competente 334
Quadro n.º 50 - Intervenções desenvolvidas aquando do acolhimento do doente no BO 335
Quadro n.º 51 - Desempenho das intervenções como enfermeiro de anestesia 336

Pág

Quadro n.º 52 - Intervenções desenvolvidas como enfermeiro de anestesia 337
Quadro n.º 53 - Intervenções desenvolvidas como enfermeiro circulante 338
Quadro n.º 54 - Intervenções desenvolvidas como enfermeiro circulante 339
Quadro n.º 55 - Intervenções desenvolvidas como enfermeiro instrumentista 340
Quadro n.º 56 - Intervenções desenvolvidas como enfermeiro da UCPA 341
Quadro n.º 57 - Votação do ruído mais incómodo para os enfermeiros da amostra 346
Quadro n.º 58 - Outros ruídos referidos pela amostra 346
Quadro n.º 59 - Distribuição da amostra relacionando a idade com a tolerância à temperatura 353
Quadro n.º 60 - Apreciação da dimensão dos vestiários por parte da amostra 364
Quadro n.º 61 - Distribuição da amostra relativa à quantidade de WC e duches 365
Quadro n.º 62 - Operacionalização da variável dependente (perfil de saúde de Duke) 376
Quadro n.º 63 - Relação dos scores com o nível de *stress* 377
Quadro n.º 64 - Operacionalização das variáveis do estudo 378
Quadro n.º 65 - Frequência e percentagem dos enfermeiros por score de ansiedade e *stress*/idade 380
Quadro n.º 66 - Frequência e percentagem dos enfermeiros por tempo de serviço e score de ansiedade e stress 382
Quadro n.º 67 - Frequência e percentagem dos enfermeiros por tipo de funções que desempenham e por score de ansiedade e *stress* 384
Quadro n.º 68 - Expressões mais usadas pelos utentes operados de urgência conforme se manifestaram terem-se sentido bem, razoável e mal no BO 429
Quadro n.º 69 - Preocupações manifestadas e resolvidas na visita pré – operatória 430
Quadro n.º 70 - Opinião dos enfermeiros dos diferentes serviços acerca do tipo de comunicação que se estabeleceu entre eles e os enfermeiros do BO 438
Quadro n.º 71 - Sugestões apresentadas pelos enfermeiros tendo em vista uma melhoria da continuidade de cuidados 440
Quadro n.º 72 - Instituições da proveniências dos enfermeiros do perioperatório do 1º Curso 462
Quadro n.º 73 - Expectativas iniciais dos formandos que frequentaram todo o Curso 463
Quadro n.º 74 - Títulos dos trabalhos dos projectos de melhoria contínua de qualidade, efectuados pelos formandos 467
Quadro n.º 75 - Comparação entre as expectativas iniciais e as respostas obtidas no final do Curso 468
Quadro n.º 76 - 5 Razões para justificar a criação dos Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória 491
Quadro n.º 77 A - Proposta de conteúdos teóricos para o *Curricula* do Curso de Especialização em Enfermagem Perioperatória 493
Quadro n.º 77 B - Proposta de conteúdos teóricos para o *Curricula* do Curso de Especialização em Enfermagem Perioperatória 494

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág

Gráfico n.º 1 - Distribuição numérica e percentual das Instituições onde foram lançados os inquéritos 230
Gráfico n.º 2 - Distribuição numérica e percentual das respostas obtidas dos Enfermeiros inquiridos 231
Gráfico n.º 3 - Distribuição numérica e percentual da população por sexo 233
Gráfico n.º 4 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra por classes etárias 234
Gráfico n.º 5 - Distribuição numérica e percentual da amostra por estado civil..... 234
Gráfico n.º 6 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra por pertença ou não ao quadro da Instituição principal onde trabalham 235
Gráfico n.º 7 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra por possuírem especialidade em enfermagem..... 236
Gráfico n.º 8 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra por anos de serviço 239
Gráfico n.º 9 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios em relação ao tempo que tiveram de integração 241
Gráfico n.º 10 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios face ao tipo de integração..... 241
Gráfico n.º 10-A - Distribuição numérica e percentual dos Enfermeiros Perioperatórios face à Avaliação da Integração que tiveram 242
Gráfico n.º 11 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios em relação ao tempo de integração e ao nº de funções que desempenha 244
Gráfico n.º 12 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios em relação à rotatividade de funções..... 245
Gráfico n.º 13 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios em relação ao tipo de rotatividade de funções 245
Gráfico n.º 14 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios em relação ao interesse pela especialidade perioperatória 246
Gráfico n.º 15 - Distribuição numérica dos enfermeiros perioperatórios com e sem especialidade face à especialidade em enfermagem perioperatória..... 247
Gráfico n.º 16 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios face ao modelo de formação/especialidade 248
Gráfico n.º 17 - Distribuição numérica dos enfermeiros perioperatórios com e sem especialidade face ao modelo de formação/especialidade 250
Gráfico n.º 18 - Distribuição numérica dos enfermeiros perioperatórios que defendem ou não a especialidade perioperatória face ao modelo de formação/especialidade 250
Gráfico n.º 19 - Distribuição numérica do enfermeiro Instrumentista por local de trabalho..... 264
Gráfico n.º 20 - Distribuição numérica do enfermeiro de Anestesia por local de trabalho..... 265
Gráfico n.º 21 - Distribuição numérica do enfermeiro Circulante por local de trabalho 265
Gráfico n.º 22 - Tempo de integração no BO por local de trabalho (%) 267
Gráfico nº 23 - Distribuição percentual por período de integração no BO por local de trabalho 268

Pág

Gráfico nº 24 - Integração pelo mesmo enfermeiro no BO por local de trabalho 269
Gráfico n.º 25 - Distribuição percentual por importância da integração no BO por local de trabalho269
Gráfico n.º 26 - Gráfico de perfil para o hospital privado 270
Gráfico n.º 27 - Gráfico de perfil para o hospital público 271
Gráfico n.º 28 - Cruzamento entre "Tempo de Integração no BO" e "Opinião sobre Período de Integração" 272
Gráfico n.º 29 - Distribuição numérica dos enfermeiros por razão de trabalho no BO 280
Gráfico n.º 30 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados 309
Gráfico n.º 31 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados, sobre o contacto que teve no final da cirurgia 309
Gráfico n.º 32 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre a necessidade de contacto com a enfermeira do BO 310
Gráfico n.º 33 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre o local de permanência do doente após cirurgia 311
Gráfico n.º 34 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre a informação dada durante a permanência do doente na UCPA 311
Gráfico n.º 35 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre se a informação correspondeu às suas necessidades 312
Gráfico n.º 36 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre se as informações durante a cirurgia devem ser dadas pelos enfermeiros do perioperatório 313
Gráfico n.º 37 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre as necessidades de informação 313
Gráfico n.º 38 - Relação entre as áreas que domina e o período de integração 342
Gráfico n.º 39 - Distribuição da amostra em relação à influência do ruído no trabalho 346
Gráfico n.º 40 - Distribuição da amostra em relação aos efeitos do ruído 347
Gráfico n.º 41 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de iluminação da SO 349
Gráfico n.º 42 - Distribuição da amostra em relação à importância atribuída à existência de janelas 349
Gráfico n.º 43 - Distribuição da amostra relacionada com as variações de temperatura 351
Gráfico n.º 44 - Distribuição da amostra relacionando a função com a tolerância à temperatura ... 352
Gráfico n.º 45 - Distribuição da amostra referente à percepção do espaço de trabalho da SO 354
Gráfico n.º 46 - Distribuição do modo como a amostra define o espaço do BO 355
Gráfico n.º 47 - Distribuição da amostra de acordo com a existência de música 356
Gráfico n.º 48 - Distribuição da amostra relacionando a função com a importância da música..... 356
Gráfico n.º 49 — Distribuição da amostra relacionando a carga horária com a importância da música 357
Gráfico n.º 50 - Distribuição da amostra relacionando os motivos da importância da música 358
Gráfico n.º 51 - Distribuição da amostra em relação à importância da existência da sala de repouso 361
Gráfico n.º 52 - Distribuição das actividades desenvolvidas na área de repouso 361
Gráfico n.º 53 - Utilização da área de repouso relacionada com importância dada pela amostra... 362

Pág

Gráfico n.º 54 - Importância da área de repouso de acordo com a função do enfermeiro 363
Gráfico n.º 55 - Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros por grupos etários e por score de ansiedade de *stress* 381
Gráfico n.º 56 - Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros de acordo com o seu tempo de serviço e score de ansiedade e *stress* 383
Gráfico n.º 57 - Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros por tipo de funções que exercem e score de ansiedade e *stress* 384
Gráfico n.º 58 - Representação gráfica da amostra, por grupos etários dos enfermeiros do BO do estudo investigação-acção 393
Gráfico n.º 59 - Representação gráfica da amostra, por formação em enfermagem, dos enfermeiros do BO do estudo investigação-acção 393
Gráfico n.º 60 - Representação gráfica da amostra dos enfermeiros, por razão que os fez optar pelo serviço do BO, do estudo investigação-acção 394
Gráfico n.º 61 - Representação gráfica da amostra dos enfermeiros do BO do estudo investigação-acção, por anos de trabalho no serviço 394
Gráfico n.º 62 - Representação gráfica da amostra dos enfermeiros do BO do estudo de investigação – acção por grau de satisfação no serviço 395
Gráfico n.º 63A - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO ... 396
Gráfico n.º 63B - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO ... 396
Gráfico n.º 63C - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO ... 397
Gráfico n.º 63D - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO ... 398
Gráfico n.º 63E - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO ... 399
Gráfico n.º 63F - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO ... 400
Gráfico n.º 63G - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO ... 401
Gráfico n.º 63H - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO ... 402
Gráfico n.º 63 I - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO ... 403
Gráfico n.º 63J - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO 403
Gráfico n.º 63L - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do B 405
Gráfico n.º 63M - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO .. 405
Gráfico n.º 64 - Representação gráfica da metodologia de trabalho usada pelos enfermeiros do BO 406
Gráfico nº 65 - Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros do BO, pelos círculos de qualidade 408
Gráfico nº 66 - Representação gráfica das respostas face à alteração dos círculos de qualidade. 408
Gráfico nº 67 - Representação gráfica das respostas face às alterações provocadas pelo estudo 409
Gráfico nº 68 - Representação gráfica das alterações/razões para afirmarem poder haver alterações durante o estudo 411
Gráfico nº 69 - Representação gráfica das propostas de temas para debate durante o estudo 411
Gráfico nº 70 - Comparação entre os resultados dos dois inquéritos face à questão "razão de trabalhar no BO" 414

Pág

Gráfico nº 71 - Comparação entre os resultados dos dois inquéritos face à questão "houve alteração no trabalho provocado pelo desenvolvimento do estudo" 416
Gráfico nº 72 - Comparação entre os resultados dos dois inquéritos face à questão "a que circulo de qualidade pertence" 418
Gráfico nº 73 - Representação gráfica das alterações/razões justificadoras das mudanças que ocorreram durante o estudo 419
Gráfico nº 74 - Representação gráfica do número de utentes que tiveram visitas pré e ou pós operatórias durante o experimento 421
Gráfico nº 75 - Representação gráfica do número de utentes pelo tipo de visitas que tiveram 421
Gráfico nº 76 - Representação gráfica do número de utentes por terem ou não experiências anteriores de cirurgia 422
Gráfico nº 77 - Representação gráfica do número de utentes por quem tiveram conhecimento da cirurgia 422
Gráfico nº 78 - Representação gráfica do número de utentes, que tiveram visita operatória, pelas preocupações que apresentavam antes da cirurgia 424
Gráfico nº 79 - Representação gráfica do número de utentes, pela maneira como se sentiram no BO – comparação entre os que tiveram visita pré - operatória e os que não tiveram 427
Gráfico nº 80 - Representação gráfica do número de utentes, pelas preocupações que apresentavam depois da visita pré-operatória 430
Gráfico nº 81 - Representação gráfica do que os utentes manifestaram ter gostado mais e menos durante a sua permanência no BO 433
Gráfico nº 82 - Opinião geral dos Enfermeiros acerca da comunicação oral e escrita antes e depois de ter iniciado o experimento 437
Gráfico nº 83 - Distribuição numérica e percentual das respostas à questão: "alterações na prática de cuidados" 476
Gráfico nº 84 - Distribuição numérica das respostas à questão: "aspectos alterados" 477
Gráfico nº 85 - Distribuição numérica das respostas à questão: "dificuldades surgidas" 478
Gráfico nº 86 - Distribuição numérica das respostas à questão: "necessidades sentidas" 479

INTRODUÇÃO

Desde que a "Dama da Candeia" surgiu, nada foi igual ao que era anteriormente.

A candeia, importante fonte de luz, que outrora, iluminava os locais escurecidos pela noite, foi presença constante ao longo de muitos anos à qual a pessoa se habituou e não dispensava.

Talvez a candeia seja dos poucos objectos que eram dispensados pelo homem e que sempre o acompanhou desde o nascimento até à sua morte.

Presença em tempos de alegria, mas também de dor, de solidão e de morte.

A candeia tornou-se num símbolo desde que essa "dama" a tocou e a usou no seu dia a dia como enfermeira.

A ligação da candeia a Florence Nightingale, ficará para sempre na história da enfermagem, pois a candeia simboliza a acção permanente do enfermeiro junto daquele que necessita de ser cuidado.

A simbologia sempre fez parte da vida humana e esta tornou-se mais rica através dela. O símbolo indica algo mais do que o objecto ou gesto contém, tem mensagem, tem história, tem um significado comum que toda a gente compreende. Por isso a candeia é percebido por todos como símbolo universal da enfermagem.

Mas a candeia para ser fonte de luz necessita do azeite, do pavio e do fósforo, porque se faltar qualquer um destes elementos, a candeia de nada valerá, tornar-se-á num objecto ornamental, ou será colocado num local qualquer, onde estão outros que deixaram de ser necessários porque foram substituídos.

Foram muitos os que após Florence Nightingale, se esforçaram e continuam a zelar por manter a luz da candeia acesa e com uma chama viçosa.

Temos já uma grande parte da história da enfermagem escrita, que é motivo de orgulho, para todos nós os que um dia decidimos ser enfermeiros.

A enfermagem tem sabido, ao longo destes anos, construir o seu saber. Tem-se destinguido pelo seu constante dinamismo, pela capacidade de inovação, fundamentada na investigação que persistentemente tem desenvolvido para poder dar sempre a resposta adequada a cada situação.

Tem sabido cuidar da qualidade da candeia e da chama que produz, obviamente atenta à qualidade do azeite, do pavio e do fósforo.

A enfermeira[1], desde cedo, durante o seu processo formativo, aprende a desenvolver um espírito analítico e crítico, não deixando de ter em conta a globalidade e a necessidade de interligar todos os saberes que foi adquirindo. Para isso é-lhe exigido a aprendizagem e o aprofundamento de saberes científicos que orientarão e fundamentarão todo o seu agir sem os quais não poderão adquirir e desenvolver competências.

Este processo iniciado no dia em que optou pela enfermagem, será sempre inacabado, pois irá necessitar de uma actualização constante que deverá acompanhar as rápidas evoluções científicas e tecnológicas.

Contudo, a atenção à vertente humana (comunicação, simplicidade, contacto, disponibilidade) requer um empenho redobrado, de maneira a que as duas vertentes, humana e técnica, se desenvolvam a par uma da outra.

[1] Ao longo do nosso trabalho usaremos tanto enfermeira como enfermeiro quando nos queremos referir ao mesmo profissional. A nossa tendência poderá recair mais por usar o termo no sexo feminino, não só por haver uma maior identificação, que tem a ver com a origem, história e por esta continuar a ser uma profissão significativamente feminina, 81%. Não queremos com isto dar a ideia de que os enfermeiros não têm lugar nesta profissão, pelo contrário reconhecemos a sua importância e empenho no desenvolvimento da mesma.

Nunca será demais realçar que as duas são importantes e que ligado à enfermagem estará sempre o cuidar, a humanização e personalização dos cuidados, que sendo peculiar, desta profissão, não é só fundamental como necessária para promover e desenvolver a interacção com o utente, família e as equipas onde está inserido.

A enfermagem como uma das profissões mais antigas, assim como também a mais recente das ciências, tem sabido aproveitar todas as crises por que tem passado, como momentos óptimos e privilegiados de crescimento e reflexão, donde tem resultado uma evolução progressiva e harmoniosa.

"O exercício da profissão de enfermagem, remonta em Portugal, a finais do século XIX, sendo que, a partir da metade do século XX, as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e por isso mesmo, no nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional mais complexa, diferenciada e exigente". (Introdução ao Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

Pensámos que este processo dinâmico, de constante busca, tem por base uma atitude, muito própria do ser enfermeira, que nos foi transmitida e ensinada pela nossa pioneira Florence Nightingale. Esta é traduzida, no querer e saber questionar-se constantemente, conhecendo as repercussões que cada atitude implica e que está ligada com a capacidade de estar pronta a "desinstalar-se" repetidamente, ou seja aberta à mudança, incentivando-a e promovendo-a.

A enfermagem em Portugal, constitui uma força humana e profissional numericamente significativa, já que em número ultrapassa qualquer outro grupo de profissionais de saúde. Em Novembro de 2004 estavam registados na Ordem dos Enfermeiros(OE) 45.912 enfermeiros[2].

[2] Base de Dados da Ordem dos Enfermeiros, consulta efectuada em 15 de Novembro de 2004

"Assim, os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem". (Introdução ao Decrteto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

A amplitude das suas intervenções abrange a pessoa independentemente da sua fase no ciclo vital.

A diversidade dos cuidados dirige-se a todas as áreas e níveis de intervenção: prevenção, promoção da saúde, recuperação e reinserção, formação, gestão, e investigação.

A Enfermagem tem sabido acompanhar a explosão dos conhecimentos científicos e tecnológicos. A evolução da prática de cuidados, emerge como consequência da constante exigência que vai desafiando a enfermeira diariamente.

A colaboração e inserção cada vez mais efectiva nas equipes multidisciplinares e multiprofissionais, tem resultado do reconhecimento da importância da enfermagem como uma profissão marcada pelo saber, cujo foco de atenção é a Pessoa como um projecto de saúde.

É neste contexto que se compreende :

A integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior.

"A formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional a nível do ensino superior desde 1988, permitiu o acesso aos diferentes graus académicos e a assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população. (Introdução ao Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

As repercussões da investigação que a enfermagem tem desenvolvido, nestes últimos anos na prática dos cuidados.

De igual modo, o desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde. (Introdução ao Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

O passado, o presente e o sonho de um futuro diferente, sustentado na ideia de que a evolução é um processo dinâmico que acompanhará sempre a história onde cada enfermeiro está envolvido e com o qual se sente comprometido, esteve presente quando nos propusemos elaborar esta dissertação.

A questão inicial impunha-se: **o quê fazer e com que finalidade?**

Após uma reflexão demorada e ponderada, acente no nosso percurso pessoal e profissional, nos valores da enfermagem e na filosofia de vida que defendemos, só fazia sentido, optarmos por desenvolver um estudo numa área de cuidados de enfermagem.

Pareceu-nos sobretudo que deveríamos contribuir com algo que envolvesse as "*três qualidades – chave da mudança e das pessoas que criam mudança*", apresentadas por Rosabeth Moss Kanter, professora na Harvard Business School, no último Congresso do ICN, sendo elas: "***A imaginação para inovar, o profissionalismo para actuar e a abertura para colaborar.***"

Uma vez que atravessávamos mais um período de mudança significativa, para a enfermagem, que estava ligada com:

- a implementação do Processo de Bolonha e sua implicação na formação dos enfermeiros, permitindo a mobilidade e a promoção de empregabilidade no mercado alargado europeu, possibilitando o aumento e o nível de competitividade;

- a necessidade de definição das competências dos enfermeiros especialistas;

- as interrogações levantadas pelos resultados do estudo, realizado pela OE, acerca das áreas de especialidade de enfermagem existentes ;

- as opiniões dos enfermeiros da prática de cuidados, acerca da necessidade de haver uma formação mais específica em áreas não consideradas de especialidade;

levou-nos a reflectir e a optar por uma temática actual, que pudesse trazer mais dados para a discussão, levantar novas questões e ajudar a definir caminhos e a tomadas de decisões.

A nossa experiência, como enfermeira da prática de cuidados, numa área polémica, como é a perioperatória contribuiu definitivamente para a decisão final.

Durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem, o futuro enfermeiro vai tendo contacto com as diferentes áreas de actuação. Adquire conhecimentos, desenvolve habilidades e competências, de maneira que no final do curso, como enfermeiro de cuidados gerais, esteja apto a prestar cuidados de enfermagem. Assim, após a sua licenciatura, poderá ser integrado em qualquer uma das áreas de cuidados sobre a qual desenvolveu conhecimentos.

Quererá isto dizer que o enfermeiro generalista está preparado para prestar cuidados, nos centros de saúde, na área de saúde comunitária; cuidados diferenciados, nas instituições hospitalares, nas diferentes áreas aí existentes, com a excepção da área de cuidados perioperatórios.

Desde que integramos a área da docência, fomos tendo consciência de que o número de horas dedicadas a transmitir conhecimentos sobre esta área de

cuidados perioperatórios, ia reduzindo significativamente anualmente. De trinta horas teóricas e trinta e cinco horas de estágio de observação, passaria a ser destinada a esta área apenas cinco horas teóricas. Os conhecimentos que eram específicos, começaram a ser englobados num conhecimento genérico, onde o perioperatório, passava despercebido.

Noutras escolas, nunca esta área tinha sido contemplada, abordando-se os cuidados pré e o pós cirúrgicos, abrindo uma descontinuidade entre os dois momentos, como se fosse possível passar-se ao lado dos cuidados que o doente necessitava e que lhe eram prestados no intraoperatório.

Quando o enfermeiro opta por trabalhar no serviço de Bloco Operatório, tem de passar por um processo de "pré" - integração, visto não possuir os conhecimentos básicos e fundamentais para poder iniciar o seu processo de integração normal, tornando-o muito mais demorado ou intensivo.

A especialização em Enfermagem Perioperatória, nunca foi considerada. Esta situação fez com que cada enfermeiro perioperatório se visse obrigado a fazer um investimento pessoal na auto - formação e actualização, recorrendo-se sobretudo a Congressos, Jornadas, Bibliografia (estrangeira, na sua maioria) e a estágios realizados em hospitais nacionais ou internacionais, devido à especificidade dos cuidados que prestam e à necessidade que sempre sentiram em acompanhar a constantemente evolução que esta área tem.

Pareceu-nos que este seria o momento certo e oportuno, para nos dedicarmos ao desenvolvimento deste trabalho, na área dos cuidados de enfermagem perioperatória.

Nesta tomada de decisão, pesou o facto de estarmos despertas e sensíveis para a problemática, "curiosas" e atentas com o desenrolar dos acontecimentos históricos

para a enfermagem, assim como a pesquisa bibliográfica efectuada até ao momento.

Antes de termos dado início ao estudo, sentimos a necessidade de partilhar a nossa ideia, com alguns enfermeiros, que pelo lugar que ocupam ou ocupavam na altura, os termos considerado "consultores privilegiados" [3]. A nossa consulta teve como objectivo solicitar o parecer sobre a importância e pertinência da temática, podendo ser um contributo para futuras tomadas de decisão.

Durante elaboração deste trabalho, mais propriamente, desde que o começamos a sonhar, a projectar e a desenvolver, o desafio à criatividade foi sempre uma constante, que impusemos a nós próprios durante todo este processo.

Em Assembleia Geral da OE, realizada a 25 de Maio de 2002, foram aprovadas as orientações propostas pelo Conselho Directivo em função da alteração do Estatuto da OE, que englobam, entre outras, as seguintes matérias, directamente ligadas com as especialidades em enfermagem :

"*...instituição de um processo de certificação de competências especializadas adquiridas ao longo da vida, nos contextos do exercício profissional, através da acreditação dos espaços formativos e dos formadores;*

reformulação da composição do Conselho de Enfermagem e das suas competências, de forma a garantir um processo de certificação de competências e de acreditação da formação;

criação de comissão técnicas para assessorar o Conselho de Enfermagem, no âmbito das suas novas competências..." (Ordem dos Enfermeiros, 2003:318)

[3] Considerámos nossos "consultores privilegiados": Enfª Maria José Dias Pinheiro, fundadora e presidente da AESOP, Enfª Mariana Diniz de Sousa, 1ª Bastonária da Ordem dos Enfermeiros e do então Presidente do 1º Conselho de Enfermagem Enf. Abel Paiva.

Esta alteração estatutária, visa garantir que a OE possa possuir os mecanismos que achar indispensáveis, que permitam um novo modelo de reconhecimento de condições, para atribuição de título de enfermeiro especialista.

Isto significa que a OE está aberta à possibilidade de serem propostas e criadas novas áreas de especialização, de acordo com as necessidades sentidas, tendo em vista aumentar o potencial dos cuidados de enfermagem para produzir ganhos em saúde.

Para podermos abordar a temática da área de cuidados de enfermagem perioperatória, necessitamos, de partir da "estaca zero" ou seja: tudo era passível de ser questionado e era necessário ter a coragem de o fazer.

Qual a importância e necessidade de cuidados de enfermagem perioperatórios, tendo em conta o utente, a inserção no trabalho em equipa e na continuidade de cuidados?

Seriam estes enfermeiros necessários para garantir, que nas instituições se prestem cuidados de enfermagem de qualidade, traduzidos num maior ganho em saúde, sem haver aumento de despesas?

A área de cuidados perioperatórios, tão pouco conhecida e não menos valorizada, como área onde são prestados cuidados de enfermagem, sempre nos foi muito cara e a possibilidade que nos era dada, de aprofundar conhecimentos, conhecer mais profundamente a realidade, podendo descrever as suas necessidades, as suas intervenções bem como apresentar possíveis soluções ou propostas, motivou-nos a desenvolver este estudo que apresentamos neste relatório, pioneiro no nosso país, pelo facto de ainda não existir nenhum sobre esta temática e com a metodologia escolhida.

Foi com a finalidade de poder criar uma mudança positiva, que optamos por um comportamento inovador e criativo. Assumimos o risco que advém pelo facto de termos optado por desenvolver um trabalho que assentasse num estudo nacional, em vários pequenos estudos (contributos de análise), num estudo de investigação – acção no contexto da prática e de um momento de formação.

Foi nossa preocupação, envolver o maior número pessoas possíveis "implicadas nesta temática", tais como enfermeiros de cuidados perioperatórios e de outras áreas de cuidados, utentes[4] e equipas multidisciplinares. Desejávamos ter a imagem o mais real e concreta possível, pois só assim poderíamos ter dados que fundamentassem os argumentos que fossemos formulando e desenvolvendo ao longo de todo este processo.

O facto de ser um estudo centrado na prática dos cuidados e também poder vir a contribuir, para a "excelência através da evidência", significou sempre que nos tínhamos comprometido com os mais altos padrões do exercício.

Teríamos, pois de imprimir um ritmo exigente e fortemente contextualizado na prática, na busca das necessidades dos utentes, instituições, serviços e profissionais, inseridos num contexto de política de saúde de um País concreto, Portugal e membro da União Europeia.

Conforme, Christine Hancok (2003) afirma: *"sabemos que a excelência nunca é acidental. Atingir a excelência exige compromisso, dedicação e é um processo contínuo de aprendizagem e crescimento. A boa notícia é que a excelência é contagiosa. Ela inspira e electrifica*", sentimos que também nós fomos contagiados e por isso

[4] Durante o nosso trabalho, utilizaremos o termo utente, referindo-nos à pessoa que é alvo de cuidados de enfermagem. A opção por este termo tem a ver com o papel activo que achamos que a pessoa deve ter no quadro da relação de cuidados. O utente não será o que paga os serviços, mas aquele que troca algo com o outro. O utente é visto como ser individual ou família ou comunidade.
Designações como "cliente" e "doente", não colidem com a ideia que pretendemos dar da pessoa como objecto de cuidados e participante nos mesmos, por isso poderão vir a ser usados, dependendo do contexto, não tendo outro significado do atrás referido.

inspirados para o desenvolvimento deste trabalho, com um espírito de total abertura para investigar, apresentar resultados, levantar todas as questões que achássemos necessárias para a obtenção de dados credíveis que sustentassem as conclusões e as propostas que pudessem surgir, durante e ou no final do trabalho.

A enfermagem perioperatória, cujo primeiro conceito aparece em 1978, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao utente e família, que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica ou a um procedimento invasivo no serviço de bloco operatório.

Os cuidados perioperatórios envolvem as três fazes: pré, intra e pós-operatória.

Uma vez que os enfermeiros desta área de cuidados, trabalham num serviço fechado, com características muito próprias, esta situação contribui para que haja um conhecimento deficiente sobre o tipo de cuidados de enfermagem que prestam. Perante este facto alguns enfermeiros, de outras áreas de cuidados e que nunca tenham entrado num serviço de Bloco Operatório, questionam-se sobre a necessidade de enfermeiros neste tipo de serviços.

Por sua vez, os enfermeiros perioperatórios, defendem que durante o período perioperatório são prestados cuidados de enfermagem particulares, o que os leva a reclamar por uma formação dirigida à particularidade que esta área de cuidados exige, assim como o utente e a equipa cirúrgica.

Nota-se ainda a falta, ou existência de registos de enfermagem perioperatória pouco desenvolvidos, em várias instituições hospitalares, dificulta a continuidade de cuidados é dificultada pela inadequação ou precaridade de registo de enfermagem perioperatória.

Este estudo foi realizado a partir dos dados recolhidos e analisados duma forma interactiva, durante o desenvolvimento de diversos estudos (nacional e outros pequenos – contributos de análise), do estudo investigação - acção, de maneira a

poder dar uma resposta concreta à nossa questão de partida: **Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória. Que contributos para a sua implementação**

Para podermos orientar e projectar de uma forma sequencial, todos os caminhos que teríamos que percorrer, houve uma necessidade de tentarmos encontrar resposta para questões mais básicas, que achamos serem também elas necessárias:

- Que saberes particulares de enfermagem perioperatória que orientam as suas intervenções?

- Outros que não enfermeiros, poderão prestar cuidados de enfermagem perioperatórios?

- Será necessário ao enfermeiro perioperatório uma formação especializada para prestar, com maior qualidade cuidados ao doente no perioperatório?

- A actividade do enfermeiro perioperatório necessita de uma formação especializada como suporte da estabilidade emocional do doente?

- O enfermeiro necessita de uma formação especializada que proporcionará ao enfermeiro perioperatório uma maior satisfação profissional?

- Uma formação especializada garantirá maior segurança nos cuidados tendo em conta uma maior estabilidade na prestação de cuidados (perioperatórios), pela equipa cirúrgica?

- O trabalho do enfermeiro perioperatório necessita de uma formação especializada, para contribuir para uma melhor continuidade de cuidados?

O nosso trabalho foi desenvolvido durante um período de três anos, passando por fases bem diferenciadas e complementares.

Uma primeira através da consulta bibliográfica acerca desta temática, a maioria em língua estrangeira, uma vez que a enfermagem perioperatória se encontra bem desenvolvida em muitos países europeus, na América e Canadá.

Em Portugal contamos com toda a colaboração da AESOP, que pôs à nossa disposição todos os dados que dispunham, trabalhos desenvolvidos pela Associação bem como por enfermeiros desta área de cuidados.

Não podemos contudo afirmar, que esta fase foi limitada a um tempo concreto, pois acompanhou-nos ao longo do estudo, uma vez que a nossa problemática envolvia a abordagem de outros temas ligados ao principal.

Uma segunda através da auscultação das necessidade, preocupações e perspectivas dos enfermeiros que trabalham nos cuidados perioperatórios de todas as instituições hospitalares, públicas e privadas do País (Continente e Ilhas).

Em simultâneo, desenvolvemos pequenos estudos considerados contributos de análise, mais localizados e específicos, que contribuíram para dar a imagem o mais aproximada possível da realidade, acerca das necessidades dos enfermeiros, utentes/família e da equipa multidisciplinar para que pudéssemos através dos resultados obtidos, planear o nosso estudo de investigação acção, bem como o momento de formação, que constituiu a nossa terceira parte do trabalho.

O facto de esta tese ser o resultado de diversos estudos, criou em nós um sentir profundo das situações com que nos fomos deparando ao longo de todo este percurso.

Como a temática se baseia na prática de cuidados, tivemos necessidade de continuar a nossa reflexão através dum estudo de investigação - acção, onde em ambiente real, pudéssemos confrontar, tudo o que era já o nosso sentir e aprofundar novas ideias. O contributo de todos os que trabalham e vivenciam diariamente situações de prestadores de cuidados e de "receptores" desses mesmos cuidados, foi para nós fundamental e imprescindível.

Só faria sentido partir da prática, vivenciá-la e retomá-la, com uma nova perspectiva, com bases mais sólidas e estruturadas, para que pudéssemos fundamentar, através das múltiplas questões que nos foram surgindo, todos os argumentos que poderão sustentar uma defesa de haver ou não a necessidade de enfermeiros na área perioperatória com uma formação específica.

O estudo, tal como o tínhamos sonhado e concebido, tinha de emergir duma necessidade sentida e também de ser desenvolvido na realidade concreta de prestação de cuidados, porque somos e queremos continuar a ser enfermeiros.

O estudo de investigação - acção que desenvolvemos, teve duas vertentes, uma em ambiente de trabalho, com a duração de um ano, num serviço de Bloco Operatório duma Instituição Hospitalar, com características específicas, como em capítulo próprio referiremos, e outra de nove meses de formação com enfermeiros que já trabalhavam há mais de dois anos em Bloco Operatório.

Podemos então afirmar que este relatório final, resultou pois de um conjunto de metodologias, onde a investigação – acção teve um papel preponderante.

A tese apresentada neste relatório, está dividida em V capítulos.

O capítulo I, corresponde à fundamentação teórica, que teve como objectivo um contacto profundo, com o conhecimento, o mais actualizado possível, da bibliografia disponível e encontrada. Procuramos através do seu desenvolvimento, fazer uma abordagem das temáticas que achamos essenciais à compreensão do problema em estudo.

No capítulo II descrevemos as opções metodologias que usamos durante o desenvolvimento do estudo.

O capítulo III é dedicado à progressão gradual e natural que o trabalho de pesquisa foi tendo, através da apresentação dos vários pequenos estudos realizados, que designamos de contributos de análise, resultados, novas questões levantadas e a interligação entre eles.

Uma vez que realizamos um estudo de investigação-acção, faseado, optamos por fazer a sua abordagem separada, constituindo **o capítulo IV.**

Por fim e **no capítulo V**, são apresentadas as principais conclusões, assim como algumas propostas consideradas pertinentes e que tenham emergido dos resultados obtidos.

Proposemo-nos atingir os seguintes objectivos com a realização deste trabalho:

- Descrever a evolução de saberes que a enfermagem tem percorrido;
- Analisar a relação entre a evolução de saberes e a aquisição de competências;
- Identificar os saberes de enfermagem perioperatória;
- Definir em que contexto desenvolvem as suas intervenções;

- Definir que tipos de intervenções deve o enfermeiro do perioperatório desenvolver tendo em conta o utente/família e o seu ciclo vital;
- Analisar as necessidades de formação específica nesta área de cuidados;
- Compreender as expectativas dos enfermeiros perioperatórios;
- Apresentar propostas concretas tendo em conta os resultados obtidos;
- Contribuir para o desenvolvimento da enfermagem como ciência.

Como investigadora, coube-nos estudar esta problemática, questionando, procurando avaliar as reais necessidades, a diferentes níveis, arriscando poder alterar pressupostos que anteriormente defendíamos, pelo facto de conhecermos e de alguma maneira estarmos envolvidas com esta área de cuidados.

Este talvez tenha sido o maior desafio que nos foi colocado, o de analisarmos todas as questões de partida com rigor e imparcialidade, levantando sucessivamente todas as questões que achámos necessárias para obter resultados credíveis.

Seria para nós motivo de grande satisfação, se tivermos contribuído para que a enfermagem possa dar mais um passo, na aquisição de novos saberes e sobretudo ter provocado "agitação das águas", incentivando a procura, provocando o dinamismo que a qualidade exige, mas sem nunca perdermos a essência da nossa profissão, o cuidar é o nosso foco de atenção, a pessoa e família, independentemente da área de prestação de cuidados.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo procuramos apresentar as bases teóricas e conceptuais da nossa investigação.

Tentamos ordenar os conceitos, que pensamos ser essenciais para descrever e explicar as relações existentes entre eles. A teoria é um ponto central no processo de investigação, porque sobre ela se vai articular não só a descoberta como a verificação dos conhecimentos. (Fortin, 2000:89).

Iniciamos pela contextualização do problema de investigação, seguindo-se uma breve reflexão sobre os modelos conceptuais de enfermagem.

Uma vez que a área de estudo era a área perioperatória, fazemos uma abordagem sobre a evolução da enfermagem perioperatória através dos tempos, desde os primórdios até aos dias de hoje, realçando determinados aspectos que pensamos serem essenciais para o estudo e compreensão da problemática.

Sendo assim, destacamos a evolução da sala de operações, condições ambientais necessárias para restringir a possibilidade de haver infecção, gestão de riscos físicos e humanos dentro de um serviço de bloco operatório.

Face a esta evolução e mudança, fazemos referência à reacção da enfermagem perioperatória.

Como Portugal está inserido na Europa e tendo em conta as repercussões que o Processo de Bolonha poderá vir a ter na formação dos enfermeiros, na livre circulação e no aumento da competitividade que esta situação acarretará, dedicamos algum tempo a analisarmos a enfermagem perioperatória a nível europeu.

Sendo o Cuidar a essência, um ideal ético e moral da enfermagem (Watson, 1985) e uma vez que no período perioperatório existem enfermeiros prestadores de cuidados, fazemos uma abordagem sobre os cuidados perioperatórios e os factores cuidativos que Jean Watson definiu como fazendo parte da Teoria dos Cuidados Humanos.

1 – Contextualização do Problema

"O que vemos depende, em grande parte, do que procuramos"

John Lubbock

Ser enfermeira é estar atenta si e aos outros. Wanda Horta definiu enfermeira como "*gente que cuida de gente*". Cuidar significa ter conhecimentos, aptidões, ter capacidades, muitas vezes subdesenvolvidas e subestimadas. Quando alguém decide ser enfermeira, responde a um desafio que exige desenvolver cinco aspectos que achamos fundamentais: saber saber, saber fazer, saber ser, saber aprender e saber transferir.

O doente, que se encontra numa situação de dependência, necessita de alguém que saiba e possa dar resposta ás suas necessidades, que parcial ou totalmente não podem ser satisfeitas, por ele, porque não tem força de vontade ou conhecimentos para o fazer durante um período mais ou menos curto, consoante as suas condições físicas e psicológicas (Virginia Henderson, in Marriner, 2004).

Dependendo dessas mesmas condições, necessitará de cuidados específicos e ou especializados que deverão ser prestados, por quem possa ter mais competências a nível do saber, com implicações consequentes a nível da formação, supervisão, liderança e gestão.

Os enfermeiros especialistas nas diferentes áreas foram surgindo, com a finalidade de prestarem cuidados especiais, decorrentes de um conhecimento científico e técnico mais aprofundado, capacitando-os para não só dar uma resposta mais eficaz e eficiente ao doente, mas também ensinando o enfermeiro dos cuidados gerais a usar uma metodologia mais elaborada, sob sua supervisão, contribuindo para que o utente se tornasse independente, com a maior brevidade possível.

Os enfermeiros especialistas, pedras fundamentais para um bom funcionamento de qualquer serviço, têm também uma função importante que é a de promover, incentivar e garantir a formação em serviço, tantas vezes passada para segundo nível, com a alegada "*falta de tempo*", que é uma realidade, pois a grande maioria dos enfermeiros especialistas estão ligados à gestão

Não seria a única maneira, que estes enfermeiros tinham de ascender na carreira?

O Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro "Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros" (REPE), define os princípios gerais respeitantes ao Estatuto Profissional dos Enfermeiros.

No seu artigo 4º, referente à definição de conceitos, pode-se ler, no ponto1:

"Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele esteja integrado, de forma que mantenham , melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível"

No ponto 2, relativamente ao conceito de Enfermeiro:

"*Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.*"

O ponto 3, define o que é um Enfermeiro Especialista:

"Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com o curso de especialização em enfermagem ou com o um curso superior de estudos especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade".

Em relação ao que se deve entender por Cuidados de Enfermagem, no mesmo documento podemos ler:

"Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações"

O Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril que cria a Ordem dos Enfermeiros, a propósito da aprovação o seu Estatuto refere: *"além das respectivas atribuições e organização, integra ainda o código deontológico, pelo que se procede à revisão do REPE, bem como do estatuto disciplinar ".*

Quando a enfermeira termina a sua formação de base (CLE), tem "a certeza" do muito que sabe. O facto é que, lhe foi dado um diploma, que assegura ter um curso de enfermagem, e como tal reconhecida, pela OE como membro efectivo, após inscrição, e direito à cédula profissional, que vai possibilitar a entrada no mundo do trabalho (Capítulo II, artigos 6 e 7 do Estatuto da OE).

Durante os quatro anos de formação, teve a possibilidade de desenvolver inúmeras capacidades e habilidades e adquirir saberes. Deverá conhecer as suas Competências como Enfermeira de Cuidados Gerais e que foram definidas pela Ordem dos Enfermeiros, em Outubro de 2003, como resultado do cruzamento de um trabalho nacional e da proposta do ICN *Framework of Competencies for The Generalist Nurse.*

Houve a oportunidade de adquirir e desenvolver algumas competências, consideradas básicas, durante o CLE, mas sobretudo, o enfermeiro recém – formado sai da Escola munido dos recursos necessários para as desenvolver.

Analisado todas essas competências em pormenor, o recém – formado poderá concluir que afinal durante os quatro anos de formação, apenas tinham sido dados "os primeiros passos" de uma grande caminhada, pois as competências irão sendo adquiridas e desenvolvidas ao longo dos anos e sobretudo com a prática diária dos cuidados. O investimento feito durante os quatro anos tem forçosamente de continuar, com um regime mais exigente, mais aprofundado e também pensámos ser mais aliciante, porque aumenta o grau de responsabilidade e de autonomia dos cuidados.

O passo seguinte, que por vezes é até talvez o mais duro, está ligado à inserção numa equipa, que se encontra já em funcionamento com uma estrutura criada entre eles.

A entrada de um novo elemento causa na maioria das vezes alguma instabilidade natural, porque interfere sempre de variadas maneiras num processo já instalado onde todos ocupam um "lugar" certo. As reacções provocadas pela mudança e a aceitação desse novo membro da equipa, podem ter repercussões fortemente positivas, o que vai "dar uma lufada de ar fresco", muitas vezes promotora de inovação, de revisão e de crescimento pessoal e profissional da equipa.

Poderão, contudo, surgir alguns desencontros, por falta de integração apropriada e atempada, ou mesmo por haver uma linguagem diferente, resultante da heterogeneidade de cada um dos elementos que constituem a equipa, tendo em conta a formação, idade e experiências profissional.

Se não houver uma liderança atenta, positivista e preocupada com o acolhimento do membro "mais novo" da equipa, de maneira a estimular uma boa integração e interligação e com a manutenção do equilíbrio da equipa, poderá correr-se o risco de desmotivar, quer o grupo que levou algum tempo a desenvolver-se como equipa, bem como o novo elemento, concerteza muito motivado, mas que rapidamente ficará "abafado".

Através do conhecimento e experiência na formação de enfermeiros, sabemos que o Curso de Licenciatura em Enfermagem tem como finalidade preparar enfermeiros para prestar cuidados gerais, de qualidade, ao indivíduo inserido numa família e comunidade, aos três níveis de prevenção, independentemente da sua localização no ciclo vital.

O docente tem como missão envolver-se neste processo educativo, permitindo ao futuro profissional, fazer uma aprendizagem progressiva, incentivando-o na pesquisa pessoal e em grupo. A formação clínica, deverá privilegiar a metodologia centrada numa prática reflexiva, pois ajuda a fazer uma interligação entre a teoria e a prática, muito necessária para desenvolver a responsabilidade, a planificação e avaliação dos cuidados prestados (Schön, 1999, 351-381; Le Boterf, 2000, 88; Nunes, 2001,3).

Sobretudo o docente deverá ser sempre um elemento facilitador do processo ensino/aprendizagem, dinamizador duma cultura de respeito e responsabilidades com o aluno. Tendo como referência os princípios da Declaração de Bolonha, o processo educativo deve ser facilitador do aprender a aprender ao longo da vida, concretizando-se na capacidade de adaptação a novas situações, que inevitavelmente surgirão no percurso pessoal e profissional de cada um (Alarcão, 1996). Esta atitude positiva, assente na confiança e na responsabilidade, que obrigará à necessidade de um investimento contínuo na actualização, torna a enfermeira numa pessoa aberta à mudança e num agente de mudança (Sá-Chaves; 2000).

As inúmeras situações com que nos deparamos, ao longo do Curso de Licenciatura, desperta em nós uma vontade e por vezes também a necessidade de investirmos numa área, para a qual nos sentimos mais predispostos, e porque não, mais realizados.

Saber de tudo, equivale a quase não saber de nada, uma vez que a capacidade humana é limitada.

Ao fim de algum tempo,[5] (até agora o mínimo de dois anos de exercício), a enfermeira poderá começar a ter necessidade de fazer um maior investimento a nível de aprofundamento de saberes, aquisição e desenvolvimento de competências, numa área de cuidados específica resultando numa opção amadurecida, através da experiência, por uma especialidade em enfermagem ou pós- graduação.

As especialidades nasceram para poderem dar resposta às necessidades e exigências a nível de cuidados de saúde da população, da época em que cada uma foi criada.

"A crescente aplicação, no campo da saúde, de tecnologia cada vez mais avançada e a necessidade de preparar enfermeiros capazes de prestarem cuidados mais complexos eram circunstâncias que exigiam um aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no curso de enfermagem geral" (Obra Colectiva ESECP, 2003;18).

O reconhecimento da complexidade do ser humano e a adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades da pessoa, família e comunidade assim o exigiu. Foi um nascimento natural, que resultou da capacidade de atenção que a Enfermagem sempre teve, para poder dar a resposta mais adequada e no tempo oportuno.

O importante é que independentemente da especialidade criada, o ser humano não fosse nunca fraccionado. A visão holística que o enfermeiro foi desenvolvendo, ao longo da sua formação e da vida profissional, acerca da pessoa de quem cuida, independentemente de prestar cuidados gerais ou especializados, é fundamental para planear, intervir, avaliar, reformular, individualizar e humanizar os cuidados.

Em Portugal, as especialidades de enfermagem já têm algum tempo.

[5] Tempo considerado necessário para poder optar por uma área de especialidade. Continuamos a defender que o recém-formado tem de estar na prestação de cuidados gerais, antes de optar por uma formação específica, pois, em nosso entender, a experiência vai ajudar a fazer uma opção mais consciente bem como na sua formação especializada pela "maturidade" adquirida.

Inicialmente foi criada a Especialidade em Enfermagem Obstétrica, pelo Decreto nº 47884 de 31 de Agosto de 1967, posteriormente alterada para Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pelo Decreto nº 265/83 de 16 de Junho de 1983, que cria as outras áreas de especialidade: Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Pública (a partir de 1994 - Enfermagem da Comunidade), Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Esta última especialidade tem sido a única que tem gerado alguma controversa, a nível dos enfermeiros em geral e dos próprios especialistas. Pretendia-se que abarcasse toda a área médico - cirúrgica, o que ao fim de pouco tempo, se veio a concluir, ser uma especialidade mal delimitada, por pretender ser demasiado abrangente e dispersa.

O Estágio de Opção, previsto nessa especialidade, era aproveitado pelos enfermeiros, para aprofundarem saberes e desenvolverem competências, tendo em conta os serviços onde prestavam cuidados ou para onde gostariam de ir trabalhar, após finalizarem esse tempo de formação especializada.

A possibilidade de os formandos poderem optar livremente, de acordo com os seus interesses formativos, estava condicionada à partida, pois cada Escola onde decorria o Curso oferecia a possibilidade de uma opção limitada a duas ou três áreas de prestação de cuidados, o que não correspondia aos interesses de muitos dos futuros especialistas.

Esta situação fez com que nem todas as "sub - áreas" médicas e cirúrgicas, fossem integradas na formação teórica e prática, resultando que muitos enfermeiros tiveram a sua formação, fora da sua realidade de cuidados e dos objectivos que tinham traçado ao optarem por esta especialidade de enfermagem.

A Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, em Coimbra, no ano de 1985, foi pioneira, durante o Curso de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, em abrir a opção pelos cuidados de enfermagem perioperatória. Este

facto deveu-se ao interesse de uma das docentes, por esta área de cuidados o que permitiu aos enfermeiros interessados, poderem fazer estágio opcional no Serviço de Bloco Operatório (Salgueiro, 2001).

Parece-nos poder concluir, quer pelo conhecimento dos conteúdos programáticos, como pelo testemunho de vários colegas especialistas de enfermagem médico - cirúrgica, que talvez se tratasse e ainda se trate de uma formação desajustada, com necessidade de uma revisão e provavelmente de uma divisão, com delimitação de áreas de actuação mais concreta e dirigida, o que poderia possibilitar a criação de novas áreas de especialização, umas médicas e outras cirúrgicas.

Os resultados dos estudos realizados pela Ordem dos Enfermeiros em 2001, junto dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, Especialistas e Entidades Empregadoras (EE) reforçam a necessidade de haver uma melhor definição da área de Especialidade de Médico - Cirúrgica. Pensámos que todos os resultados obtidos poderiam ser motivo de grandes e profundas reflexões bem como indicadores de possíveis opções alternativas, podendo justificar a possibilidade de haver mudança.

"55% dos enfermeiros especialistas na área de médico-cirúrgica refere desempenhar cuidados especializados"

"No caso dos especialistas da área de médico-cirúrgica, apenas 41% refere prestar cuidados gerais; os outros despenham funções associadas à formação contínua e à gestão"

"O grau de acordo das EE é forte para as especialidades existentes, excepto para a área de especialidade médico-cirúrgica (...) constatámos que uma grande percentagem de EE discorda da existência desta área (50%)"

"Não há consonância entre os enfermeiros inquiridos relativamente à especialidade desta área médico-cirúrgica"

"As EE estão, maioritariamente (59%), de acordo com a necessidade de outras áreas de especialização em enfermagem"

"A partir dos dados obtidos pensamos poder afirmar que as EE sugerem áreas de especialização diversas e sistematizadas segundo critérios distintos. Assim destaca-se a área perioperatória como tendo sido a mais sugerida".

Tendo em conta os resultados destes estudos, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010, a actuação dos enfermeiros em áreas tão específicas, e que não são contempladas pelas áreas de especialidade já existentes, pensámos que já seria tempo haver o reconhecimento de outras.

A enfermagem têm apostado num nível de exigência de qualidade de cuidados que tem vindo a ser reconhecido, não só pelo público em geral, bem como por outros profissionais de saúde.

A enfermagem tem sabido acompanhar a evolução contínua de conhecimentos. Fundamentamos esta afirmação, no que temos vindo a observar e a constatar, nestes últimos anos.

Com ao aumento da esperança de vida (nos homens de 71,82 anos em 1999 para 73,5 anos durante 2001/2002; nas mulheres de 78,93 em 1999 para 80,3 anos durante 2001/2002) (Nunes, 2002), devido a diversos factores ligados não são à maior acessibilidade aos cuidados de saúde, mas também a toda a evolução científica. Aumentou a utilização de novas intervenções invasivas que ajudam no diagnóstico precoce, no tratamento e ou no aumento da qualidade de vida.

A par acresce o número significativo de doenças crónicas e novas noções em áreas de cuidados continuados e paliativos. Todas necessitarão de um acompanhamento de cuidados de enfermagem, com preparação dirigida e mais aprofundada em cada uma delas.

Esta nossa reflexão baseia-se num olhar atento e reflexivo, sobre a realidade da saúde em Portugal e na Europa, (Nunes, 2002) no acompanhamento das Orientações da OMS sobre *Health for All*[6], na leitura do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 (Prioridades e Estratégias).

Pensámos que as sub-especialidades, ajudarão a pessoa a ter cuidados de maior qualidade, porque o conhecimento do enfermeiro também é maior, mais profundo e direccionado, facilitando e promovendo uma continuidade de cuidados mais eficaz. O perigo de haver uma "fragmentação" da pessoa a nível de cuidados de enfermagem parece-nos ser difícil acontecer, já que toda a nossa formação é desenvolvida na tónica e na aprendizagem da visão holística da pessoa, ou seja do todo indivisível, a quem temos de prestar cuidados, independentemente da patologia, que é diferente de qualquer outro em situações idênticas.

Quem poderá ignorar o peso e sobretudo a abrangência da afirmação "*eu sou eu e a minha circunstância*", (Domingues,1977) que tão bem define cada um, como pessoa em qualquer momento e fase da sua vida?

Com a passagem de 3 para 4 anos do Curso de Enfermagem, conferindo a Licenciatura, houve uma paragem nos Cursos de Especialização, explicada pela necessidade de primeiramente serem criadas as condições para os enfermeiros bacharéis, após a frequência do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, com a duração de 1 ano, poderem ser considerados licenciados, possuindo assim as condições mínimas para continuarem a sua formação.

Assistimos a um tempo de paragem a nível da formação especializada em enfermagem, até começarem a surgir os primeiros licenciados, tendo constatado que apesar desta situação, os enfermeiros continuavam a preocuparem-se com a sua formação contínua.

[6] World Heath Organization – Health 21: Health for All in the 21st century. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1999

A enfermagem não pode, pensámos mesmo que nunca soube "parar," no tempo à espera de novos ventos. Imagem disto, tem sido o aumento de enfermeiros da prática de cuidados que frequentam Cursos de Pós-Graduação e Mestrados em diferentes áreas do saber, o empenho e coragem que tem mostrado em tornarem públicos os trabalhos que vão desenvolvendo, através de variadíssimas formas (comunicações livres, posters, publicações, participação em concursos onde são premiados trabalhos de investigação).

Isto leva-nos a acreditar na possibilidade de estarem a surgir novos paradigmas que justificam este agir e que tem vindo a proporcionar excelentes oportunidades de desenvolvimento profissional.

Estamos a assistir a uma passagem de uma situação de submissão ou passividade, para o paradigma da responsabilidade, da confiança, da autonomia na complementaridade.

Tudo isto se deve à evolução do percurso académico da enfermagem assim como ao empenhamento dos enfermeiros, numa prestação de cuidados com qualidade sustentada em conhecimentos científicos.

Como a amplitude da intervenção da enfermagem é grande, faz sentido que a questão das especialidades, no que diz respeito à definição das competências do enfermeiro especialista bem como a redefinição das áreas de especialidade, se volte a colocar e provoque um debate e estudo profundo, mas agora com algum caracter de emergência, podendo - se prever e até temer, que grupos com uma visão "economista" voltada para uma gestão de contenção de gastos e redutora em relação à qualidade de cuidados, o possam fazer.

Apesar desta constatação, foi publicada a portaria nº 268 de 13 de Março de 2002, que aprova o Regulamento Geral de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem, definindo as mesmas seis áreas de especialidade: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Comunitária, Saúde Mental e Psiquiátrica, Reabilitação, Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Enquanto aguardamos a aprovação à alteração do estatuto da OE que permitirá alterar o cenário que a portaria supracitada veio manter, as reflexões continuam, de maneira a encontramos a melhor solução para um problema que afecta a enfermagem e que pode interferir com os cuidados à pessoa.

Quando nos propusemos desenvolver este trabalho e sobre uma área concreta de cuidados de enfermagem, foi porque acreditávamos e ainda acreditámos na necessidade de haver mais áreas de especialização em enfermagem.

De entre algumas que poderíamos mencionar e que nos parece que necessitariam de um estudo aprofundado, optamos por uma sobre a qual temos desenvolvido uma reflexão, observação e atenção há já alguns anos e que tem a ver com os cuidados de enfermagem perioperatórios.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), tem desde há cerca de 19 anos, desenvolvido e investido na formação dos enfermeiros perioperatórios.

O nosso trabalho, teve sempre presente o percurso desta Associação, porque o acompanhou desde a primeira hora.

Os subsídios que nos facultaram, com toda a simplicidade e empenho, ajudaram a planificar o estudo, a aprofundar, através de um constante questionar sobre os aspectos que necessitariam de uma maior reflexão.

Assim, abordaremos as necessidades, intervenções e resultados, da área de cuidados de enfermagem perioperatória, pensando que através das reflexões apresentadas, dos estudos desenvolvidos e dos resultados obtidos, possamos ter contribuído para uma maior clarificação acerca dos cuidados perioperatórios, e sobre a possibilidade de ser reconhecida como área de especialidade em enfermagem.

O conceito de Enfermagem Perioperatória, desde 1996, que foi aceite pelos países membros, da European Operating Room Nurses Association (EORNA)[7], da qual Portugal faz parte, diz o seguinte:

"Os indivíduos submetidos a cirurgia ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado, num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória.

Este pessoal experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o bloco operatório e os cuidados perioperatórios.

A utilização sistemática de uma abordagem holística dos cuidados, deve manter a identidade e a dignidade de cada indivíduo doente, sem prejuízo do seu estado de saúde, nacionalidade, credo, religião ou outras crenças.

O doente, familiares e outras pessoas significativas, têm o direito de receber informações necessárias, bem como apoio emocional e físico que lhes permitam ultrapassar as fases dos cuidados perioperatórios"

A área de Cuidados de Enfermagem Perioperatória tem sido contestada, no seio da enfermagem.

Pensámos que esta atitude se deve a alguns factores que estão ligados com as características do serviço de BO, fechado, onde não é permitida a entrada de pessoas "estranhas", com a finalidade de preservarem as condições exigidas ao seu bom funcionamento. Este isolamento não permite a visualização dos cuidados de enfermagem que aí são prestados, daí haver a percepção de que "os cuidados" sejam meramente técnicos e não terem que ser prestados por enfermeiros. O

[7] EORNA - European Operating Room Nurses Association, dos quais fazem parte: Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Irlanda Israel, Itália, Noruega, Holanda, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suécia e Suíça.

facto do doente estar muitas vezes submetido a anestesia geral, fundamenta a ideia "da falta" de contacto com o doente.

As imagens criadas à volta do secretismo, que tem algo de misterioso, tem alimentado discussões, criado alguma dificuldade de comunicação e interligação com outras áreas de prestação de cuidados de enfermagem, que pensamos poder ser ultrapassada desde que todos, elementos de equipas de enfermagem e multidisciplinares, conheçam os cuidados de enfermagem perioperatórios.

Olhando para as práticas de enfermagem perioperatória e para as vivências diárias pretendemos reflectir sobre o significado que elas têm, para tentar responder a questões tão simples como estas:

- Que fazem os enfermeiros perioperatórios?
- Que significado atribuem ao que fazem?
- Em que contexto realizam as suas práticas?

2 - MODELOS CONCEPTUAIS DE ENFERMAGEM

"Onde há luz também existe sombra. Mas nunca vou deixar de amar a luz só porque também produz sombra"

Wilhelm Lubke

Quando tentamos abordar um aspecto que tem a ver com o desenvolvimento de uma formação especializada, com as competências do enfermeiro especialista, neste caso com a abordagem da prestação de cuidados de enfermagem perioperatória, parece-nos fazer sentido reportarmo-nos a alguns modelos conceptuais desenvolvidos por algumas teóricas, que acompanharam a história e a evolução da enfermagem como profissão, a nossa formação de base, tendo influenciado a prestação de cuidados, bem como ajudado a construir o pensar, a fundamentar a nossas decisões e atenções.

Todos fomos marcados mais ou menos por um ou mais modelos conceptuais, tendo para isso contribuído a filosofia da Escola onde cada um foi formado, a maneira como esses modelos nos foram transmitidos e a reflexão individual ou em grupo sobre cada um, que tivemos que fazer e ou fomos fazendo, resultando daí uma adesão voluntária, amadurecida e consciente ou pelo contrário uma adesão por imposição, que habitualmente cria resistências no desenvolvimento pessoal e profissional perdendo-se algumas referências importantes.

O facto de nos determos sobre a abordagem e análise de alguns modelos conceptuais de enfermagem teve como finalidade, auxiliar-nos a clarificar ideias, acerca do exercício profissional na área perioperatória, possibilitando assim, reflectir sobre os modelos usados no contexto da prática, contribuindo deste modo para responder às nossas questões de partida.

Será feita uma abordagem mais dirigida ao essencial tendo em conta, os modelos conceptuais que nos últimos cinquenta e quatro anos foram traduzindo as diferentes representações de enfermagem, perspectivando também o desenvolvimento das práticas e das competências.

A análise que faremos terá como ponto de partida, a realizada por Kérouac (1994), que dividiu os modelos conceptuais de enfermagem por seis escolas de pensamento (figura1): **Escola das Necessidades; Escola da Interacção; Escola dos Resultados; Escola da Promoção da Saúde; Escola do Ser Humano Unitário; Escola do Cuidar.**

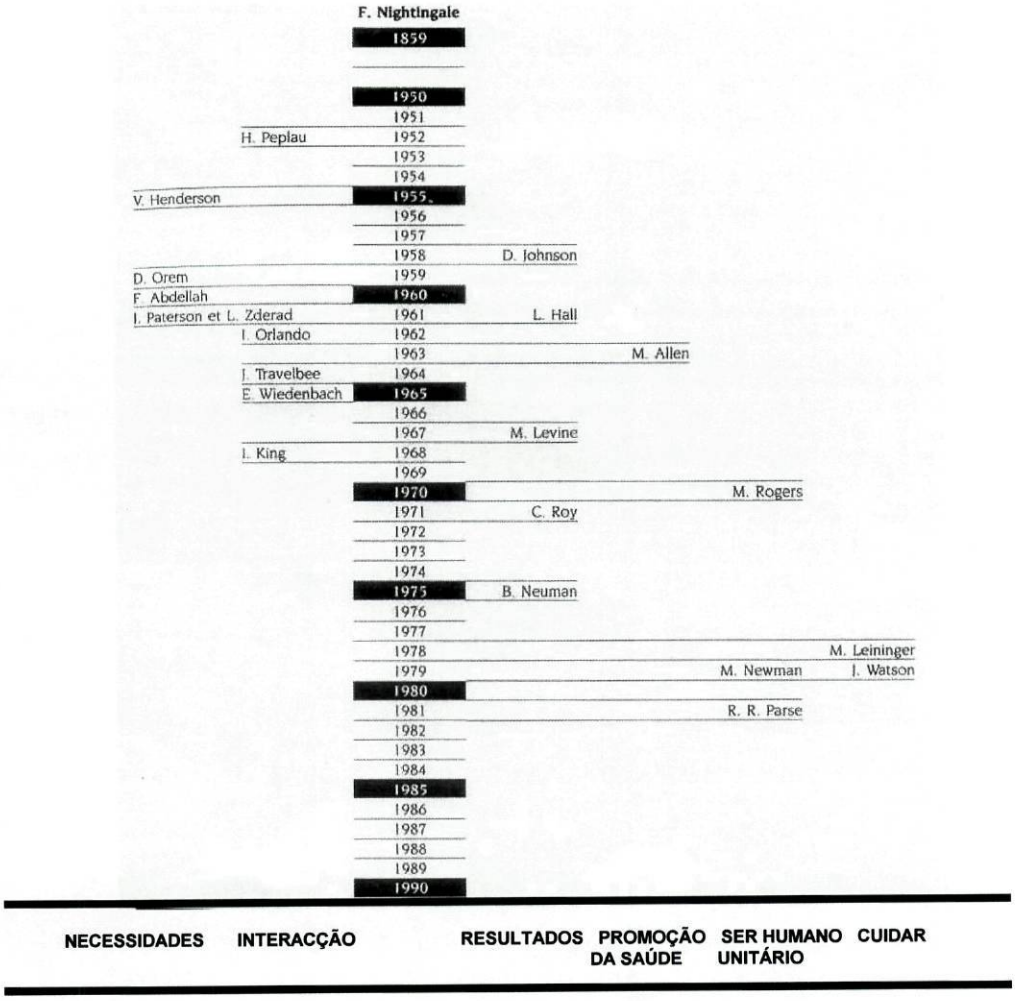


Figura 1 - Cronologia das Concepções da Disciplina de Enfermagem segundo a distribuição por escolas

Fonte: KÉROUAC, S et Al, Quebec, 1994, p.27

Escola das Necessidades

A grande pioneira foi Virgínia Henderson (1964) e segundo a sua definição de enfermagem, pode afirmar-se que esta escola se centra **no que fazem as enfermeiras - no quê,** traduzido em acções concretas.

O cuidado está centrado na aquisição da independência total da pessoa e na satisfação das suas necessidades humanas básicas, como afirma a autora através do seu conceito de enfermagem:

"a função singular do enfermeiro, é assistir o indivíduo são ou doente, na execução das actividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação (ou morte serena), que ele realizaria sem ajuda se tivesse o vigor, a força de vontade e os conhecimentos necessários, e fazê-lo de modo a ajudá-lo a adquirir a autonomia tão depressa quanto possível" (Marriner, 1994, 65).

Henderson defende que o ser humano tem catorze necessidades humanas fundamentais. O estado de saúde é definido como total independência para as satisfazer. Quando a pessoa se encontra numa situação de dependência, a enfermeira faz por ele ou complementa, promovendo a independência.

Foram também seguidores desta escola, Dorotea Orem (1991), F. Abdelah (1992) suas conterrâneas e Nancy Roper, na Europa.

Escola da Interacção

Esta Escola, que apareceu nos finais dos anos 50, princípio dos anos 60, e que está centrada **no como da enfermagem - como fazem**, que tem a ver com a acção desenvolvida, e com as repercussões quer na enfermeira, como na pessoa.

Foi de facto Peplau (1952;1988) a sua grande impulsionadora, mas é King (1985) quem consegue traduzir de uma maneira clara os pontos principais que regem o pensar desta escola.

A enfermagem centra-se na interacção estabelecida e posteriormente desenvolvida entre a pessoa, como aquela que tem necessidade e a enfermeira, como aquela que pode oferecer a ajuda necessária face à necessidade demonstrada.

Através desta interacção estabelecida a enfermeira é capaz de avaliar as necessidades de ajuda da pessoa, formular os diagnósticos e planear a intervenção.

Esta interacção desenvolvida permitirá o crescimento a nível pessoal da pessoa, assim como da enfermeira, permitindo assim à enfermagem desenvolver um processo terapêutico interpessoal, onde os dois e o meio estão envolvidos.

Escola dos Resultados

Um grupo formado por vários enfermeiros, donde se destacam M. Levine, C. Roy (1991) e B. Newman, pertencem a esta escola, que se centra **no porquê da enfermagem** como disciplina - **porque fazem**, para obter um resultado concreto e mensurável.

A enfermagem tem como grande objectivo ajudar o indivíduo a adaptar-se, quer ao meio interno como ao externo, através da promoção de respostas adaptativas ou auxiliar a modificá-las, quando as respostas se tornam ineficazes. Ela terá que se centrar nas respostas do indivíduo face ao processo de vida e também no controlo dos factores que influenciam a necessidade de adaptação. Os cuidados

terão assim como primeiro objectivo, restabelecer o equilíbrio, a estabilidade, a homeostasia ou preservar a energia.

Esta escola defende que, saúde é pois o estado de equilíbrio que resulta dos processos de adaptação do indivíduo, a factores internos e externos e que são motivadores de *stress*.

Escola da Promoção da Saúde

Esta Escola vem responder de novo ao **quê da enfermagem**, mas com uma dimensão diferente, dando resposta à questão: ***"a quem são dirigidos os cuidados de enfermagem?"***.

Os cuidados de enfermagem estendem-se não só à pessoa, mas também à família onde está inserida e que por isso faz parte dela. A promoção dos comportamentos de saúde é o grande objectivo dos cuidados que se amplia também à família, que aprende através das suas experiências de saúde.

A grande promotora desta escola foi Moyra Allen (1963), definindo que pessoa é conceptualizada, tal como a sua família. Há uma grande influência da pessoa sobre a família assim como esta, tem uma grande influência sobre os seus membros. Isto quer dizer que as duas partes família e indivíduo, são sistemas abertos em constante interacção entre si e também com a comunidade onde está inserida.

A saúde é pois o componente central desta escola. Não existe um *continuum* mas sim duas realidades que coexistem: saúde e doença, e o contexto em que a saúde e os hábitos de saúde se adquirem é no ambiente onde estão inseridos.

Escola do Ser Humano Unitário

Esta centra-se no **a quem se dirige** o exercício da enfermagem. Os seus mentores foram M. Rogers (1970), M. Newman e R. Parse (1981). O foco da enfermagem é o bem-estar da pessoa, como ser unitário indivisível.

O exercício da enfermagem tem como grande objectivo alcançar juntamente com a pessoa, através duma relação interpessoal, o máximo potencial de bem-estar, pois a pessoa é vista como uma unidade viva e participativa em toda as suas experiências de saúde.

A noção de saúde é subjectiva e varia conforme a pessoa e a sua cultura, estando directamente relacionado com o bem-estar pessoal, bem como com a sua auto-realização.

Escola do Cuidar

Esta é a mais recente Escola, tendo como suas impulsionadoras: Madeleine Lenninger (1981), Jean Watson (1985) e Simone Roach (1984). Centra-se **no como** da enfermagem. Introduzem a grande dimensão e especificidade da enfermagem que denominam de *caring*.

Tem em conta as necessidades, os resultados dos cuidados de enfermagem, que se atingem através de um planeamento estabelecido em interligação pessoa/família/enfermeira e as acções desenvolvidas. Engloba todos os indivíduos, como um ser único, indivisível, independentemente da idade, sexo, raça, religião e cultura.

Através das definições de enfermagem que cada uma das teóricas, defensoras desta escola, apresentam, deparamos com muitos pontos comuns, no entanto

achamos que todas elas se completam, existindo um fio condutor nos seus conceitos, revelando-nos assim, as diferentes dimensões do Cuidar.

Num trabalho anterior, que efectuamos, no Mestrado em Ciências de Enfermagem, (Cabral, 1997) tivemos oportunidade de desenvolver e aprofundar aspectos da teoria do Cuidar, com que nos identificamos, no dia a dia como enfermeira, quer na prestação de cuidados bem como na área da docência.

O Cuidar é uma característica humana; algumas teóricas de enfermagem, defendem a ideia de que todos nós cuidamos de nós próprios e dos outros. Essa capacidade de cuidar varia, consoante a fase da vida em que cada um se encontra e também de acordo com as capacidades desenvolvidas até então. Desde os primeiros momentos da nossa existência, a necessidade de sermos cuidados surge espontaneamente, como sendo uma prioridade na conservação, manutenção e preservação da vida. É desta necessidade vital de sermos cuidados que surgem em nós apetências para cuidarmos dos outros.

Realçam, que todas as experiências positivas e negativas que tivermos vivenciado ao sermos cuidados, irão inevitavelmente influenciar a maneira de cuidarmos dos outros. Simone Roach (1984) sublinha que a habilidade para cuidar, é influenciada pela experiência de cada um, em ter sido cuidado.

Outra das ideias importantes a reter é que para cuidar dos outros será imprescindível sabermos cuidar de nós.

A abordagem destas escolas, sobretudo na reflexão sobre o aspecto central que caracteriza cada uma delas, ajudou-nos na orientação dos estudos que efectuamos e que serão apresentados em capítulos próprios.

Iremos retomar ideias desta Escola do Cuidar, quando nos referirmos aos cuidados de enfermagem perioperatória, por termos constatado que a filosofia do *Caring*, está presente nesta área de cuidados.

Ao abordarmos em síntese, a filosofia de cada uma das Escolas, centrando-nos nas ideias chave de cada uma , não podemos deixar de fazer uma reflexão sobre o contributo que cada uma pode dar à enfermagem perioperatória.

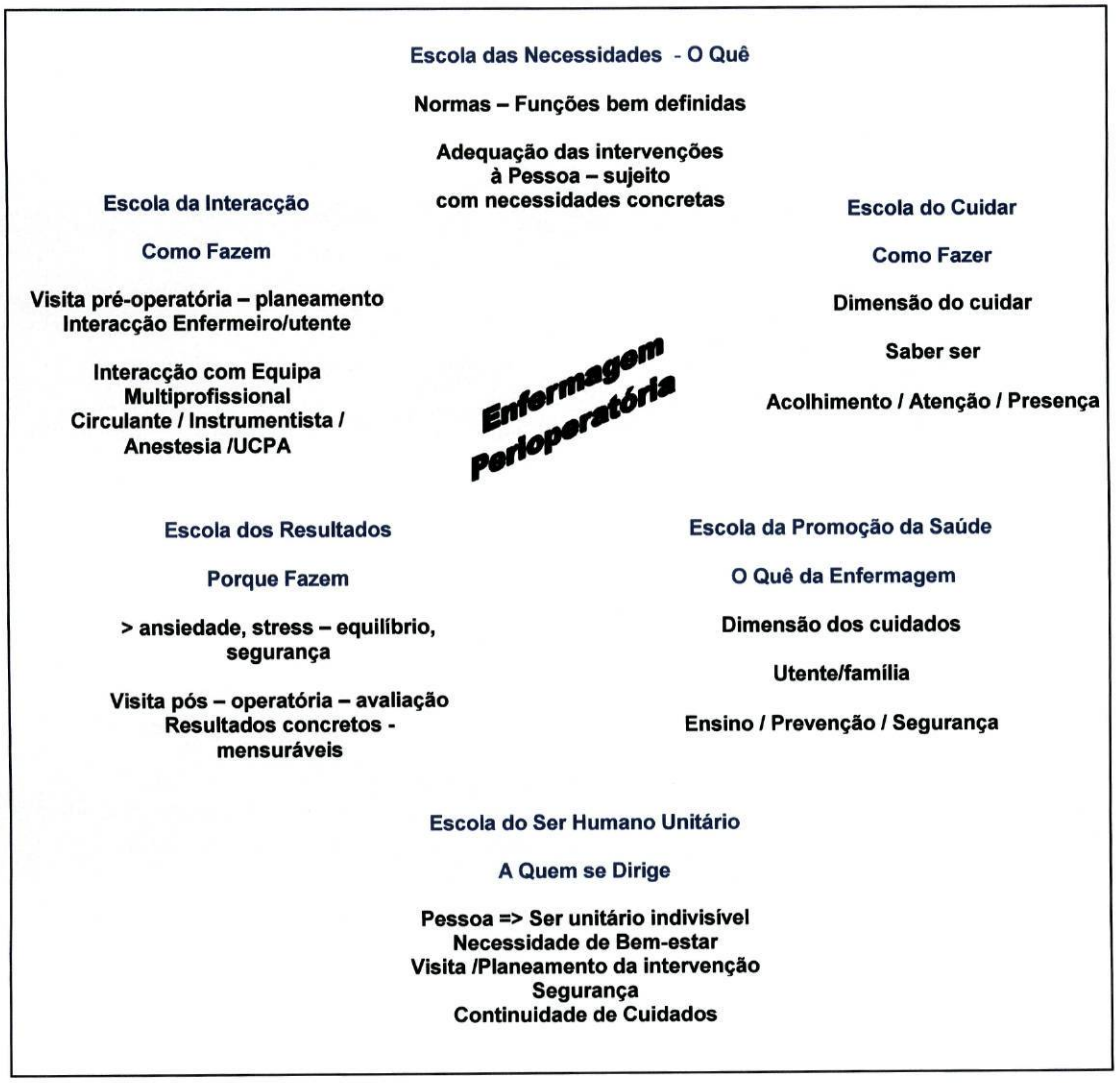


Figura nº 2 - Contributos das diferentes Escolas para a Enfermagem Perioperatória

Fonte: Adaptação da autora

Podemos constatar através da figura anterior que a enfermagem perioperatória pode ter contributos das diferentes escolas na sua filosofia, nas suas intervenções (circulante, instrumentista, anestesia e UCPA), durante as fases de pré, intra e pós-operatório.

3 - EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ATRAVÉS DOS TEMPOS

"When I want to understand what is happening today, or try to decide what will happen tomorrow, I look back."

Olivier Wendell Holmes, Jr.[8]

Para poder falar da enfermagem perioperatória, teremos que nos reportar aos primórdios da história da cirurgia e da higiene hospitalar[9].

3.1 - Os Primórdios Da Cirurgia

Crânios humanos, que datam de 350.000 A.C., com sinais de procedimentos cirúrgicos foram encontrados por arqueólogos, deram origem a um dos mais antigos documentos científicos, que constitui o *Edwin Smith Papyrus*, redigido no Egipto, por volta do ano 3000 A. C. Neste documento para além de se encontrarem descritos métodos clínicos em uso, podem-se ainda ler algumas observações acerca de anatomia, fisiologia e patologia (Zimmerman, 1967) resultado da curiosidade que havia em conhecer o corpo humano, os procedimentos efectuados, o acompanhamento das reacções e resultados obtidos. Já nessa altura os "cirurgiões" reconheciam a necessidade de fazer

[8] Quando eu quiser compreender o que hoje se está a passar, ou tentar perceber o que irá acontecer no futuro, eu olho para o passado - Olivier Wendell Holmes, Jr.

[9] Algumas das informações sobre a história da enfermagem perioperatória foram gentilmente cedidas pela Senhora Enfermeira Maria José Dias Pinheiro, fundadora da AESOP e que tem dedicado longos anos da sua actividade como enfermeira ao estudo desta área de cuidados perioperatórios, completadas pela pesquisa bibliográfica que efectuamos durante o desenvolvimento do nosso trabalho

registos, o que denota um interesse por desenvolver os métodos que utilizavam; seria concerteza os primeiros passos da investigação.

Hipócrates, o pai da medicina, nascido no ano 460 A.C., escreveu mais de setenta livros sobre medicina e cirurgia. No seu livro, *On The Surgery*, descreve detalhadamente a sala de operações, incluindo a listagem dos instrumentos utilizados, assim como a iluminação que seria necessária e usada. Salienta a necessidade de haver um auxiliar quando aborda a instrumentação, fazendo também uma pequena alusão a um assistente de cirurgião, que foi sempre referido na literatura até ao final de 1800.

Hipócrates introduziu a primeira técnica de desinfecção de feridas, usando para essa finalidade vinho ou água em ebulição. Claudius Galen, em 131-210 D.C., fervia os instrumentos que eram utilizados nos diferentes tratamentos.

Os primeiros relatos de cirurgias aparecem na Idade Média, onde segundo historiadores da época, descrevem actos cirúrgicos realizados nas enfermarias. A mortalidade e a morbilidade eram muito elevadas, uma vez que as cirurgias se efectuavam sem qualquer tipo de protecção, ficando os doentes expostos não só ao ambiente poluído da enfermaria, mas também pelo facto de estarem misturados com os outros doentes que apresentavam diversas patologias.

As primeiras "*pseudo*" salas de operações surgem por volta do ano de 1800. Estas salas eram já isoladas, ficando situadas num espaço, contíguo às enfermarias. O isolamento era apenas físico, permitindo uma maior privacidade quer ao doente quer à equipa, porque em relação à protecção microbiana, essa, ainda ninguém a contestava.

A noção da importância de isolamento de determinadas pessoas com doenças sem cura, tais como a lepra, vem desde a era de Cristo, no entanto esse conceito e suas vantagens clarificam-se somente no século IX. Foi em 1818, que

Semmelweis, estudou a relação entre a febre puerpebral e a presença de microorganismos invisíveis e daí se ter experimentado o isolamento, nestes casos, com algum sucesso.

A grande evolução a nível da infecciologia deu-se com as descobertas de Pasteur em 1850, que estudou a relação entre os microorganismos e a doença O seu estudo foi completado pela teoria de Joseph Lister, revelando que através do controlo dos microorganismos se pode controlar a infecção.

Todas estas teorias foram desenvolvidas e postas em prática pela pioneira da enfermagem Florence Nightingale, na guerra da Crimeia. Esta enfermeira começou a preocupar-se com a propagação da infecção e através do isolamento dos doentes, nesse caso dos soldados infectados, pôde diminuir visivelmente a taxa de mortalidade de 42,7%, para 2,2%. [10]

Os registos que efectuou nessa altura foram preciosos para a evolução de conhecimentos a nível dos cuidados de enfermagem e da qualidade que lhes deveriam presidir.

Em 1873, três enfermeiras formadas na Escola de Enfermagem do Hospital de S. Thomas de Londres, fundada por Florence Nightingale, abrem nos Estados Unidos, três escolas para formarem enfermeiras, seguindo a filosofia de Florence Nightingale.

Foram elas: Escola de Bellevue, na cidade de Nova York, Escola Connecticut Training, em New Haven e a Escola Boston Training, mais tarde intitulada de Massachutetss General Hospital Training School (Groah, 1996).

Existem na Biblioteca da Escola de Bellevue escritos que datam de 1875 e que afirmam fazer parte da formação das enfermeiras, obter conhecimentos sobre "Instrumentos Cirúrgicos e Preparação Para a Cirurgia", "Pensos e Ligaduras" assim como sobre "Hemostase".

[10] Notas de Florence Nightingale, presentes em quase toda a bibliografia consultada sobre história de Enfermagem.

No livro intitulado "History of Nursing", J. J. Walsh, descreve alguns dos princípios que deveriam orientar a conduta da enfermeira, por volta do ano de 1884:

"A exigência para as enfermeiras correctamente treinadas era a de não poderem sair do hospital, até às descobertas revolucionárias de Lister sobre a importância do uso de antissépticos nas cirurgias, o que implicou ser absolutamente necessário que enfermeiras de uma maneira geral, tivessem um perfil, desenvolvimento e conhecimento que lhes permitisse serem preparadas para colaborarem na prevenção da infecção através do uso de uma higiene absoluta" (Walsh, 1929: 27).

Em 1889, William H. Welch, patologista, William S. Halsted, cirurgião e Sir William Osler, médico internista, contactaram Johns Hopkins University em Baltimore com a finalidade de formarem médicos e enfermeiras em simultâneo, para trabalharem em equipa nas cirurgias.

A Enfermagem de sala de operações, tinha sido identificada como área de especialização, tornando-se assim na Primeira Especialidade de Enfermagem (Clemons, 1976,24:47).

No início do século XX, entre 1900-1920, as actividades das enfermeiras de sala de operações tinham mudado radicalmente. A evolução da anestesia, possibilitou a redução do tempo operatório bem como baixou a mortalidade cirúrgica. Houve também um aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas notando-se o aumento da formação em conjunto de enfermeiras e cirurgiões nos anfiteatros das salas de operações (Metzger, 1976, 24:80), que podem ser comprovadas através das descrições em livros da época assim como através de fotografias e desenhos que as acompanham.

Apraz-nos comentar que nessa altura, parece-nos haver uma ideia correcta assim como a preocupação de desenvolverem uma aprendizagem salutar sobre o trabalho em equipa, indispensável no período perioperatório.

Desde que passou a haver uma formação específica para as enfermeiras de sala de operações, enfermeiras responsáveis pela formação nesta área, começaram a escrever livros, que serviriam como manuais para auxiliar a formação e onde são descritos os conhecimentos, o rigor, a exigência e a qualidade que era pedida às formandas a vários níveis.

Tornando visível, o que acabamos de afirmar, seleccionamos transcrições do livro escrito pela enfermeira de sala de operações de Boston, Martha Luce, em 1901.

- Higienização das Salas de Operações e desinfecção de material:

"O tratamento de uma sala de operações requere ambiente sem poeiras, uso de roupas humedecidas, limpeza perfeita de vidros, mesas e utensílios; regulação da temperatura e ventilação da sala. É necessário no dia destinado à limpeza geral usar uma solução de sublimado corrosivo (1 por 3000), antes de uma cirurgia, especialmente antes de uma laparotomia, e todas as bacias/recipientes usados para esterilizar água ou qualquer outro tipo de solução, devem ser limpas com a mesma solução de sublimado corrosivo".

- Preparação da Sala de Operações para a cirurgia:

"A sala reservada às cirurgias deve estar sempre em ordem. Roupas, lençóis, toalhas e esponjas devem estar dobradas conforme está determinado e colocadas em segurança. Gazes de dois ou três tamanhos, devem estar dobradas sempre da mesma maneira tendo um fio amarrado sem haver necessidade de serem costuradas. As gazes são contadas antes de serem guardadas em embalagens".

- Responsabilidade da selecção do material cirúrgico, recomendação sobre a preparação das luvas cirúrgicas e aspectos de esterilização dos mesmos:

"Os instrumentos para todas as cirurgias são seleccionados pelo cirurgião ou seu assistente e, com a excepção dos canivetes, eram embrulhados em roupa de algodão para serem esterilizados. Os canivetes devem ser lavados com água e sabão, éter e álcool (95%). São embrulhados em separado em toalhas esterilizadas e submetidas a ebulição durante três minutos, mas o resto dos instrumentos devem manter-se no ebulidor durante meia hora numa solução de água onde é adicionada uma pequena quantidade de bicarbonato e soda.

Muitos dos cirurgiões tem preferências pessoais sobre variados instrumentos incluindo agulhas, ligaduras, etc. sendo dever da enfermeira de sala de operações conhecê-las e prepará-las antecipadamente.

As luvas de borracha são juntas em pares prezas por tiras de algodão ou com o nome marcado na própria luva do seu utilizador. Podem ser incluídas umas pequenas redes nos dedos das luvas quando estas começarem a ficar picadas".

- Algumas das responsabilidades atribuídas à enfermeira da Sala de Operações:

"A enfermeira de sala de operações é responsável por todos os detalhes de preparação para a cirurgia, incluindo a cuidadosa instrução da sua enfermeira assistente. Se tudo for bem feito não será necessário pedir nada durante a cirurgia."

Leila Clark Woodbury também enfermeira americana de sala de operações, no livro que escreveu em 1903, na sua introdução, refere já **a dimensão e tipo de conhecimentos** exigidos à enfermeira de Sala de Operações:

"A Enfermagem Cirúrgica é um assunto, sobre o qual há muito para escrever e espero ter desenvolvido o suficiente nestes volumes. Tentarei descrever os requisitos necessários a uma enfermeira de cirurgia; breves noções de bacteriologia e qual a relação desta ciência como suporte à cirurgia; os cuidados que o material cirúrgico requer e ainda notas adicionais de "coisas" aprendidas pela experiência"

A preocupação que a enfermeira da Sala de Operações deveria ter com o **estado psicológico** do doente, é outro aspecto abordado e salientado no seu livro. Já nesta altura os conhecimentos necessários não se limitavam apenas aos técnicos. Da enfermeira esperava-se mais.

O aspecto relacional era realçado, como sendo outro dos atributos que a enfermeira desta área de cuidados deveria possuir:

"Geralmente, os preparativos e possivelmente um meio não familiar, podem contribuir para que o doente fique apreensivo e muitas vezes até mesmo num estado lastimável. Uma boa enfermeira com tacto pode, carinhosamente e através de palavras encorajosas, desviar o pensamento do doente, ou pelo menos diminui o seu receio da prova pela qual vai passar"

A **economia** e **gestão** do material usado nas cirurgias, eram conhecimentos que faziam parte da formação das enfermeiras de sala de operações, defendidos pela enfermeira Leila Woodbury ,como fundamentais:

"Em toda a amplitude do seu trabalho, a enfermeira que é económica tem redobrado valor. Não existe nenhum outro departamento onde este aspecto não deve ser descorado, como na área de cirurgia. A maior parte do material aí usado é dispendioso o que requere que a enfermeira pense e faça um bom julgamento para só ser usado o estritamente necessário em cada momento"

As primeiras normas escritas sobre a propagação da infecção e de isolamento surgem apenas no início do século XX, no primeiro tratado de Higiene Hospitalar que data de 1907.

Depois do desenvolvimento da anestesia e da anti-sepsia, no final do século XIX, a participação da enfermeira na cirurgia foi facilmente definida e começou a ser uma presença constante. Nos últimos anos do século XIX, ela preparava os instrumentos para a cirurgia, e no início do século XX auxiliava em procedimentos cirúrgicos e na administração de éter.

As suas tarefas desde a década de 1920 até à de 1940 eram semelhantes às da enfermeira circulante dos nossos dias. Ela também instruía estudantes de Enfermagem durante a sua educação cirúrgica.

Com frequência, a supervisora do centro cirúrgico era a única enfermeira graduada em sala de operações que tinha por obrigação supervisionar as estudantes de enfermagem quando passavam pelo Bloco Operatório.

3.2. - Após a II Guerra Mundial

Na América, na I Guerra Mundial, soldados do corpo de saúde do exército americano ajudavam e confortavam os feridos no campo de batalha; mas não participavam da cirurgia. A II Guerra Mundial mudou radicalmente esta atitude.

Com o desenvolvimento dos antibióticos, como a penicilina e a sulfamida, os cirurgiões de guerra conseguiam operar um número muito maior de pacientes e salvar as suas vidas mais do que era antes possível, surgindo só nesta altura, a necessidade de haver pessoal auxiliar na cirurgia.

O aumento do número de sobreviventes do campo de batalha provocou uma drástica carência de enfermeiras. Além das enfermeiras necessárias nos hospitais de base, precisava-se de muitas mais no país, para atender às necessidades dos feridos que retornavam da guerra. Para tentar solucionar esta situação, nos hospitais de campo nos cenários do Pacífico e da Europa, o exército começou a treinar os soldados do corpo de saúde, para que eles auxiliassem na cirurgia, função desempenhada exclusivamente até ao momento por enfermeiras.

Nessa época, esperava-se que os soldados do corpo de saúde administrassem anestesia e também actuassem como primeiros auxiliares do cirurgião.

Quando não havia enfermeiras, tal como acontecia nos navios de guerra, onde não era permitida a presença de mulheres, os homens do corpo de saúde trabalhavam sob a supervisão directa do cirurgião. Esta situação, deu origem a uma nova profissão, que o exército chamou de técnicos cirúrgicos.

A II Guerra Mundial e a Guerra da Coreia, provocaram uma carência contínua de enfermeiras do Bloco Operatório.

Como não havia condições para formar enfermeiras em quantidade suficiente, dando assim resposta às necessidades de momento, responsáveis pela assistência a nível da saúde, questionaram-se sobre a possibilidade de as enfermeiras serem substituídas, por outras pessoas a quem pudesse ser feita uma breve preparação com a finalidade de colmatar algumas falhas.

Foi nessa época que as supervisoras do Bloco Operatório, começaram a recrutar ex-soldados do corpo de saúde, para que eles trabalhassem em cirurgia, na vida civil, uma vez que já tinham uma certa experiência.

A sua principal função era de serem enfermeiros circulantes. As enfermeiras diplomadas continuaram a desempenhar o papel de "instrumentadoras" até aproximadamente 1965, quando as funções se inverteram.

A razão desta inversão de funções, deve-se ao facto, de reconhecerem que as enfermeiras circulantes deveriam ter profundos conhecimentos sobre higiene, assepsia e infecção, para poderem, pela posição que ocupam, serem o garante do cumprimento das regras, transmitindo uma maior segurança, quer à equipa como ao doente.

Outro aspecto que valorizou esta mudança, teve a ver com o contacto que a enfermeira circulante estabeleceria com o doente na altura da sua chegada à sala de operações. Uma vez que durante a sua formação, como enfermeiras diplomadas, desenvolviam este aspecto relacional, estariam mais aptas para o efectuar.

Ao técnico que passaria a ser instrumentista, apenas era exigido que conhecesse a técnica cirúrgica bem como o nome dos instrumentos, respondendo assim, exclusivamente às solicitações do cirurgião e às orientações dadas pela enfermeira circulante.

A partir do momento em que técnicos com uma formação limitada, começaram a poder ter funções, que tinham sido desempenhadas por enfermeiras diplomadas, devido a situações criadas pela guerra, a enfermagem de sala de operações começou a perder a força e a importância que tinha adquirido, quando foi reconhecida como especialização nesta área de cuidados, em 1889.

Tinha-se iniciado uma nova época, que motivava a necessidade de uma redefinição de papeis, funções, justificação e demonstração dos mesmos, quem deveria trabalhar no bloco operatório, assim como o que era esperado desses profissionais.

Esta "luta" que se prolonga até aos nossos dias, não tem sido pacífica, levando a diferentes tomadas de posição, a experiências diversas, que face aos resultados obtidos, vão ajudando a clarificar ideias.

Em 1949, nos EUA, as enfermeiras chefes dos blocos operatórios, preocupadas com a prestação de cuidados ao doente, e conscientes de que estes necessitam de cuidados físicos e emocionais que só os enfermeiros têm competência para realizar, reuniram-se com o objectivo de salvaguardar a prestação de cuidados ao doente cirúrgico e afirmarem as suas competências nessa área, fundando a AORN. Os objectivos iniciais desta Associação, a primeira de enfermeiros especialistas em todo o mundo, foram:

- Motivar os enfermeiros de todo o País a formarem grupos com interesses semelhantes;

- Formar um grupo específico para partilhar conhecimentos e saberes nesta área;

- Providenciar um óptimo nível de cuidados aos doentes, através de um programa de educação;

- Definir um corpo de conhecimentos próprio para os enfermeiros de sala de operações;

- Motivar os enfermeiros de sala de operações com mais experiência a partilharem os seus conhecimentos de uma forma estruturada e contínua;

- Fundar uma associação para benefício educacional de todos os enfermeiros de sala de operações.

Em 1965 a AORN edita os primeiros "standards" de cuidados que foram oficialmente aprovados pelo Ministério da Saúde e em 1978 define pela 1ª vez o conceito de Enfermagem Perioperatória.

Levada pela necessidade de serem definidas directrizes e padrões de treino de pessoal paramédico cirúrgico, a Associação Americana de Enfermeiras de Sala de Operações (AORN) publicou, em 1967, um livro intitulado "*Ensinando o Técnico do Centro Cirúrgico*". Seguidamente, o Conselho de Directores da AORN, criou em 1968 a Associação de Técnicos do Centro Cirúrgico (AORT).

Na década passada, o papel exacto do técnico foi influenciado por mudanças na economia médica. Os administradores hospitalares enfrentavam o dilema do aumento dos custos da assistência à saúde e da redução dos benefícios dos sistemas de apoio governamentais.

Como resultado dessas alterações e reduções económicas, os provedores de assistência à saúde, procuravam novas maneiras de ampliar o conhecimento profissional dos técnicos para ajudar e noutros casos até substituir os cuidados prestados por enfermeiros.

Essas ideias suscitaram questões relativas ao nível educacional, profissional bem como à definição clara das funções e do tipo de assistência que podem dar ao paciente.

Daqui emerge uma necessidade fundamental, ligada à construção de currículos que orientem a formação dos profissionais necessários, destinados a intervir na assistência do indivíduo.

A experiência vivida nos primórdios da enfermagem de sala de operações que passava por uma aprendizagem em comum desenvolveu o nível e a eficácia do trabalho de equipe, que sempre teve o mesmo significado: todos os elementos têm uma meta comum empenhando-se ao máximo em a atingir, com êxito.

Independentemente dos desafios profissionais que enfrentem, os membros da equipe cirúrgica, jamais esquecem que os objectivos das intervenções cirúrgicas ou procedimentos invasivos, são resolver a situação patológica, aliviar a dor, diminuir o sofrimento, aumentar a qualidade de vida, preservar a dignidade e garantir a sua segurança do cliente.

A Enfermagem de sala de operações tem passado, ao longo dos tempos por situações diversas, que tem ajudado a questionar sobre a sua existência e reconhecimento como área de cuidados de enfermagem.

De uma ideia mais aproximada do que deve ser uma enfermeira de sala de operações, transmitida nos primórdios, passou-se para uma versão tecnicista, que permitiu criar situações variadas, desde a substituição de enfermeiros por técnicos até à permanência de enfermeiras pouco reflexivas e mecanicistas.

Nesta altura, talvez devido à formação, que é dada aos enfermeiros, a profundidade e a amplitude de conhecimentos exigidos, a visão holística que deverão possuir, da pessoa objecto dos cuidados, como aspecto fundamental para irem ao encontro das suas necessidades, independentemente da área de cuidados onde trabalhem, ajuda o enfermeiro a empenhar-se, a reflectir sobre a sua prática e a investir na progressão pessoal e profissional tendo como objectivo diário a qualidade dos cuidados.

3. 3. - O Serviço de Bloco Operatório

Após as experiências vividas na I Grande Guerra Mundial, começou-se a pensar na criação de um bloco operatório com características próprias.

Assim começa a surgir um serviço isolado dos outros, com necessidades de acessos e circuitos próprios, bem definidos, havendo interligações com outros apenas com a finalidade de melhorar a sua funcionalidade, como é o caso dos serviços de sangue, urgência, anatomia patológica e cuidados intensivos.

A constante e rápida evolução que tem havido na cirurgia e na anestesia, distancia-nos dos primórdios da cirurgia, podendo contribuir para que não saibamos apreciar esta evolução e o que este movimento implicou e ainda implica.

Teremos sempre que apreciar a capacidade que os profissionais de saúde, neste caso cirúrgico, tiveram e têm em se adaptarem à mudança, que não para e por isso exige um esforço constante de aprender a aprender.

De apenas duas pequenas salas ou grandes anfiteatros, passou-se para um ou mais serviços de bloco operatórios, com salas bem dimensionadas permitindo albergar todo o material tecnológico necessário às diferentes cirurgias.

A nova perspectiva, tendo em conta a rentabilização de recursos humanos e técnicos, fundamenta a criação de um departamento cirúrgico. Este englobará doentes, com variadas patologias que necessitem de intervenção cirúrgica e ou técnicas invasivas, podendo integrar a cirurgia de ambulatório.

O desenvolvimento faz-se a um ritmo "alucinante", provocando uma maior sofisticação de técnicas e procedimentos invasivos, de forma a reduzir o tempo do acto cirúrgico, bem como os riscos e consequências nefastas que deles podem advir para o paciente.

A investigação em diferentes áreas científicas, que tem sido desenvolvida, é a responsável por toda esta evolução, que os profissionais de saúde procuram acompanhar.

Pensámos, baseado neste constante progresso, que este processo será sempre inacabado, pois novos conhecimentos geram novas intervenções, levantando novas questões e obviamente novas respostas adequadas e ajustadas à realidade.

Conhecer as causas e factores predisponentes, responsáveis pelas diferentes situações patológicas, descobrir novos meios de intervenção, cada vez mais seguros, mais precoces, procurando usar técnicas menos invasivas e mutiladoras, aumentando a qualidade de vida dos pacientes, diminuído a mortalidade e morbilidade, sobretudo permitindo que a esperança de vida seja maior, assim como a cura, que há uns anos atrás era impossível, tem motivado os investigadores a prosseguir e a desenvolver um trabalho precioso e fundamental para toda a humanidade.

Toda esta evolução, só tem sido possível devido ao esforço e empenho conjunto das diferentes ciências, traduzindo-se em resultados positivos e gratificantes para as equipas, para a pessoa, família, comunidade e sociedade.

Mas porque investigar, provoca o levantamento de outras questões, devido às novas situações que vão surgindo, o processo de evolução, não poderá acabar nunca, pelo impacto e repercussões que tem na Vida Humana.

Este processo evolutivo, provoca constantes alterações a nível de alguns serviços que necessitam cada vez mais de um suporte técnico sofisticado e actualizado permitindo dar resposta adequada às necessidades dos doentes, usando para isso todos os conhecimentos desenvolvidos a cada momento.

Como se poderá compreender, rapidamente o Bloco Operatório mais recente, devidamente dimensionado, construído segundo as normas estabelecidas e regulamentadas em Decretos – Lei e Normativas Europeias, tendo em conta a prevenção de riscos (eléctricos, radioactivos, bacteriológicos) e permitir uma maior segurança ao doente e às equipas que aí trabalham, apetrechado tecnicamente com o material mais recente, passa a estar ultrapassado, num curto espaço de tempo.

Em Portugal, a maior percentagem dos serviços de Bloco Operatório foram adaptados ou redimensionados, uma vez o suporte técnico usado durante as cirurgias, aumenta continuamente.

Esta situação implicaria a construção de raiz de um novo serviço de BO, por necessitarem de estar integrados numa estrutura física com características adequadas, ao seu bom funcionamento e manutenção em condições consideradas ideais, sem criar riscos quer para o doente, bem como para o pessoal que com eles trabalha.

Reconhecemos que a construção de um serviço novo implicaria despesas avultadas, levantando graves problemas na gestão hospitalar. Mas também é verdade, que algumas das adaptações e improvisações podem provocar alterações ou danos, interferindo com o bom funcionamento e durabilidade dos equipamentos, que são dispendiosos e necessários para as cirurgias, realçando ainda que os riscos duplicam a todos os níveis – as dimensões tornam-se menores, comprometendo a circulação da equipa cirúrgica e da equipa que lhe dá apoio, aumentando o risco de contaminação; os fios eléctricos que alimentam os equipamentos e que idealmente não deveriam passar pelo chão, com a introdução de novos equipamentos, terão inevitavelmente que passar por lá.

Seriam e serão concerteza muitas outras as realidades que poderiam ser descritas, mas pensámos, que estas poderão ilustrar um pouco do risco acrescido que esta situação exige, bem como da necessidade de aumentar a atenção e a vigilância para poder-se garantir a segurança do doente e equipa e a qualidade de cuidados.

O Bloco Operatório é uma unidade cirúrgica, fechada e isolada do exterior, cuja concepção deverá depender da população a que se destina, às especialidades cirúrgicas e tipos de cirurgia a que deverá dar resposta, da tecnologia de apoio bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para dar uma resposta positiva.

As características deste serviço devem-se ao tipo de cuidados que aí são prestados.

Daí haver a necessidade do conhecimento e interiorização sobre as causas dessa especificidade ambiental e do rigor comportamental que é exigido a cada um dos que trabalham/entram nos blocos operatórios, médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, administrativos, doentes e familiares.

Por ser tão específico é necessário o reconhecimento de zona reservada, o BO, tem sempre, por norma, as portas de contacto com o exterior fechadas. Será este o primeiro sinal de dificuldade de acesso ou talvez explicando melhor, é uma indicação de que para se entrar neste serviço implicará o cumprimento de normas pré estabelecidas e devidamente justificadas.

Essas normas são habitualmente uniformizadas, definidas por uma equipa responsável e multiprofissional, que são responsáveis pela sua divulgação e conhecimento junto dos utilizadores directos (clientes internos): elementos desse serviço (Enfermeiros, Médicos, Auxiliares de Acção Médica) elementos de outros serviços (clientes externos), nomeadamente, os que acompanham os utentes, ou prestam apoio (técnicos de exames, de manutenção, entre outros).

A concepção de um Serviço de BO tem obedecido a "modelos" que vão evoluindo de acordo com o que já anteriormente referimos, tendo como objectivo o progresso no que se refere à funcionalidade, economia e à defesa contra a biocontaminação.

Pensamos que mais importante do que escolher um "modelo perfeito", deverá ser garantir a coerência entre o modelo e as circunstâncias do seu funcionamento, no que diz respeito à sua ligação com os restantes serviços da instituição hospitalar, manutenção e rigor na disciplina e formação dos seus utilizadores.

Tendo em conta o que acabamos de expor, achamos que existem aspectos específicos de caracter funcional e comportamental fundamentais que necessitam de um controlo e de estarem focalizados num só objectivo, ligado com a segurança do utente: ausência de infecção.

O Decreto Regulamentar nº 63/94 de 2 de Novembro, estabelece os requisitos que as unidades privadas de saúde previstas no nº2 do artigo 1º do Decreto –Lei nº 13/93, de 15 de Janeiro, devem observar, quanto a instalações, organização e funcionamento.

O Capítulo II, Secção II, artigo15º refere-se à necessidade de existir bloco operatório, onde serão prestados cuidados de saúde cirúrgicos, constituído por

instalações e equipamentos descritos no anexo III ao presente diploma, que dele faz parte integrante. Estes requisitos estão de acordo com os dados colhidos na pesquisa bibliográfica que efectuamos. (Fuller, 1996; AESOP, 1997; Gruedeman, 2001, NATN, 1998, 2005)

- No seu interior, deverá haver uma delineação clara sobre os espaços, devidamente marcados e assinalados, bem como o conhecimento de todos acerca dos circuitos, que estão ligados com áreas consideradas " mais limpas e menos limpas", devendo ser respeitados rigorosamente. Exemplos disto poderemos mencionar, a indisciplina no uso dos circuitos correctos quer de material ou de pessoas, que poderão provocar graves riscos de contaminação, uma porta mantida aberta inadvertidamente, alterará as pressões do ar condicionado, podendo também tornar ineficiente a compartimentação corta fogo.

- A temperatura deve estar compreendida entre os 20°-24°C, dentro das salas operatórias. A sua manutenção, ajuda a inibir o crescimento ou proliferação bacteriana. Este intervalo de temperatura é uma das mais toleradas pelos utentes e também confortável para a equipa cirúrgica. Alguns doentes, como por exemplo as crianças e os queimados necessitam de uma sala com temperatura mais elevada, para evitar a hipotermia. É obrigatório que em cada sala de operações seja possível avaliar e controlar a sua temperatura, podendo ajustá-la, sempre que houver necessidade e se justificar ou poder recorrer à ajuda do "piso técnico" para o fazer.

O Decreto–Lei nº 63/94 do Diário da República nº 253 de 2/11/1996, determina que a temperatura da sala de operações deve estar compreendida entre os 20°-24°C.

- Os níveis de humidade dentro da sala de operações devem manter-se constantes (entre os 50 e os 60 %), porque além de inibirem o crescimento bacteriano, diminui o potencial da electricidade estática. Dever-se-á estar atento às variações que possam ocorrer, mantendo-as dentro dos valores considerados

ideais, sabendo que níveis baixos de humidade, podem aumentar o risco de infecção por aerobiocontaminação, interferir na higienização do ar, aumentar o potencial de desidratação dos doentes e dos tecidos expostos, bem como alterar o conforto dos profissionais tendo repercussões na sua rentabilidade.

O Decreto–Lei nº 63/94 do Diário da República nº 253 de 2/11/1996, preconiza uma humidade relativa de 60% para as salas de operações.

- Para diminuir a possibilidade de contaminação aérea, através de micropartículas, é recomendado que cada SO possua um sistema eficiente de ventilação. O número de microorganismos existentes no ar de uma SO, depende da dimensão da sala, do tipo de cirurgia e da actividade que está ligada ao número de aparelhos, material, movimentos, do número de pessoas e da capacidade e ritmo de ventilação e renovação do ar. Actualmente está recomendada haver 20-25 renovações de ar/hora, em que 3 a 5 dessas, são de ar fresco.

Em Portugal, o Decreto Regulamentar nº 63/94 do Diário da República – I série B, nº 253 de 2/11/1994, no seu anexo VI, preconiza para as SO, 15 a 20 renovações de ar/hora.

- O ar que circula na sala de operações deve ser filtrado através de filtros EPA, semelhantes ao do fluxo laminar, por ser o que oferece uma melhor filtragem usando um processo que provoca uma deslocação mínima de partículas. Estes filtros devem ser de fácil acesso e substituídos com a regularidade necessária e prevista, tendo em conta o número e tipo de cirurgias, de maneira a manter a eficácia deste tipo de filtros, numa taxa de 99,99%.

Um dos aspectos que nunca deve ser descorado tem a ver com o prazo de validade dos filtros e com a sua substituição que idealmente não deverá ultrapassar o período de um ano, correndo-se o risco de diminuição da taxa de eficácia, podendo mesmo esse filtro poder vir a tornar-se numa fonte de contaminação bacteriana.

- É obrigatório haver diferença de pressão de dentro para fora das salas de operações, para minimizar o grau de contaminação diminuindo o risco de infecção. Essa pressão tem de ser positiva, pois só assim impedirá a transferência de ar das áreas contíguas à SO. As técnicas de ventilação "tipo fluxo laminar", ajudam a manter o tipo de pressão desejado.

- No Decreto-Lei, referido anteriormente também está definido o valor de ruído permitido, como não considerado nocivo em relação à diminuição da acuidade auditiva das pessoas que prestam cuidados no Serviço de BO, e que deve ser de 30 NC (Anexo I).

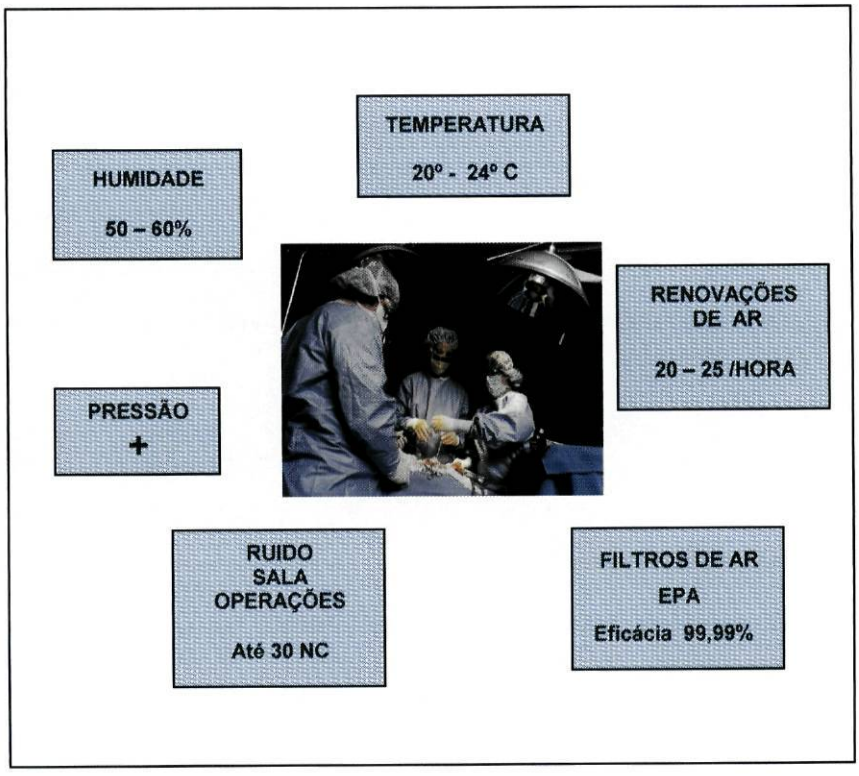


Figura nº 3 - Ambiente Seguro na Sala de Operações

Fonte: Adaptação da autora

Todas as condições exigidas e ligadas ao ambiente (Figura 3), que deve existir numa sala de operações, estão definidas no Decreto–Lei nº 63/94 do Diário da República nº 253 de 2/11/1994, devendo ser controladas através de uma central,

localizada o mais perto possível do serviço de BO, normalmente por cima deste serviço denominado de "Piso Técnico", onde o técnico que dá assistência ao serviço de BO, permanece durante o funcionamento do serviço, tendo a finalidade de manter as condições ambientais, anteriormente descritas, ou corrigir alguma anomalia que possa surgir. Sabemos que qualquer anomalia pode ter repercussões nefastas graves, promovendo a aerobiocontaminação.

Em alguns serviços mais modernos, na central de acolhimento ou no gabinete da enfermeira chefe existem uma informação detalhada sobre as condições de cada uma das salas.

A sala de operações requer uma inspecção rigorosa e pormenorizada, antes de ser dada como apta a funcionar. Esta implica testar o bom funcionamento de todos os equipamentos, que vão ser necessários utilizar na intervenção cirúrgica programada para a respectiva sala, bem como todo o material de apoio que possa ser necessário.

Será sempre considerada uma norma de boa prática e de segurança, haver toda a informação referente a cada aparelho, junto do mesmo e em português permitindo ser consultada sempre que for necessário.

O registo dos testes efectuados a cada equipamento devem ser registados, antes de cada cirurgia bem como no final do programa cirúrgico diário. Deverá ser feito em folhas próprias "*chek-list*", onde deverá constar a identificação de cada equipamento utilizado, a assinatura legível de quem o testou permitindo, não só garantir a segurança de todos, como ser um instrumento de estudo e de necessidade de manutenção do respectivo equipamento.

Toda esta informação é considerada necessária e fundamental para dar início a uma intervenção cirúrgica, garantindo que estão reunidas todas as condições para que não ocorra nenhuma anomalia. No serviço de BO, não há lugar para dúvidas.

Todos os elementos tem de ter a certeza do que fazem, porque fazem e conhecer as condições em que o fazem.

Sabemos que as anomalias poderão ocorrer, mesmo com todos estes cuidados, no entanto estas situações, que deverão ser raras, também têm de estar previstas bem como definida a sua rápida resolução, sem perda de tempo e de comprometimento da segurança.

As normas que orientam e esclarecem os profissionais que aí trabalham, sendo habitualmente elaboradas por uma comissão multiprofissional, além de ter de ser do conhecimento de todos os profissionais que aí trabalham, terão de estar, como será fácil de entender, ao alcance de todos e ser revisto e actualizado sempre que haja necessidade. Os Regulamentos dos Serviços de Bloco Operatórios que conhecemos, prevêem que haja uma revisão com uma periodicidade entre dois a quatro anos, tendo em vista uma actualização de acordo com a evolução tecnológica.

Quando se estabelecem protocolos e normas, eles são indispensáveis para satisfazer as exigências das regras de segurança. Elas tem como finalidade diminuir e reduzir o recurso à memória, o que quererá dizer, reduzir a possibilidade de erro.

Segundo refere a Norma ISO 8402,: " *o procedimento é uma maneira específica de realizar uma actividade*".

Na norma, deve estar tudo bem definido: o que deve ser feito e porquê, quem deve fazê-lo, quando e como. Deverá conter a data da sua elaboração e de quando é feita alguma alteração.

As normas, para além de ser considerada "uma imagem escrita" do serviço, serve de documento de base internamente e de referência para uma avaliação interna e externa, sobre a existência de conformidade entre as práticas e os referenciais definidos ou seja as normas e procedimentos.

Estamos convictos de que, a existências destas normas, poderão contribuir para o desenvolvimento da autonomia e do sentido de responsabilidade em cada enfermeiro perioperatório.

Num serviço onde existe uma relação muito próxima, podendo mesmo chamar-se de alguma "intimidade", entre o estéril e o não estéril, as enfermeiras têm de conhecer todos os princípios que regem a manutenção da técnica asséptica, praticá-los, respeitá-los, e supervisionar para nunca permitir qualquer infracção, sendo garantia de segurança para todos.

Quando participávamos na integração de novos colegas nos cuidados perioperatórios, costumávamos afirmar e defender a ideia, que trabalhando neste "mundo" onde o estéril tinha de ser sempre estéril, exigia de nós: sermos sempre verdadeiros, e em caso de dúvida rejeitar ou iniciar de novo.

Quando notássemos que tinha havido quer da nossa parte, quer de qualquer membro da equipa cirúrgica, teria sempre de haver a coragem de reconhecer e o dever de denunciar.

Aconselhávamos sempre que a nossa relação com o estéril não deveria ser de "tu", no sentido de que o tu implica, aproximação e mais à vontade, podendo desculpar algumas infracções.

O cumprimento desta regra basilar, é a primeira e a fundamental para reduzir ao mínimo a possibilidade de infecção, que pode provocar efeitos de grande gravidade no pós operatório, aumentando as taxas morbilidade, de tempo de internamento, aumentando gastos em saúde que poderiam ser evitados.

O Bloco Operatório, é considerado como um serviço de "alto risco" (UNAIBODE, 2001, 25-41), não só para os doentes, mas também para os profissionais que lá

trabalham. Esta constatação não se fundamenta só pelo que acabámos de referir, pela pesquisa feita, mas também pelos conhecimentos que temos e fomos desenvolvemos e aprofundando nesta área.

Os riscos para os enfermeiros e outros técnicos de saúde, que desenvolvem a sua actividade profissional no Bloco Operatório são grandes, daí haver necessidade de serem tomadas e desenvolvidas medidas de segurança específicas relativamente a:

- promoção e vigilância da saúde de todos o que aí trabalham, através da ligação directa com o Serviço de Saúde Ocupacional, estabelecendo um programa especial de atendimento dirigido os profissionais de risco, (Anexo II);

- vigilância, manutenção e conservação do material eléctrico existente no serviço;

- cumprimento rigoroso de todas as normas sobre desinfecção e esterilização de material cirúrgico, de acordo com as prática recomendadas da AESOP e das Comissões de Controlo de Infecção;

- tratamento adequado dos resíduos hospitalares, ligados com a triagem, contentarizados adequadamente permitindo o tratamento e evacuação correcta, de acordo com o estabelecido no Decreto-Lei nº 239/97 de 9 de Setembro; Portaria nº 819/99 Definição de Resíduos Hospitalares e Despacho 246/96 de 7 de Julho, sobre Classificação dos Resíduos

- utilização das precauções universais, como medida de protecção e propagação de infecção (AORN, 1994);

- controlo sobre a saturação de gases, que está ligada com o bom funcionamento do ar condicionado.

Estas medidas deverão ser implementadas, usadas, defendidas e asseguradas quer pela instituição, pelo serviço e pelos profissionais de saúde.

Trabalhar em Bloco Operatório deve exigir e garantir a segurança para todos, merecendo uma atenção dirigida na globalidade, como já descrevemos anteriormente, na especificidade e também de agentes de riscos:

- o tipo de doentes – estado clínico, patologia, existência ou não de patologias associadas;

- cuidados prestados;

- fármacos administrados;

- técnicas utilizadas;

- radiações ionizantes e não ionizantes, usadas durante a cirurgia;

- toxicidade, relacionado com a inalação de gases;

- contacto directo com fluidos orgânicos – contaminação biológica,;

- riscos ligados com a manipulação de equipamentos eléctricos;

- risco de incêndio (Portaria nº1275/2002) [11],

- *stress*;

- lombalgias e problemas circulatórios, nos enfermeiros, como resultado da postura adoptada, por vezes durante um período longo.

Existe bibliografia, na sua grande maioria estrangeira, que dá orientações concretas de como diminuir o potencial dos riscos que acabamos de referir. (Mangram,1999; UNAIBODE, 2001; Gruendemann, 2001; AORN, 2004), no que diz respeito a exercícios que a equipa poderá fazer nos intervalos, medidas para diminuir o stress, com a presença de janelas com ligação para o exterior, música,

[11] A Portaria nº1275/2002 de 19 de Setembro de 2002, publicada no DR 217-I-B Série, aprova as normas de segurança contra incêndio a observar na explosão de estabelecimentos de tipo hospitalar.

orientações para ter uma vida equilibrada – ligada com alimentação, laser, repouso, exames periódicos, entre outros.

Tem sido preocupação da AESOP, informar e divulgar a legislação que vem publicada, ligada ao bloco operatório e a todas as pessoas que aí trabalham. É através da sua publicação periódica que o tem feito, o que pensamos ser uma ajuda fundamental para os enfermeiros perioperatórios.

Em Portugal está legislado, através do Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro, que a entidade patronal, possa assegurar ao trabalhador: a prevenção de riscos profissionais, o zelar pela segurança e ambiente de trabalho, a promoção e a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho bem como proporcionar que cada trabalhador participe em todo este processo.

O Decreto-Lei nº 26/94 de 1 de Fevereiro, também dedicado à segurança no trabalho, refere: "*procurou-se aproveitar a experiência, entretanto recolhida do funcionamento dos serviços médicos do trabalho, regulados pelo Decreto-Lei nº 47511 e pelo Decreto nº 47512, ambos de 25 de Janeiro de 1967, e a resultante de outros instrumentos normativos, que, em diversas empresas, serviram de suporte à criação dos serviços, de segurança, higiene e saúde no trabalho*".

Em 17 de Novembro de 1999, foi publicado o Decreto-Lei nº 488/99, com a finalidade de definir as formas de aplicação do Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro, à administração pública (artigo1º).

Será interessante referir que este Decreto de 1991, acolhia o ordenamento jurídico nacional das obrigações decorrentes da ratificação da Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em relação à segurança, saúde e ambiente dos trabalhadores, transportando para o direito interno a Directiva nº89/391/CEE, referente à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e saúde no trabalho.

Porque será que neste País terá de haver tantos Decretos para accionar um mecanismo de apoio ao trabalhador, que é um direito de qualquer cidadão?

No estudo que desenvolvemos, no âmbito do Mestrado, como já tivemos a oportunidade de referir, verificamos, que nas quatro instituições onde desenvolvemos os estudos, a segurança dos trabalhadores de saúde não estava assegurada, nem existia numa das instituições, onde desenvolvemos o nosso estudo. (Cabral,1997)

Quanto mais tempo e Decretos teremos de aguardar?

Porque andamos nós profissionais de saúde "adormecidos ou apáticos", em relação à defesa de um direito tão básico?

Poderemos tornar-nos num "verdadeiro perigo" para os doentes que cuidamos, pelo simples facto de não conhecermos o nosso estado de saúde.

Importa contudo referir que em todos os hospitais que estão a ser certificados, já existem obrigatoriamente Serviços de Saúde Ocupacional, pois é um dos muitos requisitos necessários. Então será caso para desejar que a certificação de todas as instituições de saúde sejam obrigatórias e condição necessária e obrigatória para poderem prestar cuidados de saúde à população, porque asseguram qualidade e segurança quer para os utentes quer para os seus funcionários.

A AORN está a desenvolver um estudo, "*Fire in the OR – Prevention and Preparedness*"[12], com os enfermeiros perioperatórios dos Hospitais Americanos, que quiserem participar, com a finalidade de não só "provocar" formação sobre esta temática, como também fomentar a organização da segurança, no que diz

[12] AORN JOURNAL – Home Study Program, Julho 2004, Vol 80, nº1. pág. 41 – 68.
.Estes" Home Study's" são estudos de investigação, propostos pela AORN, para serem desenvolvidos durante um período estabelecido como o necessário para poder ser desenvolvido de acordo com os objectivos estabelecidos, devendo integrar o processo de certificação de competências dos enferemeiros perioperatórios que se proposerem fazê-lo. Estes estudos também ajudam a alterar sandarts de actuações.

respeito à definição do plano de prevenção, da vigilância e protecção do BO, do plano de emergência, como também serem estabelecidos os tipos de instruções, formação e exercícios de segurança, no que se refere à periodicidade e metodologia empregue. Este estudo terá a duração 3 anos, atendendo ao número de enfermeiros envolvidos e a trabalhar em realidades muito distintas ligadas ao tipo de hospitais, dimensões e localizações.

Em Portugal já existe uma Portaria que regulamenta as normas necessárias, conhecemos muito poucos hospitais onde tudo esteja definido e previsto para actuar numa situação tão grave e catastrófica, como será a de haver um incêndio no BO.

Acreditamos nos processos de acreditação a que as instituições se estão a candidatar e a submeter-se, porque para poderem serem avaliados e garantir a qualidade de cuidados aos cidadãos que a eles recorrerem, terão de fazer mudanças e alterações significativas, que há muito eram aguardadas, quer pelas próprias instituições, pelos profissionais de saúde e pelos utentes.

3 .4. - Enfermagem Perioperatória e o Desafio da Mudança

O enfermeiro que presta cuidados de enfermagem no bloco operatório, durante muito tempo, foi sempre considerado de segundo plano, tipo "ajudante do cirurgião", sem ter qualquer tipo de autonomia.

Esta imagem ainda permanece em muitas mentes, que não conseguem perceber porque existem enfermeiros no BO, por "acharem" que aí não são prestados cuidados de enfermagem.

Talvez se possa "compreender" as diversas opiniões e ideias, devido ao facto das características serviço de BO não permitir fácil acessibilidade. O enfermeiro

perioperatório, até há cerca de quinze a vinte anos, era um desconhecido, pelo pouco contacto que mantinha com os outros enfermeiros da instituição hospitalar onde trabalhava.

Era frequente, mesmo habitual ouvir-se comentários ou afirmações, quando um enfermeiro pedia para ir trabalhar para o serviço de Bloco Operatório (passou-se o mesmo connosco), que transmitiam a pouca valorização dada a esta área de cuidados, bem como o total desconhecimento sobre a mesma, por parte de colegas, assim como da própria direcção de enfermagem: *"..tão boa enfermeira que é e agora quer ir para o bloco. Que pena ir esquecer tudo o que aprendeu. Não, não a podemos perder, tem uma óptima relação com os colegas, doentes outros elementos da equipa...Pense melhor ainda está a tempo..."* (Comentários ouvidos diversas vezes ao longo do nosso percurso profissional).

A ideia de que no serviço de bloco operatório não se prestam cuidados de enfermagem, deve-se ao facto não só histórico, que é comum ao das outras áreas de enfermagem: "auxiliares de médicos, sem autonomia e intervenções interdependentes", mas também, e talvez principalmente devido ao facto dos próprios enfermeiros destes serviço não "saírem" podendo exteriorizar os seus cuidados.

Durante muitos anos o modelo biomédico, orientou a formação e os cuidados de enfermagem, como é compreensível tendo em conta a sua história.

A evolução deu-se em todas as áreas do saber e a nível da enfermagem foi, podemos afirmá-lo até com algum orgulho, uma evolução harmoniosa e profunda, demonstrada pelo seu desenvolvimento científico e da prática, através da exigência, da diferenciação, da qualidade, da investigação e da humanização, o que lhe conferiu o reconhecimento de: *"os enfermeiros constituírem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem.*

...o desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde" (DL nº 104/98 de 21 de Abril 1998).

Este reconhecimento do valor da enfermagem como área de ciência, traduziu-se com a integração do ensino de Enfermagem no sistema educativo, a entrada em funcionamento do Curso Superior de Enfermagem (DL nº 353/99 de 3 de Setembro de 1999) e na criação da Ordem dos Enfermeiros (DL nº 104/98 de 21 de Abril 1998).

A Enfermagem Perioperatória, acompanhou toda esta evolução descrita anteriormente, primeiro porque são enfermeiros e partem das mesmas premissas, acrescendo o facto de a área de cuidados onde actuam ser bastante específica, onde a evolução acontece em cada dia, o que implica uma formação e actualização constantes.

Em 10 de Fevereiro de 1986, foi fundada a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), que apresentava como objectivos em relação ao cuidados perioperatórios:

"Promover a qualidade dos cuidados no BO; Assegurar a formação contínua dos seus associados; Desenvolver a investigação nesta área de cuidados " (AESOP, 1999).

Podemos afirmar que foi a partir deste momento, que se começou a falar dos cuidados de enfermagem perioperatórios e a tornar-se visível o que os enfermeiros desta área de cuidados faziam, no seu dia a dia, justificando e defendendo a sua presença como indispensável no BO.

"Talvez em mais nenhuma área de prestação de cuidados, a situação de saúde do doente, o seu estado de consciência, os procedimentos terapêuticos de que necessita e o meio ambiente que o rodeia, exijam tanto da Enfermagem, como na Sala de Operações. Não só se refere ao avanço científico e tecnológico da Anestesia e da Cirurgia nos últimos anos, ao qual o Enfermeiro se deve manter actualizado na teoria e na prática, mas também à qualidade dos doentes cirúrgicos que recorrem ao Bloco Operatório,

apresentando inúmeras vezes patologias complexas e associadas. Estes factores requerem do Enfermeiro da Sala de Operações uma atenção contínua e uma prestação de cuidados intensivos de Enfermagem, altamente especializados e executados, estando integrado numa equipa de saúde multidisciplinar (AESOP, 1999).

Olhando para as práticas de enfermagem perioperatória e para as vivências diárias pretendemos reflectir sobre o significado que elas têm, para tentar responder a questões tão simples como estas: **O quê? Porquê? Quando? Como? Quem? E para quem?**

A resposta a estas questões, tentaremos encontrá-las e aprofundá-las, ao longo de toda a pesquisa bibliográfica, através da justificação e descrição dos estudos realizados e dos seus resultados.

Será portanto feita uma ligação mais profunda em capítulo próprio, por acharmos que este seria o método mais natural e em consonância com os objectivos traçados inicialmente, assim como daria a imagem do processo percorrido, das questões que levantávamos e que fundamentaram o desenvolvimento de cada um dos contributos de análise, bem como de toda a fundamentação das ideias que fomos desenvolvendo.

O trabalho no Bloco Operatório foi, é e pensamos que só será sempre desenvolvido em equipa. Equipa de enfermagem, onde terá de haver uma grande cumplicidade e também por uma equipa multiprofissional, onde cada elemento desempenha funções específicas e devidamente definidas, contribuindo todos para um objectivo comum, que é cuidar do doente com qualidade e em segurança.(AORN, 2004)

A equipe multiprofissional é constituída por todos os profissionais de saúde que se relacionam com o utente durante todo o processo assistencial. Serão todos os que

contactam directamente com os doente e família, bem como outros profissionais de saúde, que integrados em departamentos, desenvolvem actividades essenciais contribuindo indirectamente no cuidado do utente.

Para que o trabalho em equipa funcione a 100%, é necessário, haver uma boa coordenação, um empenho efectivo de todos os seus elementos, tendo como base o respeito mútuo e o reconhecimento de trabalho complementar onde todos são fundamentais.

Para ajudar a criar e a manter um eficaz trabalho em equipa, seria ideal que os seus membros comunicassem com regularidade, para definições de estratégias, reformulação de técnicas e tomadas de decisões em conjunto. Muitas desses momentos de encontro poderiam ser optimizados no esclarecer dúvidas ou confronto de ideias, que por certo iriam responsabilizar todos os membros e consolidar esforços (Meeker, 2000).

Como se poderá trabalhar em equipa se não há um conhecimento concreto dos seus membros e das funções de cada um?

A satisfação pessoal e profissional no trabalho em equipa é fundamental e esta só é possível e passível de se alcançar se houver uma adequada orientação, participação em tomadas de decisão e oportunidade de formação em conjunto, bem como a colaboração em trabalhos de investigação (Atkinson, 1999).

O trabalho em equipa, pensámos, deverá estar centrado no utente e na sua segurança, para poder ter êxito.

Num dos trabalhos que abordaremos posteriormente, foi tratada esta temática, podendo-se já referir que um dos aspectos mais positivos focados pelos intervenientes, elementos da equipa multiprofissional, foi o facto de estarem tão envolvidos no trabalho diário que nunca se tinham confrontado com o que o

trabalho em equipa implicava o que está em consonância com resultados de estudos internacionais desenvolvidos, pela AORN, EORNA e NATN.

A colaboração nesse trabalho despertou-os para possíveis e necessárias alterações no funcionamento do trabalho em equipa tendo em vista uma maior rentabilização da mesma, ajudou a interpretar comportamentos e reacções dos diferentes membros, originados por processos rotineiros onde o automatismo impera, provocando desgaste e pouca rentabilidade.

A prática de Enfermagem perioperatória propõe-se assegurar a continuidade dos cuidados, na resposta às necessidades afectadas do indivíduo, sendo orientada por um modelo conceptual e por normas estabelecidas e bem definidas, podendo só assim comprometer-se a garantir a qualidade nos cuidados prestados.

A Enfermagem perioperatória é definida como o:

" conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo Enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si) pelo qual, o Enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado". (AESOP 1994).

A definição de Enfermagem Perioperatória e dos parâmetros aplicados à mesma, surgem no 25.º Congresso da AORN, em 1978:

"A função perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste nas actividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem de sala de operações, durante os períodos pré – operatório, intra – operatório e pós – operatório da experiência cirúrgica do doente".

Holden (1992) após um estudo que desenvolveu, divulga que a enfermeira perioperatória assume a responsabilidade dos cuidados perioperatórios individuais, requerendo para isso conhecimentos de enfermagem científicos e humanos, através de um processo programado e personalizado.

Assim sendo, a satisfação dos cuidados individualizados do doente, como refere Holden (1992), exige que o processo de enfermagem, como abordagem sistemática à prática de enfermagem, utilize técnica de resolução de problemas e que englobe os quatro componentes – identificação/planificação/execução/ avaliação do processo de Enfermagem, integrando os três períodos da Enfermagem Perioperatória.

Na generalidade, a prática de Enfermagem Perioperatória, fundamenta-se em três padrões:

- Interligação entre os três diferentes períodos, pré, intra e pós–operatório, tendo por objectivo os cuidados ao doente cirúrgico;
- A continuidade dos três períodos é assegurada pela coordenação e as directrizes que respondem às necessidades das normas técnicas, como base no suporte de informação uniforme, na aceitação das práticas para todos os doentes cirúrgicos;
- A intersecção, entre os conhecimentos teóricos/científicos/humanísticos, é da responsabilidade profissional de quem processa as tomadas de decisão.

Além da formação contribuir para a reflexão e avaliação da compreensão dos actos executados, em última análise, facilita a gestão dos recursos humanos e materiais, para levar a cabo a intervenção cirúrgica. Sintetizando, diríamos que a Enfermagem perioperatória é geradora de mudança e para isso, necessita de ser criteriosamente considerada.

A Enfermagem Perioperatória é a área de enfermagem, cujos cuidados abrangem todo o ciclo vital. As diversas áreas, onde poderá intervir, são tantas quantas as especialidades cirúrgicas, podendo atravessar transversalmente o ciclo vital da pessoa, desde "in útero" até à colheita de orgão *pós mortem.*

O Bloco Operatório é o cerne da qualificação e utilização dos procedimentos do profissionalismo da Enfermagem, que envolve uma interacção global e contínua utente/enfermeiro, pelo contacto directo e indirecto à família, na prestação de cuidados, desde o momento em que o utente aceita a cirurgia, assim como no apoio e incentivo da modalidade terapêutica escolhida, até ao período de reabilitação pós operatória.

A evolução e recolha de dados é feita em todas as etapas, e a avaliação inicia-se desde o primeiro contacto, na visita pré-operatória, continuando no momento de acolhimento, quando o utente chega ao Serviço de BO, aquando da saída da sala operações e continuando nas unidades de cuidados pós anestésicos, terminando apenas quando transferido para a unidade de internamento.

O despiste de complicações inicia-se desde que a visita pré operatória é realizada sendo operacionalizado e continuado, através do processo de Enfermagem e de todas as actividades inerentes aos cuidados planeados para cada doente.

A Enfermagem Perioperatória tem avançado através dos trabalhos que se têm desenvolvido localmente e a nível mais alargado, tendo como finalidade a definição e demonstração de que esta área de cuidados tem uma "identidade" própria, pela demonstração e justificação da especificidade das suas práticas, assim como, tem uma preocupação comum a todos os enfermeiros em geral: apostar na qualidade através da segurança, promovendo a continuidade de cuidados assegurando a visão holística do utente.

A informação perioperatória, dada no período pré-operatório, eleva as "*performances*" no pós-operatório do paciente cabendo ao Enfermeiro perioperatório esta área de actuação. Estudos desenvolvidos pelas diferentes Associações Europeias de Enfermeiros Perioperatórios, já o demonstraram, tais como AESOP, NATN, e UNAIBODE, assim como estudos que foram desenvolvidos durante o nosso doutoramento e que referiremos em capítulo próprio.

A Enfermeira Perioperatória, terá que ter desenvolvido capacidades de comunicação, verbal e não verbal, pois a comunicação envolve todos os seus cuidados (Hodge, 2000; Manley, 2000).

A partir do primeiro contacto com o utente e família, na visita pré-operatória, deverá recorrer a todos os seus conhecimentos sobre comunicação, para estabelecer um diálogo calmo, onde terá concerteza uma atitude maior de escuta e observação, indo assim ao encontro do que o utente necessita, bem como poder recolher o maior número de dados indispensáveis ao seu planeamento de cuidados.

Como já referimos anteriormente o utente, numa fase pré-cirúrgica, devido a toda a circunstância que envolve este "seu" momento de experiência única, poderá através das emoções que transmite, dificultar ou mostrar alguma incapacidade para estabelecer diálogo, podendo criar-se situações passíveis de aumentar a tensão e a ansiedade, do que necessitará da intervenção atenta da enfermeira que está preparada para resolver a situação. Continua a haver comunicação, no acolhimento, por vezes até durante a cirurgia, se houve a opção por um tipo de anestesia em que o utente não tenha necessariamente de adormecer, após a cirurgia, na UCPA.

Concerteza que até aqui, apenas nos referimos à comunicação oral, mas a não verbal, pensamos que não poderá nunca ser desprezada e colocada em segundo plano.

Numa altura de maior tensão esta poderá ser por vezes a mais eficaz e necessária; "o toque, o olhar, o silêncio, a mão, a presença", (Fontes, 1999), pode ser mais forte do que qualquer uma das palavras e estabeleceu-se a comunicação adequada, porque havia um conhecimento prévio do utente, e também porque a enfermeira perioperatória tem uma sensibilidade, para poder "gerir" e optar pela comunicação mais ajustada ao momento e ao utente.

Mas a comunicação também é usada, no decorrer do seu trabalho, no contacto com a família do utente, informando-a de tudo o que está a passar-se com o seu familiar, com os Enfermeiros do serviço de Internamento, com a Equipa Cirúrgica.

Os cuidados de Enfermagem Perioperatórios estão inseridos numa metodologia de trabalho, denominado de trabalho em equipa, onde a comunicação está e terá de estar necessariamente na base do seu bom funcionamento. (Discroll, 2003, Hind, 2000).

A comunicação continua através dos registos que esclarecerem e descrevem os cuidados prestados, reacções e avaliações, permitindo assegurar a continuidade de cuidados.

Há duas razões fundamentais para a mudança no comportamento do Enfermeiro de Sala de Operações:

- a nova identidade de Enfermagem Perioperatória;

- a melhor qualidade dos cuidados ao paciente, durante o período perioperatório.

Quando se pensar em seleccionar enfermeiros e outros funcionários necessários ao funcionamento do Bloco Operatório, esta situação idealmente deveria ser gerida por enfermeiros com formação e conhecimento desta área de cuidados, devido à sua especificidade e competências, bem como ao perfil de enfermeira que é requerido. (Tate, 2002; Driscoll, 2003)

Terá de ser uma pessoa que, para além de ter algum conhecimento e demonstrar gosto e "sintonia" por esta área de cuidados, mostre capacidade de boa adaptação à mudança e vontade "de aprender a aprender". (Melro, 1997; Boterf, 2000)

Pensamos que a capacidade de mudança requer aprendizagem, desenvolvimento, empenho pessoal e profissional, que se vai desenvolvendo ao longo da vida, onde a instituição deverá estar envolvida, incentivando a mudança e a progressão, com o objectivo de se alcançar a excelência a nível de cuidados. (Dias, 2003)

Deci (1975), num trabalho que desenvolveu sobre a motivação, citado por Neves (1975) conceptualiza a motivação em termos da necessidade de competência e auto - determinação que envolvem as pessoas, neste caso os enfermeiros, num ciclo de procura de desafios e da redução de incongruências.

Nos cuidados perioperatórios, a motivação, conforme este autor a conceptualiza, está directamente ligada com a sua nova identidade, na visualização dos cuidados de enfermagem, reconhecimento da necessidade de enfermeiros nesta área de cuidados. Fora estes desafios e continuam a ser ainda até que seja reconhecida, como uma área que carece de uma atenção que passa pela formação específica.

Goleman (2002), defende que o tipo de liderança pode e deve gerar mudança, onde a motivação está ligada ao reconhecimento individual e colectivo, da mudança da estrutura e da natureza das funções, que pode acontecer com os enfermeiros perioperatórios, pela polivalência de funções que poderão ter.

No entanto a mudança e a constante adaptação, aumenta o *stress*, que pode ser negativo, se não houver a atenção que a situação necessita da parte do líder e dos outros elementos da equipa, como afirma SERRA (2002).

A enfermeira desta área de cuidados, para poder acompanhar o ritmo da evolução científica e tecnológica com que se depara continuamente, pensamos que só o conseguirá se estiver habituada a ser exigente consigo, o que implicará ser capaz de se auto–avaliar, no que se refere a nível dos conhecimentos que possui e dos que tem de desenvolver, bem como em relação às suas competências.(Discroll, 2003; Clarke, 1998)

Pensámos que a prática de cuidados perioperatórios, se tem de tornar numa prática mais crítica e reflexiva, por dar continuidade aos cuidados, por ser uma área privilegiada onde a vertente relacional está presente, requerendo uma ligação entre utente/família, equipa de enfermagem, equipa multiprofissional e multidisciplinar constantes.

Esta metodologia de prática de cuidados, tem todo o sentido nos cuidados perioperatórios, porque sendo os cuidados devidamente planeados, fundamentados e avaliados, requerem um olhar atento, para reduzir as incongruências e a possibilidade de riscos, podendo assim garantir toda a segurança que o doente necessita, acente na qualidade de cuidados.

Na América, a prática reflexiva é estimulada por Enfermeiras do Center for Perioperative Nursing através do "Home Study Program" (Holm; Bakewwell, 2003) dirigidos aos enfermeiros desta área, que queiram colaborar, pois além de auxiliar no desenvolvimento da sua prática, também contribuem para a certificação de competências que tem de ser renovada de três em três anos.

3.5 - A Enfermagem Perioperatória na Europa

O primeiro grupo europeu de enfermeiros de sala de operações formou-se em 1980, durante a Segunda Conferência Mundial de Enfermagem de Sala de Operações, organizada pela AORN. A primeira reunião teve lugar em Brighton, em 1981, e estiveram presentes os seguintes países: Irlanda, Países Baixos, Noruega, Dinamarca e Reino Unido.

De novo, no Reino Unido, em 1982, foi planeado um dia europeu, a anteceder o Congresso anual da NATN.

À medida que os vários países da Europa foram mostrando interesse em integrar este grupo, houve necessidade de se organizar um Fórum, que foi presidido pela UNAIBODE, com o objectivo de se discutirem os principais assuntos relacionados com todos os enfermeiros europeus de sala de operações. Portugal integrou esse grupo em 1988, dois anos após a fundação da AESOP.

Em 1989, no seu encontro de Paris, já a pensar em 1992 (livre circulação de pessoas e bens no espaço europeu), o grupo decidiu que os enfermeiros de sala de operações deveriam estar preparados para uma Europa aberta, e que, nessa perspectiva, se deveria começar a trabalhar com vista a alguma normalização da prática de cuidados perioperatórios, o que viria a facilitar a livre circulação de enfermeiros através da Europa.

Em 1992, o grupo constituiu-se formalmente como EORNA – e definiu os princípios básicos dos estatutos, concordando em iniciar os trabalhos de preparação de um currículo comum para os enfermeiros perioperatórios.

Esse currículo foi finalizado em 1996 e publicado em Abril de 1997 traduzido em todas as línguas dos vinte países membros. O currículo está organizado por módulos (quatro), tendo sido elaborados objectivos específicos e respectivos conteúdos para cada módulo de aprendizagem.

A Associação é presidida por quatro administradores. O presidente e o vice-presidente são obrigatoriamente oriundos de países diferentes. O secretário e o tesoureiro são oriundos do mesmo país, e são responsáveis pela coordenação do grupo, pelo que se designa de país coordenador.

A Direcção da EORNA é composta por dois representantes de cada país membro, e reúne-se duas vezes por ano, na Primavera e no Outono.

A AESOP nos Outonos de 1992 e de 2001 organizou reuniões em Portugal, em Lisboa e no Porto, respectivamente.

A inscrição na EORNA é aberta a todas as Associações nacionais de enfermagem que representem os enfermeiros perioperatórios do seu país.

Dos vinte e três países membros, que constituem a EORNA (Fig. 4) quinze tem formação específica em enfermagem perioperatória, dois não tem formação específica (Croácia e Dinamarca) e só dois países (Holanda e Reino Unido) é que têm técnicos com formação específica a trabalhar no BO.

A EORNA, organiza um congresso Europeu de três em três anos, que tem sempre uma participação muito rica e diversificada.

Todas as Associações dos países que dela são membros, estão envolvidos na organização e na dinamização desse evento. De facto um momento preparado com o empenho e envolvimento de um grande número de enfermeiros perioperatórios.

No último, realizado em Creta, em Abril de 2003, onde estivemos e levamos um trabalho, que teve a honra de ter sido seleccionado por um júri europeu para

representar o nosso País, intitulado "*Perioperative Nursing In the care Practitioner*", sentimos a preocupação que os enfermeiros tem de investir num aprofundamento dos seus conhecimentos e da necessidade de partilha com a finalidade de aumentarem a qualidade de cuidados. Tornou-se evidente que existem inúmeros trabalhos de investigação uns já acabados e outros em desenvolvimento, de uma maneira geral em praticamente todos os países o que denota ser uma área de prestação de cuidados muito dinâmica e comprometida.

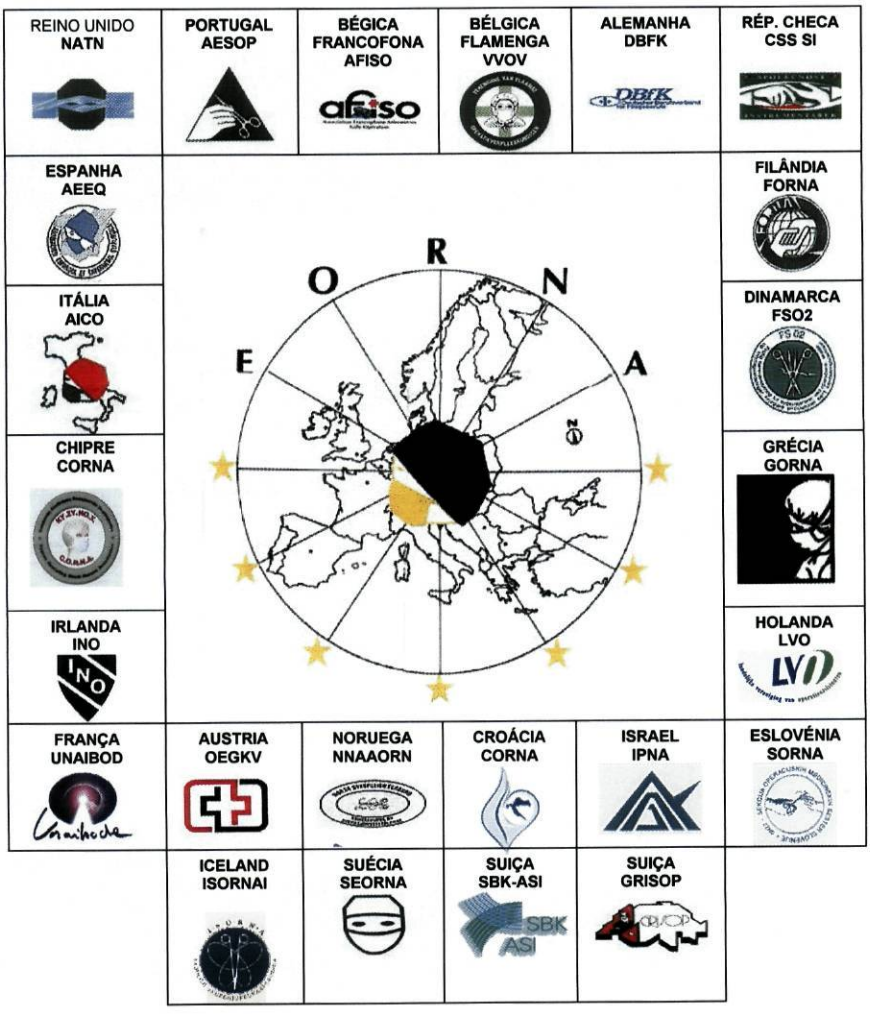


Figura nº 4 - EORNA – European Operating Room Nurses Association

Fonte: www.eorna.org

Segundo a EORNA, existe o Modelo de Cuidados de Enfermagem Perioperatória, (Figura 5), que é apresentado em figura de pirâmide.

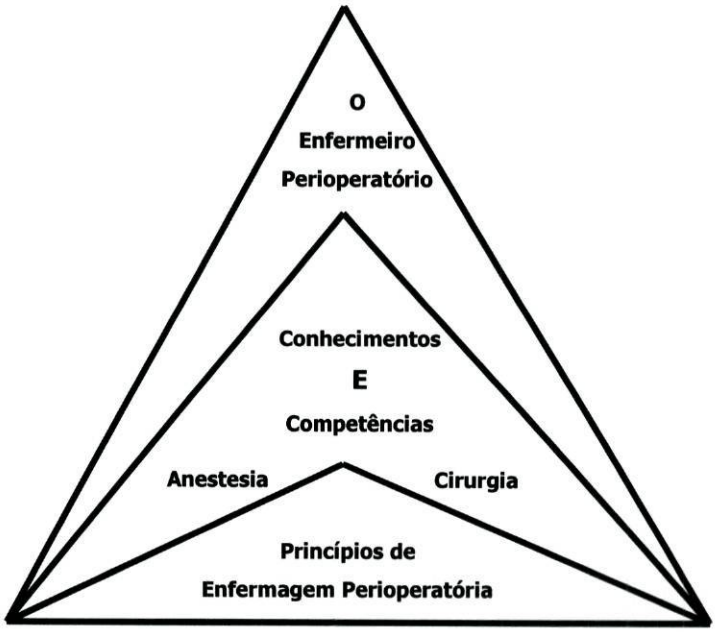


Figura nº 5 - Modelo de Cuidados de enfermagem Perioperatória

Fonte: Curriculum Europeu para a Formação Especializada em Enfermagem Perioperatória

Essa pirâmide que tem na base os princípios da Enfermagem Perioperatória, no seu corpo abrange todos os conhecimentos e competências ligados a duas áreas: Anestesia e Cirurgia, que defende a polivalência e a ligação entre elas.

No cume está o enfermeiro perioperatório, sempre pronto a continuar a sua formação e actualização.

A formação dos enfermeiros perioperatórios não é igual em todos os países da Europa, variando na duração e na metodologia dos cursos.

Os dados, que obtivemos, foram recolhidos através da consulta do **Currículo Comum Europeu para a Enfermagem Perioperatória**, (EORNA, 1997) no qual a ASEOP teve uma participação activa, através da consulta dos sites das Associações de Enfermeiros Perioperatórios e do resultado de um estudo da EORNA, coordenado pela AESOP.

Em relação a este último estudo, dos 23 países que integram a EORNA, responderam ao inquérito: 18, faltando 5 respostas.

No que diz respeito à formação de base, constatamos que 50%, tem um curso de enfermagem com a duração de 3 anos e em 40.9% o curso de Enfermagem é de 4 anos, conferindo o grau de Bacharelato ou de BSN (Quadro 1).

Tempo de Formação de Base e grau que confere	n.º	%
1-2 anos para enfermagem prática	1	4.54
2 anos para enfermeira registada - diploma *program*	1	4.54
3 anos para enfermeira registada– diploma *program*	11	50.
4 anos para enfermeira registada – academic program para BA or BSN	9	40.90

Quadro nº.1 - Formação de Base em enfermagem em relação – duração e grau que confere

Fonte: Estudo EORNA: Estudo para reavaliação do Curriculum Comum Europeu (2004)

Face à formação específica para Enfermeiros Perioperatórios, verificamos existe 17 tipos de cursos, todos da responsabilidade da escola mas com metodologias e duração diferentes: *Full - Time,* a que corresponde ao curso a tempo inteiro, como horário tipo escolar, não possibilitando que a profissional, trabalhe e estude simultaneamente. O *Part- Time*, corresponde ao nosso Pós - Laboral. (Quadro 2).

Tipo de Curso	n.º	Média de duração	Mediana
Full time Educação escolar	8	------	
Duração do Curso	De 9 a 18 meses	10.17	9.5
Part time Educação escolar	9	-----	
Duração do Curso	De 7 a 23 meses	12.71	9

Quadro nº .2 - Regime em que é feita a formação em Enfermagem Perioperatória: *full time* ou *part time*

Fonte: Estudo EORNA: Estudo para reavaliação do Curriculum Comum Europeu (2004)

Em relação à formação Pós – Graduada, podemos verificar que a nível da Europa, só existe em apenas um País (Quadro 3). Este tipo de formação, está mais desenvolvida na América e Canadá.

Mestrado	n.º	%
Sim	1	5.55
Não	14	77.77
Não responderam	3	16.66

Quadro nº. 3 - Tipo de Curso

Fonte: Estudo EORNA: Estudo para reavaliação do Curriculum Comum Europeu (2004)

Deste estudo realçamos algumas notas que achamos interessantes incluir, para dar a ideia da diversidade de formação específica e que está de acordo com as necessidades e políticas de saúde de cada país.

Na **Islândia**, o Curso é *Full-Time* e confere o grau de mestre com a duração de 18 meses, 40% - formação teórica e 60% de prática.

Estudantes de enfermagem perioperatória podem obter 20 créditos (40 ECTS) ou 30 créditos (60 ECTS) na parte clínica (90 ECTS) ou académica (120 ECTS) Msc programa. O Programa pode ser feito e desenvolvido como fazendo parte de uma formação de Mestrado 45 unets Mestrado Clínico, ou 60 unets Mestrado Académico.

No **Reino Unido** a formação em Enfermagem Perioperatória é controlada por um dos quatro Conselhos de Educação, responsabilizando-se pela abertura dos cursos em Inglaterra, Escócia, Irlanda e País de Gales. A maioria dos Cursos para enfermagem Perioperatória são feitos em *Part-Time*, sendo ministrados pela Universidade. Estes Cursos podem dar formações diferentes: curso de técnicos de curta duração, e cursos mais extensos, conferindo uma formação pós-graduada (*Diploma. Degree*) ou o mestrado (Masters Level).

Em **França**, existe um curso de formação específica em enfermagem perioperatória, de dezoito meses, para os quais existem critérios de admissão muito rigorosos. A sua duração é de 2265 horas, sendo 870 de teoria e 1365 de prática clínica e 30 de auto-formação.

O curso está dividido em cinco módulos teóricos e na prática são incluídas nove experiências diferentes, das quais sete são obrigatórias e duas opcionais.

Na **Noruega** o Curso de Enfermagem de Sala de Operações tem a duração de dezoito meses, onde existe igual número de horas dedicadas à teoria e à prática, ou seja de um total de 2400 horas, 1200 para cada uma das partes.

Cada um dos departamentos onde é desenvolvida a formação, tem cursos de enfermagem perioperatória ou de enfermagem de anestesia, independentes ou combinados, sendo esta última versão mais longa por razões óbvias.

Em **Espanha**, embora só esteja planeada a entrada do Ensino de Enfermagem no Ensino Superior, para o final deste ano de 2004, a formação em enfermagem já é feita em Universidades.

A formação específica dos enfermeiros do perioperatórios, embora não seja critério para trabalhar inicialmente no Bloco Operatório, estimula o enfermeiro, havendo uma enfermeira supervisora responsável pela organização e coordenação da formação nesta área de cuidados. Só após a frequência deste curso o enfermeiro perioperatório, passará para um nível superior de competências.

Tivemos a oportunidade de visitar o Hospital de S. Pablo e Santa Crew, pertencente à Universidade de Barcelona, (em Novembro de 2003), onde existe um Curso para Enfermeiros do Bloco Operatório. Este curso que é modular (VI Módulos de 10 horas cada), realizado em parceria entre a *Universidad Autónoma de Barcelona e Associacion Española de Enfermería Quirúrgica* (AEEQ)[13] tem como objectivo preparar os enfermeiros para a prestação mais qualificada dos cuidados de enfermagem perioperatória.

Praticamente todos os enfermeiros possuem esta formação, não sendo reconhecida como especialidade.

Anualmente fazem formação continuada, dirigida para as necessidades detectadas pela gestora do departamento, gestora do serviço, e também solicitada pelos enfermeiros do serviço, devido à evolução constante e à necessidade de manter uma boa actualização.

Notamos que existia um empenhamento forte na preparação destes enfermeiros o que se repercutia na qualidade dos cuidados, que tivemos oportunidade de poder observar bem como podemos avaliar o investimento que faziam no serviço,

[13] AEEQ - Asociación Española de Enfermería Quirúrgica) - WWW.EORNA.org.

através do desenvolvimento de variados projectos de investigação e trabalhos que estavam a decorrer, até como era feita a avaliação das necessidades de formação de cada um dos enfermeiros.

A cada um era solicitado um relatório anual sobre o seu envolvimento em trabalhos e grupos de investigação ou comissões para aprofundamento de conhecimentos, à semelhança dos portefólios e da formação ao longo da vida. Perante a análise feita pelo departamento de formação e gestora do serviço e após de uma entrevista feita com a enfermeira(o), e a reunião da equipa de enfermagem, era traçado o planeamento para o ano seguinte, dirigido à formação e a outros aspectos identificados por este processo.

Constatamos que o absentismo era muito baixo, sendo devido quase na totalidade a licenças de parto.

A dinâmica atenta quer da parte da instituição, quer dos gestores do serviço em relação aos membros das suas equipas, será em nosso entender e pelo que podemos avaliar, o segredo de manter uma equipa coesa, disponível a dar qualquer tipo de informação, sobre diferentes aspectos dos cuidados perioperatórios.

Esta constatação tivemo-la durante o período de observação no Serviço de Bloco Operatório.

Em **Israel**, a especialidade de enfermagem perioperatória, foi a primeira a ser reconhecida, em 1936 [14], desde que foi realizado o primeiro Curso no *Hadassah Medical Center* em Jerusalém. O Ministro da Saúde, desde 1950, através da publicação de leis, fundamentou como sendo essencial, para trabalhar nesta área de cuidados, a especialidade.

[14] IPNA Israeli Perioperative Nurses Association - WWW. EORNA.org.

A *Israeli Perio-perative Nurses Association* (IPNA), ficou indigitada pelo Ministério da Saúde, desde o ano em que foi criada (1989), para desenvolver e coordenar a formação especializada. O objectivo da IPNA, quando tinha apenas como objectivo orientar a sua actuação na linha da prática avançada dos cuidados perioperatórios, foi promovendo alguns encontros de formação na área e elaborando "*standards*" para contribuir na manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes durante a fase perioperatória.

Esta associação que integra a EORNA desde 1988, tem sido referência para muitas associações e países europeias, para os Estados Unidos e Canadá.

Aquando da nossa participação no Congresso Europeu de Enfermeiros de Sala de Operações (Abril de 2003 - "Do Mito à Realidade"), podémos contactar com enfermeiros de todos os países europeus, americanos, canadianos, africanos, australianos, indianos e asiáticos, tendo chegado à conclusão que o objectivo principal destes enfermeiros é o mesmo: prestar cuidados de enfermagem de qualidade aos utentes durante o período perioperatório, tendo em conta a segurança do doente, a redução de todos os riscos e o controlo da infecção.

Em **Portugal**, embora não haja ainda uma formação especializada para enfermeiros perioperatórios e o reconhecimento desta necessidade, foram já realizados 3 Cursos de formação (2 em Lisboa e 1 no Porto), feitos em parcerias entre duas Escolas Superiores de Enfermagem e a AESOP.

Nesta altura existe uma parceria entre a Escola Superior de Enfermagem de S. Vicente de Paulo e a Faculdade de Medicina de Lisboa, para a realização do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória que terá inicio em 2005.

Podemos considerar esta realidade um marco histórico para enfermagem perioperatória, para a qual a AESOP, desde a sua fundação, desenvolveu

esforços, indo ao encontro da vontade expressa dos enfermeiros que prestam cuidados nesta área, às necessidade dos doentes cirúrgicos e à estabilidade da equipa cirúrgica.

A formação especializada em enfermagem, tem como objectivo, preparar enfermeiros na área de cuidados perioperatórios, tendo em vista a prestação de cuidados de qualidade, rumo à excelência, assegurando cuidados humanizados e individualizados, o controlo da infecção e a segurança do utente e da equipa cirúrgica, desenvolvendo competências que permitirão ao enfermeiro decidir e responsabilizar-se sobre os cuidados.

Esta formação especializada implicará uma maior exigência face ao desenvolvimento profissional e pessoal da Enfermeira, como da equipa que integra, motivando simultaneamente o envolvimento na investigação, contribuindo para desenvolvimento da profissão.

Defendemos que o enfermeiro, não deverá nunca abrir mão daquilo que conquistou, tendo sido fruto do esforço dos enfermeiros, que fizeram a história da enfermagem, contribuindo para que neste momento seja reconhecida como: "*uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade.*" (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril)

O desenvolvimento que a enfermagem tem tido deve-se também à investigação feita pelos enfermeiros e pelo esforço e gosto em divulgarem os resultados obtidos, "*tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos, a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde*" (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril).

Perante isto ser-nos-á permitido questionar, sobre a razão que leva alguns enfermeiros e administrações de algumas instituições de saúde permitir que cuidados que são só da responsabilidade e competência do enfermeiro, devido aos conhecimentos que possui, possam ser delegados a Auxiliares de Acção Médica ou Técnicos de Apoio Hospitalar, que não possuem qualquer tipo de conhecimento a nível do cuidar.

A nível dos cuidados de enfermagem perioperatória, no nosso País, gestores dos cuidados de enfermagem, que são enfermeiros, e administradores hospitalares tentaram e conseguiram em alguns serviços de Bloco Operatório de instituições hospitalares, substituir a enfermeira circulante por um técnico que não possui a mínima preparação para o fazer.

O enfermeiro circulante é dos elementos fundamentais na SO, pela garantia que dá, através do conhecimento, das competências que tem e da responsabilidade que lhe é atribuída. Através da observação directa, em relação à manutenção da técnica asséptica e tudo o que isto implica, ela é "a pedra basilar" no que diz respeito à prevenção da infecção e de todos os riscos que possam ocorrer durante a intervenção cirúrgica.

Face ao que acabamos de expor, várias questões nos ocorrem:

Poderá a enfermeira circulante ser substituída por uma pessoa sem preparação ou com "uma preparação concentrada" ?

Os enfermeiros que defendem esta delegação de funções e até têm colaborado na sua formação, estarão conscientes dos riscos que estão a criar, a todos os utentes e equipa cirurgia?

Estarão os Conselhos de Administração dos Hospitais que já aderiram ou venham a aderir, dispostos a serem responsabilizados pelos resultados que possam daqui advir?

A proposta apresentada pelo Governo/Ministério da Saúde acerca do Acordo Colectivo de Trabalho para os Hospitais SA, onde previa a criação de um novo grupo profissional denominado de Técnicos Auxiliares de Cuidados de Saúde (TACS), em que as competências colidiam frontalmente com as competências legalmente atribuídas aos enfermeiros, após reunião da Ordem dos Enfermeiros e os Sindicatos dos Enfermeiros, foi alterada e assinado um acordo entre a Ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde em 26 de Outubro de 2004.

Este acordo reafirmou o reconhecimento da OE como sendo **o único orgão legítimo com a responsabilidade de certificar as competências dos Enfermeiros**.

Face ao novo grupo profissional, foi alterado o nome para Técnico de Apoio Hospitalar assim como definidos os perfis, para cada uma das três categorias previstas: Técnico de Apoio Hospitalar Principal, o Técnico de Apoio Hospitalar e o Técnico de Apoio Hospitalar Júnior.

Esta situação, que se está a viver no nosso País, tem deixado muitos enfermeiros com quem temos contactado, a questionarem-se sobre qual o futuro que estará reservado à enfermagem, tendo demonstrado alguma apreensão, face à passividade, à naturalidade e à facilidade, com que se delegam cuidados de enfermagem a Auxiliares ou Técnicos.

Experiências semelhantes já vividas no Reino Unido e USA, demonstraram, que pode haver redução de gastos em recursos humanos, mas não haveria ganhos em saúde.

Barker (1997) refere a propósito da experiência no Reino Unido:

"Os relatórios de Lewin (1970) e Bevan (1990) foram solicitados para examinar o sub-aproveitamento do tempo de bloco. Ambos concluíram que isto resultava dos técnicos de bloco, que demonstravam não terem os conhecimentos e as capacidades necessárias para trabalhar no meio".

São variados os exemplos apresentados na bibliografia consultada e nos estudos desenvolvidos pelas Associações de Enfermeiros Perioperatórios, dos Países que já referenciamos e que se debatem com a realidade de serem substituídos por profissionais descontextualizados, incompletos e que não têm capacidade de saber e por isso sem sensibilidade para estarem atentos a pequenos sinais, que podem aumentar a tensão na equipa, aumentar o número de riscos para o doente, não sendo garante de segurança.

Exemplos como estes podem marcar a diferença:

"através da quantidade e características da hemorragia, prever que há necessidade de fazer passar a mensagem á enfermeira circulante e de anestesia, para tomarem as devidas precauções; posições que possa adoptar qualquer elemento da equipa cirúrgica, inclusive o próprio, durante a cirurgia, podem ser factores de risco para o doente ou quebra da "regra" asséptica; a necessidade de hidratação dos tecidos, poderão favorecer uma melhor cicatrização". (Gruendemann, 2001, 18)

Nos Estados Unidos foi realizado um estudo, *"Nurses-Staffing Levels and the Quality of cares in Hospitals"*, em cerca de 800 hospitais (Needleman, 2002), que revelaram que quanto maior é o nível de formação dos enfermeiros, mais qualidade têm os cuidados de saúde, que resultam em ganhos de saúde significativos ($p< 0.001$), ligados com a diminuição do tempo de internamento, de gastos, de infecções, da taxa de mortalidade e morbilidade, com o aumento da satisfação dos doentes e dos profissionais.

Em sequência deste estudo, num hospital Americano que apresentava um défice financeiro muito baixo, prestes a entrar em ruptura, a Enfermeira Directora apresentou uma proposta à Administração, tendo em conta encontrar a solução do problema, que foi aceite. (Rostler, 2002)

Comprometia-se a trabalhar só com pessoal diferenciado, o que resultou, tendo ficado demonstrado **que a qualidade está ligada à qualificação e competência dos profissionais e que não é igual a maior gastos.**

Ter um grande número pessoal menos preparado, a receber salários mais baixos, traz mais despesas pela falta de qualidade e todos os aspectos ligados a esta situação, aumento de infecções hospitalares, tempo de internamento, morbilidade, mortalidade e o síndrome de *burnout* elevado nos profissionais, devido à desmotivação, não reconhecimento do trabalho, cansaço, *stress.* (Discroll, 2003; Serra, 2002)

O enfermeiro, com os seus conhecimentos, revela ser um prestador de cuidados tendo presente a visão geral do todo:

- Respeitador da técnica asséptica e "tutor" da equipa cirúrgica no que diz respeito à manutenção dessa mesma técnica, prever antecipadamente tudo o que pode ser necessário, sem haver perda de tempo desnecessárias, torna-se num elemento imprescindível da equipa transmitindo segurança à equipa, pois a tensão que se vive nas salas de operações é muito grande e para que tudo possa correr dentro do que foi previsto, não poderá haver "tensão mal distribuída".

- Avalia, planeia implementa intervenções de enfermagem adequados a cada utente, porque tem uma visão holística e humanista.

- Comunica com a equipa quer de enfermagem, quer médica afim de preparar convenientemente as intervenções com o máximo de segurança contribuindo para a eficácia das mesmas.

- Avalia as necessidades de formação continua para que todos possam ter a possibilidade de actualização constante e actualizada.

Num outro contacto mais dirigido à realidade do Reino Unido, podémos constatar, que embora exista formação específica nesta área de cuidados, os enfermeiros do perioperatório viram necessidade de dirigirem o seu Congresso Anual (Outubro de 2003) para se darem a conhecer, o que fazem, porque fazem e como fazem.

O tema que escolheram teve esse objectivo: "***Opening Doors***", porque também elas achavam que os cuidados prestados pelos enfermeiros de sala de operações não era do conhecimento dos enfermeiros de outras áreas.

O Congresso deste ano (Outubro de 2004), que teve como tema principal: "**Changing Faces**", porque para além de festejarem 40 anos como Associação de Enfermeiros Perioperatórios e pretenderem através da retrospectiva serem capazes de mostrar que a evolução se deu sempre a um ritmo bastante acelerado provocou uma constante adaptação das novas maneiras de trabalhar sem esquecer que a nossa perícia se devia projectar no cuidado atento do doente.

As competências dos enfermeiros perioperatórios aumentaram, o que deverá implicar um nível superior de cuidados ao doente (Melanie van Limborgh, 2004).

Pensamos que os enfermeiros perioperatórios, a nível de todo o mundo tem preocupações comuns:

- prestarem cuidados de enfermagem planeados, direccionados para uma pessoa concreta, com necessidades diferentes de qualquer outra, como ser único;

- melhorar as competências acentes no desenvolvimento que tem acontecido e que requer uma exigência profissional e pessoal cada vez maior;

- acabar com o anonimato e dar visibilidade aos cuidados que são prestados;

- assegurar a continuidade de cuidados, através da comunicação, quer verbal, como através de registos de enfermagem claros, concisos, precisos e legíveis, (Costa, 1990). Registos esses, capazes de "mostrar" os cuidados prestados, reacção do utente, possíveis necessidades detectadas já na fase de pós-operatória imediata, assim como referenciar os aspectos que poderão precisar de uma maior atenção, tendo em conta a intervenção e tudo o que a envolveu a nível de enfermagem

4 - O CUIDAR NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

"We make the difference to perioperative patient care by the very nature of our practice"[15]

Sheila Allen

O cuidar é essencial no desenvolvimento humano e cada um fica completo como ser humano na medida em que a sua capacidade de cuidar é despertada, alimentada e expressa de forma apropriada (Roach, 1984). O cuidar não pode ser somente uma resposta emocional e comportamental, tem a ver sobretudo com *"uma forma total de ser, de relação e de acção"* (Roach, 1984: 2).

Roach (1984) considera que: *"...o cuidado é primordial (...) não é redutível a acções específicas (...) por esta razão, o termo atributo é reservado para formas específicas nas quais o cuidar se manifesta (...), por exemplo nos cinco "c"* (Roach 1992, p. 46).

Define mesmo quais são os cinco "c" ou atributos do cuidar: **compaixão** (como sendo o modo de se relacionar com o outro), **competência** (a forma de actuar do

[15] "Marcamos a diferença nos cuidados perioperatórios do doente, através da natureza dos nossos cuidados" Sheila Allen – Enfermeira de Cuidados Perioperatórios Americana, ex – presidente da AORN, 2000.

profissional), **confidência** (nas pessoas e sistemas de saúde), **consciência** (que opera nos valores ético-morais) e **compromisso** (suporte da pessoa que é cuidado). Cuidar é pois, o sinónimo de amar, sendo o cuidar multifacetado incluindo o interesse, a consideração, a comunhão e a compreensão ou seja partilhar a história de cada um.

Embora todos estes atributos tenham igual valor como suporte de um bom cuidar, daremos um maior ênfase à competência, que desenvolveremos mais à frente, uma vez que a nível nacional e da Ordem dos Enfermeiros está a tentar definir as competências dos enfermeiros especialistas depois de terem sido definidas dos enfermeiros de cuidados gerais em Outubro de 2003, podendo seguidamente haver uma redefinição das especialidades em enfermagem.

Leninger (1988), desenvolveu a sua teoria, fundamentada na disciplina de antropologia, no sentido de descobrir as diferenças e semelhanças em diversas culturas. Leninger, adopta o cuidar como tema central, o mais unificador e dominante, na atenção, conhecimento e prática de enfermagem: *"o domínio central e unificador para o corpo de conhecimentos e práticas de enfermagem"* (Leninger 1988, p. 7). Genericamente, cuidar inclui actos de assistência, apoio ou facilitação dirigidos ao indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou mesmo antecipadas. O cuidado tem por finalidade melhorar e aumentar as condições humanas e os seus modos de vida. Cuidar tem sido fundamental para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência, tem ajudado os seres humanos através da evolução cultural.

Leninger realça que as condutas cuidativas distinguem particularmente a enfermagem das contribuições das outras disciplinas. Os cuidados segundo a autora, devem ser congruentes com a cultura do utente, se a enfermagem deseja promover a saúde e a satisfação do utente sendo portanto, cuidar culturalmente específico.

Nesta teoria, indo mais além da visão transcultural de cuidar, defendida por Leninger, Jean Watson (1985) define cuidar como sendo um ponto de partida e uma atitude, dando orientações muito claras:

- O cuidar deverá ser um ideal ético e moral da enfermagem, através do qual se protege a dignidade humana.

- O factor básico e primeiro do cuidar é a promoção de um sistema de valores humanístico e altruísta.

- A enfermagem é uma profissão de ajuda, cujos valores principais passam pela forma: **de estar, de ser, de conhecer e de fazer.**

Todo o processo de *human care* tem em conta a valorização das pessoas e da vida humana, tendo também um alto respeito pela autonomia e liberdade de escolha.

Os conceitos, elementos, premissas e suposições presentes na teoria do cuidar, bem como os factores cuidativos, serão por nós analisados com mais profundidade mais á frente, justificando assim todas as propostas apresentadas no capítulo anterior, bem como terem sido motivadoras da revisão do nosso trabalho diário.

Saúde, é descrita pela autora, como sendo a unidade e a harmonia nas três esferas: mente, corpo e espírito, não sendo por isso somente uma questão de se sentir bem ou mal. A harmonia só é possível, quando existe um grau de compatibilidade entre o "eu" como é percebido e o "eu" como é vivenciado.

Jean Watson afirma mesmo no seu livro (1985, p.48) acreditar que a saúde está relacionada *"com o grau de congruência que existe entre o significado que a pessoa dá ao eu e ao mim"*. Quando há saúde, há harmonia com o mundo e o indivíduo está aberto à mudança, o eu é igual ao mim; a doença acontece quando

o eu é diferente do mim por períodos contínuos no tempo, ou seja quando existe falta de harmonia entre o eu interno e a pessoa.

Outro conceito importante neste modelo teórico é o de enfermagem. O seu conceito é filosófico onde está explicita a ternura e o poder. "*Nurse*" que é ao mesmo tempo substantivo e verbo havendo portanto a enfermeira como pessoa e a enfermeira como resposta a procedimentos. Enfermagem é uma ciência e uma disciplina, é pois

" ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde/doença que são medidas por transacções profissionais pessoais, científicas , estéticas e éticas de cuidados humanos " (Jean Watson,1985: 54).

Partindo do modelo de *human care*, Watson define enfermagem, como um processo intersubjectivo e de conhecimento epistemológico onde tem de estar a transacção de um ser humano com outro. Quando a enfermeira entra no campo fenomenológico do outro que está a cuidar, e começa a estar apta a detectar/avaliar, sentir e dar resposta à condição da pessoa, começa então o *human care*. Este é, segundo a autora, o ideal moral da enfermagem, e visa a protecção, promoção e preservação da dignidade humana. Este processo exige da parte da enfermeira vontade, comprometimento pessoal, social e espiritual, tendo para além disso, que existir um sistema de valores.

Jean Watson, identificou e propôs dez factores cuidativos, que formam o fundamento sobre o qual as enfermeiras podem estudar a ciência do human care e como sendo aqueles que a enfermeira utiliza na prestação de cuidados.

Definir Cuidar é pois algo de complexo que tem como *background* a vivência de cada um, a maneira como cada um se coloca face á vida, os conhecimentos científicos adquiridos, acerca do homem, experiências vividas, o desenvolvimento de habilidades, atitudes e valores humanísticos.

Os conceitos apresentados podem-nos levar a levantar questões fundamentais para a nossa maneira de estar enquanto pessoas cuidadoras de nós próprias e dos outros e a deter ideias mais claras sobre o que é a essência da enfermagem – **O Cuidar**.

Através da análise dos modelos conceptuais de enfermagem expostos e mais profundamente o do Cuidar Humano, retivemos alguns elementos que nos ajudaram a estabelecer um quadro de referências que foi orientador da nossa argumentação e descrição do estudo proposto, sobre as necessidades de uma formação especializada em cuidados de enfermagem perioperatória.

Assim tendo em conta tudo o que acabamos de referir, e sabendo que estávamos a desenvolver um estudo na área de cuidados de enfermagem perioperatória, pensámos ser necessário referenciar o que assumimos sobre os aspectos relativos a estruturas conceptuais, consideradas como metas paradigmáticas, como são: **Pessoa, Saúde, Cuidado, Cuidados de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem Perioperatória e Ambiente.**

Pessoa - é um ser único, indivisível, formado por corpo mente e espírito, portador de uma história e experiência de vida, de uma cultura rica, duma dimensão espiritual, inserida numa família e numa comunidade física e espiritual e de acordo com a localização no ciclo vital. Comungámos da mesma definição de Watson (1988) como sendo "*Um Ser No Mundo*"- um projecto de saúde.

Saúde - é um estado de equilíbrio onde existe uma percepção e harmonia entre as diferentes componentes do ser pessoa: corpo, mente, espírito e o meio ambiente que o rodeia - família e comunidade. A harmonia implica, tal como Watson preconiza, um auto conhecimento, um auto respeito e um auto cuidado, implicando também responsabilidade e empenho de cada um em a preservar,

promover e procurar, a que está implicitamente ligado o nível de conhecimento e desenvolvimento pessoal.

Cuidado, tem como objectivo a promoção, a prevenção, a segurança e a restauração da saúde, na base da ciência e do humanismo Será pois um conjunto de acções que permitem a enfermeira descobrir os sinais identificativos da necessidade da sua intervenção. Significa também facilitar, ajudar, respeitar valores, crenças, forma de vida e cultura das pessoas.(Watson, 1988).

Cuidados de Enfermagem - imergem duma relação que se estabelece entre a pessoa/família e enfermeiro, partindo de um conhecimento mútuo das necessidades, para o diagnóstico, planeamento e avaliação em conjunto. Os cuidados implicam uma abordagem holística da pessoa, para que a identificação das necessidades e planificação da intervenção seja adequado a cada uma e à sua realidade concreta.

Cuidados de Enfermagem Perioperatória - tem como objectivo a promoção, prevenção e segurança do doente/família durante um período concreto de vivência cirúrgica (intervenção cirúrgica ou qualquer tipo de técnica invasiva), assegurando a continuidade de cuidados de enfermagem. Partem também dum conhecimento prévio da pessoa, das suas necessidades através da visita pré-operatória, para que possa ser feito um planeamento e uma intervenção personalizada, terminando com uma avaliação dos cuidados através da visita pós-operatória.

Os cuidados de enfermagem perioperatória requerem uma preparação dentro da área específica onde se inserem, sendo quatro o tipo de intervenções e que são complementares, podendo haver rotatividade entre elas: circulante, instrumentista, anestesia e UCPA.

Esta situação de rotatividade tem vantagens que devem ser valorizadas, pois permite a polivalência de funções, uma melhor gestão de recursos humanos, nomeadamente em situações especiais, como em emergências, calamidades, férias, formação de elementos, entre outras. Outro aspecto que nos parece

relevante é o facto de os enfermeiros perioperatórios poderem ter uma maior visão e consciência da amplitude das suas competências, da complementaridade, que pensamos favorecerá e valorizará o trabalho em equipa.

Inserem-se numa equipa multidisciplinar, onde valores como o respeito, a valorização da complementaridade e a comunicação, são o suporte do trabalho em equipa.

Ambiente – define-se como tudo aquilo que rodeia a pessoa e pode influenciar o seu equilíbrio – família, comunidade física e espiritual, bem como a cultura onde foi desenvolvida e está inserida no momento. Faz parte também do ambiente os aspectos políticos, económicos e ecológicos. O ambiente tanto pode influenciar como pode ser influenciado pela pessoa/família/comunidade.

A necessidade de haver um modelo conceptual considerado ideal e demonstrativo do que é a enfermagem e qual sua dimensão, foi sempre uma das metas desta profissão, tem motivado o desenvolvimento de trabalhos e espaços, de reflexão e debate.

Fruto desta necessidade, desenvolveram-se ao longo destes últimos cerca de sessenta anos, diversos modelos conceptuais, tendo como finalidade, constituir pontos de referência para a prática de Enfermagem, e de uma forma indirecta, contribuírem para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa, família e comunidade.

A variedade de modelos, deram lugar ao aparecimento de escolas, como em capítulo próprio já abordamos.

Tendo em conta a filosofia dos cuidados de enfermagem, que defendemos e que se adapta aos cuidados prestados no perioperatório, podémos constatar que eles se inserem numa **escola mista de Cuidar e de Necessidades,** como já anteriormente referimos podendo no entanto a enfermagem perioperatória, poder ir "beber" a outras escolas, já que há uma complementaridade entre elas.

Verificamos que o modelo de Virgínia Henderson, orientava as intervenções de enfermagem nesta área de cuidados, verificando uma afinidade natural com o modelo.

Como já foi referido, Virgínia Henderson, considera o indivíduo como um todo, com necessidades fundamentais, que tem que ser satisfeitas para que fique completo, inteiro e independente. As necessidades são por ela definidas, como requisitos ou exigências de que precisa e não a falta de algo; considerando assim as necessidades como algo positivo.

Virgínia Henderson, identificou catorze necessidades básicas comuns a todos os seres humanos (Quadro 4), onde devem incidir os cuidados de enfermagem. Estas necessidades têm em conta os aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais do indivíduo.

Como cada pessoa é considerada um ser único, a forma como vai satisfazer cada uma das necessidades é estritamente pessoal e individual. Sendo a necessidade de Oxigenação a primeira de todas as necessidades, a ordem de satisfação das outras é estabelecida pelo próprio indivíduo.

Necessidades das Pessoas Segundo Virgínia Henderson	
• Oxigenação • Nutrição e de Hidratação • Eliminação • De se mover e manter uma boa postura • Descanso e sono • Usar poupa apropriada • Termorregulação • Evitar os perigos	• Higiene e protecção da pele • Comunicação • Viver segundo crenças e valores • Trabalhar e realizar-se • Jogar e participar em actividades recreativas • Aprendizagem

Quadro n.º 4 - As 14 necessidades da Pessoa, segundo Virgínia Henderson

Criação da autora

A enfermeira perioperatória nas diferentes intervenções deverá ter presente estas necessidades, avaliar as que o utente tem atingidas, para poder planear e prestar os cuidados adequados a essa pessoa.

No Anexo IV, apresentamos a operacionalização dos cuidados de enfermagem perioperatória, tendo em conta o modelo das necessidades de Henderson.

O modelo teórico proposto por Jean Watson[16],que também dá uma atenção especial às necessidades da pessoa, centra-se essencialmente numa visão espiritual do ser humano.

[16] Jean Watson, Enfermeira Norte - Americana, Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria, doutorada em Psicologia e Orientação Educativa, fundamentando-se em matérias fenomelógicas, existencialistas e humanistas, revelando uma grande preocupação pela cada vez mais acentuada despersonalização, do cuidar humano em Enfermagem, é autora do modelo teórico – **Teoria dos Cuidados Humanos** – que possa constituir um marco de referência, para a prática da ciência do cuidar.

Este modelo apresenta-nos linhas orientadoras para se poder estabelecer um processo de Cuidar em Enfermagem, e aplicá-lo em todas a áreas, neste caso à área de cuidados perioperatórios. Podemos constatar que é um modelo bem aceite e também orientador desta área de cuidados, principalmente a nível da filosofia e da dimensão do Cuidar.

Através da análise do quadro seguinte, poderemos compreender que existe uma interligação entre este modelo e o das necessidades.

Necessidades de Ordem Inferior (Necessidades Biofísicas) Necessidade de alimentos e líquidos Necessidade de eliminação Necessidade de ventilação	**Necessidades de Sobrevivência**
Necessidades de Ordem Inferior (Necessidades Psicofísicas) Necessidade de actividade - inactividade Necessidade de sexualidade	**Necessidades Funcionais**
Necessidades de Ordem Superior (Necessidades Psicossociais) Necessidade de auto-realização Necessidade de filiação	**Necessidades Integrativas**
Necessidades de Ordem Superior (Necessidades Intra e Interpessoais) Necessidade de auto - actualização	**Necessidades de Busca e Crescimento**

Quadro n.º 5 – Hierarquização das necessidades humanas básicas segundo Jean Watson

Fonte: WATSON, Jean – *Nursing: The Philosophy and Science of Caring, p.10*

Watson, desenvolveu esta hierarquização especificamente para a ciência de enfermagem como é a do Cuidar. Integrou algumas necessidades humanas básicas, incluídas na classificação de Maslow (Figura 6), por ter considerado serem relevantes os enfermeiros conhecerem-nas para melhor se conhecerem a si próprios, perceberem-se e aceitarem-se, condição necessária para poderem conhecer melhor o utente e assim Cuidar. (Watson, 1985:110)

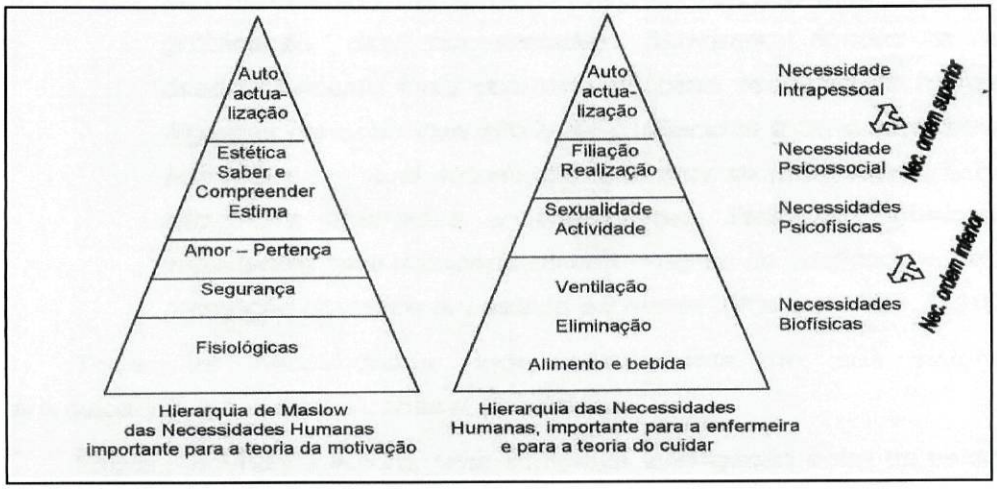


Figura n.º 6 - Hierarquias das Necessidades

Fonte: WATSON, Jean – *Nursing: The Philosophy and Science of Caring, p.110*

O Cuidar, é definido como a essência da Enfermagem, mas sem ser seu em exclusivo, por ter uma grande aplicabilidade, na vida dos seres humanos. Cuidar é intrínseco ao ser humano, levando ao seu desenvolvimento e realização como pessoa. (Cabral, 1997)

A Enfermagem é uma profissão que nasce com a própria vida e podemos dizer que se trata essencialmente de uma relação de ajuda, marcada pelo dinamismo e preocupação com os outros. Como em outras profissões, que promovem a relação de ajuda, na Enfermagem também se verifica que pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, o melhor funcionamento e a maior capacidade de enfrentar a vida. (Lazure, 1987).

A relação de ajuda é uma condição indispensável para a eficácia dos cuidados, embora aparentemente qualquer contacto entre dois seres acabe em comunicação, é evidente que nem todo o intercâmbio pessoal constitui uma relação de ajuda.

Os cuidados de Enfermagem no BO, constituem um conjunto de acções de Enfermagem, para as quais é necessária a avaliação das necessidades do doente cirúrgico e um planeamento, intervenção e avaliação segundo essas mesmas necessidades, tendo como linhas orientadoras o cuidar e a relação de ajuda.

A prestação de cuidados de Enfermagem Perioperatória deverá ser planeada, implementada e orientada por objectivos, baseando-se em conceitos humanos holísticos, devendo os Enfermeiros Perioperatórios agir de uma forma competente e revelar profundos conhecimentos de ciências de enfermagem, de ciências humanas, sociais e médicas, bem como conhecimentos actualizados das novas tecnologias e de investigação.

As enfermeiras interagem com uma variedade de pessoas durante todo o seu dia de trabalho. É pois importante ter conhecimentos na área da psicologia para entender os possíveis comportamentos e suas variantes, como diferem umas das outras, como se desenvolvem e como o seu "**desenvolvimento**", é influenciado por diversas situações: a sua história de vida bem como por pressões externas sociais e ambientais. (Ellis et al, 2000)

Para que o utente possa revelar os seus medos e receios cirúrgicos, de forma a que estes não o fiquem a inquietar e a perturbar, é necessário que a enfermeira do BO, saiba estabelecer com ele uma relação empática e de ajuda.

Ajudar o doente a resolver os seus problemas é um objectivo da enfermeira, utilizando para isso uma relação marcada pelo respeito e confiança, reconhecendo sempre as suas limitações e os seus efeitos na qualidade da relação.

O cuidar não existe sem a existência de uma relação afectiva entre cuidador e cuidado (Lazure, 1987). O cuidar não existe se, houver uma opção pelo procedimento rotineiro, ou seja, se a enfermeira enfatizar os cuidados na doença e não no cliente. Terá um olhar redutor sobre a pessoa, traduzida numa atitude compartimentada desleixando a visão holística.

A enfermagem no BO tem também de deixar de dar mais ênfase à vertente relacional a par da técnica e científica, pois é urgente valorizar a relação entre enfermeiro, utente, família e equipa multidisciplinar, no sentido em que todos saiam beneficiados.

Como já referimos a comunicação com o utente e família é fundamental para a prática de enfermagem, para **cuidar,** em geral e também no BO. Trata-se de algo mais complexo do que muitas capacidades manuais (também fundamentais no cuidar) e inclui a arte da receptividade, para levar o doente a expressar ansiedades e medos. **Receptividade**, é um acto exigente que implica o envolvimento integral do enfermeiro, uma vigilância sensorial, intelectual e emotiva constantes. (Cabral, 1997)

Uma prática de enfermagem que vá ao encontro das necessidades do doente, na sua globalidade, tem necessariamente de partir de uma relação de ajuda: olhando para o doente enquanto pessoa, ouvi-lo, estando atento aos seus movimentos, porque eles também transmitem mensagem, que deve ser valorizada. (Fontes, 1999; Darley, 1999)

É possível Cuidar durante o período perioperatório, ao contrário do que alguns enfermeiros afirmam: "*está mais dificultado no BO, porque o Enfermeiro, desta unidade dispõe de menos tempo para o contacto com o doente*"... " *como se pode cuidar sendo um* estranho mascarado, num local misterioso?"

O Cuidar, começa como já o afirmamos desde o primeiro contacto com o utente, onde lhe deverá ser explicado, entre outros assuntos, a razão da intervenção cirúrgica ter de ser feita num serviço, com características especiais, onde as pessoas que prestam cuidados estão vestidas de maneira diferente incluindo o próprio utente.

Todos os procedimentos tem razão de ser e uma explicação lógica e compreensível, será facilmente aceite e compreendida desde que as palavras sejam simples, claras e perceptíveis pelo utente.

A melhor altura para o fazer, pensamos que será no momento da visita pré-operatória, porque deverá haver tempo para satisfazer toda a curiosidade, responder às dúvidas do utente e família, assim como permitir fazer o ensino que a enfermeira achar necessário, tendo em vista a cirurgia, bem como o pós-operatório.

Todos estes" procedimentos" fazem parte do cuidar perioperatório, que requer da parte da enfermeira, atenção, calma, disponibilidade. (Dias Pinheiro, 2003)

O acolhimento do utente é feito, normalmente no BO sem máscara, na zona do *transfer*. Quando se trata de uma criança, o acolhimento é habitualmente feito adequado à sua idade e na maioria das vezes, quando entra para a SO, já vai a dormir, tendo adormecido, se foi possível, no colo da Mãe ou do Pai, ou de quem o estava a acompanhar. Não será isto cuidar?

"A prática da enfermagem perioperatória assenta nos seguintes pressupostos:

- Cuidados Humanizados e individualizados;

- Controlo da infecção;

- Segurança do doente e da equipa cirúrgica." (Dias Pinheiro, 2004)

Se a enfermeira souber ouvir, olhar, estar, mostrar ao utente que o quer ajudar, este sentir-se-á mais confiante e a Enfermeira soube cuidar, individualizou os cuidados tendo em conta o utente concreto e concerteza que a humanização dos mesmos aconteceu.

" Para se atingir a Qualidade Total no BO, cada vez mais teremos de ter em linha de conta as necessidades reais e individuais de cada doente/família e modificar o nosso comportamento e atitudes, para que os cuidados sejam planeados e realizados tendo em conta essas necessidades". (Dias Pinheiro, 2004)

No BO, mais do que em qualquer outra unidade, a segurança do utente é uma prioridade e a Enfermeira sabe como pode ajudar, porque tem conhecimentos e

competências para o fazer. (Figura 7) e esta será umas das razões básicas que justifica que o enfermeiro teve, tem e terá sempre um lugar insubstituível no BO.

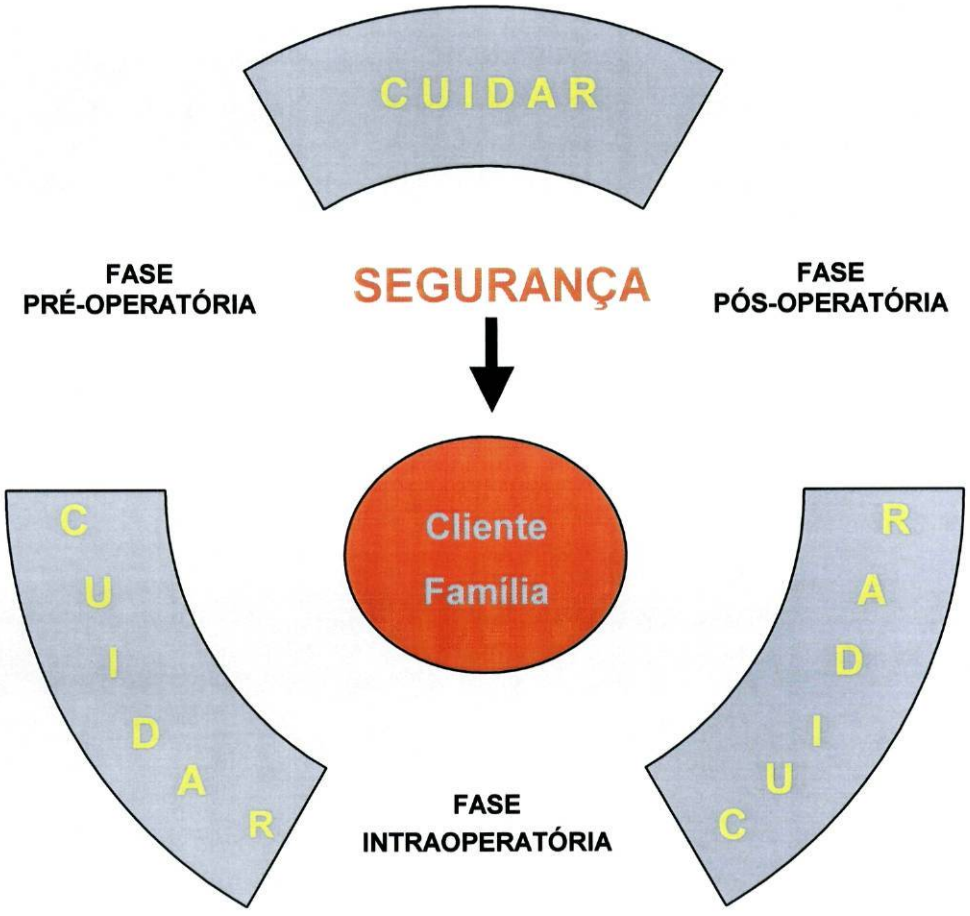


Figura n.º 7 - Cuidar e Segurança
Criação da autora

Jean Watson definiu os Factores Cuidativos, que fazem parte da Teoria dos Cuidados Humanos. Estes para além de constituírem uma base epistemológica para o estudo dos cuidados em Enfermagem são também, instrumentos valiosos para que na prática, se possam proporcionar cuidados para a saúde.

Na teoria dos Cuidados Humanos, o Cuidar Humano (***Human Care***) corresponde a um ideal moral de Enfermagem, no qual as acções transpessoais e intersubjectivas se fundamentam num compromisso com objectivos de protecção, reforço e preservação da Humanidade da Pessoa.

Jean Watson (1985) afirma que a formação de um sistema de valores humanísticos é o factor primeiro e básico do cuidar. Defende também que a empatia é indispensável no cuidar, requer uma sensibilidade equilibrada para com os próprios sentimentos. A Enfermeira está apta a funcionar como um todo, podendo prestar cuidados holísticos quando o cuidar da sensibilidade para consigo próprio e para com os outros é valorizado, estimulado e posto em prática.

Pensamos que esta filosofia serve de suporte à teoria do cuidar, tem um significado especial para os Enfermeiros do perioperatório. No decorrer de alguns estudos, nomeadamente do estudo experimental, a teoria dos cuidados humanos orientou a sua elaboração, tendo sido posta em prática durante os cuidados perioperatórios.

Ao optarmos por duas teorias, a do cuidar e das necessidades como nossas referências teóricas foi por acharmos que se completavam e as enfermeiras perioperatórias as adoptavam com toda a naturalidade.

A pessoa como um ser único, com necessidades humanas básicas, que têm de ser satisfeitas para que possa encontrar o equilíbrio e a auto-realização, o conceito como solidariedade, relação de ajuda, relação de empatia e respeito pelo outro, difundidos pelas teorias estão em sintonia com o que defendemos para traçar o perfil da Enfermeira perioperatório, bem como poder traduzir os seus cuidados.

O cuidar em Enfermagem, assenta nos seguintes pontos (Watson,1985):

- O Cuidar, só pode efectivamente demonstrar-se e praticar-se em termos interpessoais;

- O Cuidar é composto por factores cuidativos de que resulta a satisfação de certas necessidades humanas;

- O cuidado eficiente, é aquele que promove a saúde, o crescimento individual e familiar;

- No processo de cuidar, aceita-se a pessoa não só pelo que é agora, mas também pelo que poderá vir a ser;

- Um ambiente adequado de cuidados oferece o desenvolvimento de potencialidades, ao mesmo tempo que permite que a pessoa, possa optar pelo que acha, que para si mesma é melhor num dado momento;

- Cuidar é mais saudagénico (*healthogenic*) que curativo. A prática de cuidar integra conhecimentos, sobre o comportamento humano, para gerar ou promover saúde e oferecer ajuda aos que estão doentes. A ciência de cuidar é assim complementar à ciência de curar;

- A prática de cuidar é fundamental à Enfermagem.

Carl Rogers, frequentemente citado pela autora, defende que: *"a pessoa que recebe os cuidados, é quem sabe o que precisa e o que sente e que, quem cuida deve ajudá-la a clarificar os sentimentos e cooperar com ela na mudança".*

O sistema de valores relacionado com a Teoria dos Cuidados Humanos, resulta de um profundo respeito pelas perguntas e mistérios da vida e conhecimento da dimensão espiritual de ser humano. Este encontra-se reflectido ao nível dos factores cuidativos desta teoria (*Primary Caritive Factors)* definidos por Watson (1985) como base epistemológica para o estudo e prática do *Human Care* em Enfermagem.

O cuidado é colocado num contexto hierárquico, satisfazendo, inicialmente as necessidades biofísicas de ordem mais inferior e movimentando-se na direcção de necessidades intrapessoais e psicossociais, de ordem superior. A ciência do cuidado sugere que a Enfermeira reconheça e auxilie cada uma das necessidades interrelacionadas, de modo a alcançar as necessidades de ordem mais superior ou seja as ligadas com a de auto-realização.

Tendo em conta o que acabamos de afirmar, podemos afirmar que as duas teorias, do Cuidar e das Necessidades, se entrecruzam.

Virgínia Henderson também define a pessoa como um ser com necessidades humanas básicas, que terá de satisfazer ou de ser ajudado, enquanto impossibilitado.

Acreditamos que o foco principal em Enfermagem, está nos factores de cuidado que derivam de uma perspectiva humanista, combinada com uma base de conhecimentos científicos. Para que as enfermeiras desenvolvam filosofias e sistemas de valores humanistas, torna-se necessário um sólido *background* em ciências humanas (Cabral, 1997).

Essa filosofia e sistema de valores, oferecem uma fundamentação sólida à ciência do cuidado.

Os fundamentos filosóficos, para a ciência do cuidado, são formados pelos três primeiros, dos dez factores cuidativos (Watson, 1985):

- Formação de um sistema de valores Humanístico – altruísta;

- A instilação de fé e esperança;

- Cultivo da sensibilidade para consigo mesmo e os outros.

Os outros sete factores do cuidado que se seguem, derivam dos fundamentos desenvolvidos pelos três primeiros factores. Consequentemente o enfermeiro desenvolve um sistema de valores humanístico-altruísta, acredita na instilação de fé e esperança e cultiva a sensibilidade em relação a si própria e aos outros, para que se desenvolva uma relação de ajuda e os demais cuidados.

4.1 - Factores Cuidativos e Enfermagem Perioperatória

Watson (1985), defende que **cuidar** pertence à Enfermagem e representa todos os factores que a Enfermagem utiliza, para proporcionar cuidados de saúde ao seu cliente. Cada factor cuidativo, apresenta o processo de cuidados através do qual o doente alcança ou mantém o estado de saúde, ou morre pacificamente.

Jean Watson (1985), faz uma distinção entre factores cuidativos (***Care Factors***) e factores curativos (***Curative Factors***), para distinguir a Enfermagem da Medicina, uma vez que considera a cura como um termo médico, que se relaciona com a eliminação de doença.

Num total de dez, os factores cuidativos, necessitam de um conjunto de requisitos, tais como: a intenção, os valores, os conhecimentos (de conduta humana, necessidades da pessoa,...), e a vontade de desenvolver uma relação que gera acções concretas. Seguindo a ordem de apresentação da autora, os factores cuidativos são os seguintes:

1 – Formação de um sistema de valores Humanístico-altruísta.

2 – A instilação de fé e esperança.

3 – Cultivo da sensibilidade para consigo mesmo e os outros.

4 – O desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança.

5 – A promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.

6 – O uso sistemático do método científico da resolução de problemas para a tomada de decisão.

7 – A promoção do ensino/aprendizagem interpessoal.

8 – A provisão de um ambiente de apoio, protecção e/ou correcção mental, física, sociocultural e espiritual.

9 – Ajuda para a satisfação das necessidades humanas

10– Aceitação de forças existenciais fenomenológicas.

Os factores cuidativos constituem os instrumentos utilizados pelos enfermeiros, para proporcionarem cuidados de saúde, dirigidos à preservação da dignidade individual e humana. Todos são igualmente importantes e relacionam-se entre si, de uma forma mais ou menos directa, formando a estrutura para o estudo e compreensão do processo de cuidados em enfermagem neste caso na área perioperatória.

– Formação de um sistema de valores humanístico-altruísta

A aquisição de um sistema de valores, faz-se ao longo da vida, sendo mais intensa durante o período em que cada um toma uma decisão em relação à sua profissão. Quando alguém se decide por enfermagem, o desenvolvimento humanístico pode ser influenciado pela acção dos professores de Enfermagem.

Pela experiência que vamos tendo na formação de futuros enfermeiros, consideramos que o sistema de valores humanístico – altruísta permite

compreender a satisfação de dar e receber, valorizar a humanidade através do respeito e apreciar a diversidade e individualidade. Este sistema de valores ajuda a tolerar as diferenças assim como a ver o outro segundo as suas percepções.

Cuidar, consiste em ter sentimentos humanistas – altruístas que se traduzam em actos que promovam os melhores cuidados profissionais, e uma contribuição social madura. Por estas razões, Watson considera a formação de um sistema Humanístico – altruísta, o primeiro e mais básico factor da ciência do cuidar.

Watson, considera que os valores humanistas e o comportamento altruísta pode ser desenvolvido, através da consciencialização da existência de crenças e valores que marcam o agir e o pensamento da pessoa. Estes valores e comportamento altruísta dão sentido à vida pessoal e às relações com os outros. Eles podem ser desenvolvidos através, de experiências com diferentes culturas, precoces que tenham envolvido compaixão e outras emoções.

Pensámos que esses contactos são cada vez mais usuais, uma vez que no nosso País, existe uma variedade de emigrantes vindos de países com culturas diversas, que poderão precisar de cuidados de enfermagem. Esta realidade justifica que o futuro enfermeiro aprofunde conhecimentos sobre as diversas culturas e suas implicações no que diz respeito à saúde e doença, porque motivará concerteza repensar os cuidados e intervenções de enfermagem numa dimensão transcultural.

O desenvolvimento destes valores são importantes para o enfermeiro que exerce funções no Bloco Operatório, uma vez que a sua relação com o utente, família e equipa multidisciplinar se estabelece, numa aceitação do outro como ele é e sabendo que todos intervêm no processo de forma diferente mas intensa. Uns mais dependentes, no caso dos utentes e familiares outros de forma complementar.

Esta relação deveria iniciar-se no momento em que a cirurgia é planeada através de uma consulta de enfermagem perioperatória, que permitiria fazer uma preparação mais atempada e concerteza com mais eficácia.

Em muitos casos e o que já acontece em muitas instituições hospitalares é a visita pré-operatória, realizada na véspera ou mesmo antes da cirurgia, (mais frequente na cirurgia ambulatória), torna-se um momento privilegiado para que se estabeleça uma relação, que embora pareça curta, vai estabilizar o cliente a família, pelas informações oportunas que são colhidas e transmitidas.

Na maioria das vezes, nomeadamente em situações de emergência, o momento de acolhimento no serviço de Bloco Operatório deveria ser um momento privilegiado, feito com brevidade, num ambiente sereno de respeito e que garantisse a privacidade da pessoa.

As desculpas que muitas vezes são referidas, na tentativa de justificarem o facto de não ser feita a visita pré-operatória baseiam-se na de falta de tempo e de recursos humanos, que pensamos ser uma falsa questão.

Nos estudos que desenvolvemos, podemos constatar, como teremos oportunidade de referir em capítulo próprio, que é possível fazer-se, desde que haja vontade do enfermeiro assumir as suas competências e conhecer as repercussões que os seus cuidados tem nos utentes e famílias e em ganhos a nível de saúde.

– A instilação de Fé e Esperança

Este factor interage com a formação de um sistema de valores humanistico-altruísta, para realçar os factores cuidativos.

Quando a ciência moderna, nada mais tem a oferecer à pessoa, a enfermeira, pode continuar a utilizar a fé e a esperança, para oferecer uma sensação de bem estar, através das crenças que são mais significativas para o utente.

A enfermeira e os outros profissionais de saúde não deveriam esquecer o papel importante da fé e esperança, quer no processo cuidativo, quer no processo curativo.

Quando estamos perante uma situação, que muitas vezes não é clara, como é o caso de uma cirurgia, uma vez que o imprevisto pode sempre acontecer, o utente e família devem confiar naqueles que se propuseram a prestar cuidados, com o seu consentimento.

Sabemos o quanto a fé e esperança, tradicionalmente, têm sido importantes em momentos de sofrimento. A enfermeira perioperatória deverá ter a sensibilidade necessária para respeitar determinados rituais, que fazem parte da dimensão espiritual da pessoa. Permitir que o utente leve até à SO um objecto da sua devoção e que lhe dá conforto, e que o volte a encontrar quando estiver na UCPA é uma atitude cuidativa.

A enfermeira perioperatória é das pessoas, juntamente com os outros membros da equipa cirúrgica, que pode actuar neste aspecto com algum cuidado e êxito.

A nossa experiência revela-nos, que é nestes momentos que antecedem a intervenção cirúrgica e que marcam a vida do utente e família, que necessitam de mais atenção, manifestações de esperança e de incentivo para aceitarem a situação com a maior serenidade possível, bem como confiarem naqueles que foram escolhidos para o tratarem.

O gesto, o sorriso, a mão, a explicação, que antecede qualquer acto, a palavra calma e reconfortante, mas também segura, são pequenos grandes cuidados, que a enfermeira perioperatória não deve minimizar.

A presença constante desde que o utente é acolhido no serviço até à indução anestésica ou permanente na anestesia local ou regional, o ambiente calmo que se cria em torno do utente ou de um pedido de esclarecimento de um familiar são o significado de que naquele serviço muitas vezes denominado de técnico e frio, há uma preocupação profunda por aquele utente que é uma Pessoa a necessitar de toda a atenção, sendo afinal a nossa razão de estarmos ali.

– Cultivo da Sensibilidade para consigo mesmo e os outros

Jean Watson neste factor cuidativo defende que a enfermeira pode e deve sentir uma emoção, quando ela se faz presente. Justificando que é apenas através do desenvolvimento dos próprios sentimentos que alguém pode, realmente, de um modo sensível, interagir com os outros.

Uma premissa básica do modelo de Cuidar, é a de que:

"A mente, as emoções de uma pessoa, são janelas para a alma. O cuidado de Enfermagem pode ser, e é físico, processual, objectivo e real, mas também no mais alto nível de Enfermagem, as respostas do cuidado humano das Enfermeiras, as transações de cuidado humano e a presença das Enfermeiras, na relação transcendem o mundo físico e material, presas no tempo e no espaço e fazem contacto com o mundo subjectivo da pessoa, como o caminho para o self interior e para uma sensação mais elevada do self" (Talento, 1993, p. 256) .

Considerando que ser humano é sentir, a enfermeira, não tem o direito de ignorar a emoção presente no utente e família. Este aspecto do ser humano é tão pessoal e profundo que merece todo o respeito da parte de quem cuida.

Pensámos que já vai o tempo em que entrar neste campo poderia ser perigoso, uma vez que o enfermeiro era "treinado" para ser uma pessoa onde a "emoção ficava à porta do hospital".

A vida, a reflexão e o contacto com diversas situações tem-nos ensinado que o único caminho para desenvolver a sensibilidade para connosco própria e os outros, é reconhecer e sentir os nossos sentimentos, tanto os dolorosos como os felizes.

As pessoas muitas vezes têm medo de olhar para dentro de si, porque temem ver apenas imperfeições. A sensibilidade para consigo próprio e os seus sentimentos pode ser ameaçadora, porque isso pode significar que não há caminho para lidar com os sentimentos ou alguém não é capaz de mudar. Além disso, pode parece mais fácil reprimir sentimentos, negá-los, recusar lidar com eles, o que pode "resolver" uma situação momentaneamente, mas mais tarde poderemos concluir que apenas o adiamos.

Aqueles que não são sensíveis aos seus próprios sentimentos, ou que os reprimam, têm dificuldade em ser sensíveis aos sentimentos dos outros e podem ser incapazes de lhes permitir expressar os seus sentimentos (Watson, 1995).

Watson (1995), defende que muitas das práticas educacionais em Enfermagem, desencorajam os enfermeiros a serem sensíveis, a não se envolverem com os sentimentos dos outros. Como resultado encontramos frequentemente, enfermeiros que dificultam a criação de relações interpessoais, para "**não se envolverem**", tendo "**comportamentos profissionais**" marcados pelo distanciamento, frieza e insensibilidade.

A "máscara" que acompanha os enfermeiros perioperatórios, e o serviço "fechado" onde trabalham, pode dar uma imagem falsa da realidade do cuidar perioperatório.

Como já focamos anteriormente, os cuidados de enfermagem perioperatória, são cuidados que se prestam antes da cirurgia, durante e após a mesma. Esta nova

identidade dos enfermeiros perioperatórios, tem resultado num contacto maior com os outros enfermeiros, utente e família permitindo ter acesso à cara e suas expressões.

Poderá alguém achar que este é um aspecto pouco significativo, mas para a comunicação, para poder-se estabelecer uma relação de ajuda, não deixa de ser relevante o facto de termos acesso ao rosto do outro, como elemento facilitador.(Fontes,1999)

Os momentos passados no BO, são considerados de grande intimidade, uma vez que a experiência da cirurgia é algo que intervém no que temos de mais intimo e que é o corpo.

Watson (1985), defende que a sensibilidade para consigo e os outros se constrói na formação de um sistema de valores humanístico – altruísta e na instilação da fé e esperança que compromete a enfermeira, a ajudar as outras pessoas a atingir objectivos, como satisfação, conforto e alto nível de bem estar.

Os três primeiros factores cuidativos já focados, formam os fundamentos filosóficos para a ciência do Cuidar. Os sete factores seguintes, resultam dos **"fundamentos"** já desenvolvidos, nos três factores anteriores, daí termos optado por uma reflexão mais abreviada de cada um deles.

– O Desenvolvimento de uma Relação de Ajuda e Confiança

Um dos instrumentos mais poderosos que a Enfermeira pode utilizar na relação de ajuda – confiança, é a comunicação, porque dela deverá resultar harmonia e cuidado.

O estabelecimento de relação interpessoal pressupõe um encontro com outra pessoa, permitindo o conhecimento do outro e do seu espaço de vida.

Se a outra pessoa, neste caso o utente, recebe da enfermeira perioperatória, sinais de preocupação, relativas aos seus problemas, mais facilmente se estabelecerá uma relação de confiança, de fé e de esperança face aos cuidados de enfermagem por parte do utente, proporcionando boa receptividade e abertura ao diálogo, mesmo em aspectos mais delicados.

A dificuldade em se estabelecer uma relação de ajuda, deve-se à ausência, de atributos que os enfermeiros deveriam possuir e desenvolver, tais como: **Congruência, Empatia, Receptividade e Comunicação Eficaz.**

Congruência, implica:

- exibir genuinidade, autenticidade e abertura se pretende o mesmo por parte do outro.

- Estar apto a questionar e aprender relativamente às dificuldades que experimenta com os outros.

- Responder às próprias experiências bem como às experiências da outra pessoa.

Empatia diz respeito à capacidade da enfermeira em responder aos sentimentos de outra pessoa sem fazer juízos de valor.

Durante qualquer dos momentos em que a enfermeira perioperatória presta cuidados, a empatia deve estar presente. Todos os momentos que antecedem e procedem o acto cirúrgico são marcados de grande sensibilidade e emotividade. A pessoa necessita de atenção especial e reforçada, pois como sabemos todos os aspectos e situações que envolvem o foro psicológico e físico pode ter manifestações diversas, para as quais a enfermeira perioperatória deve estar devidamente preparada, até porque teve formação específica.

A **Receptividade** está ligada a uma incondicional observação positiva da outra pessoa ou seja, valorização do outro sem julgamento ou avaliação dos seus sentimentos e está ligada a um conjunto de comportamentos:

- Manter o olhar dirigido para o utente durante a maior parte da interacção;

- Conversar com uma tonalidade de voz suave, de maneira a ser ouvida;

- Retirar a máscara, num primeiro contacto;

- Adoptar uma postura de disponibilidade e atenção;

- Inclinar-se em direcção à pessoa, para não dispersar a atenção;

- Adoptar uma expressão facial, de acordo, com o estado emocional da outra pessoa.

Como devemos concordar, este aspecto desenvolve-se nas visitas pré e pós operatórias, bem como no acolhimento, em que o enfermeiro aparece sem máscara e se dá a conhecer ao doente.

Se houver este contacto prévio, na sala de operações a máscara, não funciona como obstáculo, mas como algo necessário para manter um ambiente seguro e aí os olhos, a voz , a postura e o tacto tomam um relevo especial.

A comunicação consiste no conjunto de respostas cognitivas, afectivas e comportamentais usadas para transmitir uma mensagem para outra pessoa.

Jean Watson, enuncia três níveis básicos de comunicação que providenciam um contexto para a compreensão das pessoas:

- *"Nível somático (frequência respiratória e cardíaca, estado físico geral);*

- *Nível de acção (comportamento não verbal, em geral);*

- *Nível de linguagem (palavras e seus significados)"* (Watson, 1985: 85).

Pensamos contudo que o processo de aprendizagem sobre comunicação, vai continuando ao longo do nosso trajecto pessoal e profissional. Saber comunicar implica aprendizagem acente na reflexão, se acreditamos convictamente que ela é fundamental para o cuidar. A exigência que impomos a nós próprios para aprendermos e desenvolvermos novas formas de comunicar mais eficazes pressupõe termos presentes algumas directrizes fundamentais (Darley, 2002):

- Reconhecer e valorizar o facto de que a comunicação não verbal, pode corresponder a uma expressão mais fidedigna dos sentimentos;

- Ser o mais exacto possível na compreensão das mensagens, significados, comportamentos e sentimentos, tendo em conta a dimensão pessoal do outro;

- Estar atento a todos os níveis da mensagem enviada e reconhecer junto da pessoa se a mensagem recebida coincide com a enviada;

- Face a uma mensagem inapropriada, avaliar a situação e subjectividade comportamental da pessoa e decidir se a deve ignorar, admitir ou redireccioná-la de forma construtiva;

- Conhecer as condições que interferem na comunicação e modificar o seu comportamento de maneira a permitir que as mensagens sejam clara e mutuamente compreendidas.

A comunicação é um dos aspectos fundamentais nos cuidados perioperatórios. A enfermeira inserida numa equipa cirúrgica, onde o trabalho em equipa é uma componente fundamental no seu bom desenvolvimento, deve possuir um vasto conhecimento no âmbito da comunicação.

O trabalho em equipa exige que os seus membros sejam bons comunicadores. Para isso deve haver um conhecimento de todos, um respeito pelo trabalho de cada um e uma aceitação mútua como elemento fundamental para que a equipa funcione bem.

Nesta área de cuidados, a tensão o *stress*, o isolamento e o condicionamento provocado pelo ambiente que rodeia a intervenção cirúrgica (físicos: temperatura, arejamento, a falta de contacto com a luz natural, a presença de ruídos constantes, improvisações etc.) são uma constante, que podem condicionar a comunicação saudável e consequentemente por em risco o trabalho em equipe.

Uma boa comunicação assegura a continuidade de cuidados. Os enfermeiros do perioperatório tem necessidade de comunicarem com os seus colegas do internamento ou dos cuidados de saúde primários, no pré e no pós operatório, para que haja continuidade aos cuidados que o doente tem direito e necessita, evitando perdas de tempo.

Através dos registos efectuados na visita pré-operatória, durante a cirurgia, na UCPA e na visita pós operatória, é dada toda a informação necessária aos outros elementos da equipe de maneira a possibilitar a continuidade de cuidados.

Como a figura seguinte indica a comunicação deve efectuar-se tendo em conta os três aspectos intervenientes para que a comunicação se dê:

Emissor: o que emite a mensagem codificada ou "protegida".

Tipo de mensagem: verbal ou não verbal que é descodificada e filtrada por quem recebe a mensagem.

Receptor: o que recebe a mensagem, que envia o *feedback* ao emissor.

É importante não esquecer aspectos fundamentais da comunicação como: os diferentes canais - verbal e não verbal, bem como a atenção e o desenvolvimento que cada enfermeira deverá ter com as suas capacidades de escuta e observadora (não será por acaso que fomos criados com dois olhos, dois ouvidos e apenas uma boca!).

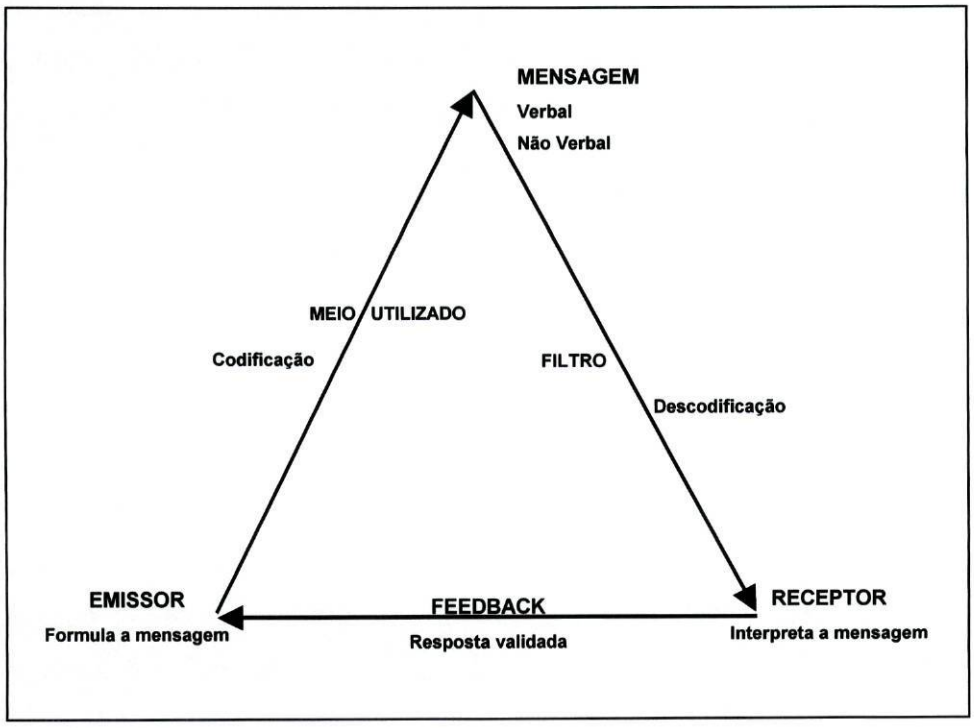


Figura n.º 8 - Processo de Comunicação

Fonte: Adaptação De Atkinson, Lucy Jo, *Berry & Kohn's, Operating Room Technique* – Mosby, 1999 :14

Uma das regras de ouro, para que a comunicação aconteça, segundo Atkinson (1999:16), sem percalços, está representada e ligada às iniciais da palavra **EARS** (ouvidos) e que optamos por manter, pelo facto de acharmos que o significado da mensagem se perdia com a sua tradução.

E – *Eye contact*: olhar olhos nos olhos.

A – Atenção: dar atenção aquele que fala.

R – Receptivo: acolher a mensagem sem julgar ou avaliar.

S – Sensibilidade: responder positivamente à mensagem.

– A Promoção do Ensino/Aprendizagem Interpessoal

É um factor cuidativo, que dá às pessoas o máximo de controle sobre a sua própria saúde, já que para isso lhes são oferecidas informações alternativas.

A enfermeira deve aprender a conhecer primeiro a pessoa que tem à sua frente, saber quais as suas necessidades e preocupações, para poder intervir indo ao encontro da realidade do outro.

Pelo nível de formação científica, humana e relacional que a enfermeira possui, deve estar consciente de que deverá ser principalmente facilitadora da aprendizagem que consegue através da relação interpessoal que se deverá estabelecer entre quem ensina e quem aprende.

A enfermeira perioperatória, tem uma grande oportunidade de desenvolver este factor. Quando faz a consulta ou a visita pré e pós operatória, através da relação que estabelece com o utente e família está numa situação privilegiada para poder fazer ensinos, não só sobre cuidados a ter antes da intervenção, como durante a cirurgia e após.

O ensino, por exemplo, em relação à higiene das vias aéreas, para facilitar uma melhor ventilação nomeadamente no pós-operatório; a necessidade de haver uma boa preparação intestinal ligada com a diminuição de infecção, distensão abdominal e cólicas no pós-operatória; a importância de referir o grau de dor que sente quando está prevista a utilização de um tipo de anestesia que o vai manter acordado durante a intervenção cirúrgica, assim como no pós-operatório imediato na unidade de recobro.

Vemos com algum interesse e necessidade, para assegurar a continuidade e também para que possa haver uma maior interligação entra a equipa, que nestas visitas, o enfermeiro do internamento pudesse estar presente, por defendermos

que haveria uma preparação mais eficaz, resultando numa melhor compreensão por parte do utente face a determinados procedimentos que antecedem a cirurgia.

Pensamos que os enfermeiros perioperatórios e os do internamento, poderiam aproveitar os momentos das visitas pré-operatórias, dentro das possibilidades de cada um, como espaços de aprendizagem comuns, uma vez que como já referimos há aspectos dos cuidados perioperatórios que enfermeiros doutras áreas desconhecem e também porque assim poderá concerteza assegurar-se a continuidade de cuidados.

O processo ensino/aprendizagem interpessoal faz-se ao logo da vida e em variadas situações. O importante para que se dê de facto, é haver respeito pelo trabalho de cada um, que passa pelo seu conhecimento, reconhecimento e envolvimento no trabalho em equipa multidisciplinar e multiprofissional.

5 – COMPETÊNCIACOM VISTA AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

"Seja qual for a profissão de um indivíduo,
a qualidade da sua vida é directamente proporcional
ao seu compromisso com a excelência" [17]
Vicent Lombardi

Ser enfermeiro é uma forma de estar na vida que marca qualquer um que opta por este caminho. O investimento que se faz e que também nos é exigido, pela responsabilidade que temos perante a pessoa e a comunidade, é muito grande e consome muito do nosso tempo. É por isso possível falarmos de um perfil base de

[17] CASCÃO,Ferreira; CUNHA, Namércio, Gestão de Competências, Porto, 1998, pág. 95

enfermeiro, para depois se poder abordar as competências e de desenvolvimento das mesmas.

Durante o tempo de formação, o futuro enfermeiro é confrontado com variadíssimas situações, vai adquirindo saberes, que o permite avançar duma forma progessiva e harmoniosa, possibilitando a aquisição de um modelo conceptual de cuidados, uma definição de um quadro de valores, que serão sua referência, e consequentemente desenvolver competências.

Neste processo tem de haver um envolvimento, como já referimos, do indivíduo, neste caso, do futuro enfermeiro, bem como toda a comunidade escolar. Entenda-se por comunidade escolar não só a escola, mas também todos os que estão envolvidos no processo de formação (professores de diferentes áreas de saberes, enfermeiros docentes e também enfermeiros da prática de cuidados).

Todo o cuidado é necessário para que o aluno, possuidor de características próprias, as desenvolva tendo como objectivo adquirir conhecimentos e competências para prestar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa, inserida numa família e numa comunidade.

Ao longo desta fase determinante no seu ser pessoa e futuro enfermeiro, deverá idealmente vivenciar situações de ser cuidado, para que possa através dessas experiências positivas criar a competência de cuidar (Cabral, 2001)

Durante o tempo de formação a futura enfermeira terá de adquririr saberes em vários áreas, que a possibilitem desenvolver competências. (Fig. 9)

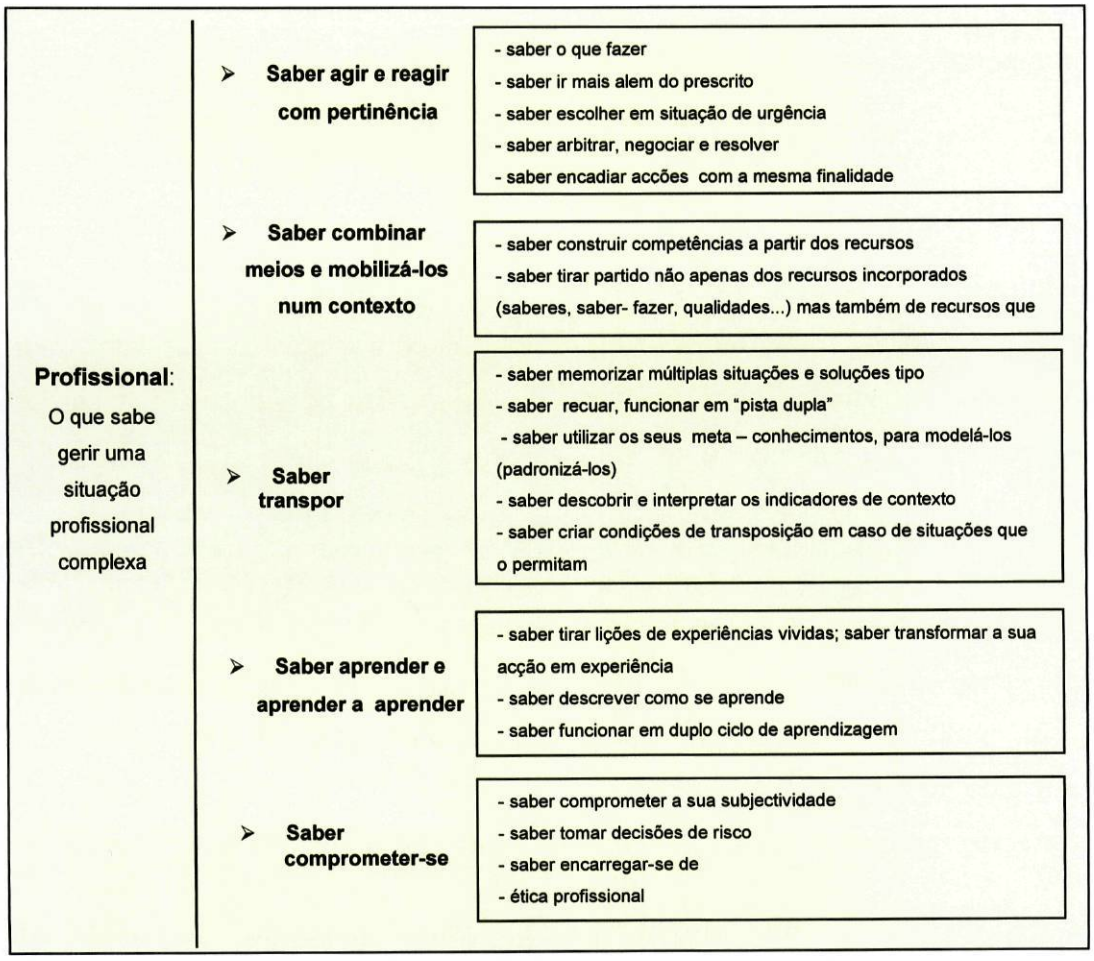


Figura 9 - Principais características esperadas no profissional, segundo Le Boterf

Fonte: LE BOTERF, Guy - Compétence et navigation professionnelle, Paris, 3ª édition., Éditons d' Organisation, 2000, p.108

Segundo o REPE enfermeiro é quem:

"*de acordo com as suas qualificações: Organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção...Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados....Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem...Participam na coordenção e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença*".

Falar de competências da enfermeira da área perioperatória implica fazermos uma breve, mas profunda reflexão sobre o que alguns peritos multiprofissionais pensam acerca de competência, competência profissional do enfermeiro e como poderá ser o processo de desenvolvimento e aquisição das mesmas.

No dicionário de Língua Portuguesa (Porto Editora, 2004:389) encontramos o significado atribuído à palavra competência que diz ser: *"conhecimento aprofundado e reconhecido que confere a uma pessoa o direito de julgar e decidir em certas matérias ou de exercer determinadas funções"* .

Esta ideia transmite que ser competente implica um processo complexo desenvolvido ao longo de um determinado tempo, porque advém de um conhecimento profundo e reconhecido, e que só porque fez este percurso lhe é concedido o direito de julgar e decidir. Mas este conceito dá uma dimensão da competência, porque a pessoa tem o direito de julgar e decidir em certas matérias ou exercer determinadas funções.

Pelo que percebemos a pessoa não pode ser competente em todas as matérias, o que está de acordo com a nossa capacidade humana que é limitada. Esta ideia faz-nos viajar no tempo e recordar uma frase que fomos ouvindo não só no seio familiar, mas também ao longo do nosso percurso académico e profissional: *"aquele que pensa saber de tudo, não sabe de nada"*.

Ao reflectimos sobre competência, não podemos deixar de ter como referência os planos de formação inicial e de formação especializada, que pretendiam assegurar um conjunto coerente de formação, constituído por um conjunto de interesses a despertar, capacidades a desenvolver e comportamentos a adquirir (Dias, 2003). Este tipo de formação possibilitava a inclusão de diversas categorias de

características individuais de competência ligadas à imagem que cada um constrói das suas competências, da possibilidade em as identificar e desenvolver.

O desenvolvimento de competências tem sido uma constante preocupação em todos os processos de formação, especialmente nas profissões consideradas técnico-científicas, onde a Enfermagem está incluída (Dias, 2003). Embora estejam implícitas, as Portarias que regulamentam os Cursos de Licenciatura em Enfermagem e os de Pós-graduação, não fazem referência directa e explicita da necessidade de desenvolver competências sócio-afectivas, relacionais e ético-morais.

O que acontece na maioria das Escolas (Dias, 2003) é que ao longo do desenvolvimento dos cursos, existem muitas horas de aulas com a finalidade de desenvolverem estas competências, acabando por no conjunto serem traduzidas por competências transversais adquiridas e desenvolvidas na interligação dos conteúdos das diferentes disciplinas que integram o *currícula* do curso, com as diversas actividades escolares, neste caso as práticas clinicas, que deveria implicar o contributo e envolvimento de todos os professores (Rey, 1996).

Atkinsone e Murray (1989) refere, em relação ao conjunto de competências sócio-afectivas e relacionais, que mais de 70% do trabalho profissional diário, é dedicado a actividades relacionadas com a comunicação, onde estão incluídas actividades como: ensinar, registar, fazer colheita de dados (anamnése de enfermagem), resolver problemas individuais e de grupo, dar conselhos.

Face a isto, compreende-se que as Escolas tenham o cuidado de preparar os futuros enfermeiros, para desempenharem esta tarefa. Os professores podem dar um contributo eficaz, se tiveram tido uma vasta experiência nesta área, promovendo simulações para treino dos formandos, o mais aproximado possível

da realidade, para que quando estiverem na prática clínica, não se sintam inibidos. Achamos importante referir este aspecto, porque através da experiência como docente, acreditamos que uma das maiores dificuldades que os jovens estudantes apresentam é iniciarem e manterem diálogo, o que pode dificultar a comunicação, que é uma das competências básicas atribuídas à enfermagem.

Neste momento, pensamos justificar-se uma preocupação e um interesse por parte das Escolas em promover o desenvolvimento do processo de formação e ou modelos de formação que possam integrar o desenvolvimento em simultâneo de várias competências (Dias, 2003), tais como: pessoais, chaves, genéricas ou de terceira geração, (ligadas ao saber fazer); científicas; técnicas; sócio-afectivas e relacionais; ético-morais.

Vários são os autores que conceptualizaram o modelo das competências profissionais a partir de cinco dimensões da enfermagem: saber; saber-fazer; saber-ser, saber aprender e saber transferir. (Minet ,1995; Pires 1994; Reboul, 1982).

Estas cinco dimensões, tem estado presentes na formação, mas agora com a inserção do ensino de enfermagem no ensino superior, começamos a verificar que a tónica é dada ao saber-ser, na tentativa de haver uma abordagem diferente ou seja pela qualificação.

Talvez esta nova "visão" possa estar certa, no entanto continuamos a pensar que as três dimensões devem permanecer juntas, porque se complementam e interagem, permitindo a abordagem pela qualificação.

Ser **competente** implica ter um conjunto de saberes ligados à formação inicial e à experiência adquirida ao longo da vida, de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta.

Adoptando um modelo construtivista da competência, parece-nos ser clara que a competência é cimentada no tempo e desenvolvida ao longo de um percurso profissional, feito de experiências e projectos, de estudos e de actividades, de desenvolvimento operativo, afectivo tendo em conta a filosofia do cuidar, não descurando também, a dimensão espiritual de cada doente.

Uma enfermeira competente deve reunir todos os saberes adquiridos – ou seja os cuidados de enfermagem que presta devem pressupor as vertentes: Científica, Técnica e Relacional.

O saber e o saber fazer são passíveis de serem ensinados, mas o saber ser e estar, que nos permite atender à vertente relacional, desenvolve-se de modo intrínseco em cada um.

Não queremos no entanto dizer que esta dimensão do saber não requer aprendizagem, o que seria falso, visto durante o processo de formação em enfermagem termos necessidade dos contributos das Ciências Humanas e Sociais, nomeadamente na área da Psicologia, para adquirirmos conhecimentos sobre a pessoa e aprendermos regras básicas que vão desenvolver a dimensão relacional do cuidar em enfermagem.

A competência, não é um estado ou um conhecimento adquirido, pois não se reduz a um saber, nem a um saber fazer. Ter capacidades ou possuir conhecimentos, só *per si* não significa, ser competente.

Podemos ter conhecimentos, mas não conseguir mobilizá-los no devido momento.

Todos os dias, as enfermeiras dão prova de que possuem conhecimentos, capacidades, mas a maior dificuldade que apresentam, principalmente o recém – formado é o de não saber ou conseguir mobilizar no momento oportuno, numa

situação de trabalho, esses mesmos conhecimentos e aplicá-los, de maneira a terem um desempenho competente. Falta o tempo, a experiência que são "duas peças" fundamentais para adquirir competência. "*Saber, não é possuir - é utilizar*" (Le Boterf, 2000).

A competência profissional desenvolve-se, na prática do trabalho e na ligação concreta com a teoria. Esta ligação bivalente exige empenhamento, sério e constante, iniciado durante a formação e que deve continuar ao longo da vida. Se por acaso for quebrado o elo, os riscos serão nefastos e obviamente deixa de se ser competente, podendo pôr em risco a vida daquele a quem são prestados cuidados.

A competência "constrói-se", segundo Le Boterf, na encruzilhada de três domínios, representados na figura nº 10.

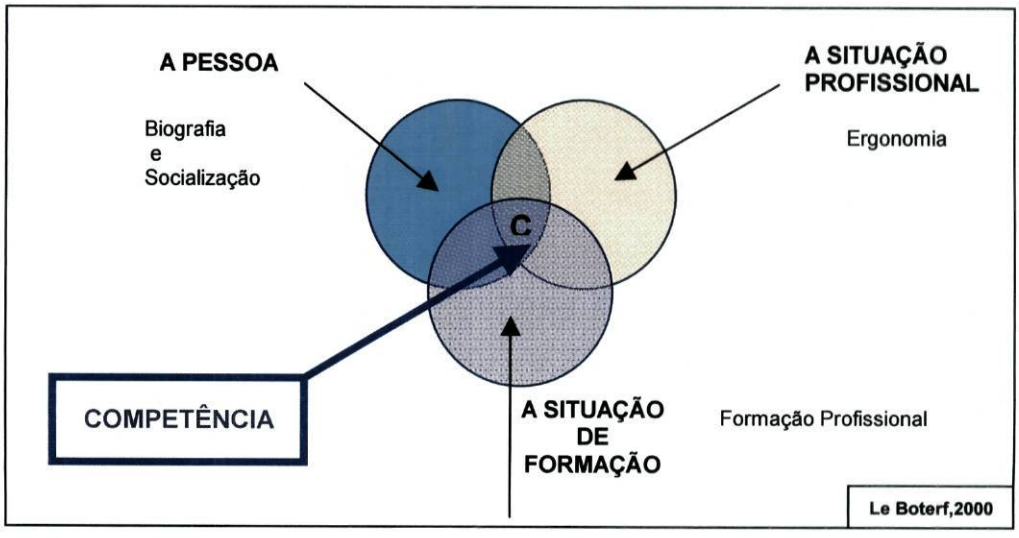


Figura n.º 10 – Definição de profissionalismo adaptado de Le Boterf

Fonte: LE BOTERF;Guy. Compétence et navigation professionnelle, Paris, 3ª édition Éditons d' Organisation, 2000, p.58

Assim podemos concluir que a competência não reside só nos recursos/meios - conhecimentos, capacidades a mobilizar, mas na mobilização desses mesmos recursos. A competência depende da resposta dada à ordem: **saber mobilizar!**

Para que a competência seja desenvolvida e adquirida, é preciso que se ponha em jogo um conjunto de recursos: **Conhecimentos; Capacidades Cognitivas e Capacidades Relacionais**, como aliás já referimos anteriormente.

Este é o equipamento e a condição necessária para ser competente, que justificará a necessidade de empenho e transformação, com a finalidade do "material" ascender ao estatuto de competência.

Exemplo do que acabámos de afirmar é pois o diagnóstico de enfermagem. Este não é uma simples aplicação de teorias biológicas, mas a passagem do saber à acção, sendo pois uma reconstrução: um processo de ajuste.

A enfermeira, neste caso do perioperatório, através da visita pré – operatória, onde tem contacto com o utente, família e com o enfermeiro da unidade de internamento, pode avaliar as necessidades, fazer o diagnóstico de enfermagem e juntamente com todos os elementos da equipa, pode traçar um plano de acção adaptado ao utente concreto.

Como se pode analisar na figura seguinte, o profissionalismo e a competência resultam não apenas de um **saber fazer** mas de um **querer fazer** e também de um **poder fazer,** que pode condicionar a competência.

Desenvolver competências implica interferir de maneira coerente e pertinente sobre estes três pólos (Figura 10).



Figura n.º 11. – Os três pólos a desenvolver para um profissional competente

Fonte: LE BOTERF, Guy Compétence et navigation professionnelle, Paris, 3ª édition Éditons d'Organisation, 2000

Resultante da reunião das condições favoráveis ao saber fazer, ao poder fazer e ao querer fazer, a construção de competências não é responsabilidade única do indivíduo. A responsabilidade é partilhada. São três os intervenientes que estão particularmente envolvidos/comprometidos: o utente, "o enfermeiro e o chefe do serviço que funciona como o " formador /gestor dos recursos humanos", a que o autor se refere.

A competência segundo GOMES (1999) "*Resultará da eficácia do ser humano enquanto veículo de experiências acumulativas ao longo da vida que no fundo vão determinar os comportamentos do indivíduo face aos contextos da prática*": Podemos assim afirmar que a competência em enfermagem poderá ser definida por um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades resultando na valorização e no desenvolvimento profissional que se vai manifestando em situações concretas de trabalho.

A competência tem de ter um suporte de múltiplos saberes em diferentes áreas do conhecimento, caracterizando-se por um questionar constante, permitindo dar uma resposta adequada nas diferentes situações, também elas em momentos que não serão necessariamente os mesmos. Daí podermos afirmar que o conhecimento deve ter características próprias; tem de ser aberto, dinâmico e flexível.

Quando se tenta definir competência encontramos inúmeros conceitos, que de alguma maneira coincidem, completando-se uns aos outros e em alguns casos parece até não existir consenso.

Pensamos que a justificação para não haver um conceito único, será devido ao facto de não se tratar de um fenómeno objectivo e que quando nos referimos a competência, não podemos reportarmo-nos apenas a um dado isolado, mas a uma complexidade de elementos que as constituem, condicionam e delas decorrem.

Uma ideia que nos parece ser importante reter é que, ser competente não é igual a possuir conhecimentos ou capacidades, porque a competência não é um estado ou um conhecimento possuído, nem tão pouco se pode reduzir a um saber nem a um saber fazer; é mais complexo do que o que acabamos de afirmar.

Parece-nos que podemos agrupar este conceito em três grandes ideias:

- A competência possui um duplo caracter operatório e finalizado: apenas tem sentido em relação à acção – ela é sempre **"competência para agir"** – e também na medida, em que realiza essa acção. A competência é indissociável da actividade pela qual se manifesta.

- É **relativa a uma determinada situação**. Tirando partido dos diferentes elementos dessa situação permite ao indivíduo adaptar-se a ela, ou adaptar-se às suas condições evolutivas.

- **Combina de forma dinâmica os diferentes elementos** que a constituem (saberes, saberes – fazeres práticos, raciocínios, análise, opções...).

Podemos em jeito de resumo, considerar as competências ligadas aos conjuntos de conhecimentos, de capacidades de acção e comportamentos estruturados em função duma finalidade, e num tipo de situação determinada.

Para Le Boterf (2000) a competência da pessoa depende da rede ou redes de saberes a que ela pertence e é guiada por sistemas de valores e de significações, por modelos que são socialmente partilhados.

Para o mesmo autor, fazer sem agir é pôr em execução uma técnica ou realizar um movimento sem projectar o sentido e a continuidade (encadeamento) que ele supõe. Pelo contrário o saber – agir impõe um conjunto de actos, onde a execução de cada um é dependente do desempenho de tudo ou parte dos outros actos.

Uma pessoa que age, que está envolvida numa acção de conhecimento ou compreensão, é guiada por sistemas de valores e de significações, designados por modelos. Parece-nos assim poder afirmar que a competência depende também do ambiente em que a pessoa se insere, uma vez que a construção de representações, a imagem que a pessoa tem de si e o sentido que dá aos projectos de acção, são fortemente influenciados pelo meio social e cultural no qual a pessoa se movimenta (Figura 12).

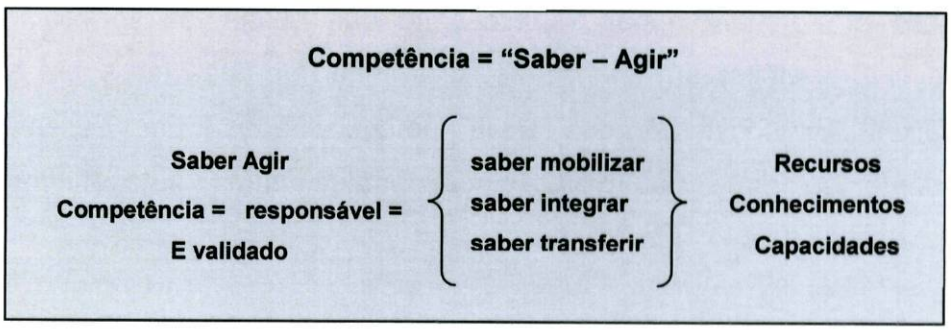


Figura nº 12 – Competência num contexto profissional

Fonte: LE BOTERF,Guy – *De la competence*, 1995

Segundo Gomes (1999), as competências nascem, desenvolvem-se, evoluem, envelhecem e desaparecem no contacto com a realidade, sendo assim um conceito mais "espacial" do que "temporal".

Uma competência representa assim, o início eficaz do saber e do saber-fazer para a realização de uma tarefa. É o resultado de uma experiência sendo esta observada objectivamente a partir do posto de trabalho e validada através da *performance* profissional.

Torna-se urgente, dentro dos diferentes contextos de trabalho, os enfermeiros discutirem sobre quais os valores que orientam a sua prática diária e sobre o que é importante para a prática de qualidade.

Collière (2003), defende que se não houver uma clarificação dos factores que podem influenciar as crenças e os valores subjacentes aos cuidados de enfermagem, a profissão pode adoptar, inconscientemente uma outra orientação ou mesmo até sofrer influências diversas.

Aos enfermeiros é-lhes pedido/exigido que mostrem que são indispensáveis, isto é não podem nem devem ser substituídos por outros, a troco de nada.

Para isso em primeiro lugar é necessário que estejamos convencidos disso mesmo; o que implica um conhecimento profundo de cada um sobre si mesmo, uma avaliação constante das suas potencialidades, um desenvolvimento permanente ao ritmo da evolução, sustentada numa auto–estima e auto-confiança.

Á semelhança do que se passa à nossa volta, os enfermeiros, que constituem o maior grupo de entre todos os profissionais de saúde, deveriam darem-se a

conhecer, sem receios e medos, a conhecer e dizer claramente às pessoas quem são e o que têm para "dar".

O enfermeiro, bem como outros profissionais de saúde, ainda pertencem ao número de pessoas que não se deixam conhecer. A imagem do profissional de saúde ligada a uma actuação "misteriosa" ainda permanece na mente de muitas pessoas, porque elas não conhecem o que eles fazem na realidade.

O domínio dos cuidados é em primeiro lugar o campo de decisão e de iniciativa própria da enfermagem, como o afirma Collière (2003).

Este domínio está longe de ser uma série de tarefas que resultam de uma imagem histórica que foi criada e que pertence ao passado. O executor de tarefas, não pensa, faz apenas aquilo que está prescrito.

É certo que determinados cuidados que o enfermeiro presta, resultam de prescrições médicas e que se denominam de cuidados interdependentes. No entanto a sua execução exige ao enfermeiro discernimento, conhecimento e análise crítica sobre a razão de ser desses cuidados para poder decidir e ter iniciativa própria, resultante da sua preparação científica, para a execução dessas mesmas prescrições (Collière, 2003).

Pretendemos com isto afirmar que a colaboração do enfermeiro com outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos, requer uma relação estreita, acente no respeito pelo conhecimento e competências que cada um possui, pelo contributo que cada utente espera de cada um, quer em conjunto, ou isoladamente.

Isto leva-nos a focar outro ponto também fundamental na prestação de cuidados, ligada com o trabalho em equipa multiprofissional, que deverá ter como base o diálogo, a partilha de tomada de decisão e de iniciativas tomadas em conjunto.

Como afirma o Professor Doutor Nuno Grande, é importante que todos quantos exerçam a sua profissão ligada à saúde utilizem um tipo de relacionamento sustentado em valores éticos, deontológicos e cívicos. Só assim se pode falar em trabalho em equipa multiprofissional, por sermos diferentes, termos competências distintas, úteis e complementares, tendo em comum o objectivo que orienta o trabalho de equipa - cuidar daquele que nos confia o seu bem mais precioso que é a vida.

Tendo em conta a aquisição e desenvolvimento de competências, os pressupostos que devem sustentar esse percurso e que advêm de tudo o que acabamos de desenvolver, pensamos ser os seguintes:

- **A pessoa é a primeira fonte de conhecimento**. Segundo Colliére (2003), é uma competência da enfermeira avaliar a situação de cuidados e o modo como são proporcionados à pessoa ou grupos, tendo especial atenção às mudanças que nela se operam, podendo antecipar-se à evolução a curto, médio e longo prazo;

- **Os registos de enfermagem**, são importantes para um conhecimento contextual indispensável à competência, permitindo a avaliação dos cuidados, assegurar a continuidade de cuidados assim como poderem facultar indicadores passíveis de serem estudados, tendo em conta a melhoria da qualidade de cuidados;

- **Uma definição de valores** orienta a delimitação do campo de intervenção das enfermeiras, orientando a competência, ao permitir um fio condutor na tomada de decisão em cada uma das situações de cuidados;

- **A procura de novas fontes de conhecimento**, pode proporcionar à enfermeira uma maior diversidade na valorização da vida, adaptando e individualizando os cuidados de acordo com as necessidades de cada um;

- **A componente relacional** é um factor indispensável e um contributo precioso para "dar o estatuto" de competências a outros saberes postos em prática, indispensável no trabalho em equipa.

Um profissional baseado nas sua experiências, transforma a acção. Ele não se pode limitar a saber–agir ou a saber-fazer. Segundo Fernandes (1999) o profissional faz da sua prática uma oportunidade de criar saber.

Le Boterf (2000) afirma que de um profissional influenciado pelo seu percurso profissional, bibliográfico, pelo saber agir na sua vida pessoal, social e /ou profissional, se espera uma reflexão sobre a acção e não apenas a sua antiguidade e/ou diploma.

Segundo o mesmo autor, para aprender a aprender face à acção a pessoa:

- Ou age sem alterar os fundamentos das suas representações ou teorias de acção subjacentes, onde podemos incluir os valores, directrizes e hipóteses;

- Ou modifica as representações para agir de maneira diferente corrigindo não apenas a acção, mas a teoria, a lógica subjacente que fundamenta a acção.

Esta perspectiva de aprender a aprender, como sendo uma das características que a pessoa, neste caso a enfermeira deve possuir para poder evoluir e manter-se aberta à mudança, tem por base uma filosofia de vida. A pedagogia acente nesta perspectiva, motiva o profissional para aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida, desde que ele esteja convicto de que todo o percurso da vida é de aprendizagem e que a aprendizagem de toda a vida é uma abrangência dinâmica, sem a qual nos arriscamos a viver ao nível do "infra - humano".

Patrícia Benner (2001) enfermeira americana, numa conferência em que tivemos oportunidade de participar, afirmou que através dos estudos que efectuou com enfermeiras, tinha verificado que à medida que elas iam adquirindo experiência clínica, a sua orientação mudava.

Abandonavam a execução rotineira, com que tinham saído da escola e através da integração e selecção dos conhecimentos, iam reajustando os critérios de tomada de decisão.

Daí justificar a progressão que a enfermeira faz desde que é iniciada até atingir o grau de perita. Este processo é inevitável e acontece na vida de cada um,. Deverá haver um esforço continuado mesmo que não consiga chegar a perita.

Se recordarmos todo o nosso percurso pessoal e também profissional, não podemos negar que somos um ser em constante evolução e que para isso foi necessário adquirir conhecimentos e competências para cada um "dos degraus que fomos subindo na nossa história de vida".

Na mesma conferência tivemos a oportunidade de ouvir o Professor Doutor Nuno Grande, dar uma nova dimensão de competência,: *"atinge-se a excelência através da conjugação da competência exercida como expressão da cidadania, com um código que exprime o valor transcendental da vida humana"* (Nuno Grande, 1997)

A aprendizagem da cidadania está ligada à aprendizagem da competência. Concordamos que existe uma relação entre a cidadania e o cuidar, porque têm princípios comuns.

Somos enfermeiras e não deixamos de ser pessoas que fazem parte da população, como tal também cidadãos vulneráveis e consumidores dos cuidados de saúde.

Como afirma Freire (1995), cidadão significa *" indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um estado"* e cidadania *" tem que ver com a condição de cidadão, quer dizer, com o uso dos direitos e o direito de ter deveres de cidadão".*

Manuel Antunes (2000) acerca deste mesmo assunto escreveu:

"as pessoas estão cada vez menos solidárias, menos perturbadas com o sofrimento alheio. (...) Frequentemente se tem a impressão de que os hospitais foram feitos para dar emprego a umas centenas ou, em alguns casos, milhares de trabalhadores e de que o

principal problema são os doentes! É, no entanto, curioso que os mais críticos ao modo de funcionamento das instituições de saúde públicas são os próprios funcionários, quando passam à situação de doentes".

A cidadania, pratica-se, constrói-se sendo um processo contínuo, iniciado "desde o berço" e continuado ao longo da vida.

Que implicações terá esta ligação entre competências de enfermagem (e outros profissionais de saúde) e cidadania, na formação de futuros enfermeiros, e na prática de cuidados?

Se apostamos na qualidade e preparamos os futuros enfermeiros para ela, temos que preparar pessoas para que possuam um *know how* que lhes é próprio, "especializadas" em cuidar de pessoas.

Este *know how* implica um trabalho profundo, constante e perseverante, com o objectivo de desenvolver as competências acompanhando o processo dinâmico da evolução dos saberes, o que implica atenção, reflexão e capacidade de crítica.

"O que exigem de nós não é uma competência aplicativa, simplista e muda, mas sim uma metacompetência reflexiva e crítica, inteligente e estratégica, que se traduz no saber pensar e na obrigação de o fazer a todo o instante, no exercício das práticas" (Sá-Chaves, 2000:90)

Esta ideia permite ter um olhar novo sobre a noção de competência e adequada ao que é exigido a uma enfermeira, para que possa ser considerada competente.

Não contradiz o até agora foi referido, trata-se de uma mudança de atitude ao nível da competência reflexiva, que tem preferência *"por uma acção reflectida, humanizada, oportuna, pertinente e ajustada que veicule o que se sabe, o que se sente e que se acredita ser o melhor para aquela situação e momento"* (Sá-Chaves, 2000:90)

O enfermeiro pelos cuidados que presta, pela relação que estabelece, pelos conhecimentos que adquire, tem de possuir competências próprias e estar disposto a desenvolvê-las ao longo de toda a sua vida, correndo o risco de ser "ultrapassado" e rapidamente se sentir descontextualizado, impedindo de continuar a exercer a profissão

A definição de competências dos enfermeiros, foi um objectivo sempre presente desde os primórdios da enfermagem, mas que ao longo destes anos, tem sido alvo de reflexão e estudos. Como se poderá compreender este processo tem gerado alguns conflitos dentro de grupos multiprofissionais, o que consideramos ser fundamental, para uma definição clara e objectiva das funções de cada profissional de saúde, tendo em conta, a visão global do que são cuidados de saúde, a quem se destinam, quem os deve prestar e qual a metodologia mais apropriada.

Assim e tendo em conta:

- O reconhecimento da Enfermagem, como uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem;

- A formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional a nível do ensino superior desde 1988, o desenvolvimento induzido pela investigação, tem delimitado a enfermagem como um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e da autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde;

- A própria evolução da sociedade e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem da mais elevada qualificação técnica, científica e ética, para satisfazer os níveis de saúde cada vez mais exigentes;

- A criação da Ordem dos Enfermeiros, através da aprovação dos seus estatutos (Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril);

- A definição de cuidados de enfermagem (OE, 2001);

- As funções dos enfermeiros definidas e descritas no REPE, desde 1996;

conduziram a que a OE tivesse investido, nestes últimos quatro anos, na definição das competências dos enfermeiros generalistas.

Para isso foi delineado um percurso, permitindo a contribuição do maior número de enfermeiros das diferentes áreas de actuação, através de *Workshops* e Fóruns.

A definição foi concluída em Outubro de 2003, após ter sido efectuada uma análise dos resultados obtidos durante o percurso supra citado e de um trabalho realizado pelo ICN *Framework of Competencies for the Generaliste Nurse* (OE, 2003).

Na figura seguinte e de uma forma esquemática, estão esquematicamente apresentadas as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem da OE .

Segundo a OE :"*A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*" (OE, Outubro, 2003)

A divulgação por todos os enfermeiros foi feita através orgão de informação da OE, que é a Revista tendo sido posteriormente publicada em separata: Divulgar, também ela distribuída a todos os enfermeiros em Maio de 2004.

Esta metodologia teve como finalidade, dar a conhecer a todos os enfermeiros as competências dos enfermeiros generalistas.

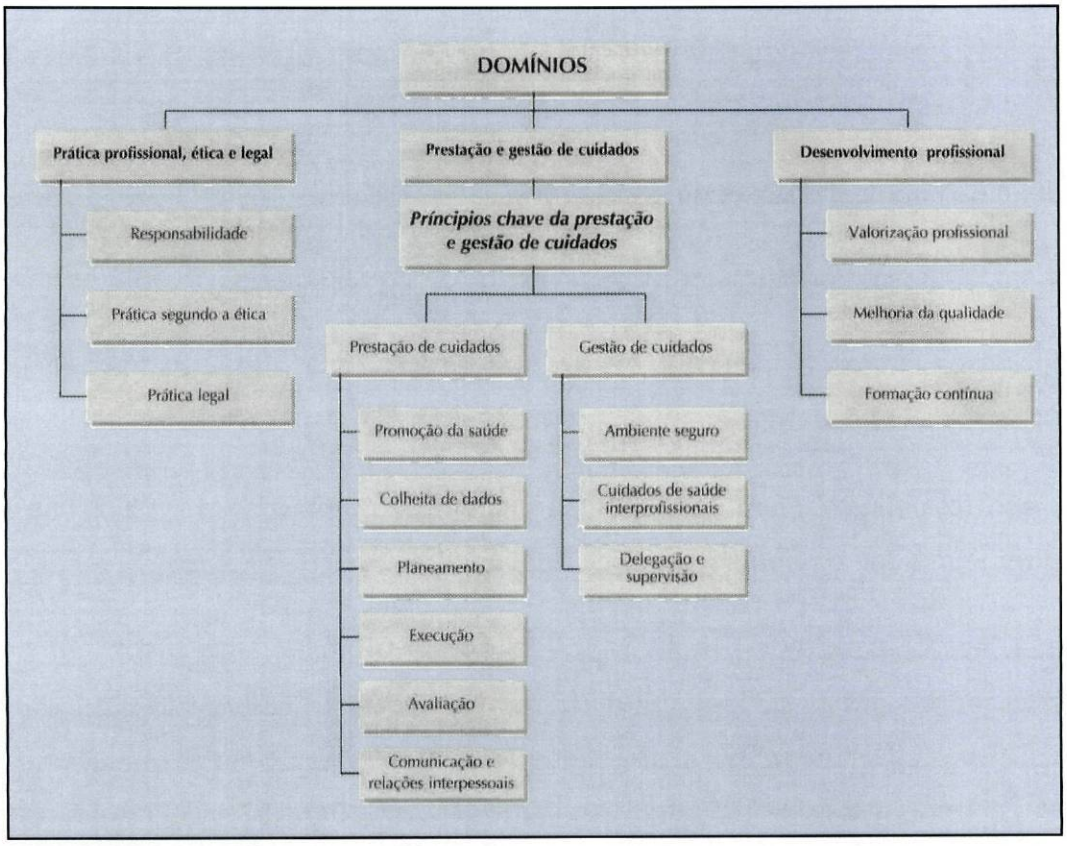


Figura nº 13 – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

Fonte: ORDEM DOS ENFERMEIROS; Revista, nº 10, Outubro de 2003: 54

A sua divulgação junto das Escolas Superiores de Enfermagem, pretendeu que, face a esta definição, o currículo dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem fosse repensado, de maneira a poder garantir a aquisição e o desenvolvimento dessas mesmas competências, durante o processo de formação dos futuros enfermeiros.

Após a definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, será altura e talvez urgente a Ordem dos Enfermeiros, a par da certificação individual de competências, definir as competências dos Enfermeiros Especialistas.

Uma vez que o nosso estudo tem como foco de atenção, os cuidados especializados em Enfermagem Perioperatória, impunha-se uma reflexão sobre as competências dos enfermeiros especialistas.

Está definido no REPE enfermeiro especialista como sendo:

"é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade" (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

A publicação da Portaria n.º 268/2002, de 13 de Março, veio regular o funcionamento dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) nas áreas existentes até ao momento: Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Reabilitação.

O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade e é atribuído, pela OE, aos profissionais que, já detenham o título de enfermeiro, possuam um Curso de pós-graduação que, nos termos do diploma de instituição, confira competência para a prestação de cuidados especializados. (DL nº 104/98)

Foi neste contexto, que o Conselho de Enfermagem (CE) elaborou uma Matriz orientadora, que permitisse, pela sua divulgação prévia, dar algumas directrizes

para a elaboração dos Planos de Estudos, nomeadamente no que diz respeito à duração mínima dos CPLE e dos estágios, à formação do Coordenador e responsáveis pelos estágios, temas comuns a todos os cursos e específicos que cada curso deveria ter, de acordo com a área de especialidade a que se destinasse, assim como os estágios específicos que deveria privilegiar.

Os pareceres são desde então emitidos, pelas diferentes Comissões de Especialidade da OE e de Formação, após avaliação do Plano de Estudos dos CPLE feita através de uma grelha elaborada à luz da Matriz.

Apesar de não estar ainda completado o trabalho necessário à definição das competências específicas dos enfermeiros especialistas a OE, estabeleceu que: nos CPLEE: "*deveria procurar aprofundar-se a capacidade para conceber cuidados de enfermagem especializados, reflectindo sobre a natureza própria do domínio da enfermagem geral e especializada, por forma a que o enfermeiro especialista desenvolva progressivamente uma prática de cuidados cada vez mais proficiente, desenvolva de forma continuada as suas competências para proceder a uma supervisão clínica eficaz e para optimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Assim, e tendo em conta a necessidade de um aprofundamento sistemático dos aspectos relacionados com a ética e a deontologia profissionais, deverão ser temas comuns aos diferentes planos de estudo dos CPLEE: - Enquadramento Conceptual dos cuidados de Enfermagem; - Liderança, Gestão de cuidados e Supervisão clínica; - Ética e Deontologia da Enfermagem; - Questões Legais associadas aos cuidados de saúde*" (OE, 2002).

Foi esta a solução que a OE encontrou, para poder assegurar a formação de enfermeiros especialistas, mas que não substitui a necessidade de rever as áreas de especialidade, assim como a definição das competências comuns que a enfermeira especialista deverá adquirir e desenvolver, independentemente da área.

Parece-nos, que se impõe a necessidade de formação de profissionais de enfermagem que tenham a capacidade de responderem de forma adequada e atempada às necessidades da pessoa, família e comunidade, respeitando os limites das suas competências, promovendo o trabalho em equipa e participando de uma forma activa na definição de uma política de saúde eficaz e adequada às necessidades do País.

Tendo em conta toda a reflexão que temos desenvolvido, acerca deste assunto, baseada não só na experiência da prática de cuidados, mas também na formação de enfermeiros, no contacto com os utentes/família e em debates com enfermeiros, acompanhada de leitura específica, fomos construindo conceitos ao longo de todo o nosso percurso profissional, optando pela partilha.

Pensamos que o enfermeiro especialista deverá possuir um conhecimento de grau elevado, capacidades e competências privilegiando a relação enfermeiro/utente e família, orientadas pelos valores da profissão, com o objectivo de obter o maior número de resultados esperados, recorrendo à análise critica e reflexiva, para fundamentar tomadas de posição e a resolução de problemas de saúde da pessoa/família/comunidade.

Através da formação e das competências que adquiriu, o enfermeiro especialista deverá estar capacitado a trabalhar com autonomia, inserido numa equipa multiprofissional, utilizando o processo de enfermagem nos diferentes níveis de prevenção. Deverá ainda ter adquirido competências, para poder ser formador de enfermeiros e outros profissionais de saúde, para a gestão e para a investigação.

A formação inicial e especializada deve ser desenvolvida, no respeito, dignidade, aceitação de si e do outro, disponibilidade, responsabilidade, verdade, humildade, justiça, liberdade e autonomia, que são os valores que deverão reger a profissão, para que se tornem alicerces do nosso ser e estar em enfermagem. Vemos que

deverão ser relembrados, numa formação especializada, por ela capacitar a enfermeira para uma intervenção, mais ampla.

Tendo em conta que a formação especializada, prepara enfermeiros especialistas a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana, ela deve salientar alguns princípios pedagógicos usados na formação de adultos, tais como a motivação, a flexibilidade e a autonomia (Bireaud, 1995; Alarcão, 1996; Canário, 2003;)

Parece-nos que tendo em conta os valores e os princípios pedagógicos, que defendemos, só poderemos defender um modelo de desenvolvimento de competências inserido num processo construtivista, onde é requerido à equipa pedagógica uma atitude motivadora, facilitadora e flexível, permitindo uma progressão harmoniosa na formação, tendo em conta a área de cuidados, as competências a desenvolver e o projecto formativo de cada formando.

Pensamos que as competências comuns a todos os especialistas deveriam ser no domínio da prática de cuidados, da gestão, da formação e da investigação, ligada ao desenvolvimento de saberes, interagindo entre elas e com as específicas da área da especialidade (Figura 14)

Estas competências comuns denominamos de competências transversais.

As outras competências estão ligadas aos saberes adquiridos e são específicas da área de especialidade.

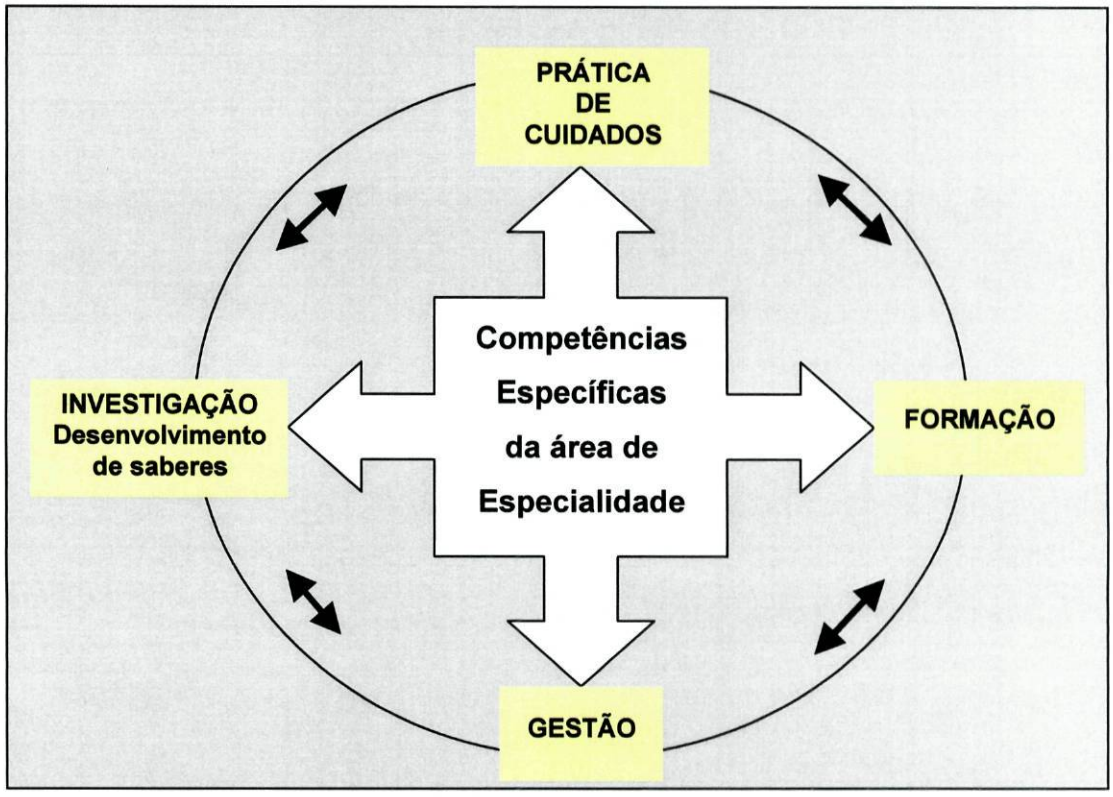


Figura 14 - Competências dos Enfermeiros Especialistas

Criação da Autora

O alvo da intervenção da enfermeira especialista, deverá incidir nos três níveis de intervenção, definidos pelo utente, equipa e sistema, onde está inserido.

Gostaríamos que este modelo fosse analisado por outros colegas, para em conjunto estudarmos a sua viabilidade. Poderá ser ponto de partida para uma definição concreta das competências e sobretudo que reuna consenso.

5.1 - Competências da Enfermeira Perioperatória

A cirurgia é uma experiência única na vida de qualquer pessoa que a ela é submetida. Única, porque é diferente de qualquer outro tipo de terapia. A Enfermeira terá de ter uma visão holística, isto é, olhar para a pessoa, perceber o que se está a passar, tendo em conta o seu contexto pessoal e familiar.

A cirurgia, é descrita como uma alteração planeada no corpo humano para: travar, aliviar ou irradiar um processo patológico, mas esta não é a definição duma experiência única, como é a cirurgia, porque esquece as dimensões biosocial e psicológica do cliente/utente.

Os cuidados de enfermagem, contudo, tornou esta definição muito mais completa, desde que a especialidade de enfermagem perioperatória foi surgindo nos diferentes países. Esta especialidade tornou-se um importante e vital factor no sucesso na intervenção cirúrgica planeada.

A enfermagem perioperatória é um desenvolvimento natural da enfermagem de sala de operações, como ela foi e ainda é praticada há longos anos. Mas a enfermagem perioperatória envolve cuidados de enfermagem ao cliente/utente e família, nas três fases da intervenção cirúrgica.

Como, já anteriormente referimos, a história da enfermagem está intrinsecamente ligada à da medicina.

Médicos e cirurgiões, sentiram necessidade de terem outras pessoas que o ajudassem a tratar dos doentes e a preparar / tratar o material para as cirurgias. Essas funções, foram como é de todos conhecido, atribuídas na maioria das vezes

pessoas do sexo feminino. Foram assim que surgiram as primeiras enfermeiras da qual destacamos Florence Nightingale como sendo pioneira da nova enfermagem.

Desde 1875 que nos currículos escolares das Escolas de Enfermagem dos Estados Unidos, Canadá e do Reino Unido apareceram os primeiros conteúdos referentes as sala de operações, nomeadamente a nível de instrumental cirúrgico, preparação para a cirurgia, bem como em relação aos cuidados com os pensos cirúrgicos e hemostase, como relata Linda Groah no seu livro *Perioperative Nursing* escrito em 1996

No Canadá, continua a haver uma formação especifica para enfermeiros, que trabalhem ou tenham trabalhado pelo menos três anos em cuidados perioperatórios. Porque só assim teriam a experiência na área, bem como conheceriam os *standards* da ORNAC sobre a prática na sala de operações fundamental para progredirem na formação. Serão após esta formação de 180 horas (120 teóricas e 60 práticas) enfermeiros especialistas.

Nos Estados Unidos da América, a situação é idêntica. Desde 1984/5 que os enfermeiros registados, podem ter uma formação organizada e orientada, desde que iniciam as suas funções no Serviço de Bloco Operatório. A AORN, redefiniu a prática da enfermagem perioperatória baseada nos *Standards* e Práticas Recomendadas e por ela elaborados, para esta área de cuidados enfermagem.

Esta organização defende que o enfermeiro do perioperatório providencia pela continuidade de cuidados ao doente na fase perioperatória, usando para isso métodos e conhecimentos científicos, com a finalidade de dar resposta ou atender às necessidades do doente durante a cirurgia.

Nestes dois Países, bem como na Nova Zelândia, as enfermeiras perioperatórias têm que pedir a certificação das suas competências, em períodos pré--estabelecidos (de três em três anos) para poderem continuar a ter o título de enfermeiras especialistas e prestarem cuidados perioperatórios.

A exigência demonstrada nestes países, tem aspectos culturais, onde o erro, a negligência, são severamente punidos.

Pensamos também que não poderá ser só este aspecto que orientará este processo, mas sim o facto de só permitirem prestar cuidados de enfermagem, quem demonstrar competências para isso.

No nosso País e com a ajuda da Declaração de Bolonha começa-se a pensar e a definir as estratégias para se darem os primeiros passos na certificação de competências, na acreditação das Escolas e dos espaços onde os enfermeiros desenvolverão as suas práticas clínicas.

Não podemos deixar de concordar plenamente com a necessidade e com a urgência do início deste processo com a maior brevidade possível, dirigido e controlado pela Ordem dos Enfermeiros.

Claro está, que será um processo complicado e difícil, sobretudo, numa fase inicial, mas estamos convictas de que será uma mais valia para a enfermagem, como ciência e para a manutenção e desenvolvimento da sua autonomia e da produção científica.

Desde que o enfermeiro inicia a sua actividade nesta área, ele vai necessitar de tempo para adquirir a competência de enfermeiro desta área, que como podemos verificar pelo esquema seguinte só ao fim de 2 anos estará adquirida. É um

processo dinâmico e continuo que requer constante reavaliação individual e constante de cada enfermeiro que trabalha na sala de operações.

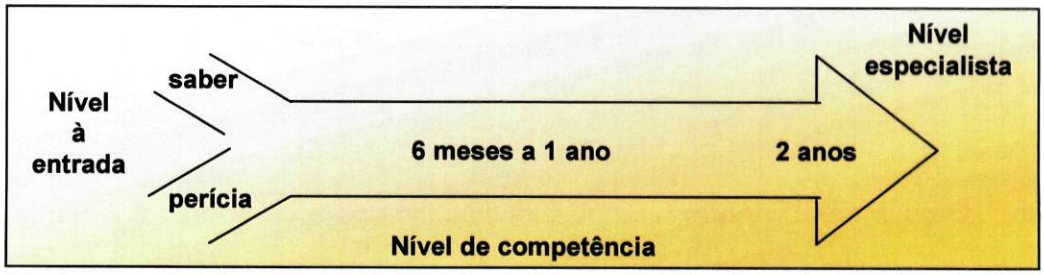


Figura n.º 15 - *Continuum* na aquisição de competências do enfermeiro perioperatório

Fonte: Compreensive Perioperative Nursing (1993: 55)

A enfermagem perioperatória, representa um desafio multifacetado para o enfermeiro de sala de operações. Durante a sua prestação de cuidados ele tem oportunidade de:

- Preparar o utente e família para a cirurgia;

- Providenciar pelo conforto e pelo suporte aos diferentes níveis não só ao utente mas também à família;

- Usar a metodologia científica através da resolução de problemas, providenciando e garantindo uma total segurança durante o período perioperatório, ao utente e família.

Executando as diversas funções, como instrumentista, circulante, anestesia, ou na UCPA a enfermeira perioperatória deverá estar sempre em sintonia com o que se está a passar na sala, como elemento da equipa cirúrgica que integra.

A enfermagem perioperatória é única: isto implica um serviço especializado durante o período perioperatório, que tenha como prioridades prestar cuidados de enfermagem ao cliente e família, dando continuidade aos cuidados iniciados noutros serviços e respeitar a individualidade das necessidades dos clientes.

Para prestar cuidados de enfermagem, individualizados a cada utente e família a enfermeira necessita de seguir os passos do processo de enfermagem. Esses passos que todos nós enfermeiros independentemente da área de actuação, já os conhecemos. Usar o processo de enfermagem faz-nos pensar enfermagem, agir de acordo com os conhecimentos adquiridos, usando uma sequência lógica e fundamentada no saber. Ajuda a personalizar os cuidados através da avaliação, planeamento e intervenção dirigida a uma pessoa concreta. Os passos estão e têm de estar determinados, mas os cuidados esses tem de ser definidos e direccionados à pessoa como ser único e irrepetível.

Avaliar, estabelecer um diagnóstico de enfermagem, planear intervenções, implementá-las e reavaliar requer um conjunto de conhecimentos, sendo já uma prática em alguns BO. Para isso é utilizada uma metodologia científica de resolução de problemas, possibilitando uma prestação de cuidados de qualidade onde a avaliação dos resultados obtidos, feita na visita pós-operatória, permite fazer uma análise correcta dos cuidados prestados, desenvolver uma reflexão crítica podendo assim concluir se os cuidados prestados foram ao encontro das necessidades e expectativas do doente.

Esta metodologia possibilita à enfermeira perioperatória projectar possíveis alterações em intervenções futuras. O ciclo do processo de enfermagem apresentado na figura seguinte, demonstra a continuidade dos cuidados.

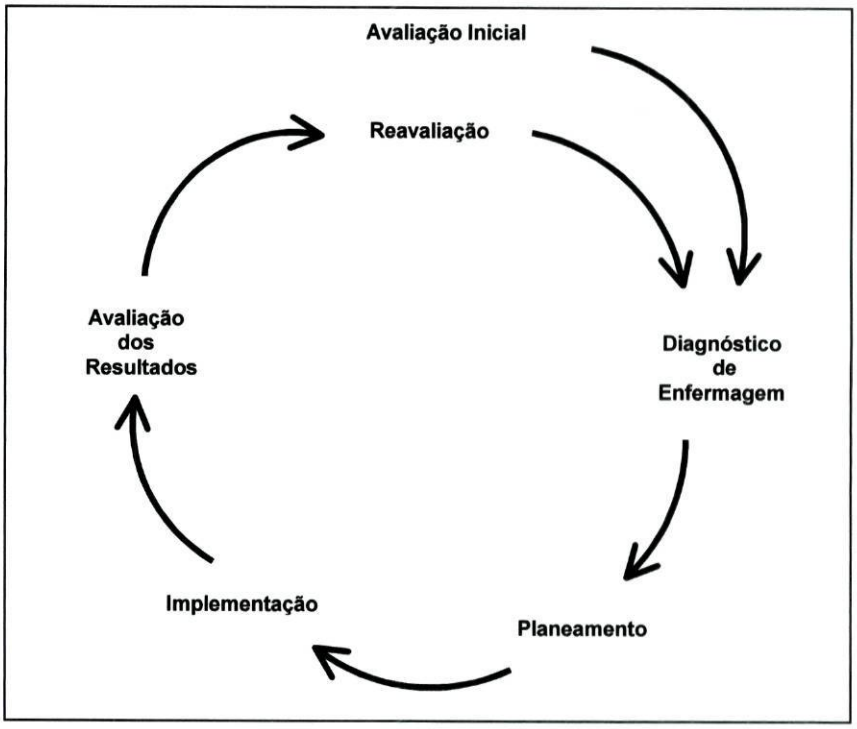


Figura nº 16 - Ciclo Natural Do Processo De Enfermagem

Fonte: Fairchild 1996

Jean Watson (1985), considera o uso sistemático do método científico da resolução de problemas tão importante para a ciência do cuidar, como para a abordagem humanística.

"Sem o uso sistemático do método científico de solução de problemas, a prática eficaz é acidental, na melhor das hipóteses, e fortuita ou prejudicial, na pior das hipóteses. O método científico de solução de problemas é o único método que permite o controle e a previsão, e isso permite a auto-correcção. Sem a aplicação do método científico de solução de problemas, a enfermeira pode usar outros métodos como: a tenacidade, no qual alguém acredita em alguma coisa e adere a isso; o apriorismo, o método intuitivo de conhecer "antes do facto"; ou o método da autoridade, no qual alguém recebe informação, opiniões ou ideias de uma autoridade e aceita–as como leis, porque 'uma autoridade o disse" .

Será o uso sistemático deste método que levará a enfermagem e as enfermeiras à prática do cuidar?

A enfermeira, desenvolveu o seu processo de formação, para intervir desta maneira, usando este processo constantemente, porque só assim poderá prestar cuidados pautados pela qualidade tendo como objectivo final a excelência dos mesmos, independentemente da sua área de intervenção.

Os passos do processo de investigação, apresentados por Watson (1985), para demonstrar que o método é útil em todas as actividades de enfermagem, permitem a sua interligação com o processo de enfermagem, como se pode verificar no quadro seguinte.

PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	PROCESSO DE ENFERMAGEM
Formulação do problema Revisão e uso da literatura Formulação da estrutura teórica Formulação de hipóteses Definição de variáveis	**Apreciação**
Determinação das variáveis que vão ser medidas Determinação do plano de pesquisa ou de como o problema será conceptualizado Delineamento da população ou pessoas a incluir na pesquisa	**Planeamento**
Selecção e desenvolvimento de um método de colheita de dados	**Implementação**
Formulação de um método de análise e avaliação de dados Determinação de como os dados são interpretados Determinação de um método de comunicação dos resultados	**Avaliação**

Quadro n.º 6 - Combinação entre os passos do processo de investigação e os passos do processo de enfermagem, apresentada por Jean Watson

Fonte: WATSON, Jean – *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, p.34

A enfermeira perioperatória:

"Tem a seu cargo a prestação de cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico. O termo perioperatório utiliza-se como uma expressão genérica para incluir as três fases da experiência cirúrgica do doente: o período pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório" (Cadete, 2000):

O termo prática, refere-se aos padrões de comportamento esperados que reflectem as actividades profissionais e incluem toda a gama de actividades de enfermagem perioperatória efectuadas durante os períodos ou fases referidas.

Inserida numa equipa multiprofissional a Enfermeira perioperatória, tem uma função específica:

" identificar as necessidades físicas e psicológicas do indivíduo, pôr em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas acções, baseada no conhecimento das ciências Humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo, antes, durante e depois da cirurgia". AORN (1997)

Nesta definição, está subjacente o atendimento individual do doente como um todo, aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) tendo no processo de Enfermagem um suporte para a continuidade de cuidados, assentes numa perspectiva antrobiológica do cuidar.

A cirurgia constitui uma experiência particular para cada indivíduo que a vive de acordo com os seus próprios valores e crenças.

A enfermeira perioperatória, integrada numa equipe multiprofissional, atende o doente na sua globalidade e representa para este uma garantia de qualidade e segurança dos cuidados de saúde, porque tem formação e competência para o fazer.

Assim, durante o período perioperatório:

"os enfermeiros proporcionam os cuidados de Enfermagem necessários ao doente mediante o uso do processo de enfermagem, de forma a optimizar os custos sem comprometer a qualidade dos cuidados". (AORN,1999)

Em relação à prática da enfermagem perioperatória, foram aprovados pelos países membros da European Operating Room Nurses Association (EORNA, 1997), os seguintes princípios, que orientam os cuidados de enfermagem perioperatória:

"Os indivíduos submetidos a cirurgia ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado, num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória.

Este pessoal experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o Bloco Operatório e os cuidados perioperatórios.

A utilização sistemática de uma abordagem holística dos cuidados, deve manter a identidade e a dignidade de cada indivíduo doente, sem prejuízo do seu estado de saúde, nacionalidade, credo, religião ou outras crenças.

O doente, familiares e outras pessoas significativas, têm o direito de receber informações necessárias, bem como apoio emocional e físico que lhes permitam ultrapassar as fases dos cuidados perioperatórios."

Estes princípios, dão-nos uma perspectiva real do tipo de exigência que é requerida à enfermeira para desempenhar com eficácia a sua intervenção, durante a fase perioperatória:

- **Conhecimentos específicos,** para o desenvolvimento de intervenções durante este período, actualizados de modo a darem uma resposta eficaz, mantendo o doente seguro, e dando respostas às necessidades atingidas;

- **Inseridos numa equipa multiprofissional**, onde devem pôr em prática os conhecimentos adquiridos pelos estudos desenvolvidos na matéria, bem como pelo respeito mútuo adquirido no contacto diário, pela definição de funções e reconhecimento de competências;

- O trabalho em equipe para ser eficaz, deve ter sempre presente **o objectivo comum**: contribuir para que o doente possa recuperar no mais curto espaço de tempo a sua independência sendo para isso imprescindível o desenvolvimento de todos os esforços e conhecimentos específicos, complementares uns dos outros, fundamentais cada um *per si* e em conjunto;

- Um enfermeiro, deverá ter uma **visão holística e individualizada** do doente e família, tendo em conta todos os componentes físicos, psicológicos, espirituais e sociais, pois adquiriu saberes e desenvolveu capacidades e comportamentos durante o tempo de formação, actualizando-os na sua prestação diária de cuidados.

- Tendo presente que cada **doente é um ser único e complexo**, e que também única é a sua experiência/vivência da cirurgia, os enfermeiros perioperatórios para prestarem cuidados de enfermagem de qualidade, deverão ter intervenções planeadas e orientadas por objectivos, cuja finalidade é dar resposta às necessidades atingidas, desse doente concreto.

- Devem ser, **responsáveis pela prestação de cuidados individualizados** ao doente no Bloco Operatório e em Unidades de Cuidados Pós Anestésicos, nos períodos pré, intra e pós operatórios imediatos, onde se encontrem doentes em fase crítica submetidos a tratamentos cirúrgicos ou a exames de diagnóstico.

Podemos assim, afirmar que a enfermagem perioperatória abrange áreas fundamentais à promoção e prevenção da saúde, bem como à reabilitação do doente responsabilizando-se por assegurar um ambiente seguro do utente e toda a equipa cirúrgica.

Para que a nossa intervenção na área dos cuidados perioperatórios seja eficaz, através da experiência e de estudos desenvolvidos, podemos concluir que a mesma, deverá ser desenvolvida em três fases distintas e complementares, sabendo que em todas elas devem estar presentes as fases do processo de enfermagem (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, identificação dos resultados, planificação dos cuidados, implementação e avaliação):

Assim a acção do enfermeiro perioperatório desenvolve-se em três fases ou períodos, como pode ser melhor compreendida através da figura 17.

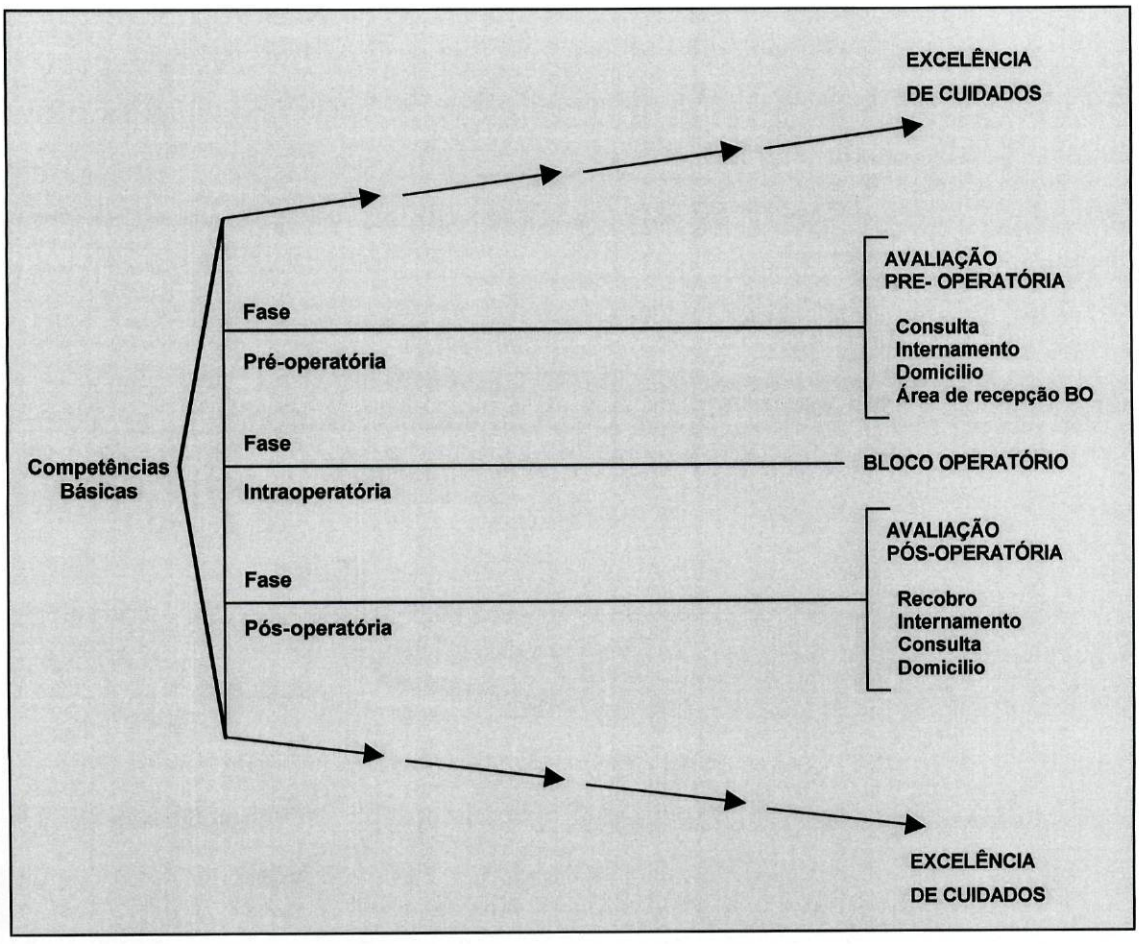


Figura n.º 17 – O Continuum da Prática da Enfermagem Perioperatória

Fonte: Adaptação de Standards and Recommended Practices, Denver: AORN 2004:61

1ª Fase: PRÉ-OPERATÓRIO

Começa na tomada de decisão da intervenção cirúrgica e termina com a transferência do doente para a mesa operatória. Deve incluir, a visita pré operatória efectuada por uma enfermeira perioperatória, a preparação do ambiente da sala, dos dispositivos médicos e assegurar-se do seu correcto funcionamento.

A visita pré-operatória, tem uma função primordial quer no planeamento individualizado/personalizado e humanizado das intervenções dos enfermeiros perioperatórios, bem como numa significativa diminuição da ansiedade do doente/família que necessita dos seus cuidados.

É durante essa visita, que se estabelece com o utente o diagnóstico de enfermagem, tendo em especial atenção o seu estado físico e psicológico, não esquecendo a ansiedade própria desta fase.

Nesta visita também é aproveitada para fazer ensino acerca de todos os procedimentos pré e pós operatórios, das solicitações e pedidos de colaboração que serão feitas ao doente durante a sua estadia no BO. Se a família estiver presente, também poderá ser informada de como poderá obter informação acerca do seu familiar, durante a cirurgia e permanência nesse serviço.

2ª Fase: INTRA-OPERATÓRIO

Inicia-se quando o doente é admitido na sala de operações até à sua transferência para a sala de UCPA. Deve incluir, entre outras: o apoio emocional desde que

este entra no Bloco Operatório, idealmente feito pela enfermeira que efectuou a visita pré operatória, até que se inicia a fase (indução) anestésica, a vigilância das funções respiratória, circulatória, prevenção do choque, infecção e acidentes.

A prestação de cuidados através de cada uma das intervenções (instrumentista, circulante, anestesia e na unidade de cuidados pós-anestésicos) deve ser fundamentada em conhecimentos científicos traduzindo-se em cuidados pautados pela qualidade. Daí o haver necessidade de uma formação específica, que não faz parte dos conteúdos programáticos do curso de licenciatura.

3ª Fase: PÓS-OPERATÓRIO

Compreende o período que vai desde a admissão do doente na UCPA, até à sua transferência para a unidade de internamento.

A Enfermeira perioperatória previne as complicações, avalia os cuidados prestados e estimula o doente a desenvolver as suas potencialidades. Este período poderá ser mais abrangente, incluindo a visita pós–operatória e terminando aquando da alta.

A visita pós-operatória, deve ter como finalidade ajudar o doente/utente e o enfermeiro a avaliar os cuidados prestados de modo a poder melhorar as suas intervenções junto do doente/família e da equipa multiprofissional.

Nesta visita o enfermeiro deverá também relembrar alguns ensinos feitos aquando da visita pré-operatória e estar disponível para responder a todas as dúvidas e interpelações do doente e família.

A formação e actualização constantes devem ser uma prática assumida e exigência permanente, servindo de suporte e confrontação para provocar um processo dinâmico de procura de intervenções cada vez mais adequadas às evoluções de novos saberes e das necessidades do doente cirúrgico/família.

O "saber ser" no Bloco Operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de *stress* (Dias Pinheiro, 2003).

A enfermeira perioperatória deverá ser preparada para ter intervenções polivalentes, isto é, estar apta a exercer qualquer uma das funções: instrumentar, circular, ajudar na anestesia e prestar cuidados na UCPA, em qualquer situação, como já anteriormente referimos.

Esta polivalência, permite uma prestação de cuidados mais completa, uma avaliação global do utente e do ambiente, permitindo que a enfermeira seja um verdadeiro "advogado" do doente que tem a seu cargo, podendo também integrar-se mais eficazmente dentro do espírito de equipa tão necessário nesta fase de prestação de cuidados multiprofissionais.

O enfermeiro do perioperatório, põe em prática os saberes específicos relativamente a esta área de cuidados, durante as três fases, anteriormente descritas.

O modelo de formação para os enfermeiros perioperatórios, defendido pela AESOP (Figura 18) identifica as áreas específicas de formação que permitirão aos formandos adquirir saberes e competências para o desempenho dos cuidados. Este modelo só poderá ser desenvolvido através de formação especializada nessa área.

Este modelo tem a forma de uma roda, cujo centro representa a formação necessária e específica à prática profissional de enfermagem perioperatória. Cada secção da roda representa as características e a interacção de funções relativas a esta mesma prática.



Figura n.º 18 - Modelo de Formação e Prática da Enfermagem Perioperatória

Fonte: AESOP

Hoje, o enfermeiro perioperatório põe em prática os seus saberes específicos, antes, durante e após a cirurgia, e desenvolve as suas funções de prestador de cuidados, de advogado do doente, de líder, de investigador, de educador e de gestor. Da combinação de todas estas actividades resulta efectivamente a administração de cuidados durante o período perioperatório.

Como **Prestador de Cuidados**: *"o enfermeiro perioperatório é responsável e responsabilizado por todas as actividades relacionadas com o cuidar. Durante a fase intra-operatória, utiliza os conhecimentos, capacidades e habilidades adquiridas relacionados com a intervenção cirúrgica, o que inclui a gestão dos dispositivos médicos, equipamentos, pessoal e adicionalmente, apoia psicologicamente o doente, a família e outras pessoas significativas".* (AESOP, 2000)

Como **Advogado do Doente**: *"o enfermeiro perioperatório assegura um ambiente seguro e terapêutico mantendo os padrões de "boa prática". Como primeiro responsável pelo cuidar, a função do enfermeiro inclui a segurança, o conforto, e um profundo conhecimento do meio envolvente. Em nenhum outro lugar, o papel de advogado do doente, é um desafio tão importante, pois o doente confia na equipa cirúrgica para resolver as suas necessidades físicas e psicológicas".* (AESOP, 2000)

O enfermeiro perioperatório deverá garantir que, em nenhum momento durante o qual está ao seu cuidado, o consentimento informado não seja violado, até que o doente seja capaz de tomar decisões próprias, devendo também protegê-lo contra qualquer dano ou prejuízo.

Como **Líder**: *"o enfermeiro perioperatório é o mediador entre todos os elementos da equipa. Deve ajudar os outros a crescer profissionalmente e a desenvolver as suas capacidades."* (AESOP, 2000)

Como **Investigador**: *" preocupa-se em aumentar os seus conhecimentos em relação à prática e aos dispositivos médicos que utiliza. Este aporte de conhecimentos é baseado na investigação científica, de modo a serem eliminados métodos obsoletos e tradições, tendo sempre em conta a relação custo/benefício".* (AESOP, 2000)

Como **Educador**: *"o enfermeiro perioperatório está envolvido na educação não só dos doentes e seus familiares, mas também dos colegas, estudantes e sociedade em geral, com a esperança de marcar a diferença entre o enfermeiro tecnicista e o enfermeiro "orientado para o doente", envolvido em todos os aspectos do cuidar".* (AESOP, 2000)

Como **Gestor**: *"o enfermeiro perioperatório participa na coordenação e dinamização de todas as actividades inerentes à prática dos cuidados e faz a interligação funcional entre todos os utilizadores e fornecedores de cuidados".* (AESOP, 2000)

A AESOP defendeu, desde sempre que o início da formação na área de cuidados perioperatórios, deveria integrar o currículo do Curso de Licenciatura de Enfermagem, como acontece em relação a outras áreas de cuidados de enfermagem. Os conteúdos deverão ser teórico-práticos e incluir prática clínica onde haveria um primeiro, que daria ao futuro enfermeiro alguns conhecimentos, podendo mais tarde optar por uma formação mais específica.

Contudo, e porque o avanço tecnológico e científico se faz a um ritmo muito acelerado, a actualização, deveria ser contínua, podendo ser feita de variadas maneiras, de acordo com as necessidades e oportunidades.

No entanto, a AESOP preconiza um modelo avançado de enfermagem perioperatória, apresentado na figura anterior, defendo que, o mesmo só poderá desenvolver-se através de uma Formação Especializada nessa área". (AESOP, 2000)

Num trabalho conjunto entre a AESOP e a OE, tendo como ponto de partida a definição das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais definidas pelo Conselho de Enfermagem da Ordem, a filosofia da enfermagem perioperatória, os cuidados prestados por cada enfermeiro perioperatório durante as funções de enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista, enfermeiro de anestesia e enfermeiro da UCPA, as normas e práticas recomendadas para a enfermagem perioperatória, definiram as Competências da Enfermeira Perioperatória de Cuidados Gerais e as Competências da Enfermeira Perioperatória Especialista.

Após análise profunda do documento e diálogo com a Direcção da Associação, solicitamos a possibilidade de o poder referenciar no nosso trabalho, por nos

parecer um contributo muito importante, uma referência nacional, assente na realidade do nosso país, que já serviu de referência a nível europeu. Como tal não faria nenhum sentido ignorá-lo, optando por incluirmos as ideias chave, não dispensando a sua consulta do documento, para um maior aprofundamento da temática.

Competências Das Enfermeiras Perioperatórias Generalistas

A enfermeira perioperatória de cuidados gerais é uma enfermeira com formação básica em enfermagem perioperatória que deverá possuir a capacidade de:

- Prestar cuidados de qualidade ao utente, na sua globalidade, enquanto: enfermeira circulante; enfermeira de anestesia; enfermeira instrumentista; enfermeira de unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA).

- Trabalhar numa equipa multiprofissional;

- Participar na humanização dos Blocos Operatórios (BO);

- Colaborar na organizar e gestão de um Bloco Operatório.

A competência no Bloco Operatório representa o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas, necessários para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório.

No contexto deste trabalho, a AESOP definiu para os enfermeiros perioperatórios **oito competências** (Quadro 7)

COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA DE CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS	
Prestação de cuidados	**Análise e investigação**
Comunicação	**Gestão**
Educação/Formação	**Desenvolvimento da pessoa como profissional**
Advogado do doente	**Liderança**

Quadro n.º 7 - Competências da Enfermeira Perioperatória

Fonte: AESOP, 2004

Para cada uma das competências foi definido o objectivo geral, os conhecimentos, (vertente cognitiva), aptidões necessárias (vertente psico-motora), assim como os critérios básicos e de excelência. No quadro seguinte são referidas as competências do Enfermeiro Perioperatório Generalista.

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	Habilitar o enfermeiro a desenvolver o processo de enfermagem personalizado, tendo em conta uma prestação de cuidados de qualidade e uma boa organização do trabalho.
COMUNICAÇÃO	Habilitar o enfermeiro a desenvolver o processo de enfermagem personalizado, tendo em conta uma prestação de cuidados de qualidade e uma boa organização do trabalho.
EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO	Habilita o enfermeiro a educar para a saúde o doente/ família, a promover a sua educação/formação, a dos seus pares e de outros profissionais.
ADVOGADO DO DOENTE	Habilita o enfermeiro a responsabilizar-se pelo doente, resolvendo as suas necessidades físicas e psíquicas até que ele seja capaz de tomar decisões próprias e protege-o contra qualquer dano ou prejuízo
ANÁLISE E INVESTIGAÇÃO	Habilitar o enfermeiro a desenvolver um espírito de análise constante em relação ao seu trabalho e à sua profissão.
GESTÃO	Habilitar o enfermeiro para a avaliar e promover da gestão a qualidade dos cuidados perioperatórios
DESENVOLVIMENTO DA PESSOA COMO PROFISSIONAL	Habilitar o enfermeiro a realizar uma abordagem serena da sua vida profissional, de forma a trabalhar em harmonia com os doentes/famílias e equipa, enriquecendo-se profissionalmente
LIDERANÇA	Habilitar o enfermeiro a liderar um grupo de pares e outros profissionais, tendo em conta os objectivos do subsistema, da organização e os resultados da sua actividade.

Quadro nº 8 - Competências do Enfermeiro Perioperatório Generalista

Fonte: AESOP 2004

Competências Do Enfermeiro Perioperatório Especialista

Um enfermeiro perioperatório especialista, deve ser responsável por optimizar os recursos disponíveis, utilizando o processo de enfermagem, (avaliando, planeando, implementando e determinando os cuidados a prestar ao doente perioperatório), de forma independente e em conjunto com terceiros onde podemos incluir utente, família ou pessoa significativa, enfermeiro da equipa perioperatória e do internamento, equipa médica. (AORN, 1988)

"Nesta função alargada, o enfermeiro perioperatório é responsável por proporcionar aos outros membros da equipa de cuidados de saúde: ***a liderança, a direcção e a experiência clínica*** *para obtenção dos melhores resultados junto do doente. Não sendo limitada apenas a estas, esta função pode incluir* ***a gestão do caso cirúrgico, a coordenação dos cuidados a prestar ao doente intra operatório, a instrução do doente/família, a função de especialista em redução de custos, instrutor/consultor industrial, enfermeiro primeiro assistente, e administrador.*** (AORN, 1988)

Tendo em conta modelo de Patrícia Benner (2001) e os diferentes estadios que demarcam o processo evolutivo da enfermeira desde iniciado até perito, podemos considerar que a Enfermeira Perioperatória Especialista se situa no intervalo entre o Estadio 3 Competente e o Estadio 4 Proficiente.

"Segundo este modelo, a enfermeira torna-se competente quando toma consciência da sua prática em termos objectivos. Neste estadio, o enfermeiro adquire competências para planear e coordenar os múltiplos e diversos cuidados, fazendo face às necessidades dos doentes. Este planeamento baseia-se numa análise consciente, abstracta e analítica do problema. É este o estadio que consideramos mínimo para a frequência de uma pós graduação na área da enfermagem perioperatória". (AESOP, 2004)

Acreditando e defendendo que o enfermeiro proficiente aprende através da experiência, consideramos que vai melhorando a sua percepção sobre as situações na sua globalidade, o que irá necessariamente orientar o processo de tomada de decisão de uma forma cada vez mais eficaz e eficiente.

Daí, defendermos que a competência sendo um processo dinâmico, exige dinamismo e um constante investimento e colaboração a nível da formação, gestão e investigação, porque as competências adquiridas, conferem à enfermeira maior responsabilidade, motivando a sua progressão até poder ser reconhecida como Perita – Estadia 5.

Concordamos plenamente com a posição seguinte:

"uma enfermeira só no estádio de competente (depois de trabalhar três anos num bloco operatório) estará apto para realizar uma Pós Graduação que lhe permita adquirir conhecimentos e aptidões para posteriormente e em contexto de trabalho, (com pelo menos um total de seis anos de prática profissional) poder ser considerada Especialista". (AESOP, 2004)

A Enfermeira Perioperatória Especialista deverá possuir uma formação e experiência de prática profissional específica em Bloco Operatório, assim como em gestão dos serviços de enfermagem.

Esta formação, que pela especificidade da área para a qual é dirigida, deverá ter uma componente teórica teórico-prática e prática permitindo obter um profundo conhecimento de saberes ligados ao perioperatório, adquirir e desenvolver habilidades e experiência profissional, para poder exercer as suas competências na orientação na prestação de cuidados, na gestão dos recursos humanos e materiais, na gestão das relações humanas na formação e colaborar na investigação.

As competências da Enfermeira Perioperatória Especialista, segundo o trabalho conjunto AESOP/OE, (2004) englobam as competências anteriormente descritas

para os Enfermeiros Perioperatórios de Cuidados Gerais, mas com objectivos mais abrangentes resultando da formação, da aquisição de saberes inerentes à especialidade, que vão ser traduzidas em intervenções concretas, porque desenvolveram as competências mais na sua especificidade.

Assim e para uma melhor compreensão, apresentamos um quadro onde incluímos as competências e os objectivos, de acordo com o que anteriormente fizemos com as competências da enfermeira perioperatória de Cuidados Gerais.

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVO
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	Habilitar o enfermeiro perioperatório especialista a coordenar, facilitar, gerir e ou propor alterações no processo de enfermagem personalizado, tendo em conta as situações de risco que exijam uma prestação e/ou orientação de cuidados *de qualidade de maior complexidade*.
COMUNICAÇÃO	Habilitar o enfermeiro perioperatório especialista a facilitar todos os tipos de comunicação com doente/ família e equipas de saúde multidisciplinar.
EDUCAÇÃO/ FORMAÇÃO	Habilitar o enfermeiro perioperatório especialista a dominar conceitos, técnicas e processos de ensino na educação para a saúde do doente/ família e na formação de terceiros, de modo a melhorarem o desempenho, realçarem as suas qualidades e criarem opções de carreira.
ADVOGADO DO DOENTE	Habilitar o enfermeiro perioperatório especialista a aconselhar os doentes/ família, enfermeiros e outros profissionais de saúde a responsabilizar-se pelo doente, resolvendo as suas necessidades físicas e psíquicas até que ele seja capaz de tomar decisões próprias.
ANÁLISE E INVESTIGAÇÃO	Habilitar o enfermeiro perioperatório especialista a realizar e/ou colaborar em trabalhos de investigação sobre enfermagem perioperatória, a interpretar e avaliar estudos que sejam aplicáveis ao meio perioperatório.
GESTÃO	Habilitar o enfermeiro perioperatório especialista a colaborar, aconselhar na gestão de recursos e cuidados de enfermagem e participar na organização do serviço/instituição
DESENVOLVIMENTO DA PESSOA COMO PROFISSIONAL	Habilitar o enfermeiro perioperatório especialista a promover a sua auto formação, desenvolvimento pessoal e profissional e actuar com responsabilidade no desenvolvimento da enfermagem perioperatória a nível nacional e internacional.
LIDERANÇA	Habilitar o enfermeiro perioperatório especialista a conduzir a equipa de enfermagem na prestação de cuidados, na gestão dos recursos humanos e materiais, na gestão das relações humanas e da formação, de acordo com os objectivos definidos

QUADRO nº 9 - Competências do Enfermeiro Perioperatório Especialista
Fonte: AESOP, 2004

Como poderemos verificar, através da análise dos dois quadros, há uma diferença nítida em relação aos objectivos das competências das Enfermeiras Perioperatórias Especialistas e das Cuidados Gerais, como não poderia deixar de ser.

As diferenças das competências estão a nível da especificidade e da amplitude, porque a sua actuação é dirigida para:

"A promoção de medidas que favoreçam uma gestão adequada de cuidados de Enfermagem.

A promoção da colaboração interdisciplinar.

A promoção da segurança do doente e da equipa.

A promoção da formação em serviço.

A prestação de cuidados em situações de crise e/ou risco.

A promoção de medidas que favoreçam uma gestão adequada dos materiais e equipamentos". (AESOP, 2004)

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Este capítulo está dividido em duas partes.

Na primeira descrevemos as lógicas usadas na pesquisa que desenvolvemos. Devido à complexidade que a problemática em estudo envolvia, porque implicava entrar dentro do "fenómeno dos enfermeiros perioperatórios", em que os participantes ou actores teriam de ser os que verdadeiramente vivem a experiência, deparando-nos com a necessidade de recorrer a vários métodos, ou seja, de termos desenvolvido um estudo triangulado.

Numa segunda parte, descrevemos as metodologia usada de acordo com todo o percurso efectuado e com os estudos desenvolvidos .

Damos algum realce ao estudo de investigação-acção que efectuamos por ter sido experiência inovadora, que muito contribuiu para a compreensão não só da problemática, mas também para poder fundamentar as conclusões a que chegamos.

Explicamos e descrevemos a população do nosso estudo, bem como fazemos alusão dos diferentes instrumentos de colheita de dados, justificando o uso de cada um deles.

Fazemos referência aos aspectos éticos, que durante todo o percurso que realizamos estiveram presentes e tentamos defender, por termos desenvolvido estudos que envolviam pessoas e daí o dever de garantir a privacidade e anonimato.

Ainda ligado com a nossa postura ética referimos os artigos do Código Deontológico do Enfermeiro, que nos orientaram.

1 - LÓGICAS DA PESQUISA:

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

"...nous avons besoin plus que jamais d'une compréhension part tout le cerveau :
le cerveau droit pour innover, sentir, imaginer et prévoir;
le gauche pour tester, analyser, vérifier, construire et soutenir le nouvel ordre.
Ensemble, ils inventent l'avenir " [18]

M. Ferguson

O problema em estudo é:

Conhecer as necessidades de cuidados especializados em enfermagem perioperatória

Contextualização do problema no seguinte:

- A evolução da Enfermagem contribui para o seu reconhecimento como uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde começou a ser reconhecida como uma profissão fundamental e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade;

- As teorias de enfermagem, proporcionadoras de conhecimentos, que visam melhorar a prática de cuidados, ajudam a reflectir sobre o significado das intervenções de enfermagem bem como a demonstrar "o que fazem e porque o fazem";

- As competências reconhecidas aos enfermeiros, fundamentados em bases científicas, tornam-nos em elementos fundamentais nas equipes multiprofissionais;

[18] "...mais do que nunca temos necessidade duma compreensão a nível de todo o cérebro: o cérebro direito para inovar, sentir, imaginar e prever; o esquerdo para testar, analisar, verificar, construir e defender a nova ordem. Em conjunto, eles inventam o futuro" M. Ferguson in MARTIN, C. - Soigner pour Apprendre, 1991:101

- As competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, definidas pela OE, exigindo uma continuidade e um avanço, do trabalho para a definição urgente das competências dos Enfermeiros Especialistas;

- A qualidade de cuidados que é exigida aos enfermeiros requer uma preparação mais especializada em determinadas áreas não perdendo no entanto a visão holística da pessoa, da sua individualidade, inserida numa família e numa comunidade;

- A insatisfação dos enfermeiros/instituições face ao não reconhecimento de novas áreas de especialidade em enfermagem, demonstrada quer pelos resultados obtidos no estudo desenvolvido e apresentado pela OE no Congresso em Dezembro de 2001, como através dos contactos que fomos tendo e mantendo desde sempre, com enfermeiros perioperatórios e direcções de enfermagem de variadas instituições;

- Há já alguns anos que se defende que os cuidados prestados no perioperatório devem ser executados por enfermeiros com uma formação específica e especializada, preparados para trabalhar em equipa;

- A formação/integração do enfermeiro perioperatório é demorada e necessita de grande investimento pessoal e institucional;

- Os deveres deontológicos dos enfermeiros estão directamente relacionados com os cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos e devendo tender para a excelência, de acordo com os saberes profissionais (científicos e técnicos) e com os recursos disponíveis;

- A proposta de Acordo Colectivo de Trabalho para os Hospitais SA, que prevêem a substituição de enfermeiros, por técnicos, nomeadamente na área perioperatória.

Aos enfermeiros especialistas, pedras fundamentais para um bom funcionamento de qualquer serviço, deveria competir a orientação e a coordenação das equipas de enfermagem, na prestação de cuidados.

O título profissional de enfermeiro especialista, advém da formação especializada que obtivemos e daí lhe ser reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados na área da sua especialidade. (REPE)

A presença de enfermeiros especialistas num serviço deverá ser uma garantia de segurança, para o utente e família, uma vez que deverá competir ao enfermeiro especialista, promover e incentivar a qualidade de cuidados.

Em relação à equipa de enfermagem, deveria ser uma referência, preocupar-se com a actualização dos seus membros, dinamizando a formação em serviço, assim como a colaboração em trabalhos de investigação.

Todos sabemos que o que acabamos de afirmar, muitas vezes não corresponde à realidade, visto os enfermeiros especialistas estarem a desempenhar funções de gestão, ou serem solicitados pelo enfermeiro - chefe, para o auxiliarem na gestão do serviço.

De acordo com um estudo realizado pela OE em 2000, constata-se que, de todos os membros com o título de enfermeiro especialista, apenas 46% ocupavam lugares de especialista na carreira profissional e 23% de enfermeiro–chefe (à data que se realizou o referido estudo a OE tinha atribuído 6799 títulos de enfermeiro especialista).

Em relação às opiniões das entidades empregadoras, foram praticamente unânimes em referirem a necessidade de enfermeiros especialistas, por representarem uma mais-valia para a garantia da qualidade de cuidados.

Defendem ter de haver um maior número de enfermeiros especialistas para a prestação de cuidados, pois reconheceram que os "utilizam" para funções de gestão.

Sugeriram também a criação de novas áreas de especialidade, baseando-se na realidade da prática de cuidados e das necessidades com que se confrontam diariamente, nas suas instituições.

Neste momento do percurso científico e profissional da enfermagem e com a criação da Ordem dos Enfermeiros, começou a interrogar-se sobre a necessidade de criar novas áreas de especialização em cuidados de enfermagem. Esta problemática está a ser alvo de análise e de estudos da responsabilidade da Ordem. A par desta situação esperam ver aprovada pela Assembleia da República, a alteração dos estatutos, aprovada em Assembleia Geral da OE há já aproximadamente dois anos. Esta alteração permitirá a possibilidade de serem criadas novas áreas de especialidade em cuidados de enfermagem, o que não acontece com os estatutos em vigor.

Pretendemos, através do desenvolvimento deste trabalho, contribuir para uma partilha mais enriquecedora, esclarecedora e complementar, ajudando assim a Ordem dos Enfermeiros a tomar decisões bem fundamentadas, tendo em conta as necessidades dos profissionais, da pessoa/família e da garantia de cuidados de qualidade. Esta precisa e exige cuidados de qualidade prestados por profissionais que tenham formação mais específica em determinadas áreas, para responder com eficácia, eficiência e competência.

Para isso, a realidade dos outros países tem sido ponto de referência, tendo consciência de que cada país é diferente nas suas necessidades, percursos, cultura e prioridades a nível de Saúde.

No ano de 2000, uma comissão formada por Enfermeiros Portugueses ligados ao Ensino e ao Exercício, deu o seu parecer sobre os **dois princípios** que deverão

reger a criação de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem:

- Pessoa e o seu ciclo de vida

- A saúde como conceito global e unificador do binómio saúde-doença

Os cuidados perioperatórios, prestados ao doente/família, além de específicos são transversais a todo o ciclo de vida: desde *in útero* até *pós morten*.

Esta noção, para os enfermeiros do perioperatório é clara e a experiência diária vai-lhes dando maiores certezas sobre a necessidade de formação especializada.

Deverá ser uma aposta que requer empenhamento, investimento e resposta a um anseio partilhado a três níveis: das exigências do utente/família, de cada enfermeiro a nível pessoal e profissional e da equipa multiprofissional.

Os princípios atrás referidos, estão incluídos no modelo que a OE apresentou como devendo estar subjacente à definição das especialidades em enfermagem, o que irá controlar a possível proliferação de áreas de especialização (Figura 19).

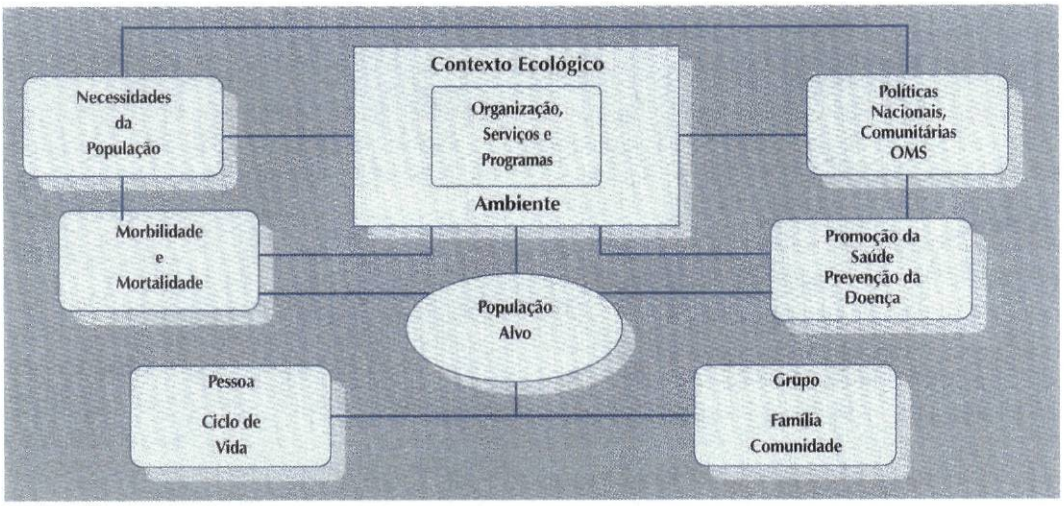


Figura n.º 19 – Modelo subjacente à definição das especialidades em enfermagem - OE

Fonte - Revista Ordem dos Enfermeiros, nº 4, Outubro, 2001.

Ao reflectirmos sobre este modelo, pensamos que primeiramente deveria haver uma "radiografia" sobre o estado de saúde dos portugueses. Concerteza que iríamos ter resultados, que ajudariam a ter uma intervenção mais dirigida de acordo com as necessidades detectadas.

Existem estudos isolados que vão dando indicadores valiosos para poder haver um planeamento de política de saúde de acordo com a realidade nacional.

Outro elemento que deveria ser aproveitado, são os relatórios anuais elaborados por cada instituição.

Pensamos que estes relatórios, para além de darem indicações sobre as dívidas, os gastos, o número de intervenções médicas e cirurgias, de exames auxiliares de diagnóstico efectuadas, o número médio de internamento, o número de óbitos e tantos outros números. Não pretendemos dizer que esses números não são necessários, pelo contrário, eles ajudam a poder orçamentar e planear o ano seguinte, no que diz respeito a gastos.

Temos assistido a uma política de saúde centrada na economia e na retenção de gastos.

Não temos ouvido que os resultados podem ser indicadores sobre a necessidade de haver mais profissionais devidamente preparados, para poderem diminuir esses números, através da qualidade dos cuidados que prestam, que vai ter repercussões a vários níveis. Menores gastos de medicamentos, porque menor risco de contrair infecção, menor tempo de internamento, porque há continuidade de cuidados, atendimento personalizado e humanizado, maior número de cirurgias, porque há melhor gestão do tempo.

Já referimos um estudo realizado em cerca de 800 hospitais dos Estados Unidos, onde ficaram demonstrados que a qualidade e o nível elevado de preparação dos seus trabalhadores, médicos e enfermeiros, baixaram significativamente os gastos nessas instituições.

A redução de gastos, ao contrário do que várias administrações hospitalares podem defender, não está em aumentar o número de profissionais menos qualificados e também menos bem pagos.

Nesse estudo ficou provado, que durante o tempo em que optaram por "mão de obra" mais barata, os gastos foram excessivos, em medicação, material, aumento do tempo de internamento, reintervenções, médicas e cirúrgicas, grande número de óbitos, entre outros. Esta situação ficou controlada desde que alteraram a quantidade pela qualidade.

Pensamos que precisamos de, perante os dados que possuímos, fazer uma análise profunda de cada situação em particular, para poder ser feita a opção mais adequada a cada caso.

Neste trabalho levantamos algumas questões (já descritas anteriormente, mas que achamos ser importante para nos situarmos novamente na problemática), que nos motivaram a desenvolvê-lo, tendo por base não só a experiência profissional nesta área, como também a pesquisa efectuada ao longo de vários anos:

- Que saberes existem em enfermagem da prática perioperatória e orientam as suas intervenções?

- Os cuidados prestados aos doentes durante o período perioperatório só podem ser prestados por enfermeiros?

- O trabalho do enfermeiro perioperatório necessita de uma formação especializada para prestar com uma maior qualidade, os cuidados ao doente lhe é confiado durante aquele período de tempo?

- O trabalho do enfermeiro perioperatório necessita de uma formação especializada para uma maior estabilidade emocional e física do doente?

- O trabalho do enfermeiro perioperatório necessita de uma formação especializada para uma maior satisfação profissional?

- O trabalho do enfermeiro perioperatório necessita de uma formação especializada para uma maior segurança e qualidade na prestação de cuidados pela equipa cirúrgica?

- O trabalho do enfermeiro perioperatório necessita de uma formação especializada para assegurar a continuidade e qualidade de cuidados assim como poder haver ganhos em saúde?

O nosso trabalho teve de seguir um determinado rumo mas sempre com a ideia que nos norteou, o de conhecer e descrever as necessidades de os cuidados de enfermagem perioperatória serem reconhecidos como cuidados especializados (Figura 20).

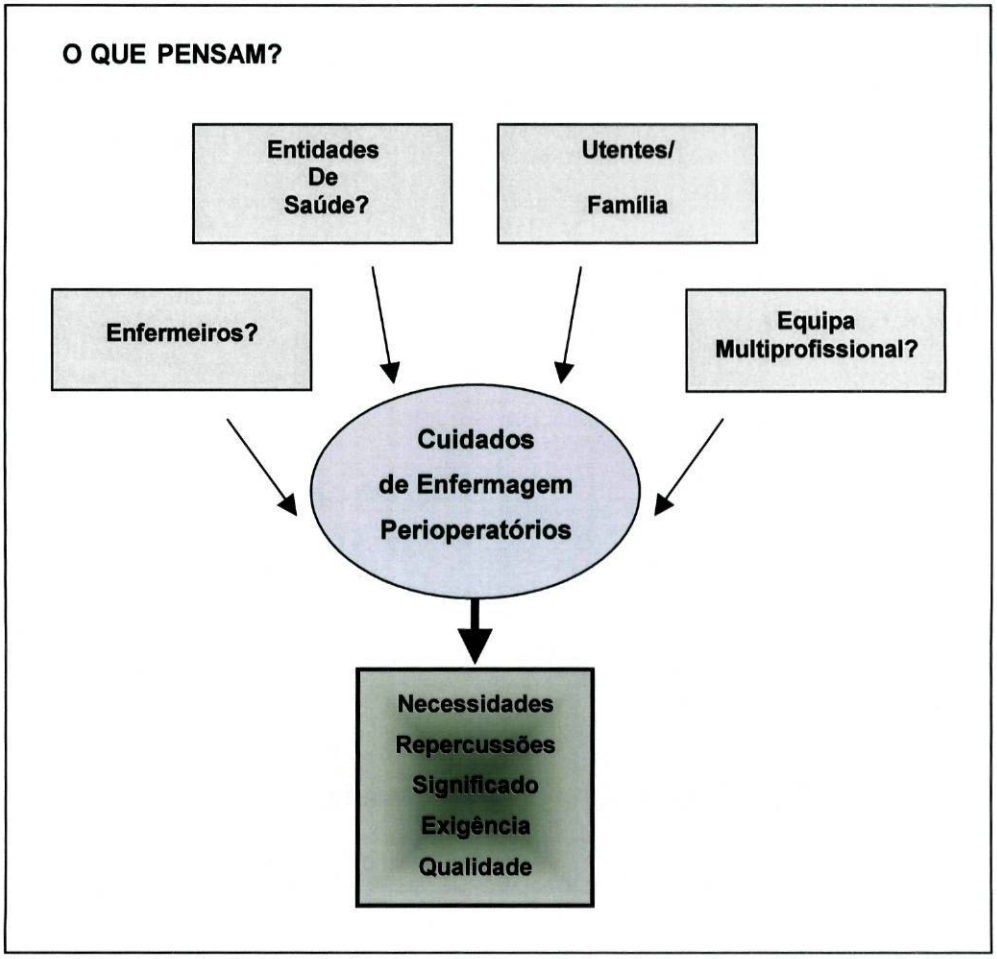


Figura n.º 20 – Esquema das linhas orientadoras do desenvolvimento do trabalho
Criação da Autora

As questões acima referidas, contribuíram para que o trabalho, podesse ser efectuado com a maior imparcialidade possível, daí termos optado por conhecer, e dar a conhecer e analisar, à luz do enquadramento teórico, os cuidados dos enfermeiros perioperatórios, o que pensavam acerca dos mesmos, o que os orientava.

Como iremos apresentar em capítulo próprio, foram efectuados variados pequenos estudos, considerados como contributos de análise, com objectivos bem definidos, através dos quais pretendíamos conhecer as opiniões dos diversos actores que interagiam com os cuidados perioperatórios: os enfermeiros da área e do internamento, as entidades de saúde, utentes e família e a equipa multiprofissional.

Ao descrevermos este contexto, queríamos dar a ideia da complexidade da problemática e o que esta iria implicar a nível da metodologia empregue.

2 - METODOLOGIA

"Ce qui apprend à apprendre, c'est cela la méthode.
Je n'apporte pas la méthode, je pars à la recherche de la méthode.
Je ne pars pas avec méthode, je pars avec le refus, en pleine conscience, de la simplification.»[19]

E. Morin

A metodologia é fundamentalmente na descrição e análise de um método.

Método no sentido mais amplo, é o caminho para se chegar a determinado fim:

[19] " *O que aprende a aprender é o método. Eu não levo o método, eu parto à procura do método. Não parto com o método, eu parto, consciente, com a recusa da simplificação.* " E. Morin in MARTIN,C - Soigner pou Apprendre, 1991: 9

"o método é um conjunto de actividades sistemáticas e racionais que com maior segurança e economia permite alcançar o objectivo ou conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do investigador". Lakatos (1991)

Todo o trabalho de investigação tem objectivos precisos, devendo ser dotado de rigor e sistematização. Tem como finalidade a descrição e predição de acontecimentos, verificação de hipóteses, controlo de fenómenos e respectiva descrição e clarificação. (Fortin, 1999)

Nesta fase, da metodologia, foram escolhidos os métodos a serem usados para a obtenção de respostas às perguntas de investigação, no entanto, estando consciente que ao estudar apenas uma ou mais parcelas da realidade, poderemos não chegar a conclusões de validade universal, contudo, o seu contributo será sempre importante na medida em que resulta da análise de um conjunto de experiências.

Ao definirmos a população, e ao escolher os instrumentos apropriados para a colheita de dados tivemos em atenção que as decisões metodológicas são fundamentais para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação.

Podemos considerar, que no trabalho utilizamos um conjunto de metodologias que consideramos adequados aos vários estudos. Assim, usamos metodologias distintas: **Quantitativa, Qualitativa e Investigação–Acção (IA)**

Porque como refere Quivy (2003) *"uma investigação é algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica"*, o nosso trabalho também transmite esse mesmo percurso por nós percorrido, bem como as descobertas que fomos realizando.

Como já referimos, devido à complexidade da problemática, o estudo pretende ser:

Fenomenológico porque teríamos de desenvolver um estudo à volta do fenómeno dos enfermeiros perioperatórios.

"o estudo dos fenómenos consiste, em descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência, que interessa à prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, em explicá-la da forma mais fiel possível e em comunicá-la". (Benner, 1994 in Fortin, 2000: 149)

Isto significa que os participantes terão de viver a experiência, que foi o que aconteceu no estudo que desenvolvemos. Os dados foram colhidos no decurso de observação participante, observação directa e utilizando folha de bordo (estudo de investigação acção e em outros pequenos estudos que são contributos de análise)

Descritivo de carácter **exploratório**, **transversal** inserido nas abordagens quantitativas e qualitativas, porque:*"...acreditamos que muitas áreas de indagação podem ser enriquecidas, através da mistura de dados qualitativos e quantitativos – a saber, a realização de pesquisas multimétodos. Existem muitas vantagens notáveis na combinação de vários tipos de dados em uma única investigação"* Polit (1993).

É descritivo, porque: *"tem como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou estabelecimento de relações entre variáveis"* Gil (1995) e exploratório porque, *"tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores"* GIL (1995).

O estudo é descritivo, na medida que permite descriminar os factores determinantes que eventualmente possam estar associados aos fenómenos em estudo. "*o estudo descritivo traduz-se pela procura descritiva, isto é uma procura que se encaminha principalmente na descrição de fenómenos...*"Polit (1993)

No entanto, pretende-se ir além da descrição de fenómenos, tendo em mente que "*a investigação exploratória é uma ampliação da investigação descritiva*" (Polit,1995); o estudo tem carácter exploratório devido a descoberta de relação entre factores, um processo de relações possíveis para ver se estas relações existem efectivamente. Segundo Selltiz e colaboradores "*os estudos descritivos não se caracterizam pela flexibilidade, o que os diferencia basicamente dos estudos exploratórios, não se limitam à colheita e tabulação de dados, interessando-se também pela análise e interpretação dos mesmos, bem como pelo seu significado*". (Selltiz, 1966: 715)

As abordagens utilizadas foram de investigação quantitativa e qualitativa, uma vez que a finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis, examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente. Como tal, com a aplicação de métodos quantitativos torna-se possível estabelecer as prováveis causas a que estão submetidos os objectos de estudo, assim como, descrever detalhes do padrão de ocorrência dos eventos observados, o que permite abordar uma grande variedade de áreas de investigação, validar estatisticamente as variáveis em estudo, e os seus resultados podem ser extrapolados para o universo.

É um estudo transversal pois fornece informação relativa a uma situação determinada, num determinado momento, ou seja "fotografa" a realidade num certo instante. (Briz, 1999)

"a abordagem quantitativa, baseada na perspectiva do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo...no método quantitativo, o controlo permite delimitar o problema de investigação e suprimir os efeitos de variáveis estranhas..." (Fortin, 200: 322)

A abordagem qualitativa, que tivemos que fazer, foi baseada na perspectiva naturalista, porque : *"concentra-se em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes e o*

investigador relativamente ao fenómeno e sobre a descrição semântica, de preferência às estatísticas probabilísticas." (Le Compte e Preissle, 1993 in Fortin, 2000:322)

Como tivemos de optar pelos dois tipo de abordagens, quantitativa e qualitativa, optamos por um modelo de triangulação, por ser aquele em que se reúnem os dois métodos.

"*A triangulação intra métodos é utilizada quando as unidades de observação são percebidas como unidades multidimensionais. Comporta a utilização de múltiplas estratégias no interior de um método, a fim de examinar os dados. A triangulação inter--métodos refere-se à combinação de duas ou várias estratégias diferentes de investigação aplicadas a uma mesma unidade empírica.*" (Fortin, 2000: 324).

Para podermos compreender o fenómeno dos enfermeiros perioperatórios, tivemos de optar pela triangulação inter–métodos, por haver necessidade de combinar métodos de natureza diferentes.

O termos optado pela triangulação, deve-se ao facto de ela poder provocar um discurso científico, com interesse, pois permite estabelecer uma finalidade de investigação susceptível de satisfazer a diversidade e a complexidade dos fenómenos estudados nas diversas disciplinas. (Fortin, 2000)

O outro aspecto que nos levou a considerar o uso da triangulação, foi porque ela permite realçar os laços entre a teoria, a investigação e a prática.

Inicialmente, tivemos que fazer uma análise o mais exaustiva e detalhada possível da situação actual, tal como ela existe, por considerarmos que não poderíamos reflectir sobre um tema sem termos uma noção da realidade. Para isso foram necessários desenvolver os estudos das duas primeiras fases.

A Investigação – Acção tem como objectivo obter soluções relevantes e aplicáveis em contextos específicos da prática, portanto tivemos como finalidade, ao usarmos este tipo de metodologia, o de criar soluções não só para as instituições onde foram realizados os estudos, mas também para dar resposta a um sentir

comum manifestado por cerca de 3.500 enfermeiros da área de cuidados perioperatórios, que responderam ao questionário, por nós elaborado para o momento.

Como afirma Streubert (2002:280): "*a investigação acção leva à criação do espírito prático, o qual se relaciona directamente com os problemas e preocupações específicos de um contexto. O conhecimento prático é útil num determinado contexto porque, em última análise, melhora a prática.*"

As características deste tipo de metodologia foram a razão principal para a aplicarmos, uma vez que tinha em tudo a ver com os objectivos que pretendíamos atingir com este estudo. O mesmo autor atrás citado, refere que os objectivos são fundamentalmente quatro:

"-*Procura de soluções para problemas da prática;*

- *Colaboração entre os investigadores e os profissionais;*

- *Implementação de mudanças na prática*

- *O desenvolvimento de uma teoria*" (Holter & Schwartz-Barcott,1993: 281)

O que obtivemos com a utilização desta metodologia, foi que os enfermeiros que estiveram envolvidos nestes estudos, aprenderam e reflectiram sobre a sua prática e sobre si mesmos, o que levou a implementarem uma mudança na sua prática diária como em capítulo próprio abordaremos e demonstraremos.

Estamos conscientes de que este tipo de estudo é inovador, mas para entramos dentro do fenómeno dos enfermeiros perioperatórios, conhecer as suas necessidades nos diferentes níveis: formação, integração, expectativas, auto-realização, segurança, interiorização/consciencialização dos cuidados prestados como cuidados de enfermagem e perspectivas em relação ao reconhecimento do

seu trabalho, tivemos que recorrer a diferentes estudos complementares que posteriormente referiremos.

Assim o trabalho foi desenvolvido em **quatro fases**:

1ª FASE: Enquadramento Teórico

Pesquisamos, reflectimos e transcrevemos as nossas ideias, fundamentadas em diferentes peritos e estudiosos sobre a problemática, na epistemiologia da enfermagem do perioperatório (internacional/nacional), o significado de cuidar e cuidados e continuidade de cuidados de enfermagem prestados ao cliente/utente e família nesta área, importância de trabalho em equipa multidisciplinar, assente na pesquisa bibliográfica e na experiência de cuidados.

Como resultado desta fase do nosso estudo resultou uma revisão crítica da literatura que permitiu elaborar o problema e as questões de investigação. Compõe na sua maioria o enquadramento teórico que desenvolvemos e ajudará a reflectir sobre os resultados encontrados, orientando a discussão final do nosso relatório.

2ª FASE: Estudos Analíticos Quantitativos e Qualitativos

Foi composta pelo desenvolvimento de diferentes estudos:

- **1 estudo** de grandes dimensões que teve como principal objectivo conhecer as expectativas dos enfermeiros perioperatórios portugueses, relativamente à área cuidados onde prestem cuidados, de todas as instituições públicas e privadas do País Continental e Ilhas, usando para isso um inquérito por questionário elaborado para o efeito.

- **11 estudos** de pequenas dimensões, os quais designamos de contributos de análise, desenvolvidos em instituições hospitalares públicas e privadas da zona do Grande Porto. As temáticas ligadas à problemática em estudo, ajudaram-nos a contactar com diferentes realidades que nos deram um grande subsídio para

apresentação de propostas de alteração de rotinas estabelecidas, nas instituições envolvidas, ajudando-nos a preparar o nosso estudo investigação-acção com profundidade e realismo.

A par destes estudos foram feitas entrevistas informais a peritos desta área, a enfermeiros directores de 40 entidades empregadoras, bem como a diversos elementos que integram a equipa multiprofissional, com o objectivo de nos darem mais dados que esclarecessem, sobre a problemática em estudo, como sendo pessoas bem direccionadas, até com perspectivas variadas, que enriquecem-se os resultados, a análise crítica dos mesmos, assim como as propostas finais, que iremos propor tendo em conta todo percurso percorrido.

3ª FASE: Estudo de Investigação-Acção

Partindo dos resultados obtidos através dos estudos desenvolvidos, idealizamos, projectamos e concretizamos um estudo de investigação - acção que se dividiu em duas partes distintas:

- Uma primeira desenvolvida com enfermeiros do serviço de Bloco Operatório, durante a prática diária, de um hospital distrital – Centro Hospitalar Vila do Conde / Póvoa de Varzim – Unidade da Póvoa de Varzim, durante aproximadamente um ano

- E a segunda, durante nove meses, em que aplicámos uma formação específica, modular, baseada no Currículo Europeu para a Formação Especializada de Enfermeiros Perioperatórios, dirigida a enfermeiros que trabalhassem pelo menos há dois anos nesta área de cuidados.

Neste estudo, cada uma das partes que o compuseram, foram avaliadas pelos enfermeiros envolvidos quer pelos seus responsáveis hierárquicos dos cuidados prestados antes e depois da intervenção/formação. As avaliações referiam-se à metodologia usada, o *feed back* que estava a ter na vida profissional de cada um e sobre os objectivos que foram traçados para cada uma das fases. Nestes

momentos poderiam ser introduzidas medidas correctivas, de maneira a proporcionar que durante o período em que decorresse fosse tirado o maior partido do mesmo, no que diz respeito a reflexão sobre a prática, aprendizagem e alteração de algumas práticas.

As duas primeiras fases, foram distintas e espaçadas temporalmente. O que motivou todo este procedimento foi o facto de o ligado à parte prática se ter prolongado, o que permitiu uma permuta entre os resultados que íamos obtendo. Esta situação possibilitou ao estudo, ser muito activo podendo tirar-se o máximo de proveito não só na prática de cuidados, bem como em sala de aula na formação desenvolvida permitindo a introdução de medidas correctivas que viriam a ser um contributo valioso para o desenvolvimento do nosso "experimento".

4ª FASE: Análise dos Resultados Obtidos e sua Contextualização na Problemática Nacional da Individualização da Especialidades em Enfermagem

Tendo em conta o momento actualmente vivido pela enfermagem no nosso país, achámos que seria oportuno fazer uma análise sobre os resultados obtidos, tendo em conta:

- Os modelos apresentados pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, no seguimento de estudos desenvolvidos, sobre as futuras especialidades em enfermagem, que apresentaremos em capítulo próprio,

- Podendo dar o realce necessário que esta temática merece;

- As expectativas dos enfermeiros da área perioperatória;

- As informações que obtivemos dos doentes/famílias envolvidas nos estudos;

- A realidade portuguesa a nível da necessidade de cuidados de enfermagem no perioperatório;

- Os ganhos em saúde com cuidados de enfermagem perioperatória de qualidade.

Orientamo-nos de acordo com o seguinte esquema de pesquisa (Figura 21):

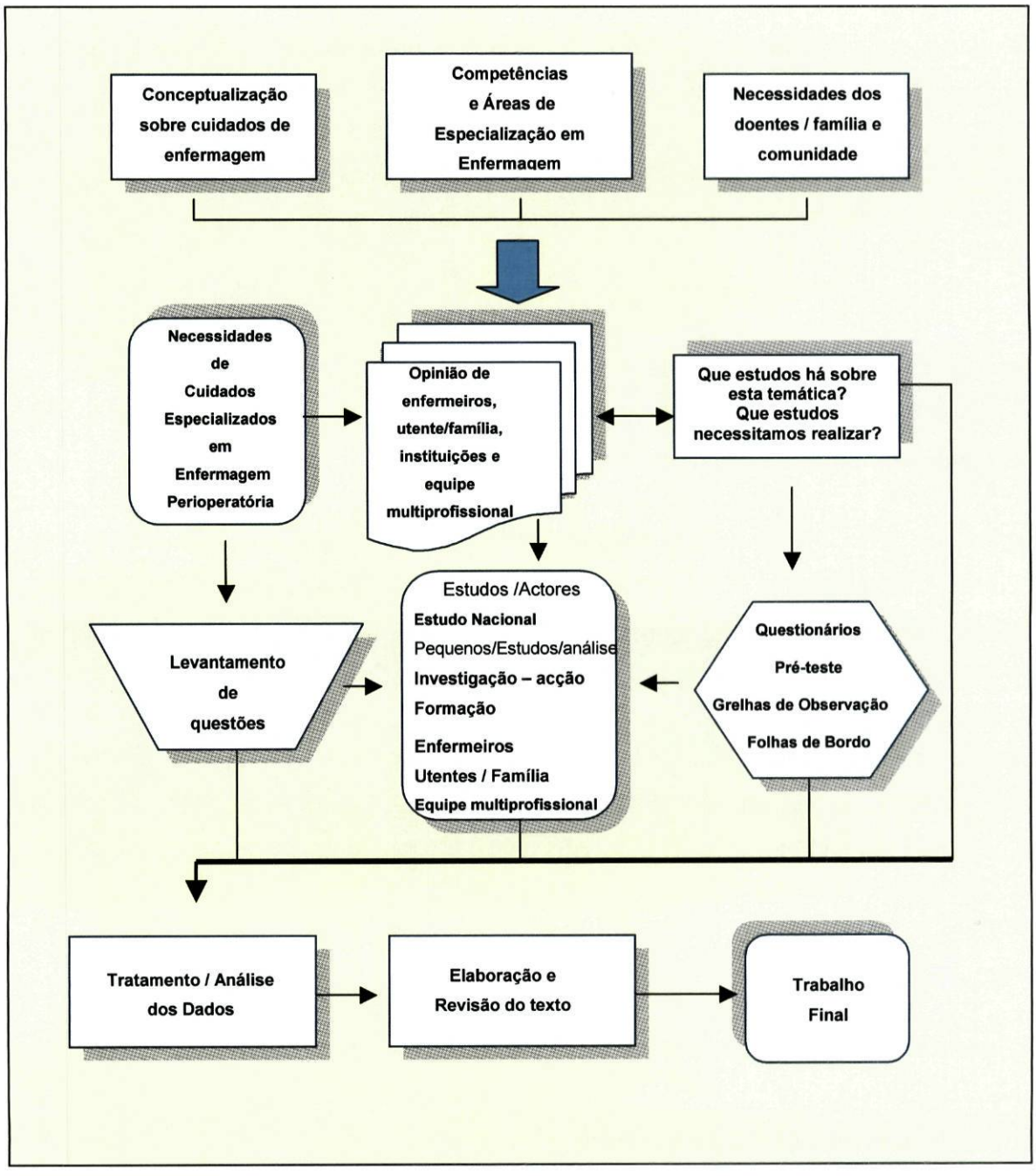


Figura nº n.º 21 - Fluxograma do desenvolvimento da pesquisa

2.1 - População

De acordo com os estudos efectuados a população foi todos os enfermeiros que trabalham em cuidados perioperatórios, entidades empregadoras, enfermeiros dos serviços de internamento de cirurgia, utentes e famílias elementos das equipas multidisciplinares.

As amostras que fizeram parte dos estudos realizados foram:

Estudos da 2ª fase

Enfermeiros perioperatórios de todas as instituições hospitalares (públicas e privadas).que colaboraram no desenvolvimento dos 11 pequenos estudos - contributos de análise num total de: **548 enfermeiros**;

Todos os enfermeiros que trabalham em Serviços de Bloco Operatório em Portugal Continental e Ilhas foram inquiridos - 2588. Responderem ao inquérito por nós enviado, no estudo: as Expectativas dos Enfermeiros Perioperatórios Portugueses – **1851 enfermeiros**;

Elementos de equipas multiprofissionais – **568 pessoas** (médicos, enfermeiros do internamento de cirurgia, auxiliares de acção médica, dos serviços de bloco operatórios envolvidos.

Utentes e familiares, em algumas instituições onde decorreram os estudos: **30 crianças e 131 adultos**;

40 enfermeiros directores de entidades empregadoras públicas e privadas com quem tivemos entrevistas informais, com a finalidade de ajudarem a perceber a realidade e as necessidades das instituições;

Não podemos esquecer, a importante colaboração dada **por 36 enfermeiros no desenvolvimento, sob nossa orientação, dos 11 pequenos estudos.**

Estudo Investigação-Acção

- Prática de Cuidados:

Todos os enfermeiros do serviço bloco operatório **(25)** do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde – unidade da Póvoa de Varzim.

800 doentes através das visitas pré e pós operatórias.

- Formação:

18 enfermeiros que frequentaram o I Curso de Formação para Enfermeiros Perioperatórios, realizado na Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, na Cidade do Porto.

2.2 – Colheita de dados

Os dados foram colhidos através de diferentes instrumentos (inquéritos, observação directa, entrevistas informais, folhas de bordo, registos e avaliações) tendo em conta os objectivos de cada um dos estudos desenvolvidos.

Cruzando as concepções de enfermagem com a problemática da especificidade dos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório, fomos levados a pesquisar modelos que suportassem essa ideia, podendo contribuir para um desenho de modelo de intervenção perioperatório mais preciso, com características e filosofia próprias.

Os modelos teóricos defendidos por Virgínia Henderson (Modelo das Necessidades) e por Jean Watson (Modelo do *Caring*), parecem-nos ser os que

mais se identificam com a linguagem dos enfermeiros. Esta constatação é-nos dada, não só através da nossa prática como enfermeira prestadora de cuidados, pela experiência como docente de futuros licenciados em enfermagem, mas também pelos resultados que obtivemos nos estudos bibliográficos e de campo que desenvolvemos, dos quais apresentaremos resultados mais à frente.

As questões já anteriormente referidas e sobretudo as razões que queremos enumerar e descrever, assente na realidade concreta nacional, para que a enfermagem perioperatória seja uma especialidade, terá de ser um contributo para:

- Uma maior qualidade de cuidados prestados ao doente;
- Uma maior realização profissional;
- Um aumento, com sucesso, dum trabalho em equipa com harmonia, eficaz e bem sucedido.

Tendo em conta toda a problemática descrita, demos início ao aprofundamento e compreensão da nossa questão, pretendendo descrever os estudos realizados, e analisar os resultados parcelares obtidos, comentando-os.

2.2.1 - Pré – Teste

Sempre que foram utilizados instrumentos de colheita de dados elaborados para os estudos em causa, efectuaram-se sempre os pré – testes de todos, que antecederam a sua utilização.

É uma fase fundamental que permite corrigir ou modificar o questionário, assim como avaliar a eficácia e a pertinência do mesmo. Tendo sido aplicado a 20% da amostra de cada estudo.

" O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflicta a diversidade da população visada, [...] a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas." (FORTIN, 1999: 253)

2.2.2 - Aspectos Éticos

"Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina directamente a natureza dos problemas." (Fortin, 1999: 272)

Sempre que o investigador utiliza pessoas como sujeitos de investigação, deve submeter-se a um conjunto de regras de conduta.

"Na persecução da aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Se um estudo, violar este direito, é considerado moralmente inaceitável". (Fortin, 1999: 273)

Estamos conscientes de extrema importância, para a realização de uma investigação, proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nesta e procuramos sempre cumpri-los.

Os códigos de ética estabeleceram cinco direitos fundamentais das pessoas a ser considerados e protegidos, durante um trabalho de investigação:

- Direito a autodeterminação;

- Considera o indivíduo como pessoa autónoma, capaz de tomar decisões, e agir com base em valores pessoais e crenças;

- Direito à intimidade;

- Direito ao anonimato e a confidencialidade;

- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo;

- Direito a um tratamento justo e leal.

Para melhor visualização, referiremos os artigos do Código Deontológico do Enfermeiro, (Quadros 10, 11 e 12) que orientaram a nossa conduta ética, ao longo de todo este nosso percurso e que estão directamente ligados com os cinco direitos fundamentais das pessoas, supra citados.

Artigo-78.º **Princípios gerais**	1 - As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. 2 - São valores universais a observar na relação profissional: a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional. 3 - São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.
Artigo-80.º **Do dever para com a comunidade**	c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.
Artigo-82.º **Dos direitos à vida e à qualidade de vida**	a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; b) Respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa; c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;

Quadro nº 10 A- Artigos do Código Deontológico do Enfermeiro, respeitados no trabalho de investigação

Fonte: Estatutos OE, 1998:56-58

Artigo-83.º **Do direito ao cuidado**	d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas;
Artigo-84.º **Do dever de informação**	a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;
Artigo-85.º **Do dever de sigilo**	a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.
Artigo-86.º **Do respeito pela intimidade**	a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.
Artigo-88.º **Da excelência do exercício**	a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados; e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos;
Artigo-89.º **Da humanização dos cuidados**	a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa;

Quadro nº 10 B- Artigos do Código Deontológico do Enfermeiro, respeitados no trabalho de investigação

Fonte: Estatutos OE, 1998:58-61

Artigo-90.º **Dos deveres para com a profissão**	a) Manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão; b) Ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional;
Artigo-91.º **Dos deveres para com outras profissões**	a) Actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde; c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

Quadro nº 10 C- Artigos do Código Deontológico do Enfermeiro, respeitados no trabalho de investigação

Fonte: Estatutos OE, 1998:62

Estamos conscientes de termos defendido e respeitado os direitos da pessoa/ utente e família. Conservaremos o anonimato dos utentes, bem como de todos os que foram solicitando o mesmo no decorrer do estudo.

CAPÍTULO III - DA APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS À ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo apresentamos o estudo nacional, considerado o nosso estudo de partida. Consideramos que seria importante iniciar com um estudo que inclui-se o maior número possível de enfermeiros do perioperatório. Através dele poderíamos ter uma primeira auscultação da realidade. Pretendíamos em primeiro lugar saber quantos são os enfermeiros que prestam cuidados nesta área. Lançamos um inquérito por questionário (Anexo III), após termos obtido licença dos conselhos de administração das diferentes instituições hospitalares, públicas e privadas contactadas.

Para além de conseguirmos dados capazes de podermos caracterizar o grupo de enfermeiros perioperatórios do País, foram lançadas outras questões em relação à integração (tempo, tipo, classificação), intervenção nos cuidados perioperatórios (tipo, rotatividade/polivalência), posição face a possível especialidade e seu modelo de formação/desenvolvimento, necessidades de formação.

Necessitando de outros subsídios, para procedermos a uma análise profunda, foram desenvolvidos onze pequenos estudos, envolvendo os actores dos cuidados perioperatórios – enfermeiros, utentes / famílias, equipas multiprofissionais.

Os estudos foram surgindo de uma forma sequencial, de maneira a poderem dar contributos para ancorarmos as questões em estudo no domínio contextual e conceptual. Possibilitaram efectuar a triangulação, através da qual, podéssemos realçar os laços entre teoria, investigação e prática.

Era nosso objectivo reunir diferentes dados provenientes de várias fontes, num mesmo estudo, com vista a obter as diversas perspectivas possíveis de um mesmo fenómeno passíveis de validar, a necessidade de cuidados especializados em Enfermagem Perioperatória

1 – OS ESTUDOS DESENVOLVIDOS

""Nous sommes ici avec un rêve à bâtir, un espoir à soutenir,
une vision à réaliser et un futur à construire »[1]

O.Bevis

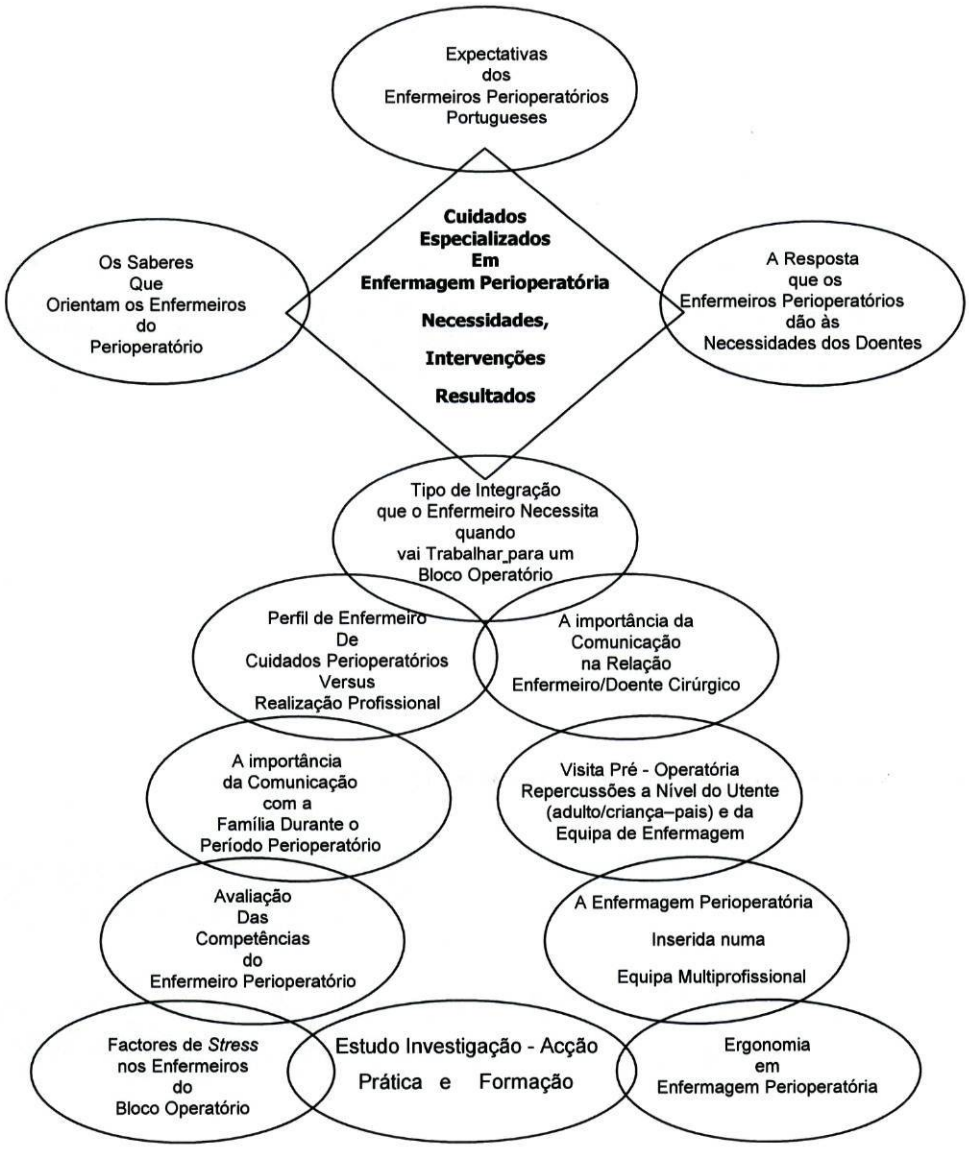


Figura nº 22- Progressão dos Estudos

Criação da Autora

[1] " Nós estamos aqui com um sonho a atingir, uma esperança a manter, uma visão para realizar e um futuro para construir" O,Bevis in MARTIN,C - Soigner pou Apprendre, 1991: 5

Os estudos que apresentamos seguidamente, obedeceram a sequência lógica, dando subsídios importantes para o estudo da nossa problemática.

A figura anterior elucida como foi feita a progressão dos estudos. Dá a ideia de um corpo, por querer representar, a importância que tiveram, na construção e do desenvolvimento do conhecimento. Estão interligados porque cada um ia originando outro.

No seu centro está a problemática de estudo; à cabeça encontra-se o Estudo Nacional, onde houve o cuidado de contactar todos os enfermeiros que trabalhassem nos cuidados perioperatórios do continente e das ilhas.

Cada um dos braços representam os estudos ligados com os saberes que orientam os cuidados perioperatórios, sustentados em duas teóricas de enfermagem: Virgínia Henderson e Jean Watson.

Tendo já a noção clara que os enfermeiros perioperatórios prestavam cuidados, baseados em saberes, científicos, empíricos e técnicos, onde a componente relacional prevalecia como uma das mais fortes, o passo seguinte levou-nos a estudar sobre o tipo de integração que estes profissionais tinham, uma vez que constatamos que a nível do curso de licenciatura, os conhecimentos adquiridos, eram poucos ou nulos.

Trabalhar num serviço com características muito próprias, a nível de ambiente e isolamento, levou-nos a questionar se existia um perfil determinado de enfermeiro desta área de cuidados, e se existisse questionamo-nos sobre o grau de satisfação desses enfermeiros.

Como já referimos, a vertente relacional está marcadamente presente nesta área de cuidados, daí termos partido para estudos, onde a comunicação foi abordada em diferentes situações: Comunicação, no sentido de interligação enfermeiro/doente cirúrgico; Comunicação usada como relação de ajuda estabelecida na visita pré-operatória, podendo intervir como relação terapêutica, preparando para a intervenção, diminuindo a ansiedade ligada à experiência

cirúrgica. Ainda tem por base a importância da Comunicação no período perioperatório, quisemos saber se era também um factor de ligação com a família durante a cirurgia, diminuindo a carga emocional que o momento proporciona, porque o utente não deverá ser visto isoladamente, mas como uma pessoa inserida numa família.

Uma vez que o trabalho perioperatório assenta num trabalho em equipa multiprofissional, mais uma vez o aspecto relacional, foi salientado, não só através da comunicação, mas também, noutras dimensões que esta metodologia de trabalho, atinge, como o reconhecimento, respeito, complementaridade e aceitação do outro.

Ao logo destes trabalhos, foi-se definindo funções concretas da enfermagem perioperatória em cada uma das suas funções (circulante, instrumentista, anestesia e da UCPA), mas achamos ser necessário desenvolver este estudo tendo em conta não só perceber o que consideravam ser enfermeira competente, nesta área de cuidados, perceber como era feita quer a aquisição de novas competências ligadas à função que exerciam na altura, assim como, era orientada e em que aspectos eram salientados na avaliação de desempenho.

Tendo a consciência de que a enfermeira perioperatória, tem um trabalho que envolve riscos, podendo ter repercussões a nível do seu estado de saúde, desenvolvemos um trabalho ligado à ergonomia no Bloco Operatório. Pretendíamos saber, se havia alguma preocupação, por detectar quais os factores que mais punham em risco a saúde da enfermeira, (por exemplo, elevado número de aparelhos com sinais sonoros permanentes, posicionamentos viciosos, motivados por longas horas em pé e parada, a não existência de janelas com luz natural, locais de repouso...) e como era gerida essa situação.

O último destes estudos de campo e na sequência do anterior teve como objectivo conhecer e descrever, os factores de stress mais presentes na enfermeira perioperatória.

Os resultados obtidos nestes estudos, influenciaram, o planeamento do estudo investigação - acção que foi desenvolvido no contexto da prática e da formação.

1.1 - Estudo Nacional – "Expectativas dos Enfermeiros Perioperatórios Portugueses"

Tendo em conta que a temática em estudo prendia-se com a prática de enfermagem e que dizia respeito 3105 enfermeiros[2], pareceu-nos logo bastante interessante contactar todos os enfermeiros da área dos cuidados perioperatórios, para conhecer as suas preocupações, e sentir do desafio que lhes era lançado e colher o maior número de sugestões.
Este contacto foi feito na maioria dos casos pelo correio.

Objectivos:

- Analisar as necessidades de formação especializada nesta área de cuidados;

- Compreender as expectativas dos enfermeiros perioperatórios;

- Demonstrar que a área de cuidados de enfermagem perioperatória necessita de formação especializada;

- Contribuir para um aumento da qualidade de cuidados de enfermagem no período perioperatório;

- Contribuir para o desenvolvimento da enfermagem como ciência.

- Conhecer, quais a temáticas que achavam ser necessárias aprofundar e que deveriam fazer parte do conteúdo curricular;

- Conhecer, qual o tipo de modelo de formação, ligada à especialização, mais defendido nesta área de cuidados perioperatórios

[2] Números cedidos pela AESOP em 2001

Desenho:

EXPECTATIVAS DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS PORTUGUESES

Meio: Hospitalar: - Serviços de Bloco Operatório de todas as instituições hospitalares

População: todos os enfermeiros que trabalham nos Serviços de Bloco Operatório em todas as instituições hospitalares (públicas e privadas) de Portugal Continental e Ilhas;

Amostra: 1848 enfermeiros;

Tipo de estudo: Descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo

Instrumento de colheita de dados: Inquérito por questionário com perguntas fechadas e abertas

Tratamento de dados: Análise de Conteúdo, frequências, gráficos e testes de inferência estatística (Testes t e Testes de Qui – Quadrado, Testes do Sinal e Testes de McNemar). Toda a análise deste trabalho foi realizada utilizando o *software* para estatística SPSS v.10 (Statiscal Package for the Social Sciences).

Figura nº 23 - Desenho do estudo: as Expectativas dos Enfermeiros Perioperatórios Portugueses

DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Integração no Bloco Operatório;	Integração	Não Sim
	Tempo Sim Não	Intervalos de tempo: < 1 semanas 1 semana – 1 mês 1 mês - 6 meses > 6 meses:
	Tipo	Geral Específica
	Apreciação	Deficiente Insuficiente Suficiente
Enfermeira Perioperatória	Valências	Instrumentista Circulante Anestesia UCPA
	Polivalência	Uma só função Mais do que uma função
	Rotatividade	Não Sim
Formação pós - graduada	Tipo de rotatividade	Temporária Conforme as necessidades Outra
	Especialidade em Enfermagem	Não Sim
	Especialidades em Enfermagem Perioperatória	Não Sim
	Modelo de Formação	Escola / Instituição hospitalar Só Instituição hospitalar Outra

Quadro nº 11 – Operacionalização das variáveis em estudo

Resultados :

Para colheita de dados, foi lançado um inquérito por questionário, depois de se ter obtido a licença de todos os concelhos de administração, a todos os enfermeiros que trabalhassem na área de cuidados perioperatórios com a finalidade de, a partir das respostas obtidas, conhecer:

- Quantos enfermeiros trabalham na área dos cuidados perioperatórios;

- Intervenções que desenvolvem diariamente;

- Tipo de integração que tiveram;

- As suas expectativas em relação à possível criação da especialidade;

- Modelo de formação para a especialidade

- Os conteúdos programáticos dum possível curriculum e da metodologia que pensem ser a mais adequada para o desenvolvimento da especialização.

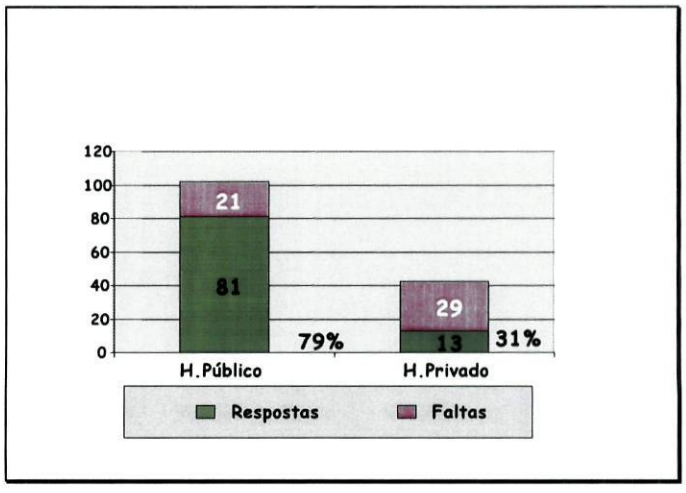


Gráfico nº 1 - Distribuição numérica e percentual das instituições onde foram lançados os inquéritos

Obtivemos uma adesão muito mais elevada dos enfermeiros que estavam a trabalhar nos então hospitais públicos. 79% das instituições inquiridas responderam, o que dá uma amostragem significativa dentro do total das instituições públicas existentes. (Gráfico 1)

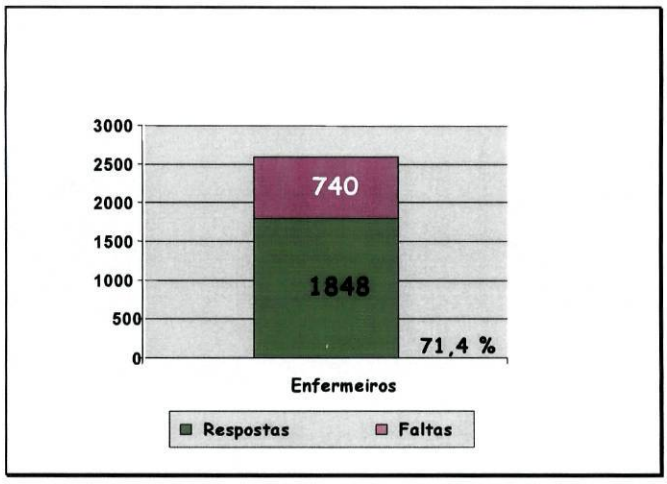


Gráfico n.º 2 - Distribuição numérica e percentual das respostas obtidas por enfermeiros inquiridos

Dos questionários enviados, 2588, recebemos 1848 respostas a que corresponde 71% (Gráfico 2). Não conseguimos inquirir 517 enfermeiros (17%) do total conhecido à data de 3105, devido à falta de resposta por parte dos Conselhos de administração de 42 instituições hospitalares.

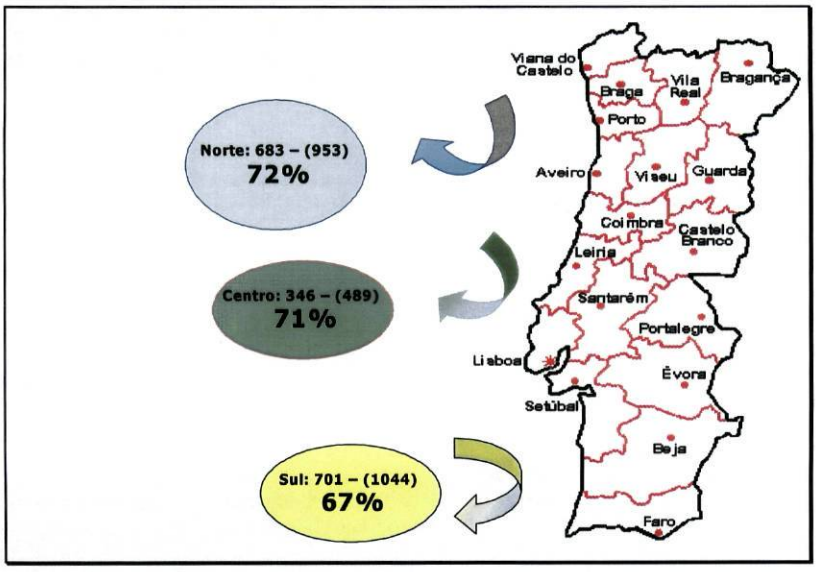


Figura nº 24- Frequências de respostas por Zonas em Portugal

A amostragem é significativa – 71,4% dos enfermeiros inquiridos responderam ao nosso inquérito por questionário. Tendo em conta a adesão dos enfermeiros ao

estudo da Ordem (cerca de 32% de todos os enfermeiros), podemos afirmar que em relação a este estudo a representação foi significativa.

A representação foi, a nível de Portugal Continental, semelhante de Norte a Sul do país (Figuras 24, 25 e 26). Notou-se uma adesão muito elevada a nível das ilhas, como se pode observar nos dois gráficos seguintes.

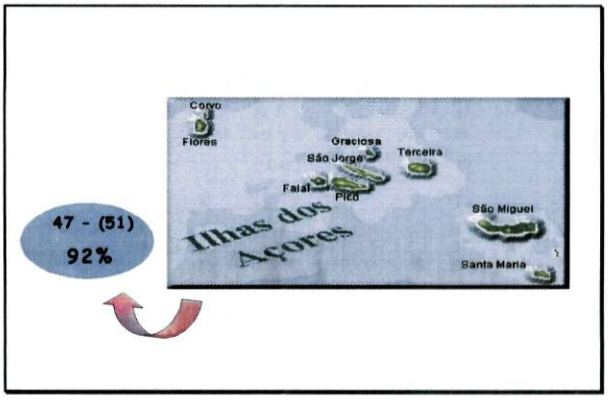


Figura n.º 25 - Frequências de respostas no Arquipélago dos Açores

Pelo conhecimento que vamos tendo, através do contacto com as colegas que são naturais das Ilhas ou lá trabalham, tem um gosto muito especial por colaborarem em estudos nacionais.

"gostamos de ser lembradas como portuguesas. A distância, o não estarmos no continente, muitas vezes somos passadas para segundo plano. Nós partilhamos das mesmas ideias, ou de diferentes, mas também temos alguma coisa a dizer. Ainda bem que há quem reconheça a nossa ligação". **Inq. 1712**

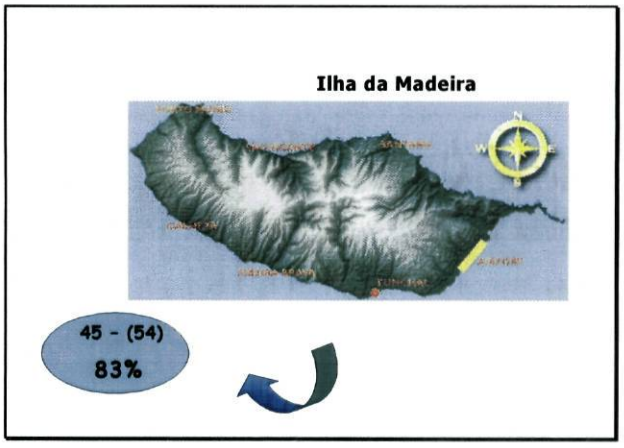


Figura nº 26 - Frequências de respostas na Ilha da Madeira

Caracterização da Amostra:

Sexo

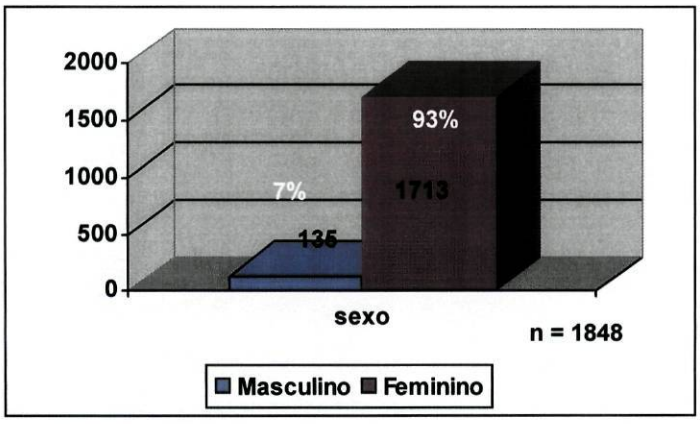


Gráfico nº 3 - Distribuição numérica e percentual da população por sexo

Como era de prever a amostra possui um elevado número de enfermeiros do sexo feminino (Gráfico 3), uma vez que esta profissão é marcadamente feminina e nesta área de cuidados também as mulheres estão em maioria. Não deixa de estar em sintonia com a história da enfermagem perioperatória, que como a enfermagem em geral, foi iniciada por mulheres. É de notar que não encontramos nenhum nome masculino ao longo da história da enfermagem perioperatória, o que já não acontece com a enfermagem em geral.

Pensamos que, o que terá levado a terem escolhido mulheres para esta área de cuidados se deve ao facto de esta área implicar um empenho minucioso e exacto que caracteriza o sexo feminino, mas também à sensibilidade para o atendimento das necessidades dos doentes cirúrgicos e famílias, sabendo que este período sempre foi marcado por uma carga emocional elevada.

O número de enfermeiros do sexo masculino nesta área está proporcionalmente ligada ao aumento do número de indivíduos do sexo masculino na profissão de enfermagem.

Nesta área de cuidados a percentagem feminina é ainda superior (93%) em relação aquela que existe na enfermagem em geral e que é de 81%. (OE, 2004:54).

Idade

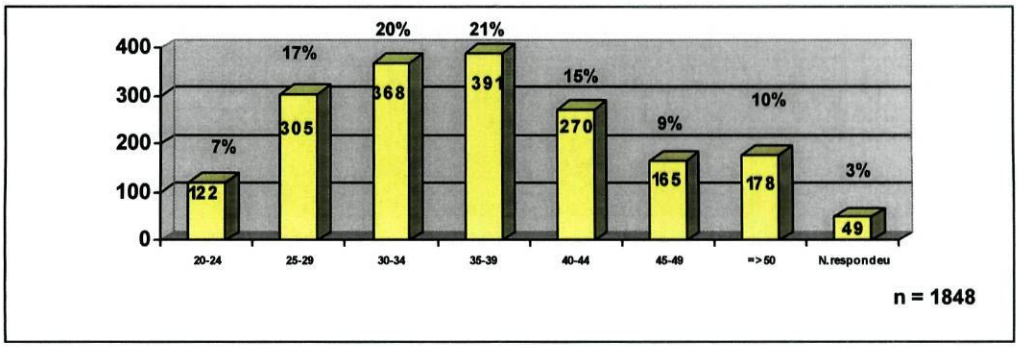


Gráfico nº 4 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra por classes etárias

A moda em relação às classes etárias está representada pela de 35-39 anos (Gráfico 4), o que não está de acordo com a representada pela dos enfermeiros portugueses que se situa na classe dos 26-30 anos (18%) (OE, 2004:54). No entanto não podemos deixar de afirmar que a nossa amostra é jovem, porque 65% tem idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos, o que está de acordo com a idade da maioria dos enfermeiros portugueses (63%) (OE, 2004:74).

Estado Civil

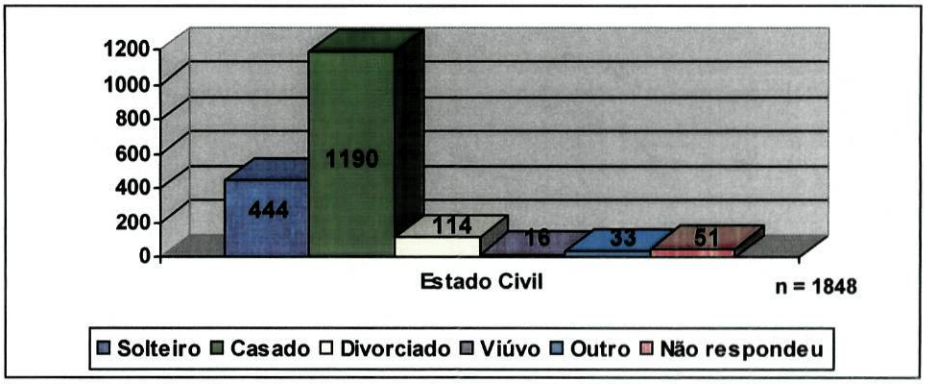


Gráfico nº 5 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra por Estado Civil

Como podemos verificar pela leitura do gráfico anterior, 64% dos enfermeiros da nossa amostra são casados (Gráfico 5).

Enfermeiro do Quadro da Instituição

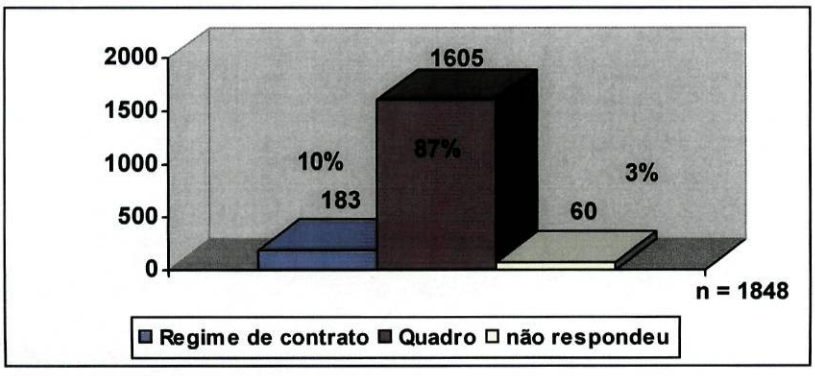


Gráfico nº 6 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra por pertença ou não ao quadro da instituição principal onde trabalham

Podemos verificar que a grande maioria dos enfermeiros (87%) que constituíram a nossa amostra, pertenciam ao quadro da instituição intitulada como principal da actividade profissional. Ainda é de realçar que 10% dos enfermeiros que nos responderam ainda não pertencem ao quadro, o que como nós sabemos não dá estabilidade profissional nem ao enfermeiro nem ao serviço (Gráfico 6). Na área de cuidados perioperatórios a integração dos elementos é demorada, como já referimos, por causa da especificidade dos cuidados e pela pouca formação que os enfermeiros possuem no curso de base. Integrar enfermeiros na área perioperatória implica tempo e recursos daí que haja uma opção por enfermeiros que pertencem ao quadro. A pouca percentagem de enfermeiros contratados nos serviços de BO pode dever-se ao facto de haver poucos enfermeiros e a instituição se ver forçada a integrar enfermeiros ainda em situação pouco definida.

Apostar numa integração de um enfermeiro que não pertence ao quadro, pode ser uma "aventura", uma vez que a qualquer momento esse mesmo enfermeiro poderá trocar a sua instabilidade institucional por uma mais estável, muitas vezes noutra instituição. Esta situação pode na maioria das vezes ser controlada, mas

haverá outras em que será ainda um mal menor, perante demasiadas carências de profissionais de enfermagem.

Especialidade

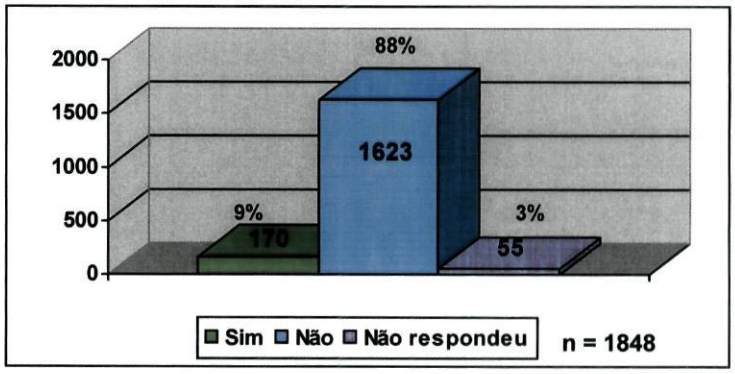


Gráfico nº 7 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra por possuírem especialidade em enfermagem

Como seria de prever, a maioria dos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na área perioperatória e que constituíram a nossa amostra, 88%,não possuem especialidade de enfermagem (Gráfico 7).

Os 9% dos enfermeiros que possuem especialidade, tem especialidade em enfermagem em diferentes variadas áreas de cuidados. (Quadro 12)

Existem enfermeiros de todas as áreas de especialidade a trabalharem em cuidados perioperatórios, em nossa opinião, por não haver uma especialidade em enfermagem perioperatória.

A especialidade em cuidados de enfermagem durante anos e até ao momento, serviu para que pudesse haver progressão na carreira, podendo só assim chegar a lugares de chefia.

Os enfermeiros optavam assim pela área de especialidade que melhor satisfazia a sua curiosidade ou estava ligada à área de cuidados onde trabalhavam. Outros houve que a área não interessava, pois os seus objectivos não eram prestar cuidados de enfermagem especializados, mas sim a gestão de cuidados.

Esta situação deve-se ao facto da carreira ser ascendente e não transversal.

Especialidade	n	%	Função no Serviço
Médico-Cirúrgica	50	29	32 – Chefia do Serviço - 64% 18 – Responsáveis pela Formação - 36%
Saúde Infantil e Pediátrica	18	11	16 – Chefia do Serviço – 88% 2 – Responsáveis pela Formação – 33%
Saúde Mental e Psiquiátrica	22	13	19 – Chefia do Serviço – 86% 3 – Responsáveis pela Formação - 14%
Saúde Materna e Obstétrica	10	6	10 – Chefia de Serviço – 100%
Saúde Comunitária	27	16	27 – Chefia do Serviço – 100%
Reabilitação	37	22	36 – Chefia do Serviço – 97% 1 – Responsáveis pela Formação – 3%
Gestão dos Serviços de Enfermagem [3]	6	3	4 – Chefia do Serviço – 67% 2 – Responsáveis pela Formação – 33%
TOTAIS	**170**	**100**	**144 – Chefia do Serviço – 85%** **26 – Responsáveis pela Formação -15%**

Quadro nº 12 - Distribuição dos enfermeiros especialistas, pelas especialidades que tem, que trabalham em Serviços de BO, pela função que aí exercem

Uma das especialidades que se tentou criar tendo em vista a resolução desta situação, foi a Especialidade de Gestão de Cuidados de Enfermagem, que pese embora ter sido aprovada pelo Ministério da Saúde pela Portaria 239/94 de 16 de Abril e terem sido ministrados Cursos em algumas Escolas Superiores de Enfermagem entre os anos de 1996 a 1998, não foi considerada pela OE. Como o título de enfermeiro especialista é atribuído pela a OE, estes enfermeiros não possuem especialidade. No entanto sabemos que alguns destes enfermeiros são

[3] Incluímos a Especialidade em Gestão dos Serviços de Enfermagem, por 6 enfermeiros terem referido a possuírem. Embora não tenha sido reconhecida pela OE, este Curso existiu e foi aprovado pelo Ministério da Saúde sendo ministrado em algumas Escolas Superiores de Enfermagem,, daí ter constado deste quadro.

responsáveis pela gestão dos serviços, em instituições Privadas ou SA, onde o perfil do enfermeiro chefe é estabelecido pelas administrações e em alguns casos, como em hospitais ligados à Misericórdia, ou ao Exército, terem carreira próprias.

Como podemos observar através dos dados obtidos, 85% dos enfermeiros especialistas são chefes ou responsáveis pelos serviços de BO. 15% referiu que as suas funções embora fossem auxiliar na gestão do serviço, recaía também sobre eles a responsabilidade da formação no serviço quer para os elementos da equipa bem como na integração de novos elementos.

Através da análise de conteúdo dos inquéritos recebidos, apercebemo-nos que a maioria (95%) não teve uma formação orientada para os cuidados de enfermagem perioperatória. No entanto só 20% afirmam terem trabalhado em BO antes da opção pela especialidade em enfermagem.

Quando se confrontaram com o motivo que os tinha feito optar/aceitar a chefia desta área de cuidados, 86% não tiveram direito a opção: *"fui porque me disseram que era este serviço que iria chefiar, foi um desafio como outro qualquer "*(Inq. 30). Somente 14% puderam optar, por haver hipótese de o fazer: *"deram-me a escolher entre dois ou três serviços e escolhi o que mais gostava, porque já tinha experiência e para o qual me achava mais direccionado "* (Inq. 64) .

Todos afirmaram ter tido necessidade de investirem nesta área de cuidados uma vez que não havia nem há formação específica. Socorrem-se das Reuniões Científicas que abordem esta temática, para poderem estar mais sintonizadas com "as novidades". Poucas foram as que referiram a participação em eventos internacionais (12%), justificando a maioria, essa impossibilidade através de dificuldades de variada ordem: pessoal, profissional e económica.

Em relação aos enfermeiros especialistas que apoiam a gestão, sendo responsáveis pela formação em serviço e integração de novos elementos a sua actividade é muitas vezes reduzida a auxiliar a gestão do serviço. Os principais argumentos apresentados foram: *"cada vez há mais burocracia; o papel da chefia não*

está bem definido e as solicitações para pertencer a demasiadas comissões é elevada, descorando a nossa principal função – a da formação e supervisão dos cuidados. Quando faltam elementos temos de os substituir, não é só quando a chefe não está, acabamos por ter de ser demasiado polivalentes" **(Inq.121)**.

Anos de serviço

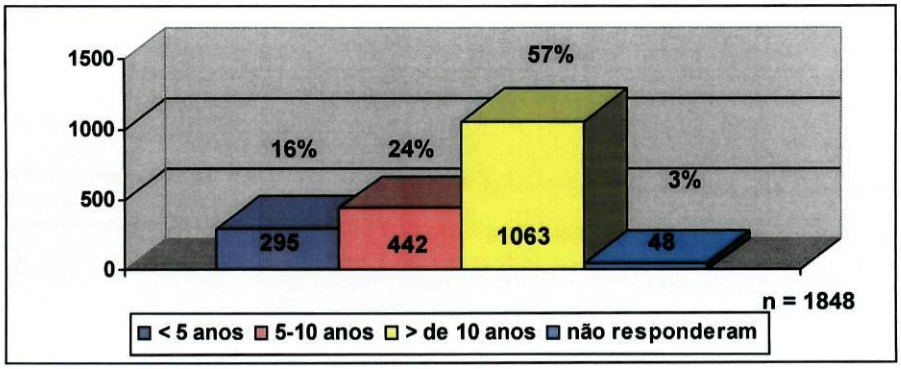


Gráfico nº 8 - Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra por anos de serviço

Podemos constatar que os enfermeiros, que nos responderam, a maioria, 57% trabalham há mais de 10 anos, serviço de BO (Gráfico 8). Estes dados coincidem, com outros estudos, que justificam o facto, de os enfermeiros perioperatórios permanecerem durante muitos anos no mesmo serviço, estar ligado ao gosto pelo trabalho que fazem, por terem investido muito na sua integração e também por ser um serviço que requer uma actualização contínua e não incentivar a rotina.

Integração no serviço de BO

	Respostas	n	%
Integração	**Não**	170	9,2
	Sim	1626	88,0
	Não respondeu	52	2,8
	Total	**1848**	**100,0**

Quadro nº 13- Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros em relação à integração no BO

Como se poderá observar através do quadro anterior, 88% dos enfermeiros que responderam ao inquérito, afirmam ter sido integrados quando foram admitidos no Serviço de Bloco Operatório, situação legítima e importante salientar, visto não haver uma formação de base dirigida a esta área de cuidados, e este Serviço ser dos locais que mais exige da enfermeira, enquanto membro de uma equipa de saúde, pela situação de risco do utente e da própria equipa, pelo seu estado de consciência ou inconsciência que requer cuidados de enfermagem específicos, bem como pelos procedimentos ligados à alta tecnologia, onde a precisão é decisiva e determinante para o restabelecimento de saúde do utente.

A integração de novos elementos, deve ser um momento privilegiado, mediante o qual o novo enfermeiro tem a possibilidade de interiorizar a realidade objectiva, transformando-a em parte da sua própria identidade. Estamos de acordo quando Chiavenato (1991:2) afirma que: "*a integração, que muitos autores denominam de Socialização, é determinante para o sucesso da adaptação do indivíduo à organização e consequentemente, para a eficácia do seu desempenho futuro. Constitui o processo através do qual o indivíduo apreende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela Organização/Serviço em que ingressa, contribuindo para a conservação da sua identidade*".

Dos 1626 enfermeiros que referiram ter sido integrados, através das respostas às questões do inquérito por questionário, relativamente ao **tempo** < *a 1 semana; 1 semana – 1 mês; > 1 mês – 6 meses; > a 6 meses* (Gráfico 9), a **tipo** *geral; específica para cada uma das intervenções* (Gráfico 10) e **como classificavam a sua integração** *insuficiente; deficiente; suficiente* (Gráfico 11), obtivemos os resultados que apresentamos através dos gráficos seguintes.

Como se pode verificar a maioria, 55%, tiveram uma integração entre uma semana a 1 mês e apenas 24% teve uma integração superior a 6 meses, que é considerado o tempo necessário para um "boa integração nos cuidados perioperatórios", defendido quer pela AESOP, assim como pelas associações internacionais EORNA e AORN.

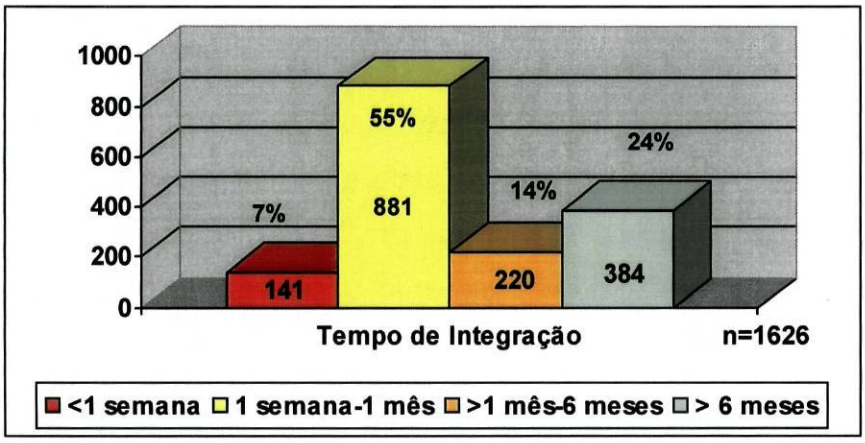


Gráfico nº 9 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios em relação ao tempo que tiveram de integração

Em relação ao tipo de integração, 62% refere ter tido uma integração geral, o que quer dizer que não foi dirigida para cada uma das funções dos enfermeiros perioperatórios: circulante, instrumentista, anestesia e UCPA.

Devido há especificidade de cada uma delas, uma intervenção mais dirigida seria a ideal. Mas o que acontece e que também foi referido em cerca de 58%, dos que tiveram integração geral, é a falta de recursos humanos devidamente preparados e destacados para orientarem esta integração.

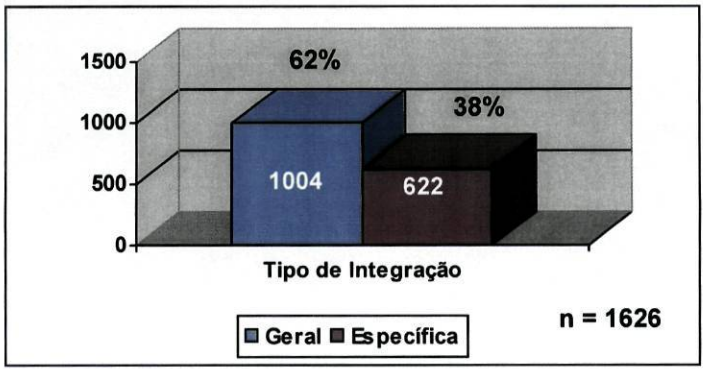


Gráfico nº 10 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios face ao tipo de integração

Tendo em conta o tempo e tipo de integração, 47% dos enfermeiros inquiridos classificaram, como deficiente ou insuficiente (Gráfico 10A). Embora 53% a tenham considerado de suficiente, pensamos que o processo de integração dos enfermeiros deveria ser analisado, como um dos aspectos prioritários, tendo em vista a qualidade dos cuidados.

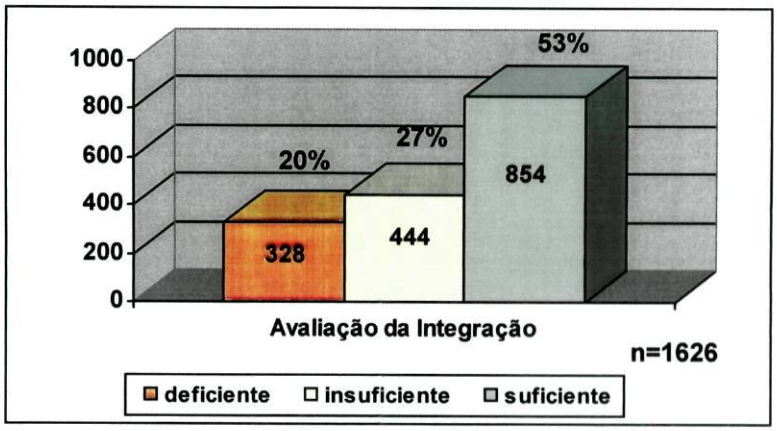


Gráfico nº 10A - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios face à avaliação da integração que tiveram

Reforçando a ideia de Chiavenato (1998) acerca deste momento ser considerado marcante para a eficácia do desempenho futuro, o tempo e tipo de integração deverá ser determinado face à dimensão do Serviço de Bloco Operatório e das Especialidades Cirúrgicas.

Contudo pensamos ser fundamental uma programação e um planeamento de integração, elaborada pelas responsáveis do serviço e da integração de novos elementos, onde pudesse haver uma participação activa do "novo" enfermeiro.

Intervenções em enfermagem perioperatória

A enfermagem perioperatória consiste nas actividades de enfermagem (circulante, instrumentista, anestesia e UCPA) desempenhadas durante as fases pré, intra e pós operatória.

Intervenção		n	%	Intervenção			%
Circulante	Não	262	14	Instrumentista	Não	619	33
	Sim	1532	83		Sim	1175	64
	Não respondeu	54	3		Não respondeu	54	3
	Total	1848	100		Total	1848	100
Anestesia	Não	379	20	UCPA	Não	815	44
	Sim	1415	77		Sim	979	53
	Não respondeu	54	3		Não respondeu	54	3
	Total	1848	100		Total	1848	100

Quadro nº 14 - Distribuição dos enfermeiros em relação às funções que exercem como enfermeiros do perioperatório

Em relação à questão que se referia com as funções exercidas, no Serviço de BO, 308 (17%) enfermeiras da nossa amostra, referiram que tinham outras funções ligadas à gestão, coordenação e formação do serviço (Quadro 14).

Tendo em conta o número de funções que exerciam, 1592 (86%) enfermeiras afirmaram estar aptas a exercer qualquer uma das quatro que competem à enfermagem perioperatória. Apenas 202 (11%) diziam exercer apenas uma.

Cruzamos a variável tempo de integração e nº de funções que exercia nos cuidados perioperatórios e verificamos que havia uma relação entre as duas. O valor do teste de Qui-quadrado foi significativo (χ^2 = 1391,069; gf = 15; p=0.000), podendo afirmar que existe uma relação entre o tempo de integração e o número de funções desempenhadas no perioperatório. (Gráfico 11).

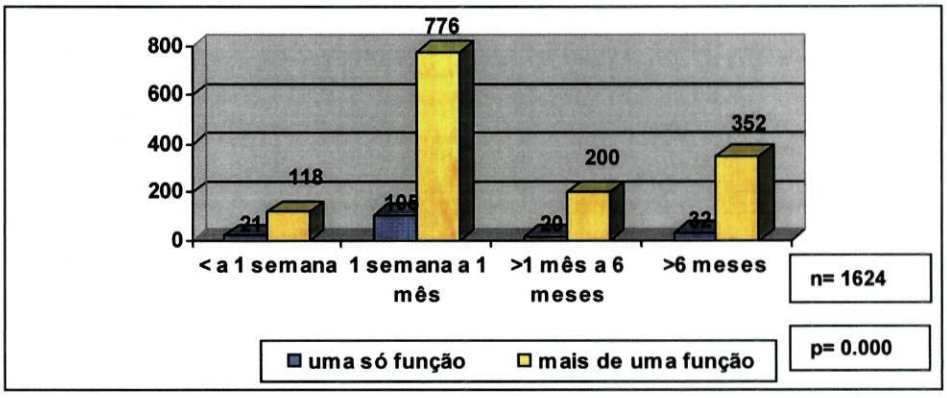


Gráfico nº 11 - Distribuição numérica dos enfermeiros perioperatórios em relação ao tempo de integração e ao nº de funções que desempenha

Rotatividade

Neste estudo podémos constatar que os enfermeiros da nossa amostra trabalhavam em "regime" de polivalência de funções.

Todas as actividades do âmbito da enfermagem perioperatória, normalmente são desenvolvidas por todos os elementos da equipa. Quer dizer, que há uma polivalência de funções fundamentado na ideia de que a enfermeira perioperatória deverá estar preparada para poder desempenhar cada uma das actividades que são do âmbito desta área de cuidados.

As razões que suportam esta ideia é a de haver uma maior visão do trabalho em equipa, complementaridade, total aproveitamento dos recursos humanos em momentos de maior carência, como tempo de férias, licenças por variadas situações, são também razões que justificam a polivalência, defendida pelas Associações já mencionadas e presente no conceito e na filosofia do cuidados de enfermagem perioperatórios.

Esta ideia pode ser confirmada pelo gráfico seguinte em que 89% dos enfermeiros inquiridos refere ter rotatividade de funções.

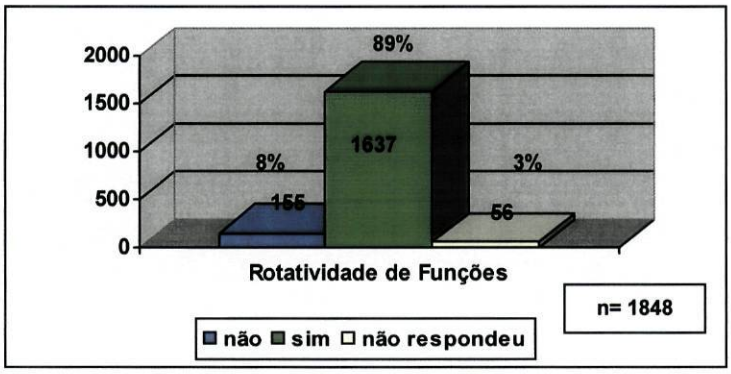


Gráfico nº 12 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios em relação à rotatividade de funções

Em relação ao tipo de rotatividade, podémos concluir que 76% dos 1637 que refere ter essa rotatividade, afirma ser conforme as necessidades do serviço (Gráfico 13), o que através do contacto informal com enfermeiros desta área confirmamos ser o mais frequente. Temporariamente acontece com menos frequência, embora fosse considerado o regime ideal, por permitir haver uma actualização constante e maior estabilidade.

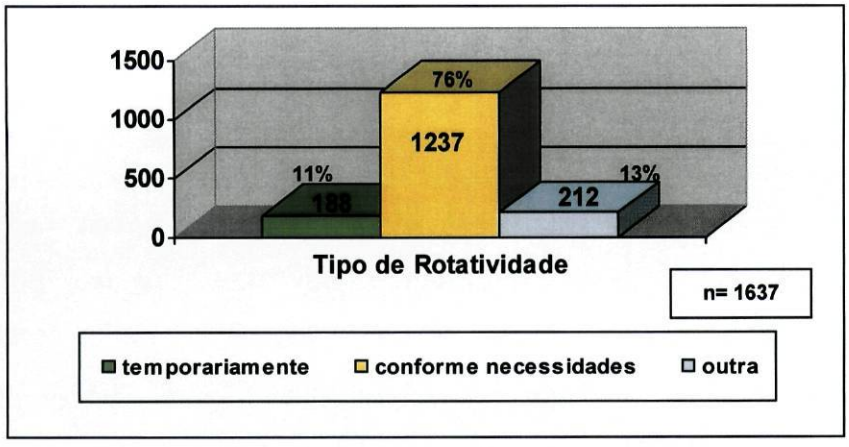


Gráfico nº 13 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios em relação ao tipo de rotatividade de funções

Quando referiram outra razão, 78% alegou ser, nesta altura de *imprevisível* devido, ao grande número de enfermeiros a fazer formação (Curso de Complemento em Enfermagem), os outros 22% realçou a "*falta de planeamento prévio derivado à falta de recursos*". **(Inquéritos).**

A outra variável em estudo era: interesse pela especialidade em enfermagem perioperatória. Constatamos que 80% mostravam interesse em que esta especialidade fosse criada (Gráfico 14).

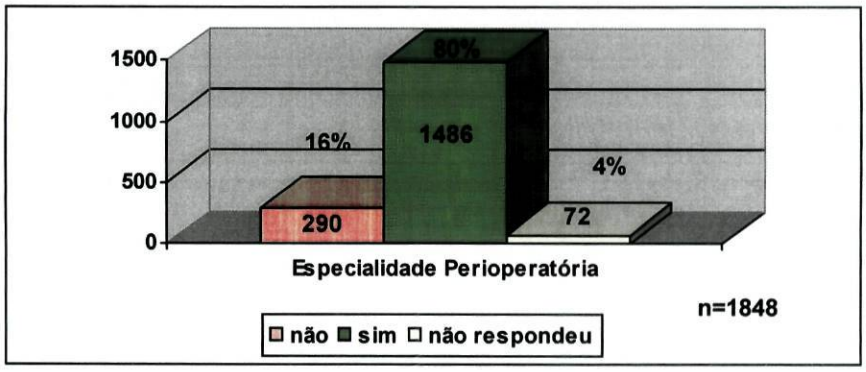


Gráfico nº 14 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios em relação ao interesse pela especialidade perioperatória

Como já referimos, nos cuidados perioperatórios estão inseridos enfermeiros que já possuem uma especialidade noutra área.

Cruzando a variável com o terem ou não especialidade, podémos verificar que dos 170 enfermeiros que a possuem, 128 referiram que deveria existir especialidade em enfermagem perioperatória.

O grau de significância foi de p=0.000, com um valor de χ^2 = 1016,424; gf=4., o que nos indica ter significado estatístico e haver uma relação entre estas duas variáveis (Gráfico 15).

Dos 41 enfermeiros que já possuíam uma especialidade noutra área de cuidados e que responderam não à especialidade perioperatória, 29 tinham a especialidade de saúde infantil e pediátrica, 7 a especialidade de enfermagem de reabilitação e 5 a especialidade de enfermagem médico – cirúrgica.

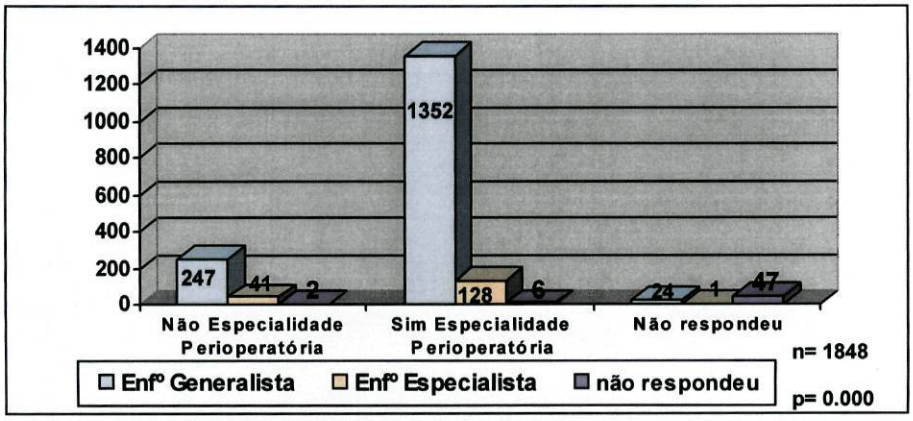


Gráfico nº 15 - Distribuição numérica dos enfermeiros perioperatórios com e sem especialidade face à especialidade em enfermagem perioperatória

Cruzamos também a variável especialidade perioperatória, com a idade, anos de serviço e funções exercidas no BO. Em todos eles obtivemos um grau de significância de p = 0.000, podendo afirmar que a especialidade perioperatória é reconhecida pelos enfermeiros desta área de cuidados, independentemente doutros factores que possam ser estudados, pois há uma relação entre as variáveis

Estes dados estão de acordo com aqueles que fomos recolhendo, quer do contacto com a AESOP, assim como com os enfermeiros desta área de cuidados, durante o desenvolvimento do trabalho, em congressos e jornadas onde participamos como participante ou palestrante. Nestes momentos tivemos oportunidade de contactar com enfermeiros perioperatórios de todo o país (continente e ilhas), tornando-se uma mais valia, por podermos aferir alguns aspectos que poderiam ainda não estar verdadeiramente esclarecidos.

Modelo de Formação

Em relação ao modelo de Formação para o desenvolvimento da especialidade, podemos verificar que 62% opta por um modelo "tipo tradicional" onde há uma

componente teórica desenvolvida na escola ou instituição de formação e outra na prática (Gráfico 16).

Tendo em conta o modelo de formação apresentado pela EORNA, que prevê haver estes dois momentos, parece-nos que a possibilidade de o poder adoptar e adaptá-lo será bem aceite pela maioria dos enfermeiros perioperatórios.

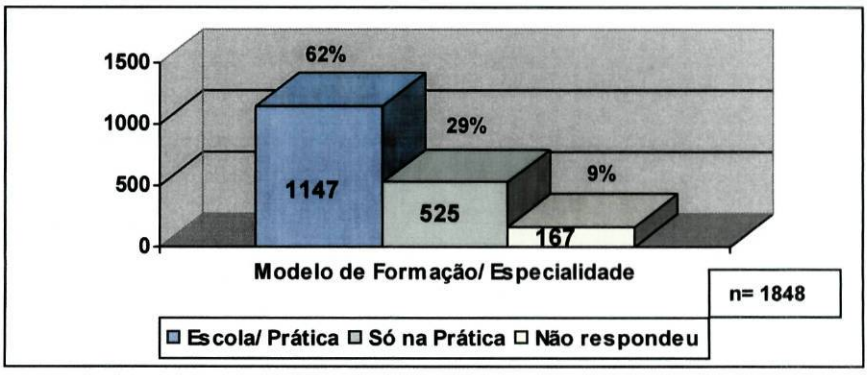


Gráfico nº 16 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros perioperatórios face ao modelo de formação/especialidade

Em praticamente todos os questionários devolvidos, com a excepção de dez, as opções vieram acompanhadas de justificação, o que ajudou a clarificar o resultado obtido, como podemos verificar através da análise do quadro 16.

As respostas que optavam por o modelo Escola/Instituição (62%), faziam referência sobretudo à necessidade de aprofundar conhecimentos e adquirir novos. A frequência da Escola estava ligada com a aprendizagem feita com pessoas "*experts*" em alguns assuntos, como infecciologia, psicologia (relação de ajuda, comunicação, gestão de conflitos), enfermagem perioperatória: visita pré e pós operatórias, aspectos técnicos).

As respostas que optavam por um modelo de formação desenvolvido no contexto da prática de cuidados (29%), consideravam que este seria o local certo para fazer esta formação, referindo-se a outros profissionais de saúde, como por exemplo, a classe médica.

Dos 167 enfermeiros (9% do total) que não responderam a esta questão, em 21 questionários encontramos uma justificação para esta tomada de posição. Prendia-se sobretudo com o não saberem qual seria a melhor opção, mas também afirmavam não ter alternativas.

Modelo de Formação/Especialidade	Justificação
Escola/Prática	**Interligação Teoria / Prática** *"Temos necessidade de aprendermos conceitos, ouvirmos falar de variados temas fundamentais para a nossa prática, que tem de ser feito num local comum, chamado por exemplo escola "* **(inq.38)** *"Embora a nossa área de cuidados seja muito prática, temos de aprender muita coisa, para depois irmos para a prática mais fundamentadas"* **(inq.61)** *"Deixemo-nos de coisas. Claro que é preciso voltarmos á Escola, se quiserem até pode ser um anfiteatro do hospital, mas temos de ter aulas teóricas dadas por quem sabe, por quem nos ajude a questionar a nossa prática e quem nos ensine a fazer melhor. Tenho noção que isso só no serviço não dá. Até mesmo em relação a aspectos práticos, também não vejo mal nenhum em ser numa aula, onde treinamos e depois na prática já fazemos bem"* **(inq.964)** *"se agora temos de aprender a linguagem da CIPE, temos de ir aprendê-la, assim como treinar a fazer registos no computador. Este é um exemplo, porque eu acho que até visitas pré-operatórias temos que aprender a fazer. Como falar, como fazer ensinos, etc."* **(inq.1832)**
Só na Prática	**Formação Completa e Adaptada ao nível de Especialidade** *"Nesta altura, nós já temos muitas noções teóricas, precisamos de desenvolver mais os aspectos relacionais e isso só no contexto da prática"* **(inq.52)** *"as especialidades dos outros profissionais também não é só no contexto da prática, porque é que teremos nós que ser diferentes e ir à Escola?"* **(inq.1205)** *"não estarão os nossos serviços devidamente apetrechados para que possam impedir uma formação especializada?* **"(inq.1283)**
Não respondeu	*"não respondo porque não sei. Acho que ainda não estamos preparados para ter outro tipo de formação que não seja o da Escola/ Prática, mas também não acho que só no contexto da prática esteja bem"* **(inq.589)**

Quadro nº 15 - Justificações para as opções sobre modelos de formação

Cruzando a variável, ter especialidade e modelo de formação, verificamos que dos 170 enfermeiros que já tinham tido a experiência de formação especializada, 131 (77%) optariam pelo modelo Escola / Prática, 25 (12%) por uma formação no contexto da prática, tendo sido 14 (11%) os que não responderam a esta questão, para um grau de significância de p= 0.000, com um valor de χ^2 = 423,836; gf=6. (Gráfico 17)

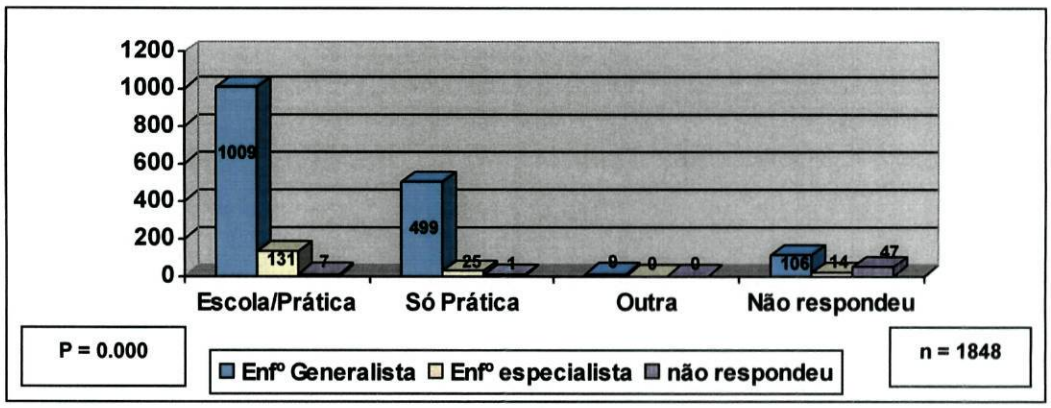


Gráfico nº 17 - Distribuição numérica dos enfermeiros perioperatórios com e sem especialidade face ao modelo de formação/especialidade

Tendo em conta as variáveis especialidade perioperatória e a modelo de formação, verificamos que dos 1486 enfermeiros que achavam que a especialidade devia ser criada, 1020 (69%) optam pelo modelo Escola / Prática, 438 (29%) pelo modelo de formação só na Prática, 8 por outro e 62 não responderam, para um grau de significância de p= 0.000 e o valor de χ^2 = 779,289; gf=6. (Gráfico 18)

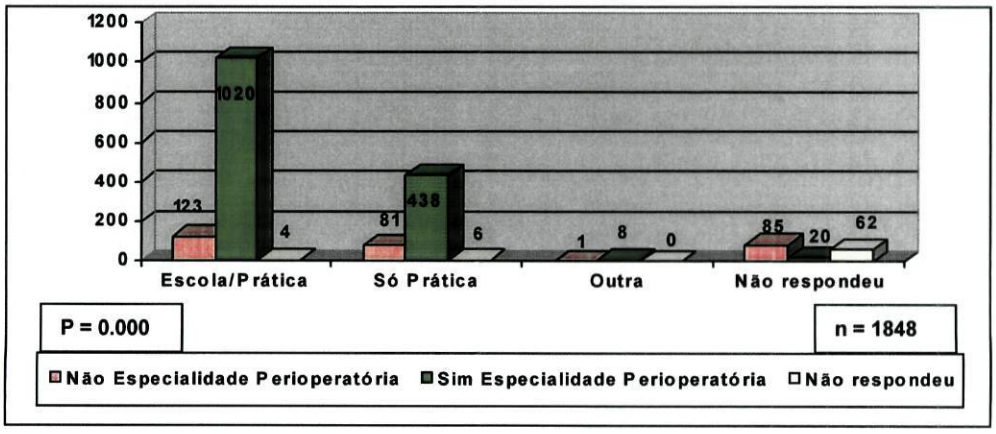


Gráfico nº 18 - Distribuição numérica dos enfermeiros perioperatórios que defendem ou não a especialidade perioperatória face ao modelo de formação/especialidade

No inquérito por questionário que lançamos aos enfermeiros do Perioperatório do País, na última questão aberta pedíamos que sugerissem conteúdos programáticos que achassem importantes serem desenvolvidos durante uma formação especializada. Depois de termos feito análise de conteúdo agrupamos as sugestões por áreas temáticas que apresentamos no quadro seguinte.

Conteúdos Temáticos	
Infecciologia **Esterilização** **Desinfecção** **Precauções Universais** **Gestão de Riscos**	**Psicologia** **Comunicação** **Gestão de Conflitos**
Anatomia	**Qualidade dos Cuidados** **Que fazer, como fazer**
Enfermagem Perioperatória: **Filosofia** **Competências** **Funções/Actividades dos Enfermeiros Perioperatórios**	**Gestão** **Material e de recursos humanos**
Investigação **Métodos / trabalhos de investigação**	**Prática** **Visitas Pré- e Pós-operatória** **Técnicas de instrumentação** **Registos no Bloco operatório** **Prática Reflexiva**

Quadro nº 16 - Conteúdos programáticos sugeridos pelos enfermeiros perioperatórios, que gostariam de ver desenvolvidos durante a especialidade

Após esta adesão tão significativa por parte dos enfermeiros perioperatórios de todo o País, o que nos deixou perplexa e com uma responsabilidade no trabalho que nos propusemos a desenvolver, várias foram as questões que começaram novamente a colocarem-se.

Teríamos de continuar agora, com estudos mais reduzidos que podessem ser desenvolvidos com os enfermeiros dirigidos a aspectos concretos da prática, desde perceber quais os suportes de uma prática de enfermagem perioperatória.

Que tipo de cuidados prestam?

Cuidados de enfermagem ou um conjunto de técnicas desenvolvidas por enfermeiros durante o período perioperatório?

1.2 - Os Saberes que orientam os Enfermeiros do Perioperatório

Objectivos:

- Identificar os saberes em enfermagem da prática perioperatória;
- Definir em que contexto desenvolvem as suas intervenções;
- Definir que tipos de intervenções deve o enfermeiro do perioperatório desenvolver tendo em conta o doente/família;
- Descrever qual a ligação que a prática dos enfermeiros perioperatórios tem com a teoria do *Caring* segundo Jean Watson.

Desenho:

OS SABERES QUE ORIENTAM OS ENFERMEIROS DO PERIOPERATÓRIO
Estudo qualitativo, que teve como base a teoria do *Caring* de Jean Watson
Meio: Hospitalar (Serviços de BO de três instituições hospitalares (duas públicas e uma privada)
População: enfermeiros perioperatórios das três instituições hospitalares
Amostra: constituída por 92 enfermeiros
Tipo de Estudo: Descritivo, exploratório e qualitativo
Instrumento de colheita de dados: Grelha de observação
Tratamento de dados: Análise de conteúdo e de frequência

Figura nº 27 - Desenho do estudo: Os Saberes Que Orientam os Enfermeiros do Perioperatório

Resultados:

Os 92 enfermeiros puderam participar de duas formas distintas: 35% através duma observação directa das suas intervenções; os outros 65%, após conhecimento dos dados obtidos, tiveram oportunidade de ajudar a interpretar o

que foi observado, através de trabalhos de grupo, orientados por um grupo de investigadores (3 enfermeiros da amostra).

Após a análise das grelhas de observação foram definidas três bases em que assentam as intervenções dos enfermeiros do perioperatório (Anexo III):

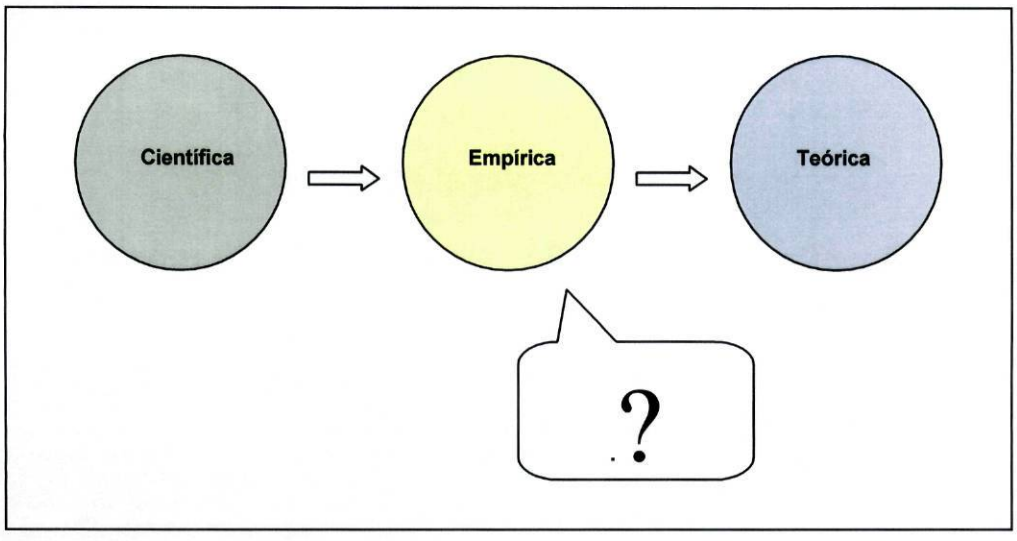


Figura n.º 28 - Bases que identificam os saberes dos enfermeiros perioperatórios
Criação da Autora

Para possibilitar um melhor agrupamento, houve necessidade de definir previamente o que se entendia por cada uma dessas três bases. Comunicou-se aos elementos da amostra para que o interiorizassem, podendo assim responder às interpelações do grupo de investigadores

CIENTÍFICA – Todas as intervenções que resultavam de um estudo prévio e comprovado cientificamente.

TEÓRICA – Toda a intervenção que tinha como suporte consciente ou inconsciente a teoria de Jean Watson e a sua filosofia de cuidados.

EMPÍRICA – Toda a intervenção que se apoia exclusivamente na experiência e na observação.

A participação dos enfermeiros foi muito positiva, embora achassem que era difícil responder a algumas questões. Foi frequente ouvirmos as seguintes observações:

"O facto de termos de justificar as nossas actuações, leva-nos a repensar como o fazemos e porque o fazemos" **Resp. 3**

"Não estávamos habituados a fazer isto!" **Resp. 9**

"Estas questões vieram revolucionar a minha actuação" **Resp.14**

*"Afinal há justificações que eu nem pensava nelas "***Resp. 15**

As intervenções do enfermeiro perioperatório incluindo as diferentes funções que desempenham durante a sua actuação, após analisada e justificada, verificamos que das 106 intervenções identificadas:

- 49 tinham bases científicas (47%);

- 30 tinham bases teóricas (28%);

- 27 tinham bases empíricas (25%).

O motivo pelo qual a maioria afirma que o sentido das suas intervenções tem um suporte teórico e científico, justifica a importância que se deve dar a esta área da prática de cuidados de Enfermagem.

O resultado final, que consistiu na descrição de cada uma das intervenções da enfermagem perioperatória em cada uma das suas funções e nos diferentes momentos perioperatórios, devido à sua extensão, foi inserido como anexo, para poder ser consultado e verificado todo o trabalho implicado.

Esta compilação em anexo, resultou de um trabalho comum, realizado durante um período de cerca de 3 meses de reuniões quinzenais, onde a discussão e reflexão foram os momentos mais intensos que serão sempre difíceis de transcrever. Estamos certas de que se pensou, talvez como nunca, sobre a conceptualização dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

A qualidade é - nos dada através da diferença de trabalho que o enfermeiro perioperatório tem vindo a desenvolver ao longo destes últimos anos, demonstrada pelo desenvolvimento de competências e da sua inserção como um elemento fundamental no trabalho multidisciplinar.

Há um maior empenhamento e uma maior interiorização acerca das bases que suportam as justificações apresentadas.

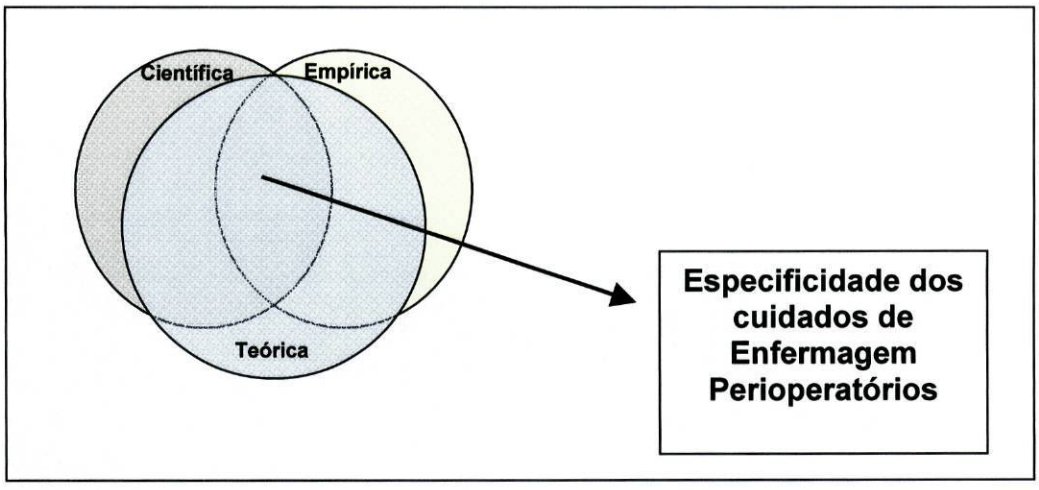


Figura nº 29 - Especificidade dos cuidados de Enfermagem Perioperatória
Criação da Autora

Os conhecimentos empíricos que emergem do trabalho, da experiência atenta e do investimento diário, levam a uma procura permanente de razões mais profundas e consequentemente científicas, justificando a sua actuação e permitindo um processo dinâmico e contínuo. Imagem disso são algumas das justificações apresentadas pelos enfermeiros cujas bases não eram únicas, havendo combinação de uma ou mais bases, como se pode ver através da figura anterior, onde tentamos esquematizar esta ideia.

Os enfermeiros através do estudo da teoria apresentada por Jean Watson, sobre o Cuidar, e sobretudo sobre os factores cuidativos, acharam que estes deveriam ser aprofundados permitindo a reflexão sobre o tipo de cuidados que prestavam.

Haviam momentos privilegiados na prestação de cuidados perioperatórios, como a visita pré e pós operatória, acolhimento no BO, relacionamento estabelecido durante a cirurgia ou no final com a família do utente, cuidados prestados na UCPA, onde os factores cuidativos estavam mais presentes.

Foi interessante verificar, como as enfermeiras envolvidas neste pequeno estudo poderam, em reuniões ou em momentos informais, começaram a "olhar" para as suas práticas com um olhar e a comentarem entre si "*sinto –me mais humano, mais rico, mais abrangente, indo para além da técnica* "**Resp.10**

Foi distribuído por cada elemento da equipa textos de apoio, sobre o cuidar, desafiando cada uma a fazer um diário, onde poderiam escrever / relatar o resultado dos cuidados que iam prestando diariamente e algumas dúvidas que fossem surgindo para que pudessem iniciar uma prática reflexiva, à luz da teoria do cuidar.

Este contributo de análise veio levantar novas questões, às quais era necessário dar resposta.

Tendo em conta os resultados anteriores será que podemos afirmar que os enfermeiros possuem conhecimentos científicos?
Durante a sua intervenção o enfermeiro perioperatório atende às necessidades como pessoa ?
As suas intervenções são adequadas à pessoa concreta que tem à sua frente?

1.3 - A Resposta que os Enfermeiros do Bloco Operatório dão às Necessidades dos Doentes no Período Perioperatório

Objectivos:

- Identificar os saberes em enfermagem da prática perioperatória;

- Definir em que contexto desenvolvem as suas intervenções;

- Definir que tipos de intervenções deve o enfermeiro do perioperatório desenvolver, tendo em conta o doente/família e o seu ciclo de vida;

- Analisar os factores que interferem nas necessidades e como deve dar resposta o enfermeiro no período perioperatório;

- Identificar estratégias que minimizem as dificuldades encontradas no doente no período perioperatório;

- Analisar qual a ligação que a prática dos enfermeiros perioperatórios tem com a teoria das Necessidades de Virgínia Henderson.

Desenho:

A RESPOSTA QUE OS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO DÃO ÀS NECESSIDADES DOS DOENTES NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Estudo qualitativo – tendo por base a teoria das Necessidades de Virgínia Henderson.

Meio: Hospitalar

Serviços de Bloco Operatório de duas instituições hospitalares públicas

População: enfermeiros perioperatórios das duas instituições hospitalares públicas

Amostra: constituída pela totalidade dos enfermeiros do perioperatório das instituições em questão (72 enfermeiros)

Tipo de Estudo: Descritivo, exploratório e qualitativo

Instrumento de colheita de dados: Grelha de observação

Tratamento de dados: Análise de conteúdo e de frequência

Figura nº. 30 - Desenho do estudo: A Resposta que os Enfermeiros do Bloco Operatório dão às necessidades dos Doentes no Período Perioperatório

Resultados:

Segundo Virgínia Henderson:

"A função da enfermagem é ajudar o indivíduo doente ou sadio, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou a sua recuperação, que o próprio executaria sem ajuda se tivesse força necessária, vontade ou conhecimento. É fazer isto de tal forma a ajudá-lo a ganhar independência tão rapidamente quanto possível."

Tendo por base a mesma teoria, que identifica catorze necessidades, que denomina como um requisito ou exigência de que a pessoa precisa e não a falta de algo; considera a necessidade como algo de positivo. Pôde-se verificar que os enfermeiros do perioperatório dão resposta a todas elas, através dos cuidados que prestam ao doente neste período.

Durante este período são desenvolvidas três tipos de actividades, todas relacionadas entre si e que como objectivo responder ás necessidades da pessoa que podem estar comprometidas:

Actividades preventivas – ocupam-se em prevenir o que possa alterar a vida (exemplo: acidentes e doenças);

Actividades de conforto – realizadas para obter o bem estar físico, psíquico e social da pessoa;

Actividades de pesquisa – que têm como objectivo obter conhecimentos, experiências e resposta a novos problemas.

A grande novidade deste estudo foi pôr todos os enfermeiros envolvidos a pensar sobre os cuidados que prestam ao utente durante este período de tempo e qual a sua finalidade. Tendo em conta o modelo teórico apresentado, analisaram e concluíram que davam resposta às necessidades de cada doente durante o período perioperatório, nas intervenções/cuidados que prestam diariamente.

Todos os enfermeiros duma maneira geral aderiram bem ao estudo, apresentando as maiores dificuldades em se libertarem das intervenções quase tornadas numa rotina *standard* e individualizá-las.

O segundo passo, não menos difícil, foi o de identificar todas as intervenções/cuidados dentro das funções que desempenham e ver como podem dar resposta às necessidades (Figura 31).

Após todo este trabalho inicial que partiu da observação desenvolvida com auxilio duma grelha e discutida depois em grupos, pôde-se concluir que só enfermeiros

devidamente preparados tinham conhecimentos e competências, para poderem responder às necessidades do doente/família que atravessa uma experiência única e pessoal que é a cirurgia.

Para isto os contributos enumerados como principais foram: todos os conhecimentos adquiridos na sua formação de base, na experiência diária, no contacto com outros técnicos de saúde, nomeadamente os elementos da equipe cirúrgica, bem como a pesquisa pessoal e a formação adquirida desenvolvida e aprofundada no serviço, em jornadas, congressos e em visitas a outras instituições.

Foi salientada a necessidade duma formação especializada na área, para a aquisição de conhecimentos mais profundos e específicos dos cuidados que prestam, para poderem fazê-lo com uma qualidade e segurança superiores.

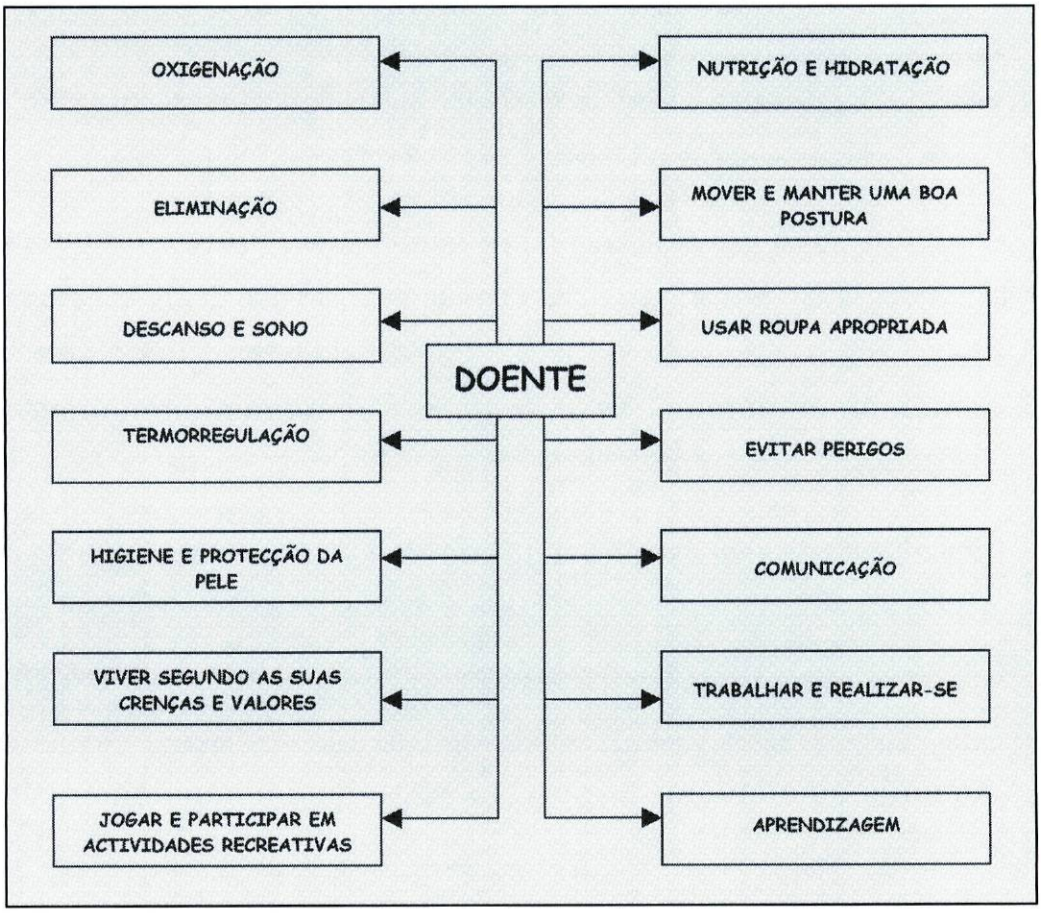


Figura 31 – As catorze Necessidades da Pessoa – Modelo de Virgínia Henderson
Adaptação da Autora

Houve necessidade de se definir os aspectos importantes do cuidar na fase perioperatória:

- Manter um ambiente físico, emocional e psicológico seguro (prevenção da infecção, conforto do doente e apoio ao doente/família);

- Avaliar, planear a necessidade de cuidados específicos, implementá-los seguida de nova avaliação;

- Despistar e actuar sem complicações;

- Promover a saúde;

- Ajudar a recuperação.

Por isso o enfermeiro perioperatório tem de estar apto a realizar as quatro funções que integram a enfermagem perioperatória: circulante, instrumentista, anestesia, unidade de cuidados pós anestésicos, desenvolvendo e vivenciando um espírito de equipa profundo.

O ser capaz de desempenhar eficazmente estas funções dá mais segurança ao doente/família, mais confiança à equipa cirúrgica e maior realização pessoal e profissional ao enfermeiro.

Tendo em conta o âmbito do estudo, foram também enumeradas características que podem ajudar a traçar o perfil do enfermeiro do perioperatório, para poder responder duma forma eficaz e eficiente às necessidades do doente/família a quem vão ser prestados cuidados.

O enfermeiro perioperatório deve ser capaz de:

- Prestar cuidados individualizados tendo por base um processo de enfermagem;

- Demonstrar capacidade de comunicação eficaz com o doente/família e outro pessoal da equipa de saúde;

- Revelar capacidade para organizar e gerir os cuidados perioperatórios, tendo em conta os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;

- Reagir de forma eficaz em situações inesperadas;

- Assegurar a segurança do doente e da equipa;

- Promover uma abordagem conjunta (com outros profissionais do bloco operatório) dos cuidados holísticos a prestar ao doente/família;

- Demonstrar os conhecimentos técnicos específicos de enfermagem perioperatória na função de enfermeiro circulante, de anestesia, instrumentista e de enfermeiro de UCPA;

- Demonstrar ter consciência ética e legal na prática da enfermagem perioperatória;

- Contribuir para a implementação e manutenção de padrões elevados de cuidados – em busca da excelência;

- Compreender a importância da formação contínua e da investigação para o desenvolvimento da profissão.

Neste trabalho, no qual o Modelo das Necessidades foi um dos suportes teóricos, não estaria completo se não fosse incluído, o produto final que resultou da observação das intervenções de enfermagem perioperatória em função das necessidades dos utentes, e segundo o modelo de necessidades de Virgínia Henderson.
Assim, devido à sua extensão apresenta-se em anexo, podendo ser analisado e aproveitado como ponto de partida para futuros estudos.

No final de mais uma etapa, novas inquietações surgiram:

- Face aos conhecimentos que orientam a enfermagem perioperatória, uma vez que durante a sua formação de base não teve conhecimentos específicos para trabalharem num ser tão específico, como será feita a sua integração?

- Existe um programa específico, adaptado pela instituição onde vai ser admitido?

1.4 - Tipo de Integração que o Enfermeiro Necessita quando vai Trabalhar para um Bloco Operatório

Objectivos:

- Compreender as inquietações relativas à forma como a integração dos enfermeiros do Bloco Operatório é feita;

- Definir em que contexto desenvolvem as suas intervenções;

- Analisar as necessidades de formação especializada nesta área de cuidados;

- Descrever qual a influência que a teoria do *Caring* segundo Jean Watson pode ter na integração/formação e na prática dos enfermeiros perioperatórios;

Desenho:

TIPO DE INTEGRAÇÃO QUE O ENFERMEIRO NECESSITA QUANDO VAI TRABALHAR PARA UM BLOCO OPERATÓRIO

Estudo quantitativo, que teve como base a teoria do *Caring* de Jean Watson

Meio: Hospitalar - Serviços de Bloco Operatório de duas instituições hospitalares
População: enfermeiros perioperatórios de duas instituições hospitalares
Amostra: constituída pela totalidade (20) dos enfermeiros do Serviço de Bloco Operatório da instituição privada e por uma amostra aleatória simples de 40 enfermeiros de um total de 110 elementos do Serviço de Bloco Operatório da instituição pública
Tipo de Estudo: Descritivo, exploratório, quantitativo
Instrumento de colheita de dados: Inquérito por questionário
Tratamento de dados: Frequências, gráficos e testes de inferência estatística (Testes t e Testes de Qui – Quadrado). Toda a análise deste trabalho foi realizada utilizando o *software* para estatística SPSS v.10 (Statiscal Package for the Social Sciences)

Figura nº. 32 - Desenho do estudo: Tpo de Itegração que o Efermeiro necessita quando vai trabalhar para um Srviço de Bloco Operatório

As variáveis do estudo foram as que se representam no quadro seguinte.

DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Tipo de Integração	Tempo	Intervalos de tempo: < 2 semanas 2 – 4 semanas > 4 semanas:
	Valências	Instrumentista Circulante Anestesia
	Elemento integrador Sempre o mesmo	Sim Não
	Relevância Sempre o mesmo integrador	Sim Não

Quadro nº 17 - Operacionalização das variáveis em estudo

As Hipóteses deste estudo foram:

H1 - o tempo de integração determina o tipo de integração dos enfermeiros do BO.

H2 - as diferentes valências implicam uma integração específica no BO

H3 - a integração feita pelo mesmo enfermeiro influencia a integração do novo elemento.

Resultados:

Este estudo partiu da vivência diária e da constatação da necessidade de uma integração específica e pormenorizada do enfermeiro do perioperatório, para poder desempenhar as diferentes funções de forma eficaz e com competência, tendo em conta que a sua preparação durante o Curso de base, sobre esta área de cuidados é quase nula, pois se existe, é limitada a um estágio de observação durante uns dias (entre 2 a 5 dias).

Procedeu-se a um estudo em duas instituições com características diferentes.– uma com enfermeiros do perioperatório duma instituição privada e outra com enfermeiros do perioperatório duma instituição pública.

Tendo em conta as variáveis em estudo, podemos verificar que:

Valências Desempenhadas

As três valências desempenhadas pelos enfermeiros da amostra, por ordem decrescente de respostas, foram respectivamente[4]:

enfermeiro circulante 51 (85%);

enfermeiro instrumentista 37 (62%);

enfermeiro de anestesia 36 (60%).

Os enfermeiros que trabalham no hospital público (gráficos 19, 20 e 21), desempenharam principalmente a valência de *enfermeiro circulante* 32 (41%), seguindo-se as valências de: *enfermeiro instrumentista* 25 (32%) e *enfermeiro de anestesia* 21 (27%).

Os enfermeiros que trabalham no hospital privado, desempenharam as seguintes valências: *enfermeiro circulante* 19 (41%), *enfermeiro de anestesia* 15 (33%) e *enfermeiro instrumentista* 12 (26%).

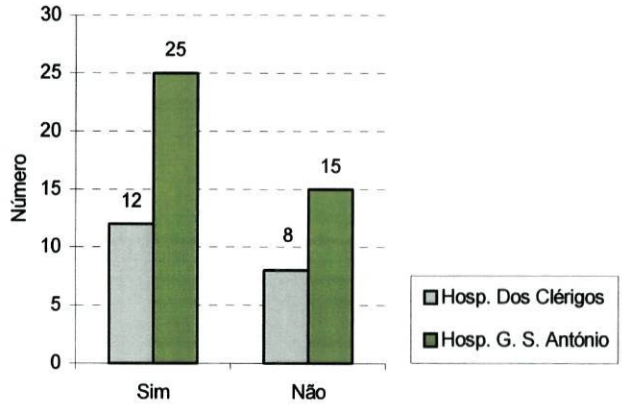


Gráfico nº 19 - Distribuição numérica do Enfermeiro Instrumentista por local de trabalho.

[4] A soma das percentagens é superior a 100%, uma vez que esta questão foi de *resposta múltipla*.

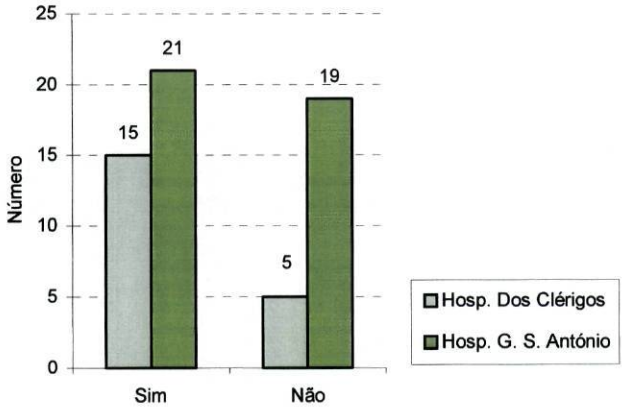


Gráfico nº 20 - Distribuição numérica do Enfermeiro de Anestesia por local de trabalho

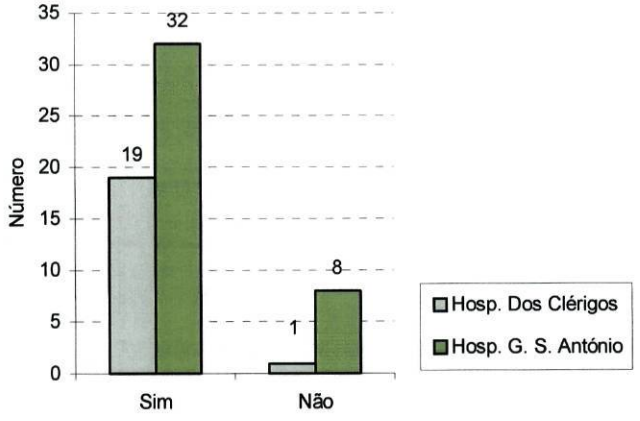


Gráfico nº 21 - Distribuição numérica do Enfermeiro Circulante por local de trabalho

Todos os resultados dos cruzamentos de cada uma das valências desempenhadas por local de trabalho (Quadro 18), foram não significativos a um nível de significância de 5% (0,851; 0,094; 0,125), logo não rejeitamos a hipótese de independência entre as variáveis.

	Valor do Qui-quadrado	g.l	Significância do Teste[p_value]
Enfermeiro Instrumentista	0,035	1	0,851
Enfermeiro de Anestesia	2,813	1	0,094
Enfermeiro Circulante	2,353	1	0,125

Quadro nº 18 - Testes do Qui-Quadrado para o cruzamento de cada uma das valências por local de trabalho.

Tempo de Integração no BO

O tempo de integração mais frequente no bloco, para os enfermeiros da amostra, (Gráfico 22), foi de *Menos de 2 semanas* 26 (43%), seguindo-se o período *Mais de 4 semanas* 20 (33%) e por fim *2 a 4 semanas* 14 (23%).

No gráfico seguinte, podemos concluir que o *período de integração no BO* mais frequente no hospital privado, é o período *Menos de 2 semanas* 18 (90%), enquanto que no hospital público os períodos de integração mais frequentes são respectivamente: *mais de 4 semanas 20 (50%)* e *2 a 4 semanas 12 (30%).*

É de realçar ainda, que no hospital privado nenhum dos enfermeiros inquiridos referiu ter um período de integração no bloco superior a 4 semanas.

Para um nível de significância de 5% o valor do teste do Qui-quadrado foi significativo (χ^2 = 27,363; g.l. = 2; **p = 0,000** < 0,05), isto é, podemos afirmar com bastante evidência que é significativa a relação entre o tempo de integração no bloco e o local onde os enfermeiros trabalham.

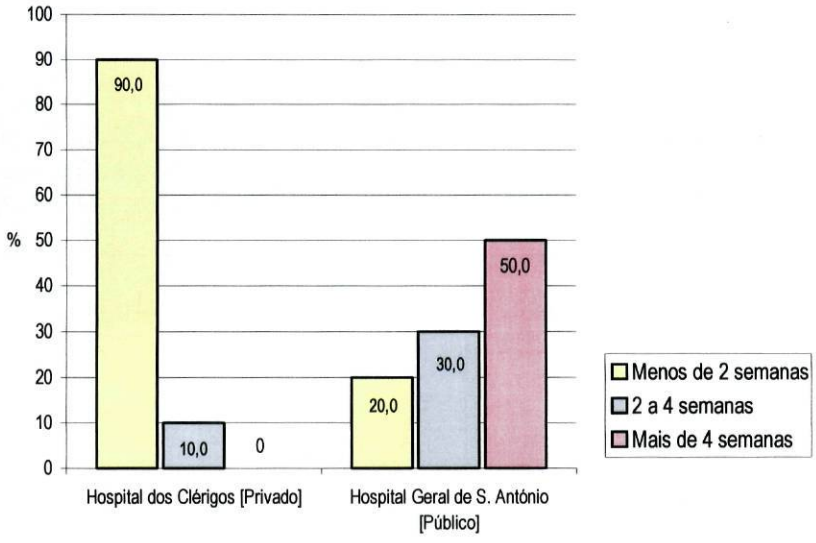


Gráfico nº 22 - Tempo de integração no BO por local de trabalho (%).

Período de Integração no BO

O período de integração no bloco foi considerado pela maior parte do enfermeiros inquiridos como *insuficiente* 25 (42%), tendo 17 (28%) considerado que tinha sido *suficiente*.

De uma forma geral tinham uma opinião bastante desfavorável em relação ao período de integração no BO

Na análise por *local de trabalho* (Gráfico 23), verificamos que em ambos os hospitais os enfermeiros consideraram maioritariamente o período de integração como *mau/insuficiente*, respectivamente: 10 (50%) no privado e 21 (53%) no público Consideraram-no *suficiente*, 8 (40%) no privado e 9 (23%) no público. Por fim, 2 (10%) no privado e 10 (25%) no público consideraram o período de integração no bloco *bom / muito bom.*

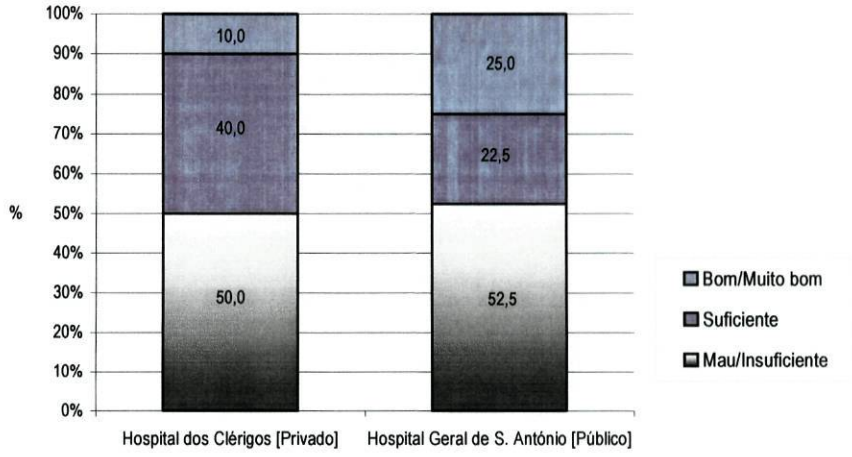


Gráfico nº 23 - Distribuição percentual por período de integração no BO por local de trabalho

O valor do Qui-quadrado foi não significativo a um nível de significância de 5% (χ^2 = 2,957; g.l. = 2; **p = 0,228** >0,05), logo não existe relação significativa entre o local de trabalho e o período de integração.

Integração do enfermeiro no BO

A integração dos enfermeiros no bloco *não foi feita pela mesma pessoa* 40 (67%). Só em 20 (33%) dos casos é que a integração no bloco foi feita pela mesma pessoa.

No hospital privado (Gráfico 24), praticamente para a totalidade dos casos, a integração *não foi feita pela mesma pessoa* 19 (95%), enquanto que no hospital público em 19 (48%) a integração foi feita *pela mesma pessoa* e em 21 (52%) *não foi feita pela mesma pessoa.*

Como o teste do Qui-quadrado foi significativo (χ^2 = 10,838; g.l. = 1; **p = 0,001** < 0,05), podemos concluir que a relação entre o local de trabalho e a integração no bloco é significativa.

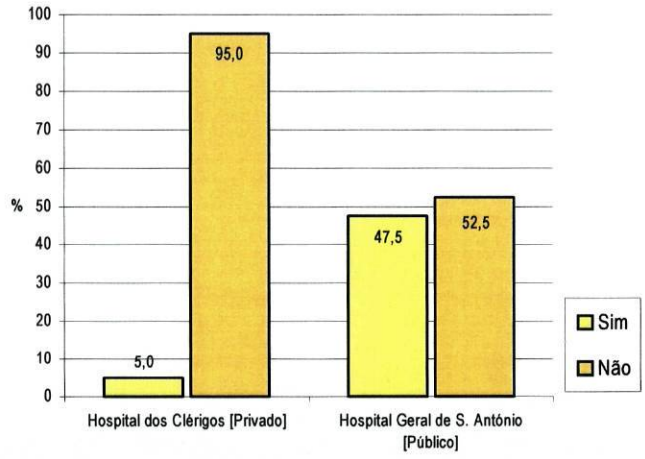


Gráfico nº 24 - Integração pelo mesmo enfermeiro no BO por local de trabalho (%).

Praticamente a totalidade dos enfermeiros inquiridos, consideraram relevante que a *integração no bloco deveria ser feita pela mesma pessoa* 57 (95%).

Através da análise do gráfico 25, constatamos que em ambos os hospitais os enfermeiros inquiridos, consideraram relevante que a integração no bloco fosse feita pela mesma pessoa, respectivamente: 19 (95%) no privado e 38 (95%) no público.

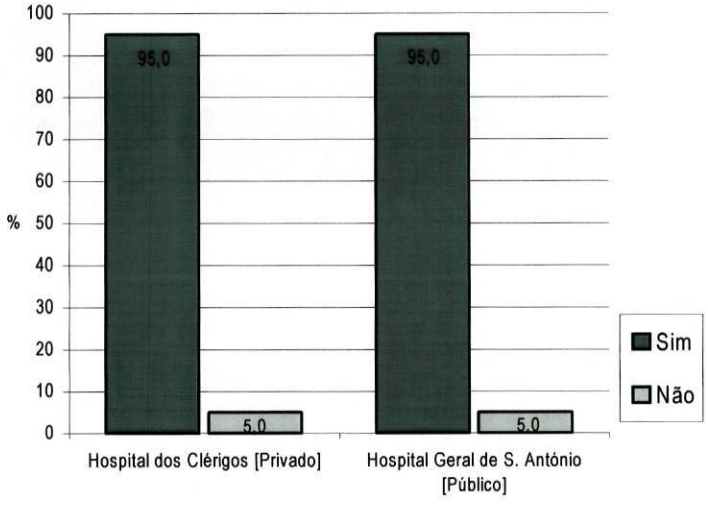


Gráfico nº 25 - Distribuição percentual por Importância da integração no BO por local de trabalho

Opinião sobre a integração dos enfermeiros no bloco

Face a uma lista de 9 situações relacionadas com "A integração dos enfermeiros no BO", era pedido aos inquiridos que, numa escala de 1 (Discordo inteiramente) a 5 (Concordo inteiramente), declarassem qual o grau de concordância relativamente a cada uma delas.

A partir dos resultados médios construíram-se dois *gráficos de perfil* dessas 9 situações. Em relação ao hospital privado (Gráfico 26) os enfermeiros inquiridos tinham em termos médios para praticamente todas as situações apresentadas, um grau de concordância elevado (valores médios entre 4,3 e 4,7).

A excepção é relativa à situação do *Stress* (média = 3,7)

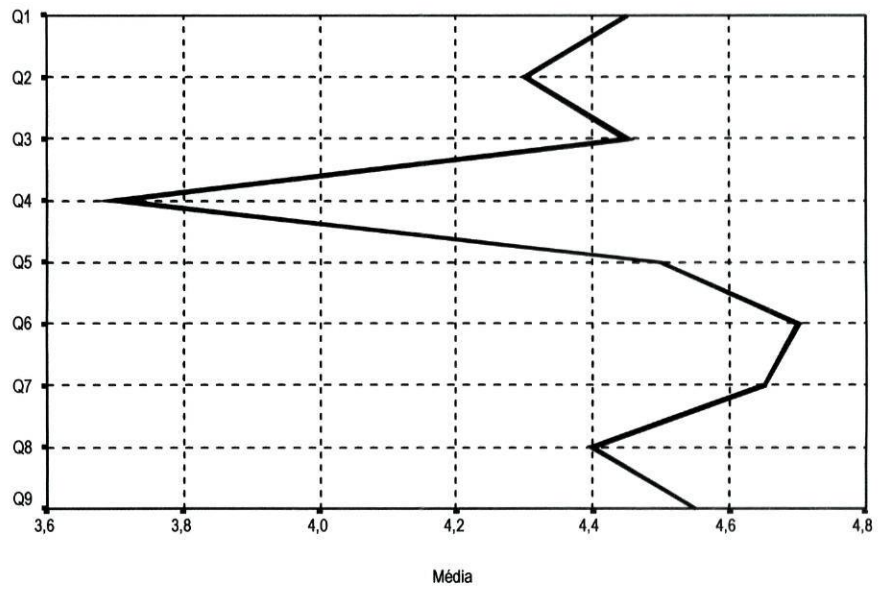


Gráfico nº 26 - Gráfico de perfil para o hospital privado

Legenda	
Q1 - Relacionamento existente na equipa multidisciplinar;	Q6 - Interesse em se adaptar;
Q2 - Número de enfermeiros existentes;	Q7 - Apoio pessoal e profissional;
Q3 - Existência de um programa de integração;	Q8 - Ambiente existente

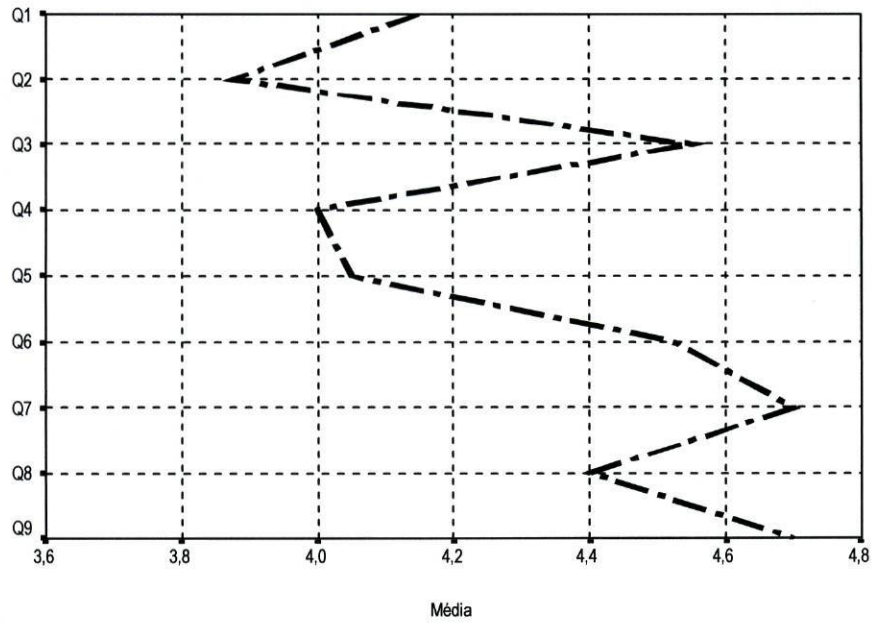


Gráfico nº 27 - Gráfico de perfil para o hospital público

Para o hospital público (Gráfico 27), os níveis de concordância são elevados para todas as situações apresentadas (valores médios entre 4,0 e 4,7).

Relacionando as respostas obtidas para cada uma das situações apresentadas em valores médios, com o local de trabalho (Quadro 19), verificamos que todas as diferenças encontradas para cada uma das situações por local de trabalho, foram não significativas ($p > 0,05$).

Isto é, a opinião dos enfermeiros em relação a cada uma das situações, não era significativamente diferente consoante o local de trabalho.

	Local de trabalho	N	Média	p
Relacionamento existente na equipa multidisciplinar	Hospital dos Clérigos [Privado]	20	4,45	0.170
	Hospital Geral de S. António [Público]	40	4,15	
Número de enfermeiros existentes	Hospital dos Clérigos [Privado]	20	4,30	0.069
	Hospital Geral de S. António [Público]	40	3,88	
Existência de um programa de integração	Hospital dos Clérigos [Privado]	20	4,45	0.563
	Hospital Geral de S. António [Público]	40	4,55	
Stress	Hospital dos Clérigos [Privado]	20	3,70	0.295
	Hospital Geral de S. António [Público]	40	4,00	
Respeito mútuo entre enfermeiros	Hospital dos Clérigos [Privado]	20	4,50	0.067
	Hospital Geral de S. António [Público]	40	4,05	
Interesse em se adaptar	Hospital dos Clérigos [Privado]	20	4,70	0.208
	Hospital Geral de S. António [Público]	40	4,53	
Apoio pessoal e profissional dos colegas	Hospital dos Clérigos [Privado]	20	4,65	0.720
	Hospital Geral de S. António [Público]	40	4,70	
Ambiente existente para a aprendizagem	Hospital dos Clérigos [Privado]	20	4,40	1.000
	Hospital Geral de S. António [Público]	40	4,40	
Organização do serviço	Hospital dos Clérigos [Privado]	20	4,55	0.291
	Hospital Geral de S. António [Público]	40	4,70	

Quadro nº 19 - Valores médios e níveis de significância.

- cruzamento entre "tempo de integração no bloco" e "opinião sobre o período de integração".

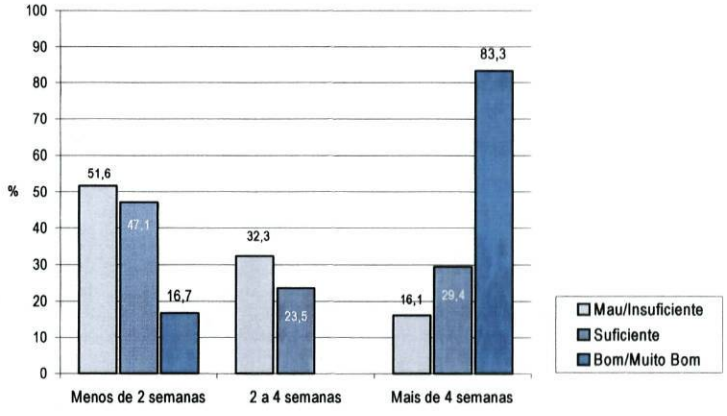


Gráfico nº 28 - Cruzamento entre "tempo de integração no bloco" e "opinião sobre o período de integração".

Relacionando "tempo de integração no bloco" e "opinião sobre o período de integração", verifica-se que, quanto maior era o tempo despendido, maior era a opinião positiva (bom / muito bom) manifestada pelos enfermeiros (Gráfico 28).

Embora sejam realidades diferentes vivenciadas nas duas instituições, o meio termo" (2 a 4 semanas) não é considerado o tempo ideal.

Não será importante e urgente apostar numa integração adequada ao enfermeiro, sua realidade a nível de saberes e tipo de funções que vai exercer?

Após o tratamento e interpretação dos dados colhidos procedemos à apreciação desses mesmos dados, por forma a chegar a algumas conclusões, na tentativa de validar as hipóteses já definidas.

Verificamos:

- A soma das percentagens em ambos os hospitais, nas valências desempenhadas, é superior a 100%, uma vez que esta questão é de resposta múltipla, ou seja, há enfermeiros que desempenham mais do que uma valência. Contudo, os resultados entre os cruzamentos para cada uma das valências foram não significativos a um nível de significância de 5%, logo, não se pode rejeitar a hipótese da independência entre as variáveis (Quadro 16). **A hipótese 2 - "as diferentes valências implicam uma integração específica no BO"** - não foi confirmada neste estudo.

Seriam necessários mais estudos nesta área para ajudar a clarificar esta questão que, para o grupo, continua a ser verdadeira, através da experiência do dia a dia;

- Através do gráfico 22 conclui-se que há relação entre o tempo de integração no BO e o local onde os enfermeiros trabalham. No hospital privado o tempo de integração mais frequente é inferior a 2 semanas (90%), o que corresponde a 18

enfermeiros e nenhum deles referiu ter um período de integração superior a 4 semanas; no hospital público, os períodos mais frequentes são, respectivamente, 2 a 4 semanas, 12 enfermeiros (30%) e mais de 4 semanas 20 elementos (50%);

- Verifica-se que, em ambas as instituições, a maioria dos enfermeiros consideraram o período de integração mau/insuficiente, respectivamente 10 (50%) na privada e 21 (53%) na pública. Pode afirmar-se que a sua opinião é desfavorável em relação ao período de integração no BO, tal como é demonstrado no gráfico 23;

- A integração no BO não foi feita pela mesma pessoa a 40 enfermeiros (67%), e só a 20 (33%) é que foi feita pelo mesmo elemento.

No hospital público a integração não foi feita pela mesma pessoa a 21 enfermeiros (52%) enquanto que no privado a 19 (95%). Podemos concluir, assim, que a relação entre o local de trabalho e a integração no BO é significativa, como mostra o gráfico 24.

Em relação à relevância desta questão, 57 enfermeiros (95%) acham que deveria ser feita pela mesma pessoa. Tal como indica na figura 13, a opinião é unânime, 95%, em ambos os hospitais.

Através do anteriormente referido, pode concluir-se que a **hipótese 3 - "a integração feita pelo mesmo enfermeiro influencia a integração do novo elemento"** - está validada.

A maioria defende a importância da integração feita pela mesma pessoa, o que se pensa ser de sublinhar, pois pode haver uma integração progressiva, uma evolução avaliada sem interferências, porque a relação que se cria entre o integrador e integrado é agente facilitador na transmissão dos saberes;

- Para a questão "a integração dos enfermeiros no BO" relacionadas com nove situações, pedia-se aos enfermeiros que declarassem qual o grau de concordância para cada uma delas, numa escala de 1 (discordo inteiramente) a 5

(concordo inteiramente). Verifica-se que, no hospital privado, (gráfico perfil), praticamente todas as situações apresentadas tiveram um grau de concordância elevado (valores médios entre 4,3 e 4,7) com excepção do *stress* (3,7), logo, considera-se que este influencia a integração.

- Para o hospital , os níveis de concordância são elevados para todas as situações apresentadas (valores médios entre 4,0 e 4,7), tal como indica o gráfico perfil.

Conclui-se que a opinião geral dos enfermeiros não é significativamente diferente consoante o local de trabalho, o que pode ser confirmado no quadro sobre os valores médios e níveis de significância;

- Em relação ao cruzamento entre "tempo de integração no bloco" e "opinião sobre o período de integração", do total dos enfermeiros, 20 (33%) tiveram um tempo de integração superior a 4 semanas, tendo-o considerado de bom / muito bom 83,3%. Esta opinião é apenas dos enfermeiros do hospital público porque, no hospital privado, nenhum dos enfermeiros teve mais de 4 semanas de integração, tal como indica o gráfico 22.

Do total de enfermeiros, 26 (43%) tiveram um tempo de integração inferior a 2 semanas, tendo-o considerado de mau / insuficiente 51,6%, ou seja, não houve diferença significativa por local de trabalho, 50% no privado e 53% no público. Também 16,7% dos enfermeiros consideraram o período de integração como bom / muito bom, sendo 2 (10%) no privado e 10 (25%) no público, como indica o gráfico 23

- Do total dos enfermeiros, 14 (23%), tiveram um tempo de integração entre 2 a 4 semanas, tendo 32,3% considerado-o de mau / insuficiente e 23,5% de suficiente.

Como pode ser apreciado através da análise o gráfico 23, **a hipótese 1 - "o tempo determina o tipo de integração dos enfermeiros do BO"** - mais de 4 semanas foi considerado o tempo mínimo exigido para a integração ser classificada de bom / muito bom.

Podemos concluir que os enfermeiros não estão satisfeitos com o tipo de integração no BO, nem em tempo nem em qualidade, ou seja, muito há a melhorar neste processo tão importante como é o da integração dos enfermeiros no BO, tendo em conta a não formação no Curso de Licenciatura, bem como a falta de uma formação pós – graduada especializada.

Este estudo foi um contributo muito válido como medidor da necessidade de integração, importância dada à mesma e factores a ter em conta. No entanto poderá levantar questões, dando continuidade à progressão do nosso estudo

Onde deverá começar a formação do enfermeiro, a nível dos conceitos mínimos que terá de possuir?

Tendo em conta as características do serviço, fechado, isolado dos outros, o tipo de utentes que ocorrem aos cuidados perioperatórios – será que o enfermeiro desta área de cuidados, deverá possuir um perfil próprio?

Através do estudo nacional, constatamos que a maioria dos enfermeiros trabalham neste tipo de serviço há mais de 10 anos. Sentir-se-ão realizados ou apenas acomodados ao serviço?

1.5 - Perfil de Enfermeiro de Cuidados Perioperatórios Versus Realização Profissional

Objectivos:

- Identificar a existência de perfil de enfermeiro da área dos cuidados perioperatórios;

- Conhecer a motivação dos enfermeiros da área de cuidados perioperatórios

Desenho:

PERFIL DE ENFERMEIRO DE CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS VERSUS REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Meio: Hospitalar Serviço de Bloco Operatório de um hospital público

População: enfermeiros do perioperatório da instituição hospitalar

Amostra: constituída por 27 enfermeiros, dos 32 que fazem parte do serviço

Tipo de Estudo: descritivo, exploratório, quantitativo e correlacional

Instrumento de Colheita de Dados: Inquérito por questionário Perfil do enfermeiro perioperatório

Tratamento de dados: Frequências, gráficos Satisfação profissional do enfermeiro perioperatório

Figura nº 33 - Desenho do Estudo: Perfil do Enfermeiro de Cuidados Perioperatórios Versus Realização Profissional

Foi necessário neste estudo, definir conceitos para ajudar à construção do inquérito por questionário para fazer a colheita de dados. Daí vermos necessidade de referirmos os principais.

Perfil

Poderíamos, face à pressão do trabalho, estar atentos a dizer que se determinados agentes como o frio, calor, fome, infecções, traumatismos são os mesmos de sempre na «história» de quem trabalha no bloco operatório, outros, a que denominamos «factores psíquicos», como o medo, a ansiedade, a solidão, tiveram grande evolução nos últimos anos e têm tido cada vez mais influência, por exemplo, no recrutamento de pessoal para o bloco operatório. (Pinto, 1990)

"A identificação do perfil pessoal tem como objectivo transformar o indivíduo no seu próprio avaliador. Pede-lhe que examine os seus próprios pensamentos, actos, sentimentos, desempenho e respostas – diariamente – durante toda a sua carreira. É encorajado a reconhecer os seus sentimentos, desenvolver os seus pontos fortes, avaliar de forma crítica os seus pontos fracos e estabelecer para si mesmo metas realistas quando são necessários progressos e melhoramentos." (Garteside, 1990).

Segundo Rogers, citado pela mesma autora diz que "*os que passaram pelas exigências impostas pela identificação do perfil pessoal, saíram eventualmente do processo mais maduros, capazes, seguros, realistas e confiantes de si próprio.*"

Podemos até afirmar que conhecer-se a si próprio é um grande ponto forte, um desafio que cada um como profissional de saúde deveria responder com alguma frequência. É talvez esta a premissa mais básica por de trás do conceito de identificação de perfil pessoal. A identificação do perfil poderá ser uma auto-avaliação contínua, como tal, continuamente fornecedora de novos «resultados».

Foi nossa preocupação identificar o perfil do enfermeiro de cuidados perioperatórios, de um sector específico dos profissionais de Enfermagem, já que a recrutação dos mesmos por vezes, não tem em conta o gosto, a preferência ou a apetência dos profissionais recém admitidos ou em fase de mobilidade intra - organizacional.

Aliado ao perfil, coloca-se a satisfação profissional, pois pensamos que se existirem pontos fortes de ligação, o enfermeiro, neste caso dos cuidados perioperatórios, pode sentir-se bem ou estar deslocado e daí decorrer, insatisfação, cansaço, desmotivação, entre outros.

Satisfação Profissional

Tendo realizado uma pesquisa sobre este conceito, resumimos alguns aspectos que podem estar ligados à satisfação profissional no contexto de enfermagem independentemente da área de cuidados.

- **A Supervisão** inclui o nível geral de independência, assim com vários modelos de supervisão, tais como o autoritário e o equilitário. Em geral o nível de satisfação e os tipo de supervisão dependem do tipo de trabalho, do número de trabalhadores, do grupo e da grande independência por eles desejada;

- Quanto maior é a percepção do **prestigio profissional** tanto em ralação ao indivíduo como à organização maiores são os níveis de satisfação com o trabalho;

- Para alguns a ideia de **segurança** relaciona-se directamente com uma elevada satisfação profissional;

- **Exigências organizacionais** – as limitações impostas pela estrutura e organização dos serviços, quer no aspecto da quantidade do pessoal, quer na participação das decisões, tem influência em termos de satisfação;

- **Grau de realização** de que o trabalhador se apercebe ser possível conseguir no trabalho, assim como o reconhecimento destes efeitos, está directamente relacionado com o nível de satisfação;

- Um factor obviamente importante – **a remuneração** em termos de salário ou outras remunerações acessórias é julgado na maioria das vezes em contraste com outros trabalhadores na mesma situação;

- Tipos de **relações interpessoais** envolvidos numa situação profissional são usualmente relacionados com o nível de satisfação e envolvem o grupo de trabalho actual no contexto formal e informal;

- Um factor comumente notado é o conceito de **conteúdo de trabalho ou tipo de trabalho** que inclui o número e tipo de horas que uma pessoa tem que trabalhar, assim como o tipo de tarefas requeridas. Níveis baixos de satisfação estão relacionados com trabalhos cujas tarefas são repetidas ou aquelas em que o trabalhador tem pouca liberdade de escolha Chiavenato (1998).

DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Satisfação profissional	Razão de trabalhar no BO	Opção pessoal Imposição Outra
	Gosto pelo que faz	Sim Não
	Sente o trabalho reconhecido	Sim Não
	Sente-se Realizado	Sim Não

Quadro nº 20 - Operacionalização das variáveis em estudo

Resultados:

Qual a razão que o levou a trabalhar no B.O. ?

Verificou-se neste contributo de análise, que 70% dos enfermeiros estão a trabalhar neste serviço, por opção pessoal, 23,% por imposição e somente 7 % apresentou como outra a razão que os levou a trabalhar neste serviço (Gráfico 29).

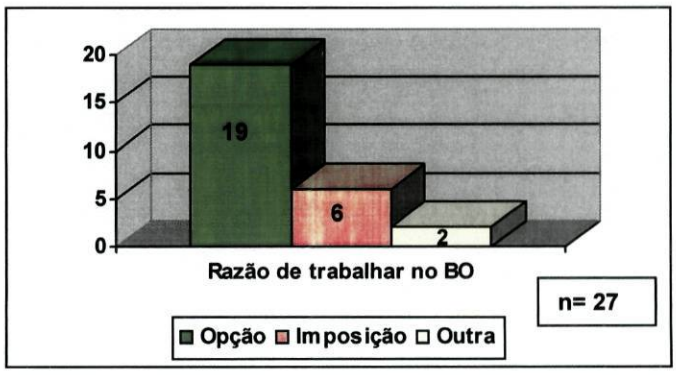


Gráfico nº 29 - Distribuição numérica dos enfermeiros por razão de trabalho no BO

Em todos os estudos desenvolvidos esta foi uma das questões quase obrigatória. Podemos constatar que a maioria, cerca de 90%, teve oportunidade de escolher este serviço para trabalhar. Uma das razões apontadas pelos enfermeiros foi sempre o gostarem do serviço e do trabalho aí realizado.

De facto o que temos notado, quer pelos estudos desenvolvidos, pela experiência nesta área e pelo contacto com a realidade nacional e internacional, é que neste serviço o enfermeiro que entra por opção pessoal, desenvolve as suas competências com maior facilidade, mantém-se no serviço por um longo período de tempo e investe muito na sua auto - formação e na aprendizagem ao longo da vida . (Le Boterf, 2001)

Como já foi referido, devido ao tipo de serviço e de cuidados aí prestados, os enfermeiros tem necessidade de um período de integração longo o que se torna dispendioso para a instituição, daí a razão por se "apostar" em enfermeiros que sintam motivação para trabalharem nesta área de cuidados.

"Não seria nada vantajoso integrar um enfermeiro no Serviço de Bloco Operatório, onde se investe entre 6 meses a dois anos na sua integração e depois ele sair do serviço ou mesmo da instituição, por variadíssimas razões, nomeadamente o de não gostar ou haver outras opções de trabalho noutros serviços / instituições. Os ganhos para a instituição seriam negativos ou nulos." **(das entrevista informais com enfermeiras directoras e chefes de serviço de BO).**

À questão levantada sobre o facto de se gostar do trabalho que faz no BO, obteve-se uma percentagem de 89% (24) com respostas positivas e 11% (3) negativas. Verificamos que estas respostas negativas correspondiam ao grupo de enfermeiros que tinham ido trabalhar para o BO por imposição.

Cruzamos esta variável com os anos de trabalho nesta área de cuidados e verificamos que estes 3 enfermeiras já trabalham no BO há mais de cinco anos. (p= 0.02)

Os enfermeiros que afirmavam sentirem-se realizados apontavam como razões principais, o facto de gostarem do que fazem, as relações interpessoais, experiências novas e autonomia dos cuidados.

Estas razões estão na base da motivação profissional (Serra, 2002) e à partida são fundamentais para que o profissional se mantenha no seu posto de trabalho, por mais tempo, ou seja não assume a necessidade de pedido de transferência para outro serviço (Goleman, 1999).

O facto de ter oportunidade novas e de autonomia dos cuidados está ligado com a necessidade que a pessoa tem de ver reconhecido o seu trabalho, podendo incentivar a promover a sua aprendizagem ao longo da vida, através de uma contínua auto – formação e actualização. (Goleman, 1999; Taveira, 2004)

No entanto quando cruzamos a variável razão de trabalho no BO com o sentir o trabalho reconhecido, verificamos que só 2 desses 3 enfermeiros não o sentem. Pensamos que poderá poder-se afirmar que há um novo factor que é a motivação ou desmotivação – implicações para a prática de cuidados.

Os que não se sentem realizados, sendo traduzido pelo grupo com menor tempo de serviço (1 a 6 anos) justificou a sua opção pelo facto de acharem o serviço muito específico, inadaptação para trabalhar em espaços fechados, sentirem que o seu trabalho é muito rotineiro e tecnicista.

Em relação à questão sobre se sente realizado profissionalmente, 85% dos enfermeiros responderam afirmativamente e 15% não se sentem realizados.

O gostar do que faz, ter experiências novas, boas relações interpessoais e valorização pessoal, são as principais razões para os enfermeiros se sentirem realizados profissionalmente.

Em relação aos que afirmaram não se sentirem realizados - justificaram – no por sentirem necessidade de terem experiências novas assim como pela autonomia que afirmam possuir.

Em relação às características que o enfermeiro de perioperatório deve ter, foram enumeradas algumas, através de um quadro. Foi pedido ao grupo dos enfermeiros inquiridos que escolhesse as sete que considerasse importantes e as ordenasse da mais importante até à menos. Da análise final obtivemos a sequência que apresentamos seguidamente, como sendo O perfil da enfermeira de cuidados perioperatórios

1 - Espírito de equipa;

2 - Capacidade de trabalho sob *stress*;

3 - Actualizado;

4 - Sensível;

5 - Amável

6 - Autoconfiança;

7 - Capacidade de trabalho em ambientes fechados.

Estas características estão em consonância com a que vários autores defendem, como (Meeker, 1997; Hind, 2000; Hodge, 1999; Discroll, 2000).

Estas qualidades, que a enfermeira perioperatória deverá possuir, torna-a num ser em constante relação entre o meio e a equipa de trabalho.

Mas a enfermeira deverá incidir este desenvolvimento relacional com o utente . Será que este aspecto está consciente na sua actuação diária?

Que aspectos são valorizados, para que a interligação aconteça e resulte?

1.6 - A Importância da Comunicação na Relação Enfermeiro/Doente Cirúrgico

Objectivos:

- Reflectir sobre a importância da comunicação na relação Enfermeiro/Utente cirúrgico;

- Identificar os factores que interferem na relação terapêutica Enfermeiro/Utente cirúrgico;

Desenho:

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE CIRÚRGICO

Estudo quantitativo e qualitativo, que teve como base a teoria do *Caring* de Jean Watson e a relação de ajuda segundo Hélène Lazure

Meio: Hospitalar - Serviço de cirurgia de um hospital privado

População: Todo o adulto (com idade superior a 18 anos, submetido à sua primeira cirurgia) do foro cirúrgico internado nessa instituição privada durante os meses de Outubro e Novembro de 2001

Amostra: 55 utentes, que respondiam às características exigidas pelo estudo

Tipo de estudo: Exploratório, descritivo, quantitativo e qualitativo

Instrumento de colheita de dados: Inquérito por questionário

Tratamento de dados: Análise de conteúdo. Frequências, gráficos

Figura nº 34 - Desenho do Estudo: A Importância da Comunicação Na Relação Enfermeiro/Doente Cirúrgico

DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Tipo de informação	Acerca da intervenção cirúrgica	Sim Não Pouca Não respondeu
	De acordo com a esperada	Sim Não Pouca Não respondeu
Características do enfermeiro	Humano	Sim Não Pouca Não respondeu
	Atencioso	Sim Não Pouca Não respondeu
	Simpático	Sim Não Pouca Não respondeu
Comunicação	Melhor momento	Antes da Cirurgia No BO Na UCPA Depois da Cirurgia
	Forma mais apreciada	Comunicação Oral Comunicação Escrita Comunicação não verbal Outra

Quadro n.º 21 - Operacionalização das variáveis em estudo

Resultados:

A comunicação é um processo complexo que engloba a pessoa e o meio. Comunicar é pois relacionar-se.

A enfermagem tem de conseguir estabelecer um processo de comunicação com o utente, bem como criar todas as condições que estiverem ao seu alcance, para que a comunicação se processe da melhor maneira. Para poder comunicar o enfermeiro possui conhecimentos e habilitações próprias, bem como treinou e desenvolveu técnicas facilitadoras e promotoras da mesma.

Neste estudo procurou-se saber a opinião dos utentes em relação à comunicação que os enfermeiros estabeleciam com eles e se ela os satisfazia.

Privilegiou-se um momento considerado especial, que foi a altura em que o utente era submetido a primeira vez a uma intervenção cirúrgica, pensando que seria um momento particularmente único e tenso, onde a comunicação deve ser desenvolvida com todo o cuidado e atenção.

Assim, em relação à opinião dos utentes em relação informação que receberam do enfermeiro relativamente à informação cirúrgica, obtivemos que dos 55 utentes, 45% respondeu que obteve informação acerca da intervenção cirúrgica por parte do enfermeiro e 35% nada obtiveram (Quadro 22)

Questão	Opinião	Nº	%
Recebeu do enfermeiro informação acerca da intervenção cirúrgica a que foi submetido?	**Sim**	**25**	**45**
	Não	**19**	**35**
	Pouca	**9**	**16**
	Não respondeu	**2**	**4**
Total		**55**	**100**

Quadro nº 22 - Distribuição numérica e percentual da opinião dos utentes sobre a informação que receberam dos enfermeiros sobre a intervenção cirúrgica.

Questão	Opinião	Nº	%
Na comunicação estabelecida recebeu do enfermeiro a informação que pretendia e/ou considerava necessária?	**Sim**	**36**	**66**
	Não	**9**	**16**
	Pouca	**6**	**11**
	Não respondeu	**4**	**7**
Total		**55**	**100**

Quadro nº 23 - Distribuição numérica e percentual da opinião dos utentes sobre a informação que receberam dos enfermeiros.

Outro aspecto foi saber a opinião quanto ao teor da informação recebida e constatamos que 66% consideram ter tido a informação pretendida, no entanto e comparando com a tabela anterior, reparamos que 35% dos utentes afirmaram que não tinham recebido qualquer informação sobre a intervenção, no entanto só 11% é que referiu não ter recebido a informação que considerava necessária (Quadro 23).

As questões que se podem colocar, serão: estarão os utentes esclarecidos sobre o tipo de informação que podem pedir ao enfermeiro sobre a intervenção?

Consideram que essa informação será da competência apenas do médico? Os utentes numa fase de expectativa face a uma intervenção cirúrgica estão mais necessitados de saber o que os elementos da equipa têm para lhe dizer, do que fazer perguntas?

Em relação a esta questão podemos constatar que ainda foi grande a percentagem dos utentes que não responderam a estas questões, o que é preocupante, bem como o número reduzido, mas ainda demonstrando uma certa insatisfação sobre as características do enfermeiro que comunicou com eles (Quadros 24-A e 24-B).

Questão	Opinião	Nº	%
Ao comunicar consigo o enfermeiro foi - Humano	**Sim**	**44**	**80**
	Não	**0**	**0**
	Pouco	**0**	**0**
	Não respondeu	**11**	**20**
Total		**55**	**100**

Quadro nº 24A - Distribuição numérica e percentual da opinião dos utentes quanto às características do enfermeiro quando comunicou com eles.

Questão	Opinião	Nº	%
Ao comunicar consigo o enfermeiro foi - Atencioso	**Sim**	**44**	**80**
	Não	**0**	**0**
	Pouco	**0**	**0**
	Não respondeu	**11**	**20**
Total		**55**	**100**
Questão	**Opinião**	**Nº**	**%**
o comunicar consigo o enfermeiro foi - Simpático	**Sim**	**37**	**67**
	Não	**0**	**0**
	Pouco	**2**	**4**
	Não respondeu	**16**	**29**
Total		**55**	**100**

Quadro nº 24 - B - Distribuição numérica e percentual da opinião dos utentes quanto às características do enfermeiro quando comunicou com eles.

Como referimos atrás, a comunicação é fundamental na relação utente/enfermeiro.

Se existe ainda quem ache que não foi perfeita, tem que nos preocupar que este é um aspecto ainda a ter em conta, capaz de ser desenvolvido e melhorado.

O utente tem de encontrar no enfermeiro alguém que seja capaz de escutar, de informar, com a serenidade e a força (convicção) de alguém que sabe, que transmite segurança e está ali para ajudar.

O enfermeiro assim, torna-se no "baluarte" seguro o porto de abrigo, desejado pelos utentes, principalmente nas alturas de maior tensão e ansiedade.

Questão	Opinião	Nº	%
Quando é que o enfermeiro estabeleceu melhor comunicação consigo?	**Antes da Cirurgia**	**32**	**28**
	No Bloco Operatório	**22**	**19**
	Na Unidade de Recobro	**18**	**16**
	Depois da Cirurgia	**41**	**37**
Total		**113**	**100**

Quadro nº 25 - Distribuição numérica e percentual da opinião referente ao momento em que o enfermeiro melhor comunicou com o doente

Em relação ao momento em que o enfermeiro melhor comunicou com o utente, através da análise da tabela seguinte, podemos perceber que o enfermeiro do perioperatório comunica com o utente, não foi o que melhor comunicou (Quadro 25).

Nesta instituição não existe a visita pré-operatória. A comunicação no serviço de Bloco operatório é muito limitada, pelas características da instituição: privada, equipas cirúrgicas diferentes. O enfermeiro circulante e o auxiliar de anestesia são os que mais contactam, sendo no entanto muito pouco.

Há de facto uma diferença grande entre a comunicação entre os enfermeiros e os utentes neste tipo de instituição. Pensamos que às vezes os enfermeiros se inibem, ou colocam este aspecto noutra prioridade por entender que o doente é do "Sr Doutor" e não devem interferir.

Achamos que esta situação é um aspecto importante que merece reflexão.

Será que a enfermagem perde autonomia e reconhecimento quando passa de uma instituição pública para uma privada?

O enfermeiro deixa de ter as suas competências de acordo com o tipo de instituição onde está inserido?

Enquanto as competências não estiverem esclarecidas, definidas e não forem aceites pelos diferentes membros da equipa, como poderemos nós trabalhar em equipa e salvaguardar a qualidade de cuidados?

Questão	Opinião	Nº	%
Na comunicação que o enfermeiro estabeleceu consigo, qual a forma que mais apreciou e teve mais significado para si?	**Comunicação oral**	49	77
	Comunicação escrita	1	2
	Comunicação não verbal	13	21
	Outras formas	0	0
Total		63	100

Quadro n.º 26 - Distribuição numérica e percentual da forma de comunicação que o utente mais apreciou.

Como pode ser verificado pela análise do quadro anterior, a comunicação oral ainda é a mais utilizada e apreciada. O utente tem necessidade de ouvir informações, de ter um *feedback* sonoro sobre as questões que coloca.

A comunicação não verbal, traduzida pelo olhar, silêncio, gesto, expressão facial, tem muito peso, numa altura em que muitas vezes a palavra não conforta ou corre o risco de perder o significado, intensidade ou efeito desejável.

Face aos dados obtidos, importaria dar mais um passo no processo de investigação.

A comunicação influencia e delimita a actuação do prestador de cuidados.

Os utentes cirúrgicos, tem características próprias. O medo, a ansiedade que envolve este momento, não conseguem deixar que o utente e sua família possam enfrentar a situação com a serenidade e calma necessária.

Novas questões surgiram:

A enfermeira perioperatória deverá iniciar os seus cuidados pela visita pré--operatória, com vista ao conhecimento do utente e ao planeamento dos seus cuidados?

Terá a visita pré-operatória alguma influência no utente, actuando a nível da ansiedade?

As crianças, normalmente acompanhadas de seus Pais ou outro familiar, verá a visita pré-operatória com agrado, ou pelo contrário esta torna-se num momento que vai reforçar a imagem da intervenção e acentuar os medos, traduzida numa apatia ou hiperactividade?

A equipa de enfermagem em que aspectos usufrui da visita, como facilitadora no planeamento de cuidados e dinamizadora do trabalho em equipa entre os membros?

1.7 - Visita Pré-operatória – Repercussões a Nível do Utente (Adulto/Criança/Pais) e da Equipa de Enfermagem

Objectivos:

- Identificar até que ponto, na opinião dos utentes, a Visita Pré–Operatória é uma intervenção do enfermeiro perioperatório;
- Avaliar as repercussões que a visita tem a nível da humanização de cuidados;
- Identificar alguns medos que o utente (adulto/crianças - pais) possam ser ultrapassados com Visita Pré–Operatória;
- Contribuir para o aumento de satisfação pessoal (enfermeiro/utente/família) e profissional (enfermeiro/equipa multidisciplinar);
- Identificar qual a informação que deve ser dada à equipa de Enfermagem;
- Avaliar os resultados da visita Pré–Operatória na diminuição da ansiedade dos utentes face à cirurgia através da Visita Pós–Operatória;
- Avaliar os resultados da visita Pré–Operatória na equipa multidisciplinar através da avaliação Pós–Operatória;

- Descrever qual a ligação que a prática dos enfermeiros perioperatórios tem com a teoria do *Caring* segundo Jean Watson e a Relação de Ajuda segundo Hélène Lazure;

Desenho:

VISITA PRÉ OPERATÓRIA – REPERCUSSÕES A NÍVEL DO UTENTE (ADULTO/CRIANÇA–PAIS) E DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

Estudo quantitativo e qualitativo, que teve como base a teoria do *Caring* de Jean Watson e a teoria de Relação de Ajuda segundo Hélène Lazure

Meio: Hospitalar - Serviços de Bloco Operatório de duas instituições hospitalares públicas

População: enfermeiros perioperatórios de duas instituições hospitalares e utentes (adulto/crianças - pais)

Amostra:

Hospital A: 18 enfermeiros do Serviço de Bloco Operatório da instituição hospitalar onde se realizou o estudo com adultos (52 utentes)

Hospital B: 4 enfermeiros do Serviço de Bloco Operatório de Pediatria da instituição hospitalar onde se realizou o estudo só com crianças/pais (30 crianças e 24 adultos - seis das crianças tinham idade que lhes permitia participar no estudo manifestando a sua opinião)

Tipo de Estudo: Descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo

Instrumento de colheita de dados: Inquérito por questionário, escalas de satisfação do utente e enfermeiros e grelhas de observação

Tratamento de dados: Frequências, gráficos e testes de inferência estatística (Testes t e Testes de Qui – Quadrado, Testes do Sinal e Testes de McNemar). Toda a análise deste trabalho foi realizada utilizando o *software* para estatística SPSS v.10 (Statiscal Package for the Social Sciences)

Figura nº 35-- Desenho do Estudo: Visita Pré – Operatória – Repercussões a nível dos doentes (Adulto/Crianças /Pais) e da Equipa de Enfermagem

DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Manifestações antes da cirurgia	Ansiedade	Sim Não
	Medos	Sim Não
Vista pré operatória	Altera medo e ansiedade	Sim Não
	Benefício de conhecimentos	Sim Não
	Cuidados humanizados	Sim Não
	Estabilidade na equipa	Sim Não

Quadro nº 27 - Operacionalização das variáveis do estudo

Resultados:

Ao desenvolvermos este estudo, tivemos em conta poder demonstrar que os cuidados perioperatórios iniciam-se antes da cirurgia através da visita pré-operatória e como esta pode influenciar o doente/família e equipa cirúrgica.
Através da visita pós–operatória, pôde-se avaliar a influência da visita pré-operatória no doente/família, na equipa cirúrgica bem como fazer uma avaliação dos cuidados prestados.

Opinião dos **enfermeiros** envolvidos neste estudo os resultados foram:

Importância da Visita Pré-operatória

O quadro seguinte mostra que as opiniões dos enfermeiros em relação à importância da visita pré-operatória, são bastante favoráveis, uma vez que numa escala de 1=Nada Importante até 4= Muito importante, tanto no início da visita como no fim, apenas responderam *importante* e *muito importante*, denotando assim um elevado grau de concordância nas duas situações. Isto é, consideram a visita pré – operatória *muito importante* 45% antes e 73% depois. Como *importante*, foi considerada por cerca de 55% antes e 27% depois. Apesar da visita ser considerada importante antes e depois da visita, pode-se constatar que depois da visita houve um acréscimo do número de enfermeiros que a consideraram *muito importante* (Quadro 28).

	antes da visita	**depois da visita**
importante	55%	27%
muito importante	45%;	73%

Quadro nº 28 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré – operatória

O nível de significância associado ao teste sinal é de 0.007/2=0.039[38]. Como este valor é inferior a 0.05, podemos afirmar que houve um aumento significativo na importância atribuída pelos enfermeiros no final da visita pré–operatória, afirmando

terem um conhecimento prévio do utente, o que os ajudaria a prepararem antecipadamente as suas intervenções mais personalizadas (dirigidas a uma pessoa concreta).

Foi salientada as repercussões positivas na altura do acolhimento do doente, notando uma maior serenidade de ambos os lados (utente e enfermeiro) devido ao conhecimento antecipado.

"é bom sabermos que estamos a prepararmo-nos para a intervenção da D. Maria ou do Sr. José, e não para uma prótese total da anca ou uma mastectomia..é mais pessoal, dá mais sentido ao nosso trabalho." ***inq.2***

"Quando conhecemos antecipadamente a pessoa que vamos receber no bloco e a que vamos prestar cuidados, estamos mais envolvidos e também há mais serenidade – já sabemos como a pessoa é, podemos prever como a vamos encontrar e as nossas palavras podem ter mais significado – porque já a conhecemos, já entramos na sua história" ***inq.16***

ESTABILIDADE DA EQUIPA

	antes da visita	depois da visita
igual	45%	14%
maior	55%;	86%

Quadro nº 29 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré – operatória face à estabilidade da equipa

Como se pode verificar pela análise do quadro anterior, houve em relação *estabilidade da equipa*, um claro aumento da importância atribuída pelos enfermeiros depois da visita.

Através da utilização do teste do Sinal, verificamos que esta diferença é significativa, porque o nível de significância associado ao teste é 0.016/2 =0.008. Como este valor é < 0.05, podemos considerar significativa.

A equipa denunciou que trabalhava com mais interesse e sentia –se mais "segura", pelo facto do conhecimento prévio do utente e poder planear antecipadamente as intervenções.

INFORMAÇÃO

Como se pode verificar pela análise do quadro seguinte, *a informação* foi considerada pela maioria dos enfermeiros (77%), como maior depois da visita.

	antes da visita	depois da visita
menor	32%	9%
igual	50%	14%
maior	18%;	77%

Quadro nº 30 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré – operatória face à informação

O nível de significância associado ao teste é de 0.001 / 2 = 0.0005. Como é < a 0.05, podemos concluir que é significativa a melhoria na *informação* depois da visita pré – operatória.

Houve uma melhoria na informação depois da visita pré-operatória. Esta reportava-se ao conhecimento prévio do doente, directo ou indirecto, no caso de a enfermeira que faz a visita comunicar aos outros elementos da equipa. Esta comunicação entre os elementos da equipa deu lugar a um maior diálogo entre os elementos e uma programação em conjunto.

Em relação à informação que é dada ao doente no período pré operatório, aquando da visita, ela aumentou significativamente. Um dos aspectos notado pelos enfermeiros do internamento foi que os utentes mostravam-se mais esclarecidos e confiantes divido "*à conversa com o enfermeiro que vai estar na sala de operações e acompanhar a cirurgia*".

Os enfermeiros do internamento tinham também ganho com esta visita, uma vez que havia informações que não conseguiam dar por estar "fora" da sua área de cuidados e acharem que não tinham conhecimentos nem experiência que os permitissem estar à vontade para as fornecerem.

DURAÇÃO DOS TEMPOS OPERATÓRIOS

No quadro seguinte podemos verificar que em relação à duração dos tempos operatórios, manteve-se igual.

	antes da visita	depois da visita
menor	23%	23%
igual	59%	59%
maior	18%;	18%

Quadro nº 31 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré – operatória face à duração dos tempos operatórios

O nível de significância associado ao teste é 1.000 / 2 = 0.5, não significativo. Podemos afirmar que não houve uma melhoria significativa, mantiveram-se iguais.

CUIDADOS HUMANIZADOS

O quadro seguinte, mostra-nos que os enfermeiros antes da visita consideraram os *cuidados humanizados* 50% *iguais* e *maiores*, enquanto que depois da visita 18% consideravam *iguais* e 82% *maiores*.

	antes da visita	depois da visita
igual	50%	18%
maior	50%;	82%

Quadro nº 32 - Opinião dos enfermeiros em relação à visita pré-operatória e sua influência Na humanização dos cuidados

O nível de significância associado ao teste é 0.039 / 2 = 0.0195. Como este valor é < 0.05, podemos concluir que houve uma melhoria significativa nos cuidados humanizados depois da visita pré–operatória.

Enquanto que antes de haver sido implementada a visita, **os doentes e família** referiam que:

"os enfermeiros eram simpáticos, mas pouco falavam.

o medo da máscara e da entrada no serviço de bloco operatório é para mim e mais ninguém.

a minha família só soube de mim no dia seguinte, quando me veio ver, antes ninguém sabia de nada em concreto". ***inq.23***

Desde que começou a haver visita, registamos **dos doentes e alguns familiares:**

"Já conheci o enfermeiro que me vai receber no bloco operatório" ***inq.3***

"A minha família já sabe onde deve ir para saber notícias minhas. Se telefonarem para este número X saberão notícias minhas ***inq.5***

"È bom entrar num serviço onde só vemos coisas diferentes, ouvir o meu nome e ver a enfermeira que ontem me foi ver e disse que ia estar comigo". ***inq.10***

"Quando fui para a sala de operações já ia mentalizado para o que me iria acontecer. Foi melhor do aconteceu com o meu pai, porque nem ele nem nós sabíamos de nada e foi uma confusão, perdemos tempo um dia de trabalho e ficamos nervosos. Agora não, a mulher não teve de andar ao engano, já sabia a que horas podia vir e onde ir." ***"inq.18***

Em relação **aos enfermeiros,** que antes da visita afirmavam fazer "o que podiam", sem terem muita atenção ao facto de acolherem o doente com ou sem máscara, de o deixarem à espera à porta da sala enquanto iam acabar de preparar o que faltava para a intervenção, de ser mais um, a visita veio "*mexer connosco*". Afinal se tinham aderido a esta nova rotina ela ia alterar alguns hábitos.

"O facto das nossa colegas nos terem pedido para colaborar, não era só dizer sim por dizer.

Tínhamos de avaliar se faria sentido continuar com esta visita ou não... ***inq.2***

"Ao fim destes anos de serviço dei comigo a questionar-me como gostaria de ser tratado se o doente fosse eu... deixei de fazer determinadas coisas como dantes, nomeadamente quando vou receber o doente já tenho tudo preparado para depois ficar com ele como prometi." ***inq.3***

"Desde que começamos a ter a visita pré operatória, é verdade que temos mais que fazer, mas parece-me que damos mais atenção aos cuidados que fazemos. Estávamos a precisar de alguma coisa para alterar a nossa rotina. ***inq.10***

"Até nos parece que temos outros assuntos para falarmos e que despertam a nossa atenção – o doente já tem nome! ***inq.14****"*

Opinião dos **utentes adultos** envolvidos neste estudo os resultados foram:

- Informação do utente em relação à intervenção que ia realizar:

83% Suficiente; 17% Insuficiente

A informação ainda tem de ser melhorada para reduzir até zero

- Como se tinham sentido os utentes no Bloco Operatório

67% Bem; 33% Razoável

Podemos afirmar que nenhum utente se sentiu mal no BO.

- <u>Medos demonstrados pelo Utente [5] :</u>

Antes da Visita Pré – Operatória	**Depois da Visita Pré – Operatória,**
71% Anestesia	71% Anestesia
38% Prognóstico;	31% Prognóstico
29% Alteração Corporal	4% Alteração Corporal
19% Serviço estranho	17% Serviço estranho
19% Diagnóstico	19% Diagnóstico
14% Morte	4% Morte
10% Rejeição familiar/amigos	4% Rejeição familiar/amigos

Quadro nº 33 - Opinião dos utentes em relação aos medos que manifestavam antes e depois da visita pré - operatória

[5] A soma das percentagens é superior a 100% e o número de respostas a 52 indivíduos, porque se trata de uma pergunta de resposta múltipla

O teste de NcNemar em amostras emparelhadas, compara as proporções das respostas dicotomizadas de duas variáveis A e B , neste caso : medos -- antes e medos -- depois

Com a utilização deste teste queremos saber se a visita pré – operatória *diminuiu os medos dos utentes* (*ajuda a ultrapassar os medos*). Por haver uma resposta em dois momentos de tempo, a amostra é emparelhada.

	N	Nível de Significância (p)
Prognóstico [antes] & Prognóstico [depois]	52	,250[a]
Anestesia [antes] & Anestesia [depois]	52	1,000[a]
Alteração corporal [antes] & alteração corporal [depois]	52	,031[a]
Rejeição familiar/amigos [antes] & Rejeição familiar [depois]	52	1,000[a]
Serviço estranho [antes] & Serviço estranho [depois]	52	1,000[a]
Morrer [antes] & Morrer [depois]	52	1,000[a]
Outro [antes] & Outro [depois]	52	1,000[a]

[a] Binominal distribution used

Quadro nº 34 - Níveis de significância dos testes de McNemar

Como pode ser analisado pela leitura do quadro anterior, apenas para o medo *alteração corporal*, o nível de significância do teste foi inferior a 0.05, o que leva à conclusão de que a proporção de utentes com *medo da alteração corporal* no início da visita pré – operatória não se alterou significativamente no fim da visita.

Para todos os restantes *medos*, os níveis de significância foram superiores a 0.05, o que nos leva à conclusão de que *a proporção de utentes com medo no início da visita, diminuiu no fim da visita pré – operatória.*

Opinião dos **utentes Crianças/Pais** envolvidos neste estudo os resultados foram:

- Manifestações demonstradas pelas crianças:

Antes da Visita Pré – Operatória	Depois da visita pré–operatória
47% Grito /Choro	35% Grito /Choro
40% Indiferente ou Apático;	29% Indiferente ou Apático;
27% Irritabilidade.	16% Irritabilidade.

Quadro nº 35 - Manifestações de medo das crianças ante e depois da visita pré - operatória

Através da análise do quadro anterior podemos afirmar que houve uma alteração em todas as manifestações de medo demonstradas pelas crianças.

	N	Nível de Significância (p)
Grito/choro [antes] & Grito/choro [depois]	30	1,000[a]
Indiferente ou apático [antes] & Indiferente ou apático [depois]	30	1,000[a]
Irritabilidade [antes] & Irritabilidade [depois]	30	1,000[a]

[a] Binominal distribution used

Quadro nº 36 - Níveis de significância dos testes de McNemar – medos das crianças

Através da análise do quadro anterior, podemos verificar que todos os níveis de significâncias dos testes são superiores a 0.05, o que leva a concluir de que as manifestações foram diminuídas através da visita pré - operatória

Pensamos que este resultado se deve não só ao facto da visita, mas também por estarem acompanhadas dos pais, e a maioria delas pela mãe, dando-lhes um certo apoio e confiança.

Em termos gerais podemos concluir que o estudo efectuado veio confirmar a ideia que possuímos da visita pré–operatória e das suas repercussões a nível dos diferentes utentes, bem como a nível dos enfermeiros, pois os dados obtidos

indicam que a sua implementação completaria as funções que neste momento competem ao enfermeiro perioperatório, tendo repercussões efectivas na qualidade de cuidados, na área perioperatória.

Podemos concluir que a visita pré – operatória tem repercussões muito positivas a nível:

Da equipa de enfermagem, pela informação, estabilidade e proporcionar cuidados mais humanizados

Do utente e família, pela diminuição de medos e angústias que assombram esta experiência única e pessoal que é a intervenção cirúrgica.

A visita pré-operatória leva-nos a pensar que a intervenção dos enfermeiros perioperatórios tem uma dimensão muito abrangente do que aquela que a maioria das pessoas (Utentes ou Enfermeiros) possam pensar. Não se poderá mais afirmar que a sua actuação se resume a uma intervenção "misteriosa" dentro de um serviço fechado, meramente tecnicista.

Então a sua intervenção iniciada com a visita pré – operatória vai abrir novos horizontes de intervenção, não se limitando só ao utente mas alargando-se à família e ou pessoa significativa.

A família do utente fica ansioso durante o período em que o seu familiar permanece no BO.

Será que através desta constatação, o enfermeiro perioperatório não poderá intervir, de maneira a contribuir para uma maior serenidade, tendo em conta que a família está normalmente envolvida neste processo?

1.8 - A Importância da Comunicação com a Família durante o Período Perioperatório

Objectivos:

- Conhecer o tipo de comunicação que existe com a família do utente durante a sua estadia no Bloco Operatório;

- Saber qual o tipo de informação que a família do utente recebe durante este período e quem a dá.

- Analisar se as informações dadas aos familiares do utente vão ao encontro das necessidades por elas demonstradas;

- Compreender a importância de haver comunicação entre a enfermagem perioperatória e os familiares do utente durante o período intraoperatório.

Desenho:

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DURANTE O PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Meio: Hospitalar Serviço de Bloco Operatório de um Hospital Privado S.A.

População: todos os familiares de utentes que foram submetidos a cirurgia de urgência.

Amostra: 40 familiares de utentes que foram submetidos a cirurgia de urgência, dos quais 20 que acompanharam o utente ao BO em contacto com a equipa cirúrgica durante a cirurgia e 20 familiares que também acompanharam o utente ao BO, mas sem contacto durante a intervenção.

Tipo de Estudo: Exploratório, descritivo, comparativo e de abordagem quantitativa.

Instrumento de colheita de dados: inquérito por questionário.

Tratamento de dados: Microsoft Excel

Figura nº 36 - Desenho do Estudo: A Importância da Comunicação com a Família Durante o Período Perioperatório

DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Informação	Conteúdo da informação	Bom Suficiente Mau
	Especifica	Sim Não
Contacto com a família	Durante a cirurgia	Sim Não
	No final da cirurgia	Sim Não
	Sempre que achou necessário	Sim Não
	A enfermeira da SO deve dar a informação	Sim Não
Avaliação da Comunicação	De encontro às necessidades	Sim Não
	Necessidades de informação	Sobre a cirurgia Anestesia Alterações sobre a cirurgia

Quadro nº 37 - Operacionalização das variáveis em estudo

O enfermeiro para cuidar, tem de saber relacionar-se de forma terapêutica com o utente são ou doente, sendo esta a relação do eixo dos cuidados.

Outras conceptualizações foram desenvolvidas, dando à enfermagem a dimensão do cuidar, que passa pela satisfação das necessidades de saúde e de doença dos utente, tendo sempre uma visão holística da pessoa, dando grande ênfase ao aspecto relacional e humanístico.

Através da bibliografia consultada sobre relação de ajuda e comunicação em enfermagem, bem como através da nossa experiência profissional, concluímos que os utentes e familiares dão grande, senão maior importância aos comportamentos expressivos como o ouvir, confortar, permitir a expressão de sentimentos e sensibilidade, do que os comportamentos instrumentais e tecnicistas.

Pensamos situar-se aqui o campo da competência do enfermeiro, neste caso do dos cuidados perioperatórios, que pela sua maneira de ser e estar, bem como pelos seus conhecimentos humanísticos científicos e técnicos, lhe permite identificar e promover o grau de cuidados adequados a cada pessoa.

A pessoa é um ser único e complexo, com uma personalidade altamente diferenciada que afecta os comportamentos e atitudes daqueles com quem partilha a sua vida, sendo igualmente afectado e influenciado por esses bem como pelo ambiente que o circunda.

Sendo isto verdade, as instituições de saúde precisam cada vez mais de apostar em atingir um elevado aperfeiçoamento técnico sem descuidar o aspecto humano dos cuidados.

Muito se tem escrito e dissertado sobre a humanização dos cuidados. Como todas as palavras que são usadas com frequências em diferentes contextos, ficam vazias de sentido e com alguma facilidade entram no esquecimento e perdem a sua nobre dimensão. Foi o que aconteceu com a humanização dos cuidados.

"...cada pessoa, fundamentalmente, exprime-se e age segundo aquilo que ela é, segundo as suas características, pelo que ao falar de humanização de algo implica que as pessoas (agentes de humanização) devem humanizar-se a si próprios fazendo desabrochar as virtudes pessoais e assimilando valores humanos universais que tornem a pessoa adulta, aberta, disponível e conscientemente participativa" Frei Bernardo[6] .

Humanizar o hospital significa, fazer progredir qualitativamente a existência, bem como a qualidade do que é vivido por aqueles que lá trabalham e permanecem. Humanizar os ambientes de saúde, tornou-se uma filosofia, uma política e uma estratégia, que implica a realização de medidas que não devem ser apenas de ordem material, mas que deve implicar que todos entrem em sintonia, com os objectivos comuns e bem definidos.

Humanizar implica mudança de atitudes de todos, os que prestam cuidados de saúde e aqueles que trabalham nas instituições de saúde contribuindo para a plena satisfação dos utentes – que pode ser cada um de nós.

[6]- Frei Bernardo Domingues O P, sacerdote e doutorado em psicologia, do século XX e XXI, Professor da Universidade Católica tem uma vasta obra onde exprime todos os seus saberes sobre os valores da vida e da saúde. Tem tido um contributo muito grande na formação, nomeadamente de enfermeiros e uma intervenção activa em comissões de ética em instituições hospitalares e associações católicas ligadas à saúde.

Um dos aspectos dos cuidados humanizados passa pelo tipo e qualidade de comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar cujo o centro é o utente e família.

Fazem parte da qualidade três "c" que devem fazer parte dos atributos de qualquer profissional de saúde, como apresentamos no esquema seguinte e que surgiu da reflexão que fomos desenvolvendo ao longo do trabalho (Figura 37).



Figura n.º 37 - os Três "C" da Qualidade

Fonte: Adaptado de Fontes, 1999

A ideia de Bloco operatório é sentida na maioria das vezes como um misto de respeito, desconhecido e mistério.

Todo o ser humano tem medo do desconhecido, gerador de uma mistura de sentimentos: medo, insegurança, angústia, porque é indefinível, imprevisível e incontrolável. Perante a experiência de cirurgia cada pessoa reage de forma diferente e pessoal.

O relacionamento do enfermeiro perioperatório/utente/família, deve fazer parte da assistência ao utente cirúrgico. Como já está definido é uma das competências do enfermeiro perioperatório e deve ser iniciado quando é feita a visita pré-operatória.

É um direito do utente e família ser informado acerca do estado do utente e dos procedimentos que irão ser propostos. Claro está que a família deve ser informada no caso do utente ser uma criança, um indivíduo que não possuía capacidade de decisão ou apresente alterações de consciência. Em todos os outros casos o utente tem a liberdade de decidir se tem necessidade de comunicar à família ou outra pessoa significativa.

Quando defendemos esta ligação utente/família temos presentes os seguintes pressupostos:

- A pessoa está integrada numa família ou no seio de uma comunidade onde tem pessoas significativas, com quem quer partilhar o seu estado de saúde;

- Numa situação de fragilidade, como é a doença, a pessoa necessita de apoio, de se sentir amada. Só os familiares próximos e ou pessoas significativas o podem dar na totalidade;

- A pessoa tem o direito de escolher com quem quer partilhar estes momentos;

- A presença de familiares podem ajudar na recuperação, na adesão ao tratamento e nos cuidados.

A família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo. Estudos recentes demonstraram que o apoio familiar influencia o desfecho dos ataques cardíacos e de uma série de outras perturbações (Case, 1992). A doença ocorre com frequência em alturas de crise familiar e os membros da família recorrem frequentemente ao médico para obter explicações, conselhos ou segurança.

Os médicos de família discutem muitas vezes os diagnósticos e os planos de tratamento com os membros da família. Estes contactos alargam-se aos membros da equipa multiprofissional, de acordo com as necessidades de saúde.

Os utentes, de uma maneira geral apreciam que as famílias estejam envolvidas nas grandes decisões respeitantes à saúde porque lhe transmitem confiança,

segurança, tranquilidade e apoio, minimizando o efeito que a hospitalização provoca. (Hodge, 1999).

O utente, ao longo dos tempos começa a ter uma dimensão cada vez mais e a visão de cuidados de saúde vai acompanhando essa mesma evolução.

O utente dividido em pequenas partes de acordo com a patologia (visão dos primórdios da enfermagem), até á visão holística que aparece no século XX, defendida por variadas teóricas de enfermagem (Virginia Henderson 1964, Peplau,1952, Roy 1991, Allen 1963 e Parse 1981, Watson, 1985).

O indivíduo como um projecto de saúde único indivisível, inserido numa família e integrado numa comunidade (Figura 38) da pessoa para a enfermagem, nos dias de hoje. O estado de equilíbrio, de saúde, está fortemente dependente de factores intrínsecos a cada uma das pessoas, mas também dos factores extrínsecos, como sejam todos os que fazem parte do meio ambiente onde a pessoa se insere, influenciando esse mesmo equilíbrio (Cabral, 1997).

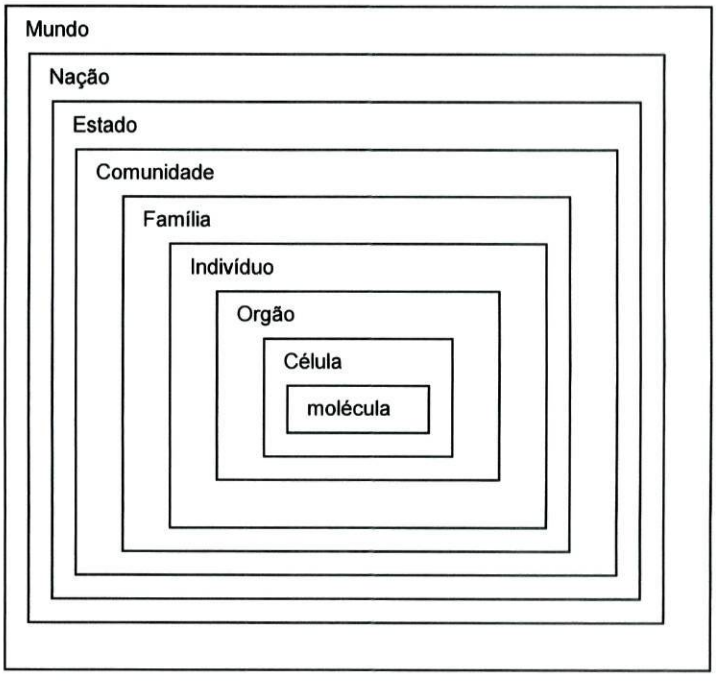


Figura 38 - Abordagem sistémica - indivíduo em interacção com os outros componentes do sistema

Criação da Autora

O conceito de doença familiar, começou a dar uma perspectiva nova aos cuidados, baseado no que temos vindo a afirmar de que a pessoa está inserida numa família. Quando surge uma situação de doença, tanto a pessoa como a família têm de lidar com a alteração do seu estado de saúde.

Uma abordagem sistémica sugere que o paciente é um "portador de sintomas" cujo comportamento, pensamento, estado físico e resposta à doença são influenciados pela sua família, bem como pela doença em si mesma (Bateson, 1978).

As famílias têm ainda tendência a passar por uma série de experiências previsíveis quando um dos seus membros fica gravemente doente. Este processo normal foi descrito como a "trajectória da doença", por Burr e Good em 1978 (Quadro 38).

Fase	Tarefas Chave	Comportamentos familiares positivos	Comportamentos problemáticos
Início da doença	Reconhecimento dos limites da saúde, vontade de aceitar os cuidados	Questionário aberto Ofertas de apoio	Negação das alterações Culpabilização da vítima
Impacto da doença	Aceitação do diagnóstico, adaptação às capacidades físicas, planeamento do tratamento	Discussão aberta. Partilhar as tarefas. Apoiar capacidades restantes	Desestabilização de um meio disfuncional. Comportamentos abusivos (alcoolismo)
Inicio da terapia	Reorganização das responsabilidades, lidar com as implicações financeiras e outras	Partilhar as responsabilidades. Planear o futuro de forma realista	Recusa dos filhos (especialmente se a doente é a mãe de uma criança)
Recuperação precoce	Reintegração na família e sociedade	Flexibilidade das expectativas. Novos papeis no interior da família	Reacções tardias (particularmente comuns quando a doença é súbita e traumática). Desejo de ganhos secundários
Adaptação à permanência do desfecho	Redefinição da auto - estima e significado	Aceitação dos pacientes como eles são	Má vontade em aceitar ou adaptar-se

Quadro nº 38 - A trajectória da doença

Fonte: Burr e Good, 1978: 24

O papel da família é um factor importante na recuperação da estabilidade psicológica e física do utente, daí defendermos que deverá haver uma atenção especial durante a cirurgia à família que como o utente também ela vive uma experiência única. Daí pensarmos este estudo poderia ser um contributo de análise relativamente à necessidade e importância em promover a comunicação com os familiares do utente, durante o período intra operatório.

Resultados:

Neste pequeno estudo, tivemos dois grupos, formado por familiares do utente, que estava a ser submetido a uma cirurgia:

1 –a quem era periodicamente dada a informação sobre a evolução da mesma, (grupo com contacto);

2 – não era dada qualquer informação, a não ser que fosse solicitada pela família, (grupo sem contacto).

Assim, foi feito um pequeno inquérito por questionário, no final ou no dia seguinte à cirurgia, para obtenção de dados que fossem significativos e relevantes, face à necessidade e importância de manter informada a família do utente durante a cirurgia, tipo de informação, conteúdo da mesma informação, e sobre quem a deveria dar.

As questões procuraram ser de fácil compreensão, simples e dirigidas, uma vez que a problemática em estudo era clara, pretendendo-se uma informação precisa, objectiva e o mais completa possível.

- Como considera a informação dada, durante a cirurgia ?

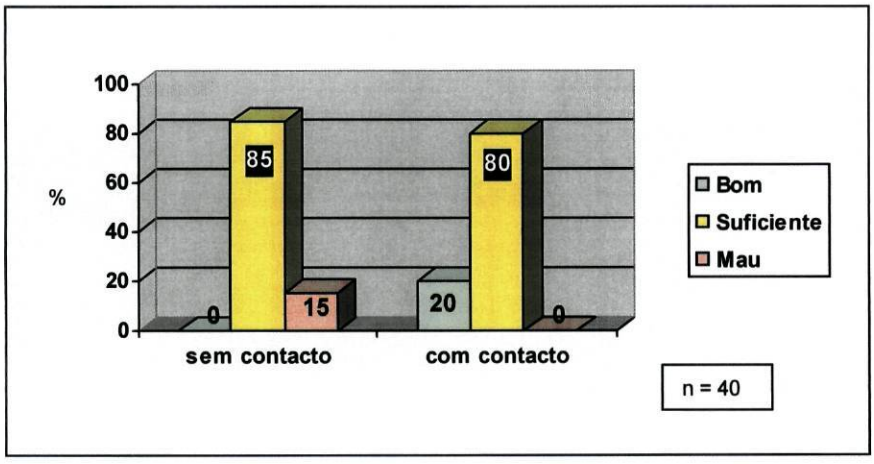


Gráfico nº 30 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados

Podemos constatar que não existe uma diferença acentuada entre os dois grupos, no que diz respeito à informação. Foi considerada suficiente. Temos a considerar os 20% que consideraram ter sido boa, no grupo onde foi privilegiado o contacto. 15% do grupo sem contacto que afirmou ter tido uma informação má, referia-se ao facto de não ter tido nenhuma, por isso ter sido má (Gráfico 30).

Este resultado leva-nos a pensar que as famílias de uma maneira geral tem acesso a informação durante a cirurgia.

- No final da cirurgia o enfermeiro do Bloco falou com a família?

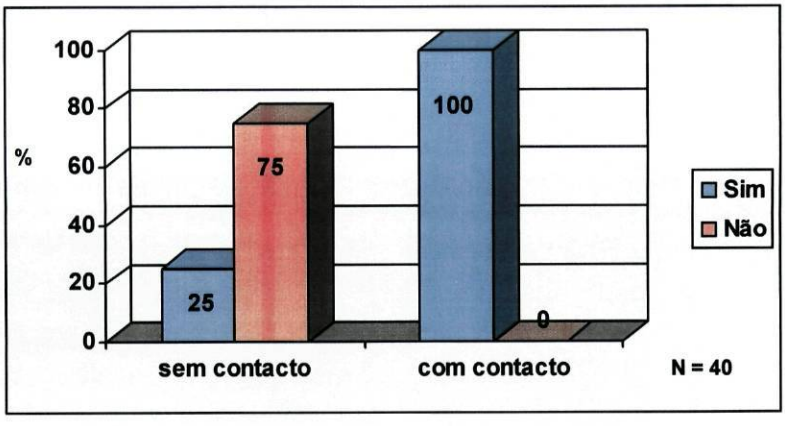


Gráfico nº 31 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados,

sobre o contacto que teve no final da cirurgia

Este resultado é perfeitamente compreensível, pois a família com quem se manteve contacto, já preparada para este momento, o que não aconteceu com o outro grupo. Mas também podemos concluir que habitualmente não é dada informação no final da cirurgia (Gráfico 31).

O final da cirurgia é sempre um motivo de grande ansiedade. São diversas as questões que são colocadas e que se inserem dentro de três grupos: **Como foi? Como está? Como vai ser?**

- Sempre que sentia a necessidade de informação pode contactar com a enfermeira as SO, durante a intervenção?

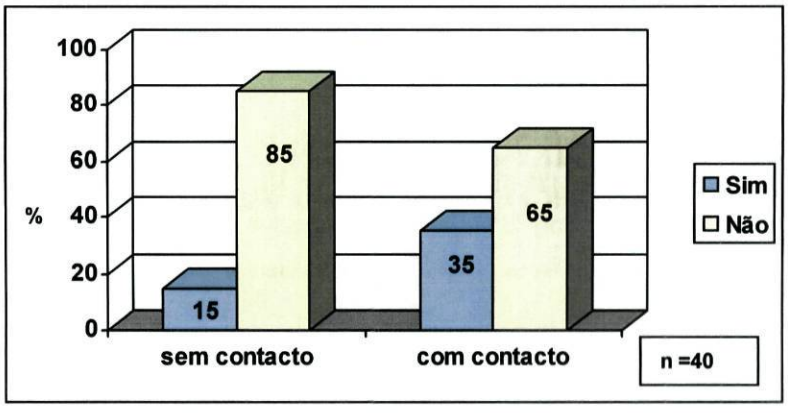


Gráfico nº 32 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre a necessidade do contacto com a enfermeira do BO

Verificamos que em ambos os casos, a grande maioria refere que não, isto é, no caso dos questionários em que tivemos contacto com a família, somente 35% teve hipótese de contactar com o enfermeiro da SO e 65% referiu que não (Gráfico 32).

Poderemos compreender estes resultados, vistos as pessoas terem afirmado, durante o questionário, que ainda tem receio de incomodar. Muitas vezes sentiram necessidade de querer saber mais, mas também acharam que não o deveriam fazer.

Será que esta ansiedade manifestada por parte da família não poderia ser resolvida, com a criação de um local certo, contíguo ao serviço de BO, onde os

familiares poderiam permanecer e onde um enfermeiro perioperatório, com uma regularidade determinada, poderia deslocar-se para informar os familiares, acerca de como estria a decorrer a cirurgia e ouvir a suas dúvidas?

Informação específica

A informação específica ligada com o pós operatório imediato é muito "procurada" o que é perfeitamente compreensível, pois é a mais esperada.

- Foi-lhe dito onde o doente permaneceria, logo a seguir à cirurgia?

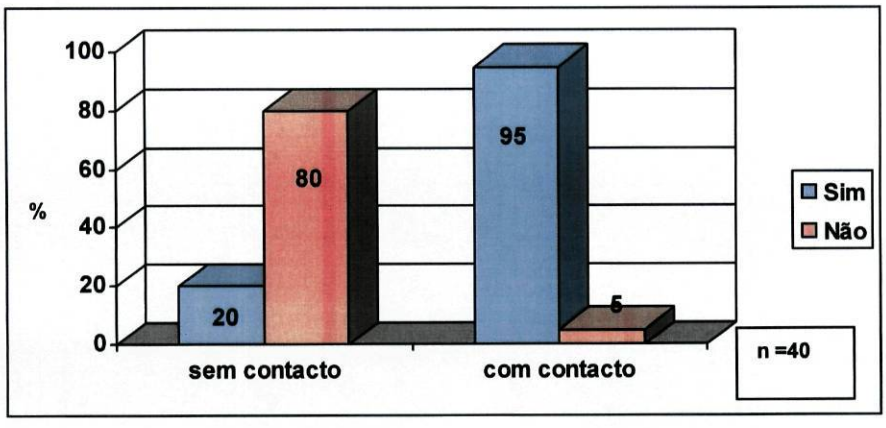


Gráfico nº 33 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre o local de permanência do doente após cirurgia

- Durante a permanência do doente na UCPA, foi informado sobre o seu estado?

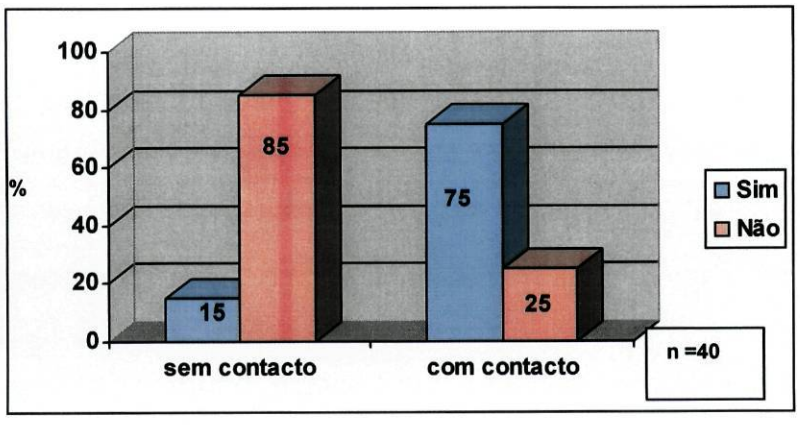


Gráfico nº 34 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre a informação dada durante a permanência do doente na UCPA

Saber para onde vai o doente a seguir à cirurgia; durante quanto tempo fica isolado, sem visitas; quando poderão vê-lo; estará com dores; estas são entre muitas, as questões colocadas pela família, antes ou no final da cirurgia (Gráfico 33).

Verificamos que a disparidade entre os resultados obtidos eram indicadores do que habitualmente se passava. A seguir à cirurgia, não há o hábito de dar informações sobre o local de permanência, bem como o tempo previsto para ficar na UCPA (Gráfico 34).

Podemos também constatar que a informação só é dada, conforme é solicitada.

- A informação que recebeu, foi de encontro às suas necessidades?

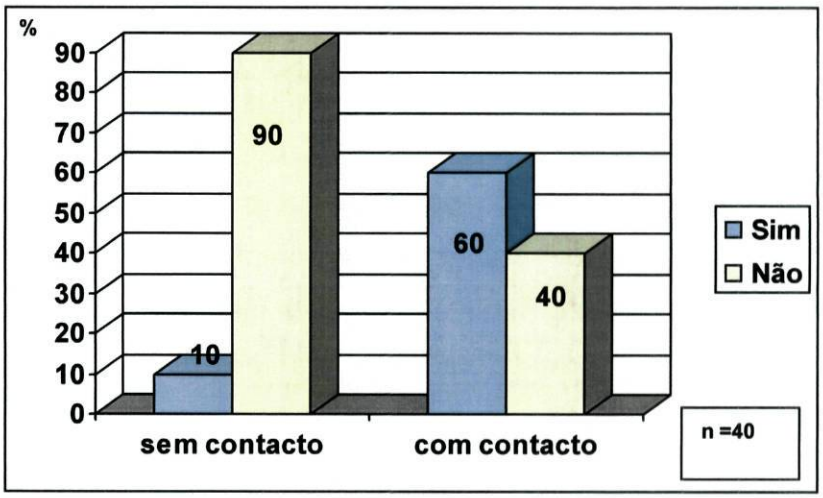


Gráfico nº 35 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre se a informação correspondeu às suas necessidades

Destes resultados podemos concluir que a informação só vai ao encontro das necessidades, quando o enfermeiro perioperatório o faz, porque se isto não acontecer, a informação é limitada ou nula. Mesmo quando o enfermeiro a dá, em 40%, não foi de encontro ás necessidades da família (Gráfico 35).

Será que os enfermeiros perioperatórios, não terão a obrigação de dar uma pequena informação à família, mesmo que não seja solicitado para o fazer?

Porque é que ainda se obtém resultados como estes, que mostram um desajuste entre a informação dada e a necessidade da informação?

- Acha que as informações durante a cirurgia devem ser dados pelo enfermeiro perioperatório?

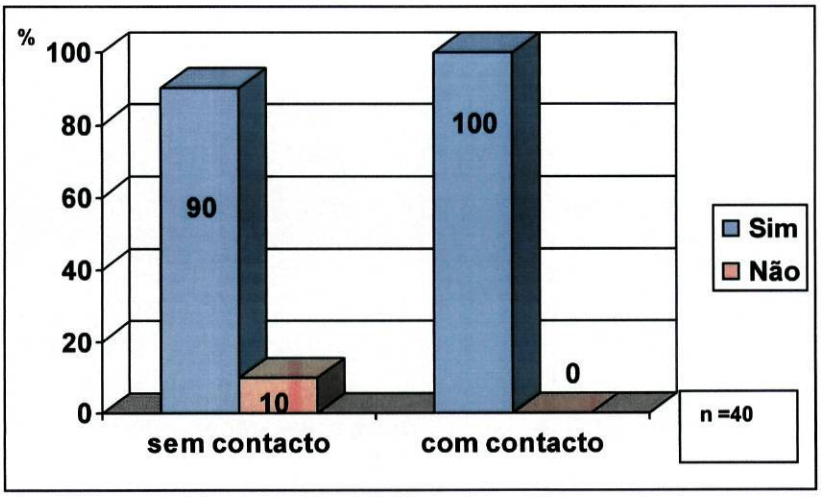


Gráfico nº 36 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados sobre se as informações durante a cirurgia devem ser dadas pelo enfermeiro perioperatório

Como podemos verificar nos dois grupos foi referido que as informações durante a intervenção cirúrgica, deveriam ser dadas pela enfermeira perioperatória (Gráfico 36). As razões, foram referidas durante o preenchimento do inquérito e as mais referidas foram: "*saber do que se passa e falar de maneira que as pessoas percebem.*"

- Quais foram as suas necessidades de informação?

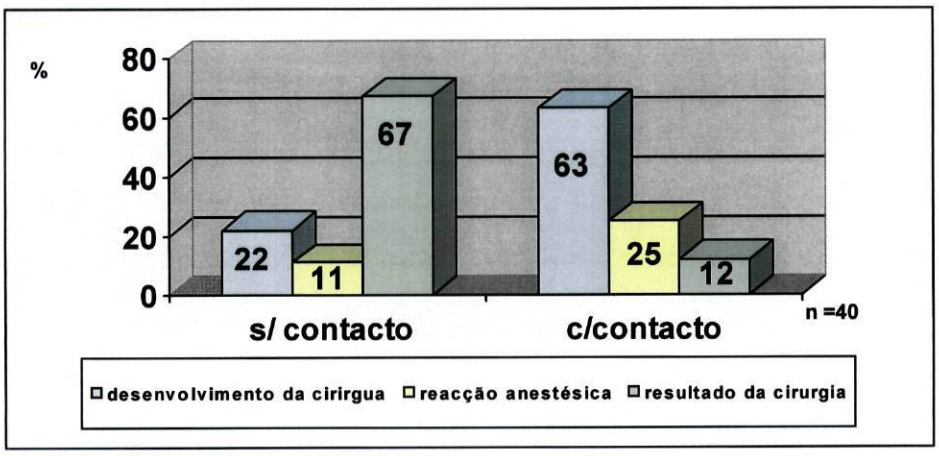


Gráfico nº 37 - Representação percentual das respostas dos dois grupos estudados, sobre as necessidades de informação

Pela análise da ultima questão podemos concluir que não podemos dar-nos por satisfeitos através da comunicação estabelecida, porque gostariam de saber mais e sobre pormenores mais concretos, ligados à anestesia, cirurgia e sobre como estava concretamente a correr a cirurgia de acordo com o previsto (Gráfico 37).

Concluímos que deve haver informação dada aos familiares dos utentes pelos enfermeiros do perioperatório, durante a cirurgia. Esta deve ir ao encontro das necessidades que os familiares manifestam. Informações sobre: quando terminou a cirurgia, como correu, como será e onde permanecerá no pós operatório imediato e até quando, foram os aspectos avaliados e que nos pareceram ser aqueles que os familiares mais gostaram de saber.

Estamos convictos de que a problemática deste contributo de análise, merecerá um maior aprofundamento.

No entanto poderemos concluir que a família deve merecer uma atenção especial, por parte dos enfermeiros perioperatórios, uma vez que ela está em sintonia com o estado de ansiedade do próprio doente.

Dar informação à família durante a cirurgia é reconhecer:

- o doente na sua globalidade,

- a família como parceiro nos cuidados, por poder ter um papel preponderante na recuperação do utente, no planeamento de cuidados, na aceitação dos procedimentos e terapêutica instituídos.

A enfermeira perioperatória, como pessoa em interacção constante, durante o processo cuidativo tem de manter relação com todos os membros da equipa multiprofissional.

Como é esta inserção?

Há reconhecimento e aceitação de cada elemento, como fundamental para o seu bom funcionamento?

Que pensam os diferentes intervenientes acerca de cada um?

A preparação mais específica dos seus membros poderá trazer vantagem para o seu bom funcionamento, aumentando a segurança e a qualidade?

1.9 - A Enfermagem Perioperatória Inserida numa Equipa Multiprofissional[7]

Objectivos

- Definir os requisitos necessários ao trabalho em equipe multiprofissional;
- Identificar os atributos pessoais dos enfermeiros perioperatórios dentro da equipe multiprofissional;
- Avaliar se os cuidados prestados pelos enfermeiros do perioperatório são reconhecidos como cuidados continuados pela equipe multiprofissional;
- Identificar quais as repercussões da formação especializada dos enfermeiros perioperatórios no trabalho em equipa;
- Identificar quais as repercussões da formação especializada dos enfermeiros perioperatórios no utente;
- Conhecer a opinião dos utentes/família sobre os cuidados perioperatórios

Desenho:

A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA NUMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
Estudo quantitativo, que teve por base a importância do trabalho de uma equipa multidisciplinar no plano assistencial do utente/família e do reconhecimento das funções de cada elemento
Meio: Hospitalar
Amostra :20 Médicos (cirurgiões e anestesistas) 24 enfermeiros do perioperatório e 16 do serviço de cirurgia, 50 utentes que tiveram visita perioperatória no período de um mês
Tipo de Estudo: descritivo, exploratório e de abordagem mista (quantitativo e qualitativo)
Instrumento de colheita de dados: inquérito por questionário
Tratamento de dados: Análise de conteúdo. Frequências, gráficos e testes de inferência estatística (Testes de Qui – Quadrado). Toda a análise deste trabalho foi realizada utilizando o *software* para estatística SPSS v.10 (Statiscal Package for the Social Sciences).

Figura nº 39 - Desenho do Estudo: A Enfermagem Perioperatória numa Equipa Multiprofissional

[7] Trabalho apresentado a concurso da Fundação Klinidrape / EORNA 2003 de Enfermagem Perioperatória – obteve o primeiro lugar e representou PORTUGAL no Congresso EORNA em Creta

A essência da enfermagem é cuidar., O objecto do cuidado de enfermagem é a pessoa inserida numa família e numa comunidade.

A enfermagem tem uma actuação alargada que se estende a todas as áreas onde as pessoas se inserem e necessitam de cuidados de enfermagem.

O conceito de enfermagem perioperatória apresentado pela EORNA em 1997, refere:

"Os indivíduos submetidos a cirurgia ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado, num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória.

Este pessoal experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multiprofissional, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o bloco operatório e os cuidados perioperatórios.

A utilização sistemática de uma abordagem holística dos cuidados, deve manter a identidade e a dignidade de cada indivíduo doente, sem prejuízo do seu estado de saúde, nacionalidade, credo, religião ou outras crenças.

O doente, familiares e outras pessoas significativas, têm o direito de receber informações necessárias, bem como apoio emocional e físico que lhes permitam ultrapassar as fases dos cuidados perioperatórios."

As competências dos enfermeiros perioperatórios no pré, intra e pós operatório.

Integrado numa equipa multiprofissional tem como funções, segundo a AORN (1997)

" identificar as necessidades físicas e psicológicas do indivíduo, pôr em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas acções, baseada no conhecimento das ciências Humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo, antes, durante e depois da cirurgia".

Durante o período perioperatório:

"os enfermeiros proporcionam os cuidados de Enfermagem necessários ao doente mediante o uso do processo de enfermagem, de forma a optimizar os custos sem comprometer a qualidade dos cuidados". AORN(19997)

A continuidade de cuidados é uma realidade nos cuidados de enfermagem, tendo como objecto o atendimento das necessidades da pessoa como ser único, inserido numa família e numa comunidade, não perdendo por isso a visão holística da pessoa.

A continuidade de cuidados fará com que a equipa multidisciplinar se articule de uma maneira mais coesa, não permitindo a multiplicação de informações em diferentes registos, bem como uma constante interpelação do utente e família para obter dados e informações repetidamente.
Uma atitude cooperada e sincronizada da equipa dá sem dúvida uma maior segurança ao utente e família bem como poupa gastos em tempo e monetários às instituições e serviços envolvidos.

Iniciamos este estudo levantando algumas questões, que nos motivaram e orientaram a desenvolvê-lo, tendo por base não só a experiência profissional nesta área, como também a pesquisa:

- Que competências são atribuídas aos enfermeiros perioperatórios dentro do trabalho multiprofissional?
- Os cuidados prestados aos doentes durante o período perioperatório são reconhecidos como cuidados continuados e integrados no processo assistencial, pelos outros elementos da equipe multiprofissional?
- Que imagem têm e qual o significado que atribuem os elementos da equipe multiprofissional dos cuidados prestados pelos enfermeiros do perioperatório?
- Que imagem têm e qual o significado que atribuem os enfermeiros do perioperatório sobre a sua participação numa equipe multiprofissional prestadora de cuidados ao doente / família?

Foi necessário juntamente com todos elementos que se prontificaram a colaborar no estudo, definir conceitos para, para que houvesse uma sintonia e uma participação fundamentada numa linguagem uniforme. Assim através de pequenas entrevistas informais em grupo de 4 a 8 elementos, de acordo com a

disponibilidade de cada um. Para tal usou-se um quadro onde estavam aleatoriamente um conjunto de atributos que podessem definir o perfil do enfermeiro perioperatório como elemento de uma equipa multiprofissional.

Porque havia vários conceitos sobre trabalho em equipa e suas implicações, o grupo sentiu necessidade para além de definir equipa multiprofissional e sua constituição, achou importante determinar quais as principais regras para um bom trabalho em equipa.

Assim obteve-se os resultados seguintes, que foram os mais votados e segundo a opinião de todos, os atributos eleitos tem todos o mesmo valor :

Atributos Pessoais do Enfermeiro Perioperatório

- Conscencioso, eficiência e boa organização;
- Flexibilidade e adaptativo;
- Sensível Compreensivo;
- Bom ouvinte, observador e comunicativo;
- Informativo e próximo das pessoas;
- Objectivo;
- Imparcial, (não julgar) e possuir uma mente aberta;
- Criativo;
- Capacidade de Análise;
- Humano;
- Sentido de humor;
- Comportamento Ético.

Trabalho em equipa

- Definição clara das de funções de cada elemento;
- Aceitação do trabalho do outro;
- Respeito;
- Comunicação (com aproveitamento dos registos de cada elemento);
- Espaços de encontro para formação em conjunto e de lazer;

O estudo segundo a metodologia usada é exploratório e descrito, de abordagem essencialmente quantitativa, embora se tivesse que recorrer a uma abordagem qualitativa para tratamento das respostas abertas presentes no inquérito, que justificavam as opções tomadas com vista a uma melhor compreensão dos resultados.

Questões:

Para todos os elementos da equipa, em geral:

- Considera importante falar sobre os cuidados a prestar ao utente antes da cirurgia?

- Considera importante falar sobre os cuidados a prestar ao utente depois da cirurgia?

- É importante planear o trabalho em equipa?

- Se os enfermeiros perioperatórios tiverem uma preparação especializada, poderá trazer maior segurança para o paciente?

- A segurança do trabalho em equipa poderá melhorar com uma formação especializada dos enfermeiros perioperatórios?

Aos enfermeiros do internamento:

- A visita pré operatória favorece a continuidade de cuidados?

- Os registos de enfermagem perioperatórios são importantes para a continuidade de cuidados?

Aos utentes e familiares:

- Como achou a intervenção dos enfermeiros da Sala de Operações?

DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Trabalho em equipa	Falar sobre os cuidados antes da cirurgia	Nada importante Importante Muito importante
	Falar dos cuidados depois da cirurgia	Nada importante Importante Muito importante
	Planeamento em conjunto	Nada importante Importante Muito importante
Especialidade em enfermagem perioperatória	Maior Segurança do doente	Nada importante Importante Muito importante
	Maior segurança para a equipa	Nada importante Importante Muito importante
Visita pré operatória	Assegura a Continuidade de cuidados	Nada importante Importante Muito importante
Registos de enfermagem perioperatória	Asseguram a Continuidade de cuidados	Nada importante Importante Muito importante
Cuidados de enfermagem perioperatórios	Opinião sobre os cuidados	Maus Suficientes Bons

Quadro nº 39 - Operacionalização das variáveis em estudo

Resultados:

A importância de falar sobre os cuidados a prestar ao utente antes da cirurgia

	Médicos	**Enfermeiros Perioperatório**	**Enfermeiros Internamento**	**Totais**	**p**
Nada importante	10% 1 cirurgião 1 anestesista	4% 1 enfermeiro	31% 5 enfermeiros	13% **8**	**0.03**
Muito importante	90% 5 anestesistas 13 cirurgiões	96% 23 enfermeiros	69% 11 enfermeiros	87% **52**	**0.02**
	20	**24**	**16**	**60**/100%	

Quadro nº 40 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional, em relação à importância de falar sobre os cuidados antes da cirurgia

A importância de falar sobre os cuidados a prestar ao utente depois da cirurgia

	Médicos	Enfermeiros Perioperatório	Enfermeiros Internamento	Totais	p
Nada importante	10% 5 cirurgiões	0%	13% 2 enfermeiros	6% **7**	0.06
Importante	50% 9 cirurgiões 1 anestesista	21% 5 enfermeiros	19% 3 enfermeiros	15% **18**	**0.02**
Muito importante	25% 5 anestesistas	79% 19 enfermeiros	68% 11 enfermeiros	79% **35**	**0.02**
	20	**24**	**16**	**60/100%**	

Quadro nº 41 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional, em relação à importância de falar sobre os cuidados depois da cirurgia

A decisão de incluir estas duas questões no inquérito por questionário, foi tomada em conjunto. Estava fundamentada na aprendizagem que este grupo fez para trabalhar em equipa (Quadros 40 e 41).

Quando anteriormente nos referimos à necessidade que este grupo teve de definir conceitos, foi porque as ideias divergiam em alguns pontos. À partida insignificantes, mas para quem apostou entrar "*num jogo para que fosse jogado com todas as regras*", como um dos elementos definiu este trabalho, e para que desse contributos para futuros trabalhos era preciso aceitar ao desafio com tudo o que ele implicasse.

Todos acharam que trabalhavam em equipa, mas quando se começou a analisar a questão a partir de acções concretas, chegaram à conclusão que o não faziam. Aquilo que faziam de uma forma ordenada era cumprir normas, como por exemplo,

Médicos: marcar programa cirúrgico e cumpri-lo.

Enfermeiros do internamento: conhecer o programa, preparar os utentes antecipadamente, acompanhá-los ao BO e ir buscá-los quando fossem solicitados;

Enfermeiros perioperatórios: conhecer o programa, preparar tudo o que fosse necessário para a intervenção, prestar os cuidados necessários e providenciar pelo retorno dos utentes ao serviço de internamento.

Face a esta situação, a aprendizagem teria envolver as pessoas e implicar alterações de hábitos.

Falar sobre os cuidados, não era normal, mas foi um dos aspectos mais relevantes e denunciados por todos os elementos, como necessário. Daí ter surgido a questão, cujos resultados apresentamos nos dois quadros anteriores. Como podemos analisar, foi muito importante quer para os enfermeiros, quer mesmo para os médicos. Em ambas as situações, quer antes e depois da cirurgia.

"falar, não quer dizer planear. Falar é a primeira fase que antecede o planeamento. Aprendemos a ouvir a visão do outro, ajustar e aferir a nossa para depois se poder planear." **Inq.12**

Os resultados obtidos apresentam significância estatística para $p < 0.05$, podendo então afirmar que é muito importante falar dos cuidados antes e depois da cirurgia.

A importância de planear o trabalho em equipa

	Médicos	**Enfermeiros Perioperatório**	**Enfermeiros Internamento**	**Totais**	**p**
Nada importante	5% 1 cirurgião	0%	0%	2% **1**	0.06
Importante	25% 4 cirurgiões 1 anestesista	21% 5 enfermeiros	12% 2 enfermeiros	20% **12**	**0.02**
Muito importante	70% 9 cirurgiões 5 anestesistas	79% 19 enfermeiros	88% 14 enfermeiros	78% 47	**0.02**
	20	**24**	**16**	**60/100%**	

Quadro nº 42 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional, em relação à importância de planear em conjunto

O outro aspecto do trabalho em equipa é o planeamento em conjunto (Quadro 42). Após cerca de três semanas de trabalho em conjunto poderam descobrir que era possível planear em conjunto. Não era escrever o plano operatório sem antes reunir com os diferentes grupos implicados para estudar a viabilidade. Condições do utente, exames necessários, avaliação antecipada, muitas vezes na véspera, mas era o início; condições no internamento e no BO (material residente ou vindo do exterior, no caso de próteses, necessidade de apoio do serviço de sangue, anatomia patológica, entre outros).

Um planeamento que envolve todos os elementos da equipa, tem á partida, possibilidades de garantir uma qualidade superior à que não é planeada. Não estão em causa a qualidade de cuidados, mas sim a qualidade mais geral, que implica ganhos e gastos.

Através do quadro anterior podemos afirmar que planear o trabalho em conjunto é muito importante para a equipa (p=0.02)

Os enfermeiros perioperatórios com preparação especializada, poderão trazer maior segurança para o utente

	Médicos	**Enfermeiros Perioperatório**	**Enfermeiros Internamento**	**Total da Amostra**	**p**
importante	35% 6 cirurgiões 1 anestesista	0%	12% 5 enfermeiros	20%	**0.05**
muito importante	70% 8 cirurgiões 5 anestesistas	79% 24 enfermeiros	88% 11 enfermeiros	80%	**0.03**
	20	**24**	**16**	**60/100%**	

Quadro nº 43 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional sobre a possibilidade da formação especializada poder trazer maior segurança para o utente.

Esta questão colocou-se, porque gostaríamos de conhecer a opinião dos diferentes intervenientes na equipa multiprofissional, em relação à possibilidade de

haver uma formação especializada na área de cuidados perioperatórios, e no que o foco de atenção da equipa, o utente, poderia ganhar, com ela.

Nesta questão é focado o aspecto da segurança, por ser o mais relevante e o que ganhará com um aprofundamento dos conhecimentos que uma especialização trás. Quando se fala em segurança, todos os cuidados de enfermagem perioperatórios estão por ela envolvidos.

80% da nossa amostra pensa que será muito importante a especialização tendo em vista uma maior segurança do utente (p =0.03) (Quadro 43).

A segurança do trabalho em equipa poderá melhorar com uma formação especializada dos enfermeiros perioperatórios

	Médicos	Enfermeiros Perioperatório	Enfermeiros Internamento	Total da Amostra	p
Importante	15% 2 cirurgiões 1 anestesista	0%	12% 2 enfermeiros	19%	0.05
Muito importante	85% 12 cirurgiões 5 anestesistas	100% 24 enfermeiros	88% 14 enfermeiros	80%	0.02
	20	**24**	**16**	**60**	

Quadro nº 44 - Opinião dos elementos da equipa multiprofissional sobre a possibilidade da formação especializada poder trazer maior segurança do trabalho em equipa.

Nesta questão para além dos resultados apresentados, no quadro 44, que nos indica o quanto a equipa acha que uma possível formação especializada em enfermagem perioperatória pode trazer de estabilidade e maior segurança para o trabalho (80%), apresentamos as justificações das suas opiniões, através da transcrição das opiniões mais significativas.

85%, dos **médicos** afirmam ser muito importante para a segurança, os enfermeiros possuírem formação especializada. Dos discursos emergem afirmações tais como:

"Toda as pessoas tocam na mesma orquestra!
Os cuidados perioperatórios que os enfermeiros prestam são muito importantes e se todos os elementos da equipa cirúrgica possuírem uma formação especializada, todos se sentirão concerteza mais seguros e serenos...não haverá quem toque desafinado..." ***inq.12***

Todos os **enfermeiros do perioperatório**, que fizeram parte deste estudo, afirmaram desejar fazer a formação especializada nesta área.

"O stress é uma realidade no nosso trabalho de equipa, mas ele pode ser minimizado com a formação, porque muitas das situações responsáveis por ele, podem não acontecer..." ***inq.2***
" nós fazemos um esforço muito grande para nos mantermos o mais actualizados possíveis, porque nós queremos trabalhar com qualidade...sabe é que eu gosto muito do que faço " ***inq.4***
"...eu desde que comecei a trabalhar em cuidados perioperatórios alterei muito a imagem que tinha deste tipo de cuidado. Afinal não é tão tecnicista quanto me quiseram provar. Sinto-me enfermeira, posso planear os cuidados, intervir com segurança, porque aprendi a pensar e a levantar as necessidades do doente e a satisfazê-las. Avalio as minhas intervenções, contacto com o utente, família e com os meus colegas de internamento. Sinto-me realizada, gosto mesmo muito do que faço..." ***inq.14***
"O paciente deseja e tem direito à qualidade de cuidados e eu estudei para poder dar resposta a isto. Amanhã posso ser eu o paciente..." ***inq.18***

A visita pré-operatória favorece a continuidade de cuidados

Opções de resposta	**Enfermeiros Internamento 16**
Nada importante	0%
Importante	13% 2 enfermeiros
Muito importante	87% 14 enfermeiros

Quadro nº 45 - Opinião dos enfermeiros do internamento acerca da visita pré - operatória

Quando a visita foi implementada, todos os elementos da equipa foram informados acerca desta nova intervenção dos enfermeiros perioperatórios e do objectivo da mesma.

A maioria dos enfermeiros (87%), acha-a de muito importante, porque mostrou veio altera a imagem e a concepção dos cuidados perioperatórios (Quadro 45).

"As Visitas pré - operatórias ajudam imenso. Gosto de estar presente, porque como não sei o que se vai passar no BO aprendo um pouco". ***inq.1***

"Assim podemo-nos completar nas informações a dar ao utente e família. Não haverá discordância no discurso a usarmos". ***inq.2***

"As colegas tem por hábito falarem connosco primeiro e consultarem o processo na nossa presença para saberem um pouco sobre o doente que vão encontrar, o seu estado psicológico. Penso ser um aspecto muito importante e faz-nos sentir equipa e que se pretende uma continuidade de cuidados..." ***inq.3***

Os registos de enfermagem perioperatórios ajudam na continuidade de cuidados

Opções de resposta	Enfermeiros Internamento 16
Nada importante	0%
Importante	0%
Muito importante	100% 16 enfermeiros

Quadro nº 46 - Opinião dos enfermeiros do internamento acerca dos registos de enfermagem perioperatória

O facto de todos os enfermeiros acharem que os registos de enfermagem perioperatória, são muito importantes é significativo, pois já tinha havido interesse, da parte da enfermeira chefe, introduzir uma nova folha de registos, mas não tinha acontecido por falta de oportunidade e com o início deste pequeno estudo, provocou a mudança, o que foi notada e apreciada por todos (Quadro 46).

Era a primeira vez que existia naquela instituição uma folha de registos de enfermagem perioperatória, para enfermeiros lerem e saberem o que tinha

acontecido na fase intraoperatória e quais os cuidados prestados, podendo assim dar continuidade aos cuidados.

Os **enfermeiros do internamento** vêem com bons olhos a intervenção dos enfermeiros perioperatórios junto dos utentes e reconhecem que tem feito um esforço muito positivo em relação ao tipo de registos que efectuam.

"Os registos da colegas do BO melhoraram muito. Ainda me lembro de se reduzirem à folha de anestesia e nós só tínhamos a informação do cirurgião que é muito técnica e às vezes difícil de ler. As folhas de registo variam de instituição, mas acho que mostram bem os cuidados de enfermagem que foram prestados ao doente no perioperatório e toda a reacção do doente aos mesmos." ***inq.8***

"Desde que os doentes fazem o recobro no BO os registos são importantes para nós e para a nossa avaliação no serviço e continuidade de cuidados. Consulto-os muitas vezes para tirar dúvidas e ficar esclarecida e mais se precisar posso contactar o colega..." ***inq.12***

"A visita pós-operatória ainda não é feita sistematicamente, mas aos doentes a quem já foi feita nota-se que foi importante para ele pois pode falar sobre o que gostou ou não na sua experiência de estadia no BO. Devia-se fazer com mais assiduidade". ***inq.13***

"Gosto muito deste momento. Parece uma avaliação a três: enfermeira de internamento, doente e enfermeira do BO. Tem sido muito positiva, para termos o feedback das nossas intervenções. O doente colabora e gosta. A família quando está também intervém e é muito crítica, mas isso ajuda. A avaliação de cuidados ajuda a sermos mais exigentes connosco e apostarmos no trabalho em equipa. Afinal o nosso objectivo é comum, embora trabalhemos em diferentes serviços, completamo-nos..." ***inq.14***

Obtivemos a opinião dos **utentes** sobre:

Como achou a intervenção dos enfermeiros da Sala de Operações

As repostas foram variadas, mas como o sentido era idêntico, optámos por transcrever as opiniões que nos pareceram mais significativas.

"Não sabia que agora tínhamos uma visita da enfermeira da sala de operações. Foi muito agradável e reconfortante. Pude fazer perguntas sobre como ia adormecer e onde ia acordar e se por acaso ia ter um tubo no nariz, algália e sei lá outras coisas..." ***inq.2***

"...foi bom chegar ao BO e ver a enfermeira que esteve comigo na enfermaria, chamar-me pelo nome e pegar na minha mão, senti-me sossegado..." ***inq.6***

"É importante ter havido uma enfermeira que me deu informações sobre a minha cirurgia e não esqueceu de falar com a minha mulher." ***inq.7***

"Achei por um pouco que era uma pessoa importante...até senti um ambiente familiar..." ***inq.8***

"A minha família apoiou-me muito e estava calma porque sabiam onde deviam ir para saber informações sobre mim. Também fiquei mais sossegada...é que também ficamos a pensar naqueles que são nossos e também sofrem por nós..." ***inq.12***

Conclusões:

- O trabalho em equipa torna-se mais seguro se todos tiverem uma formação específica (para 80% dos membros da equipa);
- A preparação prévia da cirurgia pela equipa, é muito importante para o trabalho em equipa ; (para 78% dos membros da equipa e importante para 25%)
- As visitas pré operatórias ajudam a assegurar a continuidade de cuidados (87% dos enfermeiros do internamento acham-na muito importante e 13% importante)
- Os registam dos cuidados de enfermagem perioperatórios são muito importantes porque promover a continuidade de cuidados (100% das respostas de opinião dos enfermeiros do internamentos.
- Os enfermeiros de internamento reconheceram ser importante para a continuidade de cuidados a intervenção dos enfermeiros perioperatórios bem como a leitura dos seus registos.
- Os utentes e família ficam sossegados, menos ansiosos com a visita dos enfermeiros perioperatórios, na véspera e no dia seguinte. No dia da intervenção a família apreciou as informações recebidas acerca de como decorria e decorreu a cirurgia fornecida pelos enfermeiros. (retirado da leitura das afirmações que fizeram quando inquiridos)

Propostas apresentadas ao local onde desenvolvemos o estudo e que orientou o nosso estudo experimental

- Criação de uma Consulta Pré-operatória feita por enfermeiros do perioperatório, no dia em que era decidida a cirurgia pelo cirurgião, contribuiria para uma preparação mais antecipada e talvez mais positiva.

- Planeamento em conjunto com a equipa cirúrgica para o desenvolvimento do trabalho em equipa e para que não faltasse nada no momento da cirurgia aumentando a segurança de todos.

- Reuniões periódicas entre os elementos para formação em conjunto e desenvolver a comunicação bem como apresentação de proposta de alteração ou melhoramento da intervenção multidisciplinar.

Quando terminamos este pequeno estudo outras questões emergiam, dos resultados obtidos.

As competências dos enfermeiros perioperatórios, foram-se definindo ao logo destes estudos.

Estariam os enfermeiros conscientes das competências que iam desenvolvendo?

Teriam a noção de que conforme a função que exercesse, assim as competências podiam tomar dimensões diferentes, ligadas ao saber-fazer?

As competências dos enfermeiros perioperatórios, dependentes da função, não seriam complementares?

Que aspectos salientaria a avaliação de desempenho dos enfermeiros nesta área de cuidados?

1.10 - Avaliação das Competências do Enfermeiro Perioperatório

Objectivos:

- Analisar os factores que influenciam o desempenho dos enfermeiros perioperatórios;
- Conhecer a articulação entre competência/avaliação e formação em enfermagem perioperatória;
- Propor uma medida concreta para o serviço de bloco operatório, tendo como *background* o desenvolvimento de competências e a avaliação de desempenho.

Desenho:

DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

Estudo quantitativo e qualitativo que teve por base as noções básicas de competência e desenvolvimento das mesmas e avaliação de desempenho de cuidados de enfermagem perioperatórios

Meio: Hospitalar: Serviço de Bloco Operatório de uma Instituição Pública

População: Todos os enfermeiros da área perioperatória da Instituição

Amostra: 23 enfermeiros da área perioperatória da Instituição – escolha aleatória simples

Tipo de Estudo: Descritivo e exploratório

Instrumentos de colheita de dados: Inquérito por questionário e grelha de observação

Tratamento de dados: Análise de conteúdo. Frequências, gráficos e testes de inferência estatística (Testes de Qui – Quadrado). Toda a análise deste trabalho foi realizada utilizando o *software* para estatística SPSS v.10 (Statiscal Package for the Social Sciences).

Figura nº 40 - Desenho do Estudo: Definição de Competências e Avaliação de Desempenho do Enfermeiro Perioperatório

DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Enfermeira Perioperatória	Áreas em que exerce funções;	Circulante Instrumentista Anestesia UCPA
	Áreas que domina em pleno	Circulante Instrumentista Anestesia UCPA
	Necessidade de dominar outras áreas	Sim Não
	Áreas com que mais se identifica	Circulante Instrumentista Anestesia UCPA

Quadro nº 47 - Operacionalização das variáveis em estudo

Resultados:

Relativamente às áreas em que os enfermeiros exercem funções, constatamos através da análise do Quadro seguinte, que todos os enfermeiros exercem a função de circulante e só 34,8% é que exercem todas as funções do enfermeiro perioperatório.

Embora a polivalência seja defendida, pois o aproveitamento dos recursos humanos seria muito mais rentável, a verdade é que na realidade há uma minoria que a exerce efectivamente. São muitos os factores que influenciam esta situação, factores esses conhecidos através da nossa prática e que nos são relatados quer por artigos consultados sobre esta matéria bem como do contacto com a realidades nacionais e internacionais.

Os factores são: a falta de pessoal de enfermagem nos serviços de bloco operatório; a falta de tempo para uma integração por áreas de intervenção; a evolução constante de tecnologia e a necessidade de uma subespecialização, nomeadamente na cirurgia – instrumentação e na anestesia, o gosto pessoal e o investimento nesses dois campos, a falta de reconhecimento da importância da enfermagem perioperatória.

Existem de facto dois grandes grupos dominantes, que estão de acordo com outras realidades: Instrumentação/ Circulação e UCPA/ Circulação/Anestesia, ambos com 34,8%.

Em relação à necessidade sentida pelos enfermeiros em dominar outras áreas, 69,5% sentem-na, o que realça a necessidade de um investimento maior na formação, bem como na actualização constante que um enfermeiro perioperatório terá de fazer, para ser um profissional competente.

Em relação à área com que os enfermeiros mais se identificam, neste estudo foi-nos revelada que é a da circulação/instrumentação.

O motivo que nos levou a escolher esta opção, foi devido ao facto do grupo envolvido, começar a ter um sentido profundo sobre o que significa *ser enfermeiro*

perioperatório, pelo contacto que tem com o doente no pré-operatório imediato e intraoperatório.

Afirmam prestar cuidados de enfermagem, bem como terem uma intervenção mais activa no processo operatório, ligado à intervenção na equipa cirúrgica. (contacto prévio para prepara a cirurgia)

Quais as áreas em que exerce funções	Circulação	1	4,3
	UCPA/Circulação/Anestesia	7	30,4
	UCPA/Circulação/Instrumentação	1	4,3
	Instrumentação/Circulação/Anestesia	2	8,7
	Instrumentação/Circulação	4	17,4
	Todas	8	34,8
Domina das áreas em pleno	Circulação	1	4,3
	UCPA/Anestesia	3	13
	Instrumentação/Circulação	8	34,8
	UCPA/Circulação/Anestesia	8	34,8
	Circulação/Anestesia	2	8,7
	Todas	1	4,3
Necessidade de dominar outras áreas	Sim	16	69,6
	Não	7	30,4
Preferência por áreas específicas	Instrumentação	2	8,7
	Circulação	3	13
	Anestesia	7	30,4
	Instrumentação/Circulação	8	34,8
	Circulação/Anestesia	2	8,7
	Instrumentação/Anestesia	1	4,3

Quadro nº 48 - Caracterização da amostra por áreas na enfermagem perioperatória

O outro grande grupo é o ligado só a anestesia 30,4%, o que é justificado por ser o que é responsável pelo acolhimento do doente e o que faz ligação com os outros enfermeiros do internamento e familiares.

Nesta instituição apenas se faz a visita pré operatória ás crianças e ela é feita pelos enfermeiros de anestesia.

Notamos também que não há nenhum enfermeiro que se identificou com a UCPA, o que foi se explica pelo facto de ainda não estarem muito despertos para esta intervenção perioperatória e não haver uma rotação periódica dos enfermeiros, na realidade estudada.

Pelo conhecimento que temos os cuidados na UCPA, noutras instituições é a assegurada pelos enfermeiros do perioperatório que tenham experiência na área de anestesia.

Podemos constatar que a função mais dominada é a de circulante. Este facto tem uma explicação, visto cada enfermeiro que inicia o seu trabalho no serviço de Bloco Operatório, através tomada de conhecimentos sobre como se circula na SO.

Toma contacto e consciencializa a relação que deve adoptar entre estéril e não estéril, como se localizar na SO quanto a circuitos, local de material, relação com os elementos da equipa cirúrgica, aprendizagem sobre trabalho em equipa, normas de segurança para com o doente e com todos os elementos

São estas as primeiras noções e comportamentos que vai ter de adoptar dali em diante independentemente das funções que irá desempenhar.

A amostra deste estudo considerou que as quatro características indispensáveis a um enfermeiro perioperatório competente são: **Dominar as técnicas; Auto domínio; Conhecimento científico e Facilidade em lidar com situações críticas.** (Quadro 49)

	Prever	Dominar	Capacidade	Auto domínio	Resistência	C. Científico	Esp. Equipa	P. Organização	Fac. sit. Criticas	C.auto avaliação
1º	3	5	2	6	0	3	0	2	3	1
2º	1	3	2	1	0	5	0	4	4	4
3º	2	3	2	1	0	1	7	3	2	1
4º	2	4	4	2	1	1	6	2	4	1
5º	1	3	1	4	0	4	2	2	2	2
6º	2	1	1	1	4	5	3	1	0	1
Média	5.14	3.59	5.77	4.68	6.68	4.14	4.59	4.32	4.8	5.59

Quadro nº 49 - Quatro características indispensáveis a um enfermeiro perioperatório competente

O espírito de equipa também foi uma característica salientada, não sendo no entanto de primeira escolha, o que nos surpreende, uma vez que é uma realidade nesta área de cuidados. Será que pelo facto da sua existência não será notado como uma exigência de característica a adquirir e desenvolver?

Outro aspecto observado e registado a partir de uma grelha de observação, foi e se o desempenho das intervenções dos enfermeiros do perioperatório, da amostra, estava de acordo com as suas competências (Quadros 50 a 56).

Como se pode analisar através dos quadros seguintes, os enfermeiros tem um desempenho considerado satisfatório. No entanto consideramos que a importância das suas funções tem de ser interiorizados, provocando alteração de comportamentos de maneira a garantirem cuidados de qualidade.

Foi realçado o facto de estarem a ser observados e por isso ter havido uma influencia no seu desempenho, no entanto o grande factor positivo, foi o terem de

relembrar as normas e perante os cuidados que prestavam, *pensarem duas vezes, antes de* actuar.

INTERVENÇÕES	SEMPRE	ÁS VEZES	NUNCA
. Verifica o plano operatório	9	4	0
. Confirma identificação - doente com enfermeiro internamento	18	3	2
. Trata o doente pelo nome	7	9	0
. Verifica o processo de acordo com regulamento BO	16	0	0
. Verifica se consentimento do doente está assinado	6	10	0
. Reidentifica nome doente através – pulseira e voz	6	10	0
. Certifica se privacidade do doente é respeitada - transfere	12	4	0
. Cumpre normas de segurança e conforto	13	3	0
. Assina em folha própria quando recebe o doente	15	1	0
. Acompanha o doente à sala de indução não deixando – o só	13	3	0

Quadro nº 50 - Intervenções desenvolvidas aquando do acolhimento do doente no B.O. (n= 23)

Os enfermeiros duma maneira geral tendem a "rotinar" os seus cuidados, tornando-os impessoais.

O cansaço, o stress e falta de motivação por falta de reconhecimento do trabalho e a não existência de incentivos são factores, como o reconhecimento de cuidados especializados, levam à rotina e à falta de investimento pessoal e profissional, que tem repercussões obvias nos cuidados prestados.

Como pode ser analisado ainda há enfermeiros que não cumprem as normas de um bom acolhimento (Quadro 50).

Poderão levantar-se variadas questões que em capítulo próprio retomaremos :

Falta de formação e de consciencialização das suas funções e das normas? Desmotivação?

Cansaço?

Deficiente integração?

Pouca supervisão no desempenho das funções?

INTERVENÇÕES	SEMPRE	ÁS VEZES	NUNCA
. Conhece as diferentes técnicas	10	6	0
. Domina funcionamento do equipamento	8	8	0
. Conhece mecanismos de acção/interacção fármacos	7	9	0
. Colabora com anestesista - despiste de complicações	16	0	0
. Sente-se preparado – actuar em situação de urgência	6	10	0
. Faz visita pré-operatória – pediatria	6	10	0
. Consulta o plano de trabalho previamente	12	4	0
. Consulta o plano operatório previamente	13	3	0
. Reúne antecipadamente o material necessário	15	1	0
. Verifica e testa todo o material e equipamento	13	3	0
. Prepara fármacos de acordo – anestesista e tipo doente	16	0	0
. Prepara sempre material de intubação	15	1	0
. Testa cuff do tubo endotraqueal	15	1	0
. Tem por hábito identificar o doente	9	7	0
. Explica ao doente os procedimentos	11	5	0
. Faz transfere do doente para a SO	11	5	0
. Monitoriza o doente tendo em conta – campo operatório	15	1	0

Quadro n.º 51 – Desempenho das Intervenções como Enfermeiro de Anestesista (n=16)

O enfermeiro de Anestesia demonstra ainda ter alguma insegurança no desempenho das suas funções, motivadas por falta de preparação e conhecimentos, bem como ainda actuar como enfermeiro com uma visão limitada do doente de quem cuida (Quadro 51).

INTERVENÇÕES	SEMPRE	ÁS VEZES	NUNCA
. Proporciona ambiente calmo	8	8	0
. Valoriza o doente e pede-lhe colaboração	12	4	0
. Verifica permeabilidade de acesso venoso	15	1	0
. Colabora com anestesista - fase indução anestésica	16	0	0
. Evita mobilizações desnecessárias – fase de indução	13	3	0
. Colabora no BH – perdas durante a cirurgia	13	3	0
. Faz manutenção normotermica	10	6	0
. Mantém calma e organização durante uma urgência	7	9	0
. Efectua registos em folha própria	15	1	0
. Colabora com o enfermeiro circulante	8	8	0
. Prepara material para a intervenção seguinte durante a cirurgia que está a decorrer	11	5	0
. Colabora e acompanha o doente no transfere da SO para a UCPA	16	0	0
. Quando substituído no intraoperatório comunica registos relevantes	15	1	0

Quadro n.º 52 - Intervenções desenvolvidas como Enfermeiro de Anestesia (n= 16)

Poderíamos afirmar que pela análise deste quadro que ainda se acredita muito na sorte ou na infalibilidade dos outros.

O facto de ainda haverem enfermeiros de anestesia que ainda não consultam o plano de trabalho e operatório atempadamente, não conhecem os mecanismos de acção/interacção dos fármacos anestésicos não podem sentir, transmitir e assegurar segurança ao doente e equipa (Quadro 52).

A falta de trabalho em equipa e de poder colaborar com os outros elementos da equipa, pode não revelar empenho total nas suas funções, mas ser um sinal de insegurança.

INTERVENÇÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
. Consulta o plano de trabalho diário	20	3	2
. Consulta o plano operatório	21	2	3
. Prepara carros com material esterilizado para cirurgia	12	13	0
. Identifica carro para SO respectiva e tempo operatório	14	9	2
. Coloca máscara + executa lavagem higiénica das mãos antes cirurgia	18	5	2
. Verifica limpeza da SO antes de ser utilizada	21	2	1
. Verifica bom funcionamento das luzes e testa aparelhos	13	12	0
. Coloca o carro na SO e colabora com a instrumentista	23	2	0
. Verifica integridade da embalagem do material estéril	24	1	0
. Colabora no transfere do doente para a SO	14	9	2
. Identifica-se ao doente e apresenta restantes elementos	4	19	2
. Está na fase de indução e colabora se necessário	20	4	1
. Colabora no posicionamento e certifica segurança	24	0	1
. Observa condições de higiene do doente	16	7	2
. Coloca eléctrodo neutro após indução seguindo as normas de segurança	23	2	0
. Promove dispositivos de manutenção de temperatura	9	15	1
. Assiste a Equipa Cirúrgica durante desinfecção e vestir	21	2	2
. Colabora com a instrumentista na colocação de campos	11	14	0
. Ajusta luzes e faz ligação de aparelhos	25	0	0
. Colabora - Equipa Cirúrgica - respeito técnica asséptica	16	7	2
. Mantém SO limpa e com portas fechadas	13	12	0
. Controla ao mínimo saídas/entradas na SO	5	18	2
. Acondiciona rotula produtos - providencia envio laboratório	24	1	0

Quadro n.º 53 - Intervenções desenvolvidas como Enfermeiro Circulante (n = 25)

INTERVENÇÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
. Faz registos de enfermagem e tempos operatórios	22	3	0
. Antecipa-se às necessidades da equipa	15	10	0
. Faz contagem de compressas e instrumentos	20	5	0
. Comunica com o enfermeiro coordenador fim cirurgia	19	4	2
. Prepara material para pensos e drenagem	23	1	1
. Colabora posicionamento – recuperação anestésica	16	7	2
. Certifica-se da limpeza e conforto doente antes sair SO	21	3	1
. Termina registos de enfermagem	19	4	2
. Colabora no transfere do doente	15	7	3
. Supervisiona limpeza da sala e aparelhos	20	3	2
. Confirma material para a intervenção	21	3	1
. Faz lavagem higiénica das mãos antes próxima cirurgia	19	4	2
. Repõe stock – final do turno	13	10	2
. Comunica ao responsável avaria de equipamento	24	0	1
. Toma conhecimento do plano operatório do dia seguinte	13	12	0
. Quando substituído –comunica casos relevantes colegas	23	1	1
. Colabora no empacotamento de material para esterilizar	7	15	3

Quadro n.º 54 - Intervenções desenvolvidas como Enfermeiro Circulante (n = 25)

Em relação ao enfermeiro circulante, nota-se que há uma dificuldade em conhecer claramente as suas funções, bem como a relação que deve ter com os elementos da equipa cirúrgica (Quadros 53 e 54).

Assegurar a segurança dos cuidados passa por: antecipação às necessidades da equipa deve ser uma das suas funções importantes, bem como supervisionar o cumprimento absoluto da técnica asséptica. Assegurar pelo mínimo de movimento durante a cirurgia e manter as portas devidamente fechadas durante esse período. Repor stoks no final do turno, tomar conhecimento do plano do dia seguinte e colaborar com os colegas na preparação e verificação de material.

INTERVENÇÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
. Confirma plano trabalho e operatório	13	1	0
. Conhecimento do tipo de intervenção	6	8	0
. Colabora com circulante - selecção material específico	10	4	0
. Lavagem cirúrgica das mãos conforme norma	14	0	0
. Prepara mesas que vai utilizar na cirurgia	12	2	0
. Ajuda equipa cirúrgica a vestir-se	16	7	1
. Colabora na colocação de campos cirúrgicos	12	2	0
. Prevê as necessidades da equipa – conhece técnica	4	10	0
. Vigia segurança do doente – evita pressões	12	2	0
. Supervisiona técnica asséptica da equipa esterilizada	14	0	0
. Faz contagem compressas e instrumentos antes encerrar	10	4	0
. Faz penso operatória – certifica funcionalidade drenagem	14	0	0
. Certifica limpeza e conforto do doente antes sair SO	14	0	0
. Após cirurgia acondiciona instrumentos cirúrgicos	14	0	0
. Providencia saída de material sujo por circuito correcto	14	0	0
. Faz lavagem das higiénica das mãos após cirurgia	14	0	0
. Limpa e acondiciona material delicado - necessidade	13	0	1
. Toma conhecimento do plano operatório dia seguinte	6	8	0
. Providencia material necessário – cirurgias dia seguinte	6	8	0
. Empacota e providencia esterilização material	6	8	0
. Dá conhecimento ao responsável - material danificado	12	2	0
. Quando substituído comunica aspectos relevantes	14	0	0

Quadro n.º 55 - Intervenções desenvolvidas como Enfermeiro Instrumentista (n = 14)

A enfermeira instrumentista também tem de ser outro elemento que promova a segurança através do conhecimento das técnicas cirúrgicas e a preparação antecipada para as suas intervenções (Quadros 54 e 55).

O Enfermeiro da UCPA que é responsável pelos cuidados pós-operatório imediato, deve também promover um ambiente de segurança. Pela análise do quadro seguinte, vemos que há aspectos ligados à segurança que ainda são descurados: silêncio, limpeza e reposição de *stocks*.

INTERVENÇÕES	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
. Acolhe o doente	14	1	0
. Faz observação cuidada do doente	13	2	0
. Avalia estado de consciência do doente	15	0	0
. Cumpre protocolos definidos na UCPA	14	1	0
. Vigia a permeabilidade das vias respiratórias	14	1	0
. Vigia drenagens, níveis e características	15	0	0
. Trata o doente pelo nome – promove conforto	13	2	0
. Mantêm ambiente silencioso na unidade	8	7	0
. Avalia nível de dor – actua de acordo com a situação	14	1	0
. Verifica prescrições terapêuticas e registos cirúrgicos	12	3	0
. Organiza processo do doente	12	3	0
. Após alta anestésica contacta internamento - transfere	15	0	0
. Completa registos de enfermagem após alta da UCPA	14	1	0
. Colabora no transfere do doente para internamento	13	2	0
. Dá informações detalhadas ao enfermeiro internamento	15	0	0
. Providencia e supervisiona limpeza da unidade	6	9	0
. Repõe *stoks* no final do turno	6	8	1
. Confere estupefacientes	12	3	0

Quadro n.º 56 - Intervenções desenvolvidas como Enfermeiro da UCPA (n = 15)

Fazendo a análise quantitativa do desempenho das competências nas várias funções e intervenções, constatamos que os enfermeiros perioperatórios que intervieram no nosso estudo, desempenham de uma forma satisfatória as suas competências, conforme se pode verificar através da análise dos quadros anteriores.

Contudo denota-se que ainda é necessária muita formação, conhecimento, consciencialização, actualização e empenho de todos no cumprimento das suas funções e ser competente. Neste tipo de cuidados não se pode permitir que só às vezes é que desempenhem bem as suas funções. Prestar cuidados de qualidade

não é só quando estamos a ser observados ou tem de ser feita uma avaliação de desempenho.

Diariamente e sempre o doente tem de ser tratado pelo seu próprio nome, deve ter um enfermeiro que lhe assegura e garanta segurança, seja seu advogado.

Foi também, neste estudo analisada se existia ligação entre o período que o enfermeiro teve de integração e a área que mais domina. Pelo gráfico seguinte podemos ver que existe.

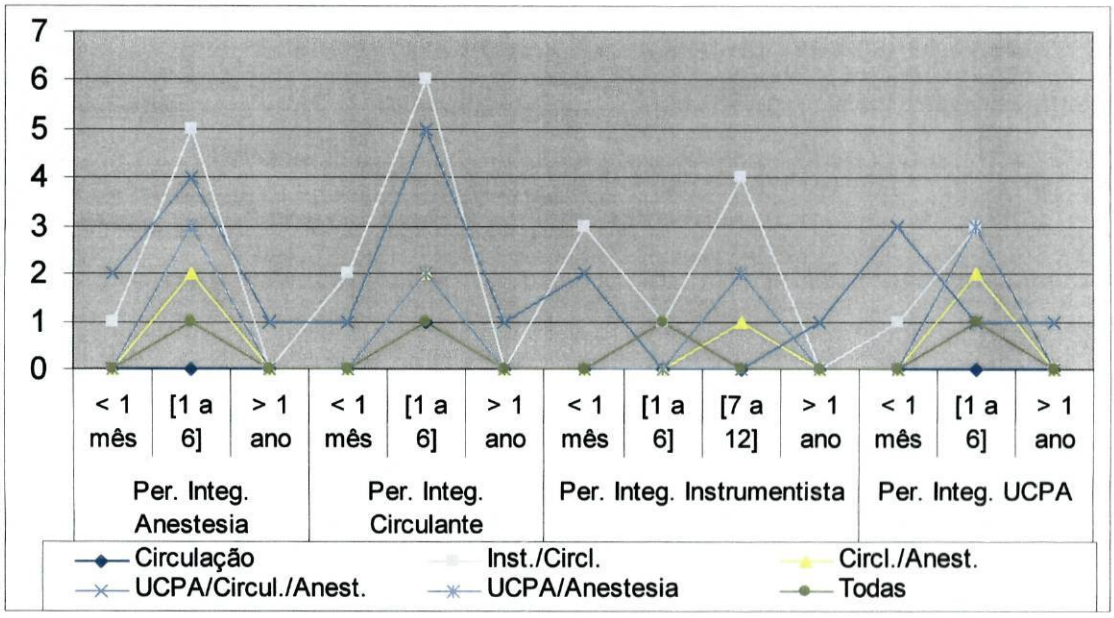


Gráfico nº 38 - Relação entre as áreas que domina e o período de integração

Nesta instituição o período de integração varia entre 6 a 12 meses. O período mais longo refere-se à integração do enfermeiro instrumentista devendo-se ao facto de a diversidade de especialidades assim o exigir.

A integração é de facto muito importante, pois o enfermeiro não teve bases durante o curso de base, que permita ter um conhecimento e domínio dos cuidados a prestar na área dos cuidados perioperatórios.

A integração é um período de formação, de desenvolvimento profissional, daí ter de ser um tempo onde deve haver um investimento forte e empenhado da instituição. Da qualidade da integração irá ser uma mais valia importante para a

instituição, serviço, utente, pois concerteza que terá repercussões a nível dos cuidados prestados.

Neste estudo pode-se propor uma ficha orientadora de integração dos enfermeiros nas diferentes intervenções e criar outra de auto e hétero avaliação, permitindo assim introduzir medidas correctivas auxiliadoras do processo de integração uma vez que também deverá ser de aprendizagem e reflexão, cujo objectivo último será a qualidade de cuidados.

O enfermeiro perioperatório, presta cuidados num ambiente específico, fechado, considerado de risco, ligado com o contacto com produtos orgânicos, com dispositivos médicos "agressivos", com aparelhos sofisticados, passando horas em pé (instrumentista), sem contacto com a luz natural.

Daí poder ser denominado de risco, por directa ou indirectamente poder provocar situações que ponham em causa a saúde física e psíquica dos profissionais de saúde que aí trabalhem diariamente.

Os dois estudos que se seguiram têm como foco principal a pessoa do enfermeiro perioperatório, uma vez que devem ser também eles cuidados para assim poderem cuidar melhor dos outros.

Será que poderia haver alguma intervenção a nível da estrutura de maneira a minimizar as situações de risco?

Que ligação poderá ter a ergonomia no dia a dia do enfermeiro perioperatório?

1.11 - Ergonomia em Enfermagem Perioperatória

Objectivos:

- Conhecer quais as implicações da Ergonomia no desempenho profissional dos enfermeiros perioperatórios;

- Adquirir conhecimentos sobre as implicações da Ergonomia no desempenho profissional dos enfermeiros do perioperatório.

Desenho:

ERGONOMIA EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Estudo quantitativo que teve por base uma pesquisa bibliográfica sobre a influência da ergonomia no trabalho nomeadamente na enfermagem perioperatória

Meio: Hospitalar Serviço de Bloco Operatório de um Hospital Privado S.A.

População: enfermeiros perioperatórios dessa mesma instituição

Amostra: Constituída pela totalidade dos enfermeiros desta área de cuidados (55 - Bloco Central e Ambulatório)

Tipo de Estudo: Descritivo, exploratório e quantitativo

Instrumento de Colheita de dados: Inquérito por questionário

Hipóteses em estudo :

H1 - O ruído contínuo, persistente do aparelho intervém no desempenho profissional;

H2 - A iluminação artificial pode intervir no desempenho profissional;

H3 - As variações de temperatura podem intervir no desempenho profissional;

H4 - O número de aparelhos em ambiente restrito, pode intervir no desempenho profissional;

H5 - A música ambiente pode intervir no desempenho profissional;

H6 - A área de repouso pode intervir no desempenho profissional;

Tratamento de dados: Frequências e gráficos.

Figura nº 41- Desenho do Estudo: Ergonomia e Enfermagem Perioperatória

Resultados:

- Ruído

A maioria dos produtores de ruídos são imprescindíveis ao trabalho em BO. Notamos através do estudo que os enfermeiros eram sensíveis aos ruídos assinalando-os de "*excessivos, mas necessários*".

Se não se conseguem dispensar, deverão ser regulados para o número de compatíveis com os limites aconselhados (90dB/8h - Bessa, 2000:37)

O conselho Internacional do Ruído (Bessa, 2000:37), sugere que os níveis de ruído nos hospitais não deveria exceder em média:

45dB – durante o dia; 40dB – ao anoitecer; 30dB – durante a noite

Os níveis de decibeis "praticados" no BO, estão muito além do número recomendado (Anexo I).

Se por um lado há ruídos que se podem controlar através da calibragem dos aparelhos, o mesmo já não se pode fazer ao ruídos humanos, onde terá de haver uma intervenção através da educação, como o caso da altura de voz, o número de elementos e sua movimentação na sala de operações.

Os ruídos que mais incomodam os enfermeiros e foram denunciados neste estudo são: ruído do aspirador, campainhas/alarmes, falar alto e abertura de pacotes.

O ruído por definição é um som não desejado e como tal pode ter efeitos *stressantes*, perturbando psicologicamente e fisicamente podendo aumentar o risco de acidentes.

O B.O. é um local de trabalho diferenciado, com equipamentos sofisticados, ar condicionado, sistemas de exaustão, em permanente funcionamento, que por muito modernos que sejam produzem ruído persistente.

Os bipes dos monitores, os aspiradores as conversas, os telefones e tantos outros produtores de ruído, quando são permanentes exercem uma acção negativa sobre todas as pessoas, manifestando-se de forma imediata (irritabilidade, por exemplo) ou de forma mais tardia (cefaleias, fadiga, entre outros).

A idade, o tempo de permanência contínuo numa sala com ruído inevitáveis, a disposição mental e até a equipa de trabalho, são certamente factores que influenciam que o mesmo ruído incomode uns ou outros de maneira diferente, e até, as mesmas pessoas, de modo diferente.

Quisemos saber se a existência de ruído persistente influenciava o trabalho dos enfermeiros do perioperatório, e realmente constatamos que o ruído influencia, e muito, a maneira de trabalhar, pois não houve nenhuma resposta negativa, como apresentamos no gráfico seguinte

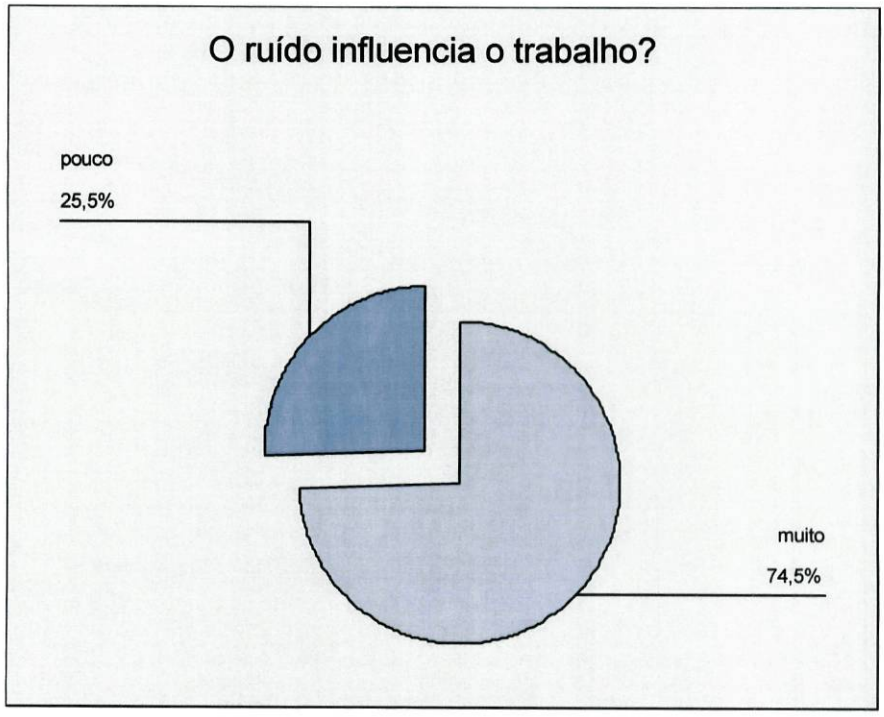


Gráfico nº 39 - Distribuição da amostra em relação à influência do ruído no trabalho

Quisemos depois saber quais os ruídos que mais incomodam os enfermeiros, solicitando os inquiridos os ordenaram por ordem crescente de 1 a 5. Obtivemos o somatório da pontuação atribuída apresentada no quadro 57. Verificamos que a amplitude de variação é pequena, mas o ruído do aspirador é o que mais incomoda.

NÚMERO	ABERTURA PACOTES	ASPIRADOR	CAMPAÍNHA	ALARMES	FALAR ALTO	OUTROS QUAIS?
TOTAL	**140**	**146**	**145**	**145**	**144**	**5**

Quadro nº 57 - Votação do ruído mais incómodo para os enfermeiros da amostra

Das respostas à pergunta -**outros, quais** -, obtivemos onze respostas que inserimos no quadro seguinte:

"Manipulação e abertura das caixas dos ferros"	1 enfermeiro
"Portas que batem por se encontrarem avariadas"	1 enfermeiro
"Entrada de elementos na sala sem ser necessário"	2 enfermeiros
"Muitas pessoas na sala"	2 enfermeiros
"Música demasiado alto"	2 enfermeiros
"Falar alto através do intercomunicador"	2 enfermeiros
"Telemóveis e bips"	1 enfermeiro

Quadro nº 58 - Outros ruídos referidos pela amostra

Para conhecermos os efeitos do ruído sobre o trabalho, efectuamos uma questão dirigida e obtivemos os resultados apresentados no gráfico seguinte

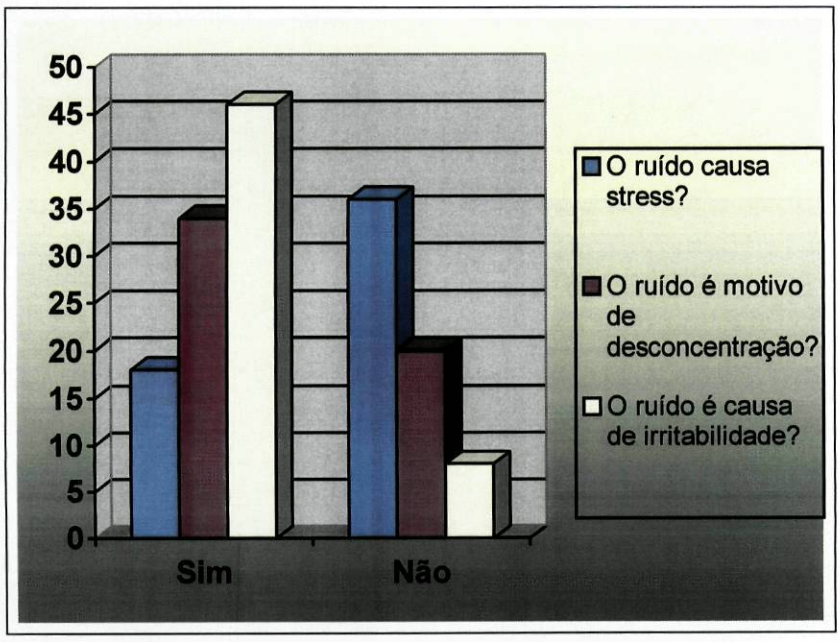


Gráfico nº 40 - Distribuição da amostra em relação aos efeitos do ruído

A irritabilidade é o efeito mais apontado para o incómodo provocado pelo ruído, seguido de perto pela desconcentração. O *stress* é o motivo menos apontado como efeito do ruído.

Cada enfermeiro, como responsável principal do desempenho no seu próprio local de trabalho, tem a tarefa fundamental dentro do mesmo de realizar uma análise de todas as tarefas diárias ou extraordinárias, comprovar como se realizam e quais são os resultados e as dificuldades.

Se os resultados são o reflexo de dificuldades, a sua atitude crítica levá-lo-á a reprogramar métodos de trabalho e o ambiente em que é executado. A ergonomia tem, também na área da gestão, importância para a reformulação de métodos de trabalho eficazes.

O enriquecimento do local de trabalho exige, indubitavelmente, um espírito aberto, só possível com um elevado grau de satisfação profissional.

- **Iluminação**

Como já foi referenciado, o serviço de Bloco operatório tem características próprias, sendo por isso um serviço fechado com difícil contacto exterior, nomeadamente com a luz exterior e natural.

Os enfermeiros que participaram neste estudo, tem uma opinião unânime com o resto dos enfermeiros da área do perioperatório com quem contactamos:

"*principalmente em turnos de doze horas sentimos necessidade de saber como está o tempo cá fora. Neste serviço não existe uma janela para o exterior, mas a maioria já tinha tido a experiência de trabalhar noutros onde a janela era uma realidade reconfortante*".

O ambiente agradável e descontraído que a luz natural pode proporcionar, potencia a satisfação e o desempenho profissional.

Pretendemos conhecer o tipo de iluminação existente na S.O. e, sabemos que o serviço em estudo apenas possui iluminação artificial nas referidas salas.

No entanto, algumas respostas indicaram a iluminação natural e mista, como o tipo de iluminação, que pensamos ser referente ao B.O. e não às salas, como pretendíamos.

Não quisemos deixar de referir os dados colhidos, por serem uma imagem da realidade de outras salas de operações e apresentamo-los no gráfico seguinte pois:

"*há que ter em conta o aspecto "subjectivo" da iluminação: trabalhar num local cego e, portanto, à luz artificial, é menos agradável, menos confortável que poder beneficiar de uma luz natural difundida por largas janelas que dão para uma paisagem agradável.*" (Sagehome, 1997:20)

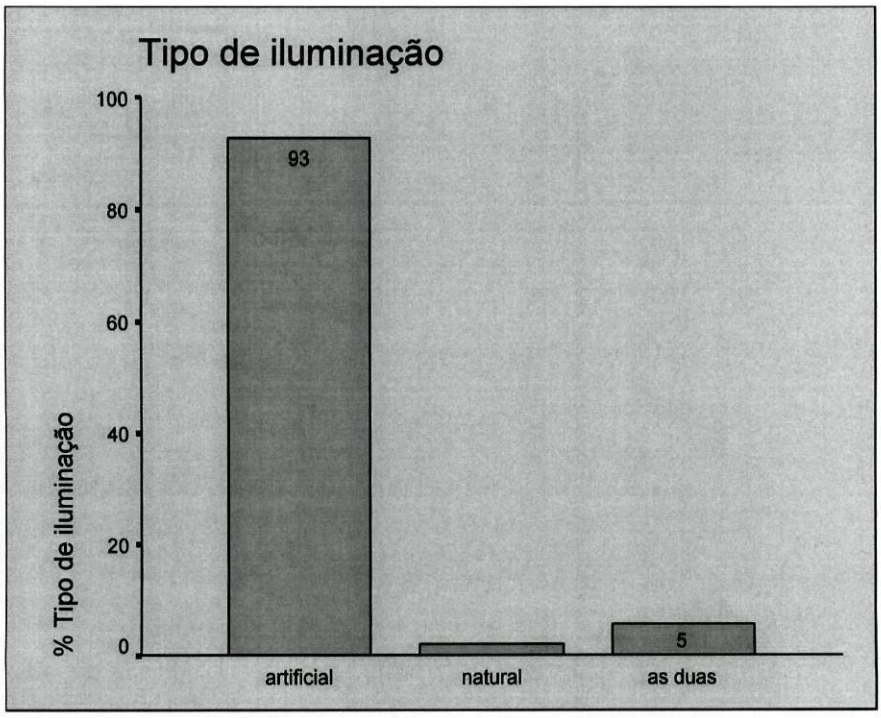


Gráfico nº 41 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de iluminação da S.O.

Para conhecermos a importância que as janelas possam ter durante o turno de trabalho questionamos os enfermeiros, tendo obtido as respostas que nos permitiram elaborar o gráfico seguinte, donde concluímos através da sua leitura de que a maioria considera importante a sua existência.

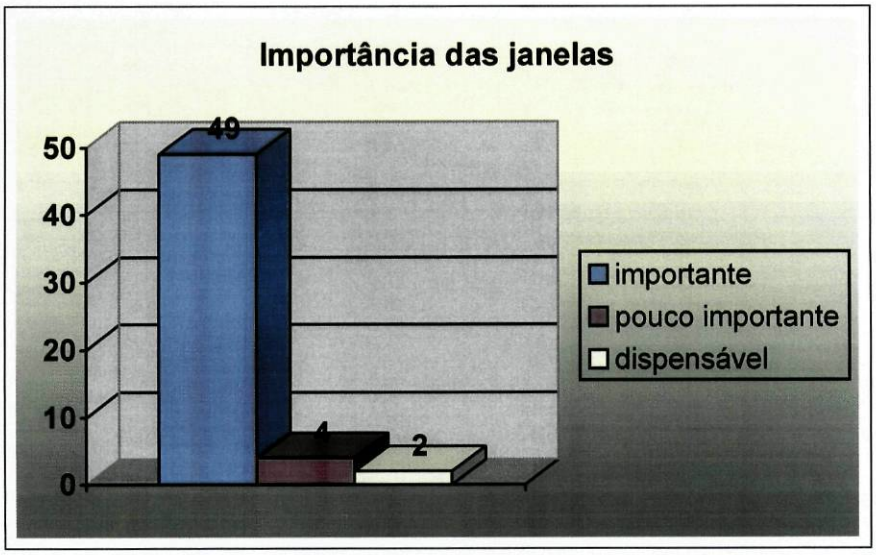


Gráfico nº 42 - Distribuição da amostra em relação à importância atribuída à existência de janelas

Solicitamos ao enfermeiros do perioperatório pedíamos que indicassem apenas duas razões da importância que atribuíam à existência de janelas para o exterior, foram 46 os enfermeiros que responderam, com um total de 85 respostas.

Agrupamo-las assim, por ordem decrescente:

- Relaxante (24 respostas);
- Saber o estado do tempo (16 respostas);
- Contacto com a luz natural (13 respostas);
- Sensação de liberdade (11 respostas);
- Diminuição do isolamento (7 respostas);
- Satisfação pessoal (6 respostas);
- Descontracção (4 respostas);
- Cria ambiente agradável (3 respostas);
- Dispensável num turno de 6h 30m (1 resposta)

- **Temperatura**

Sabemos que a sensação de frio ou calor não é apenas determinada pela temperatura, mas também pela variação da humidade.

No Serviço de BO embora exista uma monitorização constante destes dois parâmetros, pela influência que tem na criação das condições ideais de trabalho neste serviço, diminuindo o risco de infecção, é muito frequente as pessoas que aí trabalham queixarem-se de alterações bruscas desagradáveis.

Existem múltiplos factores produtores de calor e que dificilmente podem ser controlados e que foram referenciados neste estudo. Dentro desse grupo foram enumeradas: a posição que ocupam durante a cirurgia (debaixo dos focos de luz, muitos elementos na sala num espaço restrito, aparelhos de aquecimento do doente e outros aparelhos com sistema de iluminação.

Uma vez que a temperatura no B.O. obedece a critérios de controle de infecção é regulada por termostatos, que no serviço da amostra, são externos, isto é, situam-se no piso técnico.

Para conhecermos a sensibilidade dos enfermeiros às variações de temperatura tentamos conhecer as atitudes que tomam quando sentem frio ou calor.

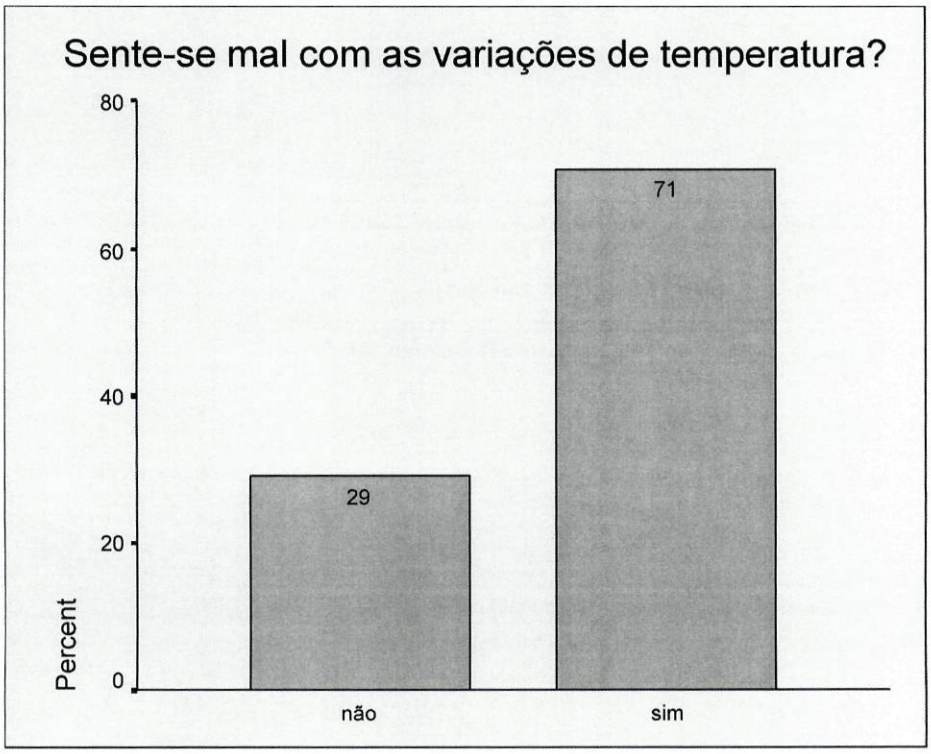


Gráfico nº 43 - Distribuição da amostra relacionada com as variações de temperatura

Pela leitura do gráfico anterior, verificamos que 71% da amostra se sente mal com as variações de temperatura no B.O. No entanto, não orientamos a pergunta no sentido de sabermos se é a sensação de frio ou de calor que interfere nesta opinião.

Quisemos saber se a função do enfermeiro ou a idade, têm influência na tolerância às variações de temperatura e efectuamos o cruzamento dos dados cujo resultado apresentamos no gráfico e o quadro seguintes.

Pela sua leitura verificamos que ao maior grupo que se sente mal com as variações de temperatura, corresponde o grupo etário dos 30 aos 40 anos, que é grupo que tem horário nocturno. Sabemos que de noite as pessoas sentem mais frio. Será uma hipótese a ter em conta.

Por outro lado, os instrumentistas são, também, um dos grupos mais sensível à variação de temperatura. Será o calor o que menos toleram? É que à roupa própria de bloco se acresce a roupa necessária ao acto cirúrgico, em que a bata e as luvas não permitem perda de calor, e ainda o calor libertado pelos focos de luz e pelos sistemas de aquecimento do doente.

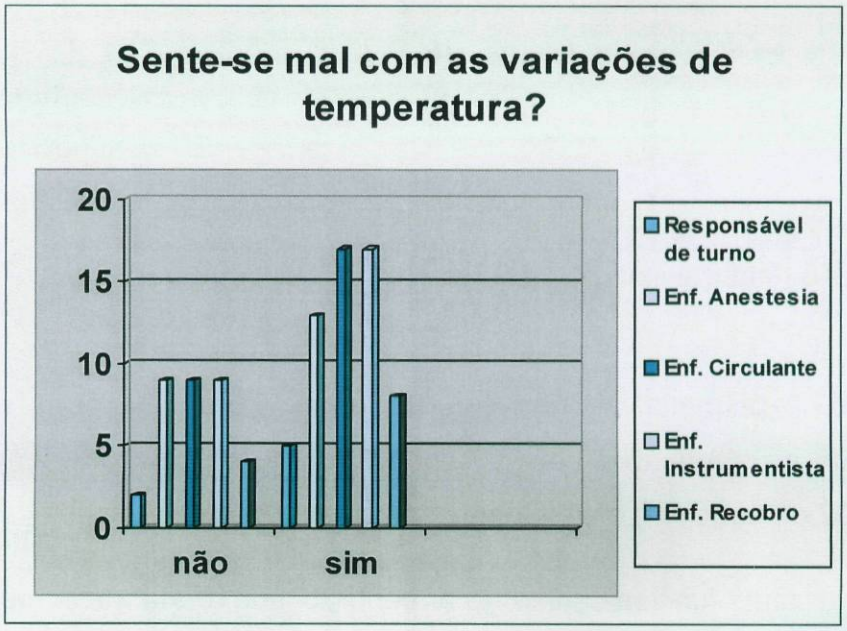


Gráfico nº 44 - Distribuição da amostra relacionando a função com a tolerância à temperatura

Os enfermeiros de recobro também toleram mal as variações de temperatura. Será que o ambiente aquecido, necessário ao doente, não é suportado pelos enfermeiros?

Ou o stress que este local de trabalho desencadeia, leva a um aumento da temperatura corporal?

Está referido na literatura que o stress desencadeia calor, a par da actividade física e enervamento, para além do vestuário e a própria temperatura ambiente.

	Sente-se mal com as variações de temperatura?	
Idade	não	sim
Menos de 25		1
25-30	7	7
31-35	7	14
36-40	1	9
41-45		7
46-50		1
Mais de 50	1	
Total	16	39

Quadro nº 59 - Distribuição da amostra relacionando a idade com a tolerância à temperatura

Em relação à pergunta aberta –**Indique duas soluções para resolver o problema de se sentir mal com as variações de temperatura** -, obtivemos a opinião de 32 enfermeiros, com 43 respostas, que podemos resumir:

- eficiente funcionamento do ar condicionado, de tal modo que não haja tantas variações na amplitude de temperatura (29 enfermeiros);
- facilitada a utilização de bata não esterilizada (8 enfermeiros);
- regulação da temperatura no próprio serviço (6 enfermeiros).

- **Número elevado de aparelhos em ambiente restrito**

Quando se fala de ergonomia aterá de se abordar o ambiente físico, no qual as pessoas trabalham.

Uma vez que este estudo foi desenvolvido num serviço que foi construído de base para um bloco operatório, as dimensões estão adaptadas à quantidade de material. No entanto, os enfermeiros não deixaram de referir os problemas relacionados com a grande dimensão e que são as quantidades de *stoks* e sua reposição, com a sua arrumação e dispersão, com o tempo percorrido nos corredores o que exige uma definição de métodos de trabalho.

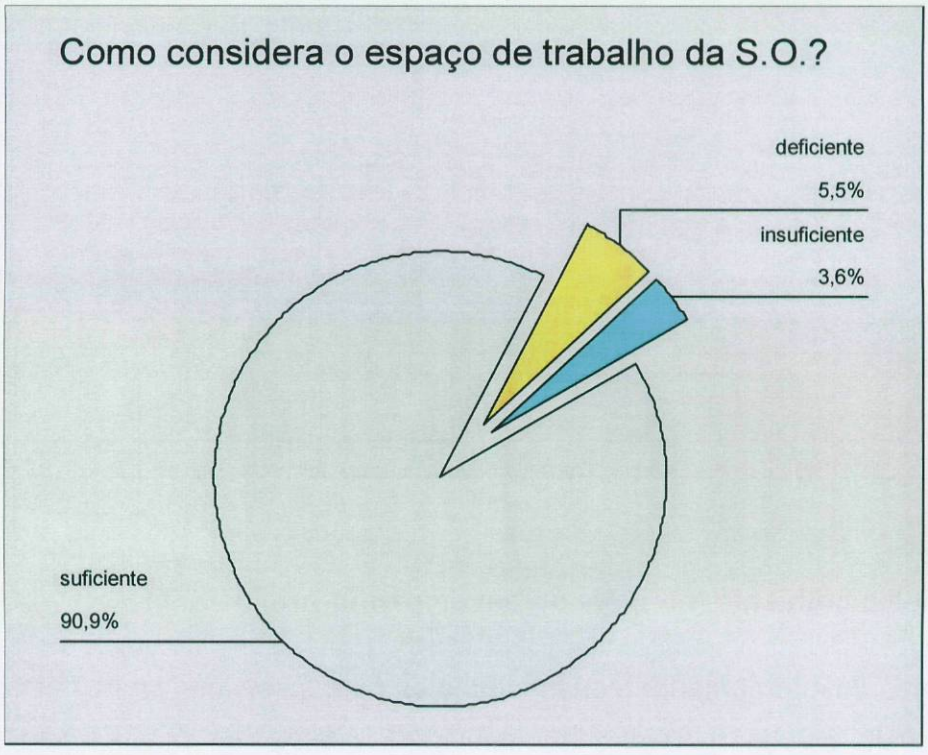


Gráfico nº 45 - Distribuição da amostra referente à percepção do espaço de trabalho da S.O.

Por outro lado, a dimensão do B.O. é grande: dez salas de operações no Bloco Operatório Central e três na Cirurgia de Ambulatório, para além do recobro, salas de stock, gabinetes, farmácia, entre outros (Gráfico 45).

Pela leitura do gráfico seguinte, verificamos que os enfermeiros consideram o local de stock muito disperso, como a situação que melhor define o seu local de trabalho, seguida de perto pela situação do espaço mal distribuído, obrigando a deslocamentos inúteis, situações que consideramos ter a ver com a dimensão do bloco.

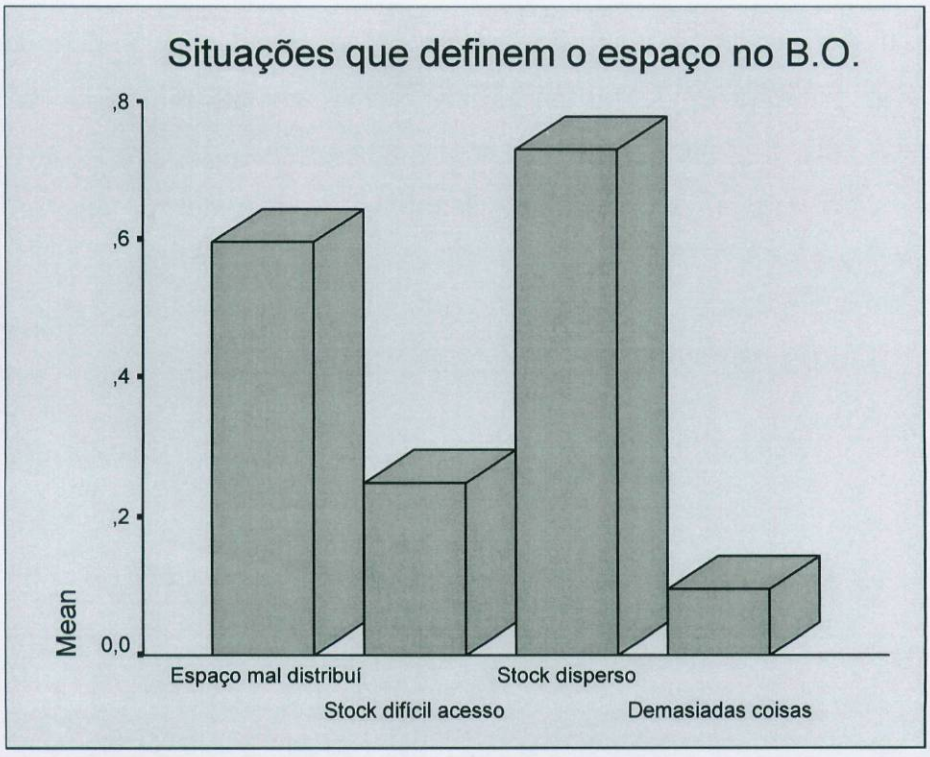


Gráfico nº 46 - Distribuição do modo como a amostra define o espaço do B.O.

- **A música ambiente intervém no desempenho profissional**

Os serviços de internamento e quase todos os outros serviços do hospital onde se realizou este estudo usufruem de canais de difusão de música ambiente. O mesmo não acontece no Serviço de Bloco Operatório.

Existem no entanto aparelhos de rádio portáteis, em número insuficiente, para o número de salas, sendo esses aparelhos disputados no início de cada turno.

60% da amostra do estudo referiu que a música durante o trabalho é reconfortante e relaxante, ajudando no desenvolvimento do mesmo.

Como tivemos oportunidade de referir a *"música cria ambiente..."*. Quisemos saber se a amostra considera importante a existência de música na S.O. obtendo os resultados que apresentamos no gráfico 47.

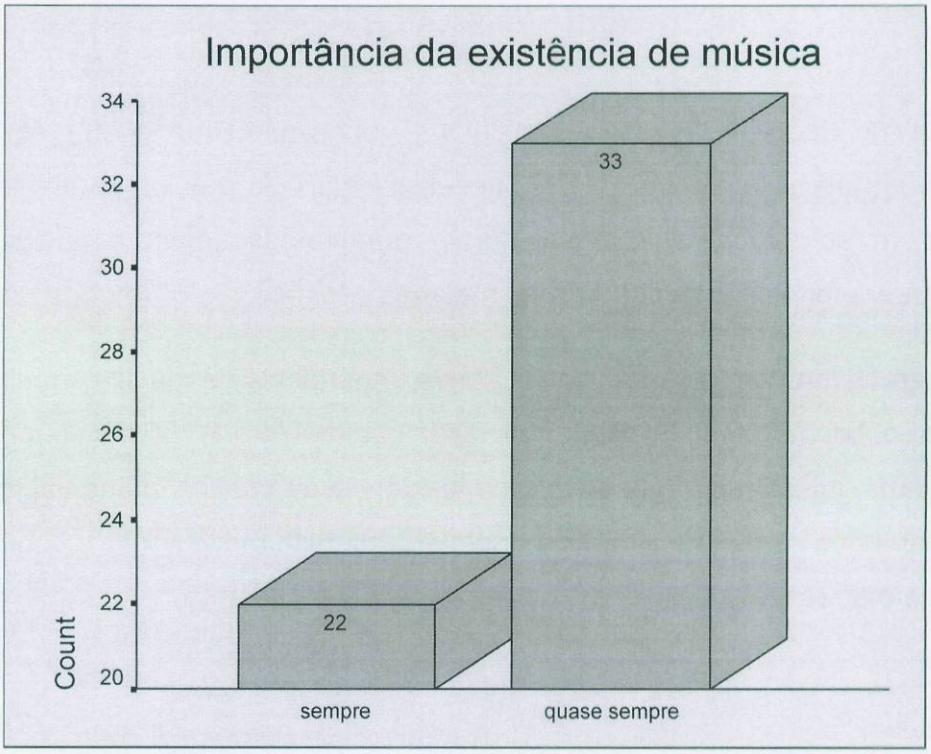


Gráfico nº 47 - Distribuição da amostra de acordo com a existência de música

Nenhum elemento deixou de considerar importante a existência de música, embora considerasse momentos menos oportunos (Gráfico 48).

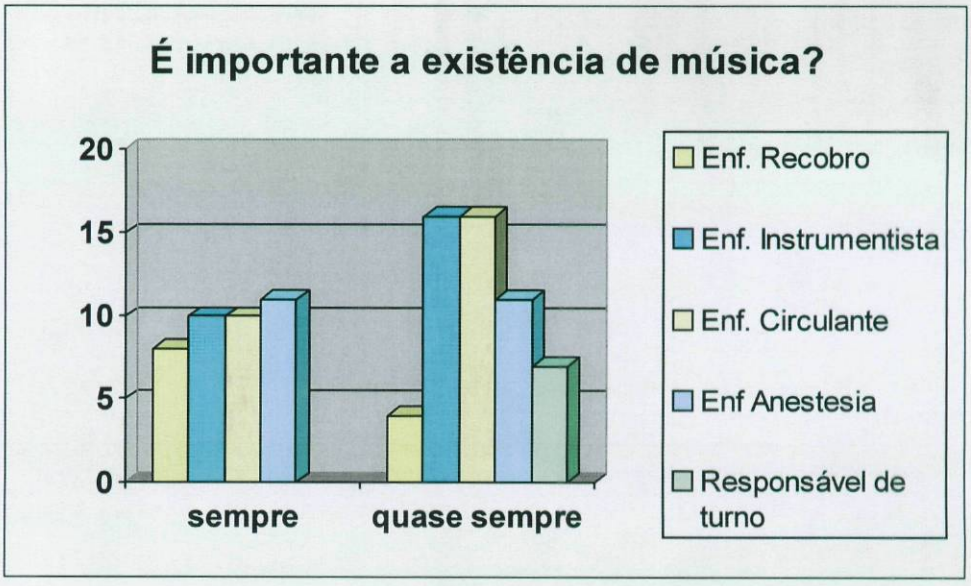


Gráfico nº 48 - Distribuição da amostra relacionando a função com a importância da música

Mas será que a função que o enfermeiro desempenha, influencia a necessidade de música?

Cruzamos os dados e, lendo o gráfico 49, verificamos que quem tem menos oportunidade de se ausentar da S.O. necessita mais da música ambiente, e isto pode ser um factor importante a considerar – durante esse tempo a música poderá desencadear efeitos relaxantes nessas mesmas pessoas.

Relacionamos também a carga horária com a importância de música e, pela leitura do gráfico obtido (Gráfico 49), podemos dizer igualmente que quanto maior a carga horária, mais importante se torna a existência de música, o que vai reforçar o que acabamos de dizer – a música pode ter um efeito muito positivo sobre o cansaço e o *stress*.

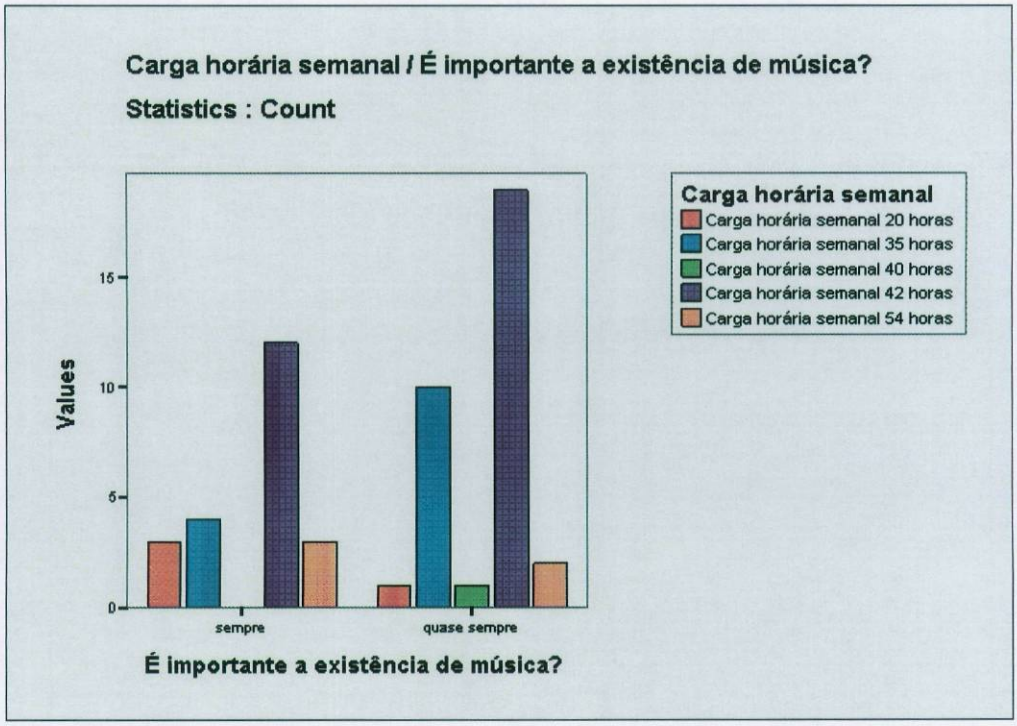


Gráfico nº 49- Distribuição da amostra relacionando a carga horária com a importância da música

Quando quisemos saber o motivo da escolha da importância da existência ou não de música na S.O. da questão lançada, obtivemos o gráfico seguinte, que após análise detalhada nos levou a duas conclusões.

A música é motivo de desconcentração (5%), apenas referido por quem a considera quase sempre importante (60%).

Quer seja sempre ou quase sempre importante, o motivo mais referido é o ser relaxante, seguido de satisfação pessoal e criar ambiente agradável.

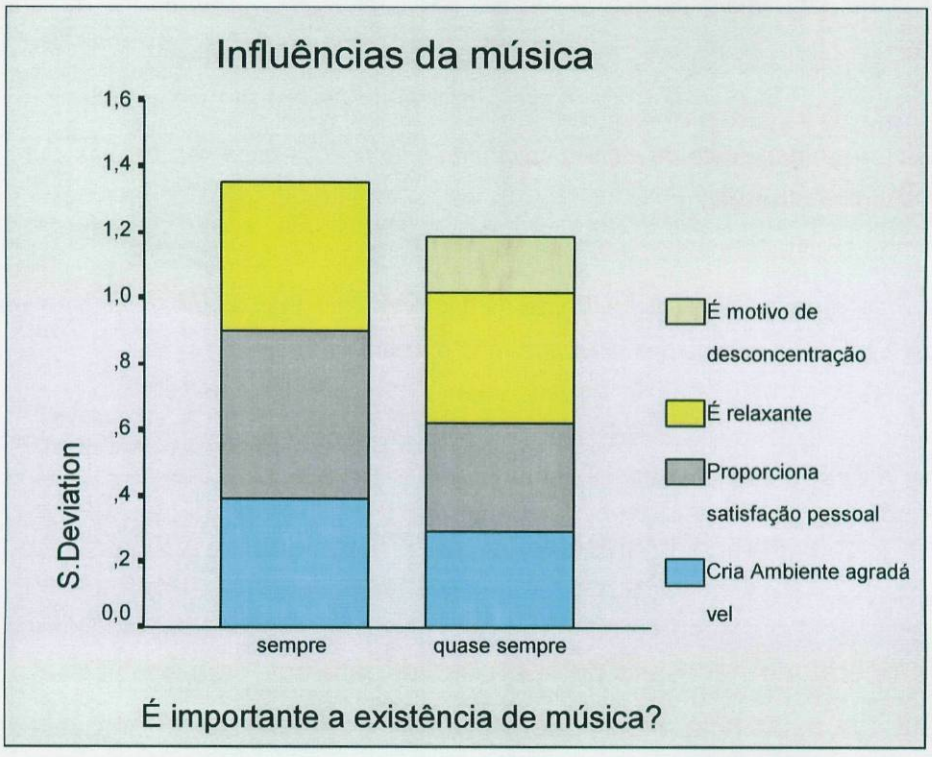


Gráfico nº 50 - Distribuição da amostra relacionando os motivos da importância da música

Em contacto com os enfermeiros e demais profissionais de saúde nacionais e internacionais, com quem contactamos, foi unânime em afirmarem que a música durante a cirurgia é um elemento importante.

"A música ajuda a estar com a atenção; diminui a tensão; estando a música a tocar, não há tanta vontade de falarmos e de nos distrairmos"

Se em relação à existência de música as opiniões não divergem o mesmo não se passa com o tipo de música.

Realmente consoante o tempo cirúrgico, assim vai variando o tipo. Conforme a função que o elemento da equipa desempenhava, assim também o género de música varia.

"Gosto do principio ao fim de musica calma – só música. A outra distrai-me e só gosto de ouvi-la quando estou a prepara as coisa para o dia seguinte ou na sala de repouso" **enfermeira instrumentista e circulante**

"Gosto de todo o tipo de música desde que não esteja muito alto, mas entendo que os outros colegas queiram uma mais calma, se calhar até é melhor" – **enfermeira de anestesia e anestesista**

"Quando inicio a cirurgia gosto de música calma, mas no final, já pode ser uma mais ritmada e até cantada". – **médico cirurgião**

"Quando é uma cirurgia, mais traumatizante do tipo amputação ou de uma criança oncológica ou mesmo uma urgência a música desconcentra-me!" **opinião de todos.**

- **A área de repouso**

Esta área é considerada imprescindível para a maioria da amostra. Apenas 4% dos enfermeiros a achou apenas útil.

Um bloco operatório necessita de ser rentável para que seja considerado eficaz e justifique a sua existência. Não podemos dar-nos ao luxo de termos salas paradas para os enfermeiros e outros profissionais poderem descansar. No entanto é licito que exista uma sala de repouso no serviço para que os diferentes elementos possam reconfortar "as forças despendidas" através de uma bebida, uma laracha, um descanso numa cadeira. Se houver uma boa gestão dos recursos humanos e materiais do serviço há sempre um tempo por pequeno que seja em que se possa fazer um pouco de relaxe, sem implicar com isso atraso no tempo cirúrgico.

O tempo "gasto" nesse local de repouso é salutar e potenciador de novas energias para as intervenções seguintes. É neste local que se sabe o tempo e a luminosidade que faz no exterior. O repouso não será totalmente do foro físico, mas também do foro psicológico – será uma pausa obrigatória, onde há uma libertação de tensões.

É considerada também área de repouso as zonas de vestiários e balneários bem como os WC.

No estudo efectuado a área destinada a este fim foi considerada suficiente e muito utilizada por todos.

O enfermeiro dos cuidados perioperatórios tem de ter um conhecimento profundo sobre infecção hospitalar, bem como das precauções universais. Uma das medidas de higiene pessoal deveria ser o banho diário no final do turno. Apenas 2% dos enfermeiros contactados por nós durante este trabalho o faziam habitualmente.

Os outros só numa situação de contaminação directa com os fluidos orgânicos do doente.

As questões que se nos colocam é se existe necessidade de testar os conhecimentos em relação a este assunto e como colmatar esta falta, se existe, e alterar comportamentos.

Pretendemos saber se os enfermeiros se interessam pela existência de uma sala de repouso e qual a importância que lhe atribuem, assim como saber qual a utilização que lhe dão (Gráfico 51).

A sala de repouso é, no B.O. do serviço em questão, um espaço que engloba a copa e uma sala de reuniões polivalente, e, também, um gabinete onde é permitido fumar, sendo o único espaço para o efeito (Gráfico 52).

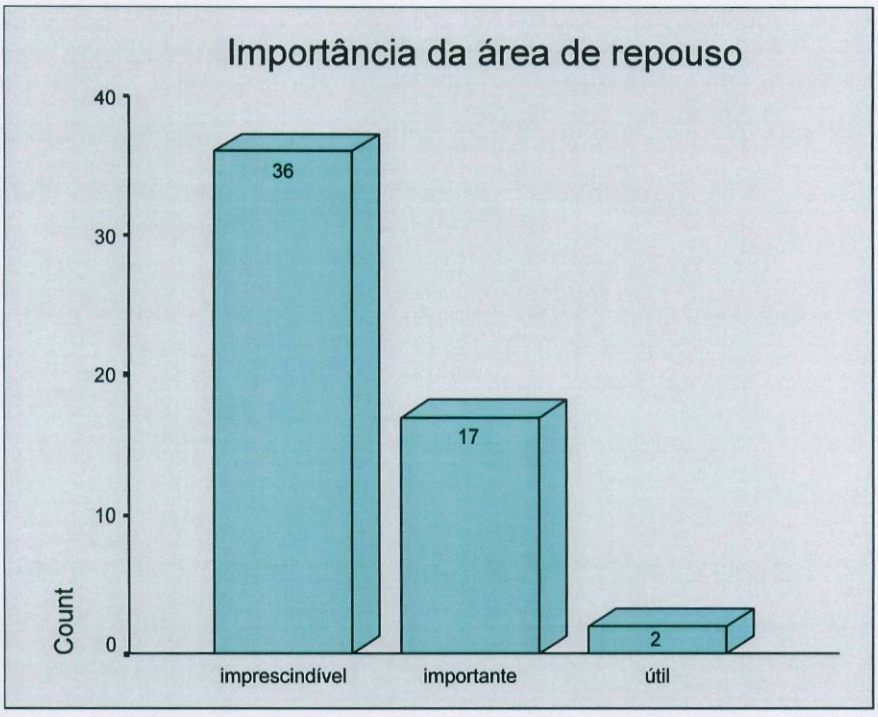


Gráfico nº 51 - Distribuição da amostra em relação à importância da existência da sala de repouso

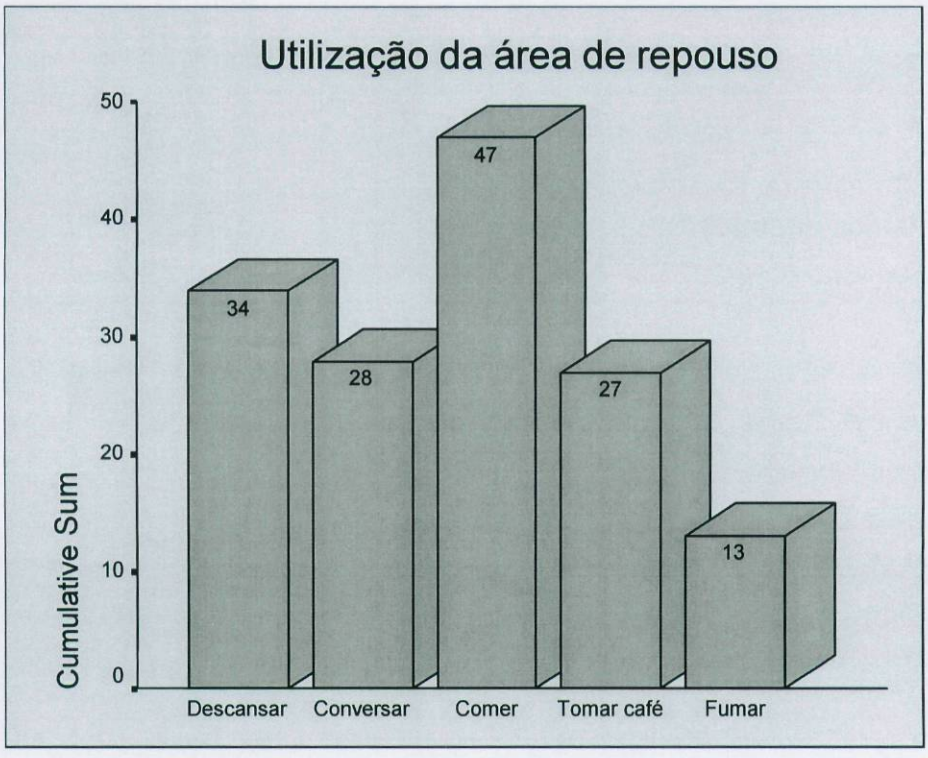


Gráfico nº 52 - Distribuição das actividades desenvolvidas na área de repouso

Pela leitura do gráfico 50 verificamos que ninguém considera desnecessária a existência deste espaço e 65% dos enfermeiros considera esse espaço imprescindível. Seguem-se 31% que consideram esse espaço importante e apenas 4% considera a área útil.

Não nos surpreende, pela leitura do gráfico 52, que a maior ocupação da área de repouso seja para efectuar as refeições uma vez que o B.O. funciona 24 horas e, mesmo durante o dia, não é viável que todos os enfermeiros se desloquem ao refeitório do hospital. Note-se que 67% dos enfermeiros têm carga horária superior a 35 horas semanais e, por isso, têm turnos de 12 horas.

Por outro lado, tivemos curiosidade em saber como é utilizada a área de repouso em função da importância que lhe é atribuída. Pela observação do gráfico seguinte verificamos que aqueles que consideram a área útil, não a utilizam para comer, nem fumar. Os que a consideram imprescindível ou importante, utilizam-na de forma semelhante.

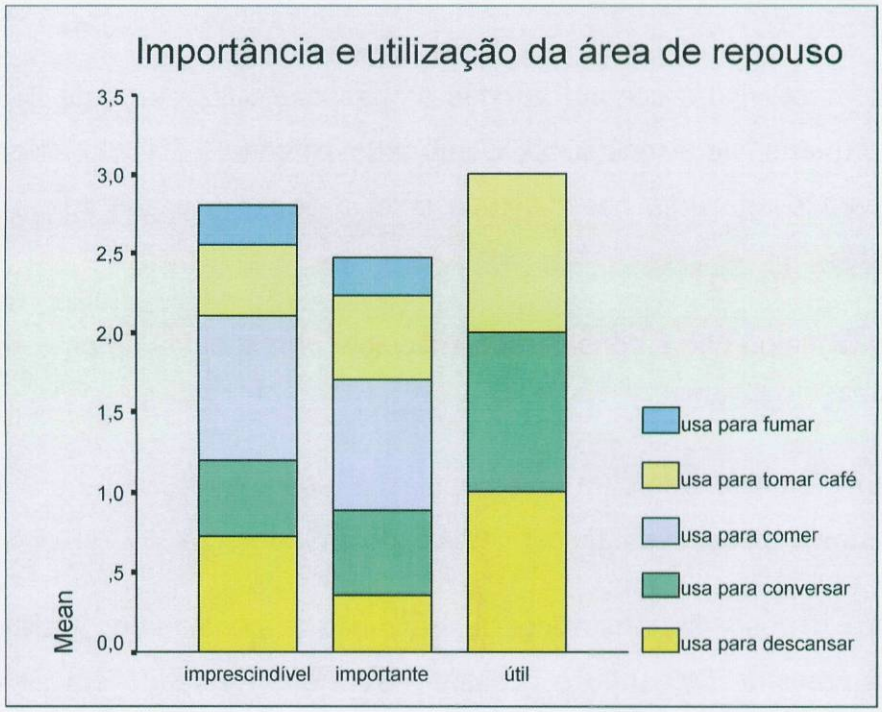


Gráfico nº 53 - Utilização da área de repouso relacionada com a importância dada pela amostra

Quanto à sua utilização relacionada com a função do enfermeiro, verificamos que o responsável de turno considera, de todo, imprescindível a área de repouso (Gráfico 54).

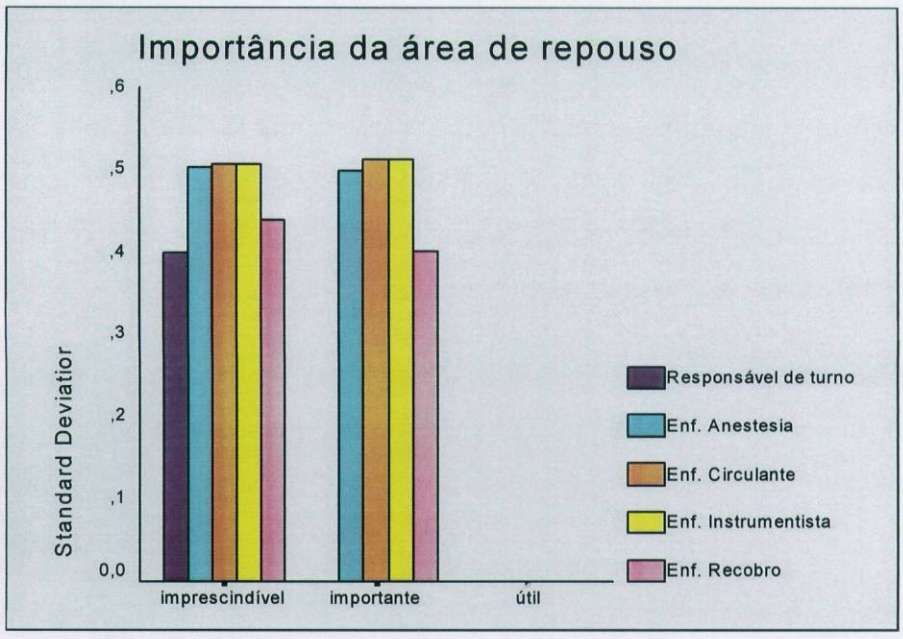


Gráfico nº 54 - Importância da área de repouso de acordo com a função do enfermeiro

O vestiário no serviço é comum a todas as pessoas utilizadoras do B.O. apenas separado em feminino e masculino. Como já foi referido, 87% são enfermeiras e, por isso, parece relevante neste estudo fazer a separação dos sexos na leitura das respostas.

O vestiário feminino não é considerado suficiente pela maioria da amostra, pois só 40% referiu ser suficiente

Será que foi dimensionado para uma população feminina, densa à hora de ponta e que, obviamente, possui vestuário diversificado em adereços?!..

No entanto, o vestiário masculino também não é considerado suficiente pela maioria da amostra; 60% não o considera suficiente, estando em sintonia para ambos os sexos.

Repare-se que o vestiário masculino não é exclusivo dos enfermeiros, mas de todos os elementos masculinos que vão ao B.O., como cirurgiões, anestesistas e outros, que ainda são maioritariamente do sexo masculino (Quadro 60).

O vestiário corresponde ás necessidades do serviço?

	sexo					
	feminino		masculino		Total	Total
suficiente	19	39,6%	3	42,9%	22	40,0%
deficiente	15	31,3%	2	28,6%	17	30,9%
insuficiente	14	29,2%	2	28,6%	16	29,1%
Total	48	100%	7	100%	55	100%

Quadro nº 60 - Apreciação da dimensão dos vestiários por parte da amostra

Outro assunto de balneário, são os WC e os duches, imprescindíveis.

Uma vez que no B.O. o risco biológico é uma realidade, a qualquer momento pode ser necessário tomar banho.

Os dados obtidos e que apresentamos no quadro 60 e que nos leva a concluir que este assunto de balneário não é o mais importante.

Desta análise podemos concluir que os enfermeiros consideram a falta de espaço no vestiário como uma realidade, e consideram suficiente a quantidade de WC e duches, sendo de salientar que mesmo assim, 27%, ou seja, 15 enfermeiros, acham que não.

A quantidade de WC e duches é suficiente?

	sexo					
	feminino		masculino		Total	Total
não	15	31,3%			15	27,3%
sim	33	68,8%	7	100%	40	72,3%
	48	100,0%	7	100,0%	55	100,0%

Quadro nº 61 - Distribuição da amostra relativa à quantidade de WC e duches

Conclusões

Através de uma análise global dos dados e informações colhidos e relacioná-los com as hipóteses do nosso estudo.

Quando formulamos a hipótese de **o ruído contínuo, persistente dos aparelhos intervir no desempenho profissional**, pensávamos que realmente os enfermeiros do perioperatório são sensíveis aos ruídos existentes no seu local de trabalho e, pela análise do gráfico 40 verificamos que tal acontece.

A maioria dos produtores de ruídos são imprescindíveis ao trabalho em B.O. .Se não os podemos dispensar, temos de pensar em os regular para que o nível de decibéis seja compatível com os limites aconselhados. São equipamentos mal calibrados, mal utilizados ou obsoletos, campainhas que tocam sem identificar a necessidade, "adaptações inadaptadas" a uma sala de operações tão ao gosto do "desenrasca" nacional, a demora na reparação de avarias, ou simplesmente a falta de óleo num rodado.

Por outro lado, há produtores de ruído que se podem educar: a altura de voz, o número de elementos e a sua movimentação na S.O., a manipulação de materiais e equipamentos, o gosto em cuidar e manter funcionante. É que, a sensibilidade individual ao ruído, a sensação de controle sobre o som e a relação ruído/situação são factores determinantes na produção "social" do ruído, para além, obviamente, de factores sócio - culturais.

Estas preocupações com o ruído também foram expressas pelos enfermeiros da amostra, como podemos verificar pelos quadros 57 e 58.

Sabemos que o stress, a desconcentração e a irritabilidade têm um efeito negativo sobre a capacidade de trabalho, implicando maior esforço para o desempenho de uma mesma tarefa. Se o ruído é definido pela *American Standard Association*, como todo o som não desejado que subjectivamente incomoda, perturba o desempenho, é fisiológica e psicologicamente stressante, então o risco de cometer erros pode estar aumentado e intervir no desempenho profissional do enfermeiro (Gráfico 40).

Se o ruído foi reconhecido como sendo prejudicial ao homem já há pelo menos 2500 anos e se na Grécia, no ano de 600 A.C., se eliminou o trabalho que envolvesse martelar em metal, dentro dos limites da cidade, então porque não cumprirmos, também a legislação de controle do ruído como factor de risco de surdez profissional ou de desequilíbrio psíquico dos trabalhadores e inibidor das actividades que necessitem de concentração? O ruído emitido para o exterior dos estabelecimentos é, frequentemente, vigiado por afectar a sociedade de uma forma directa e evidente, mas o que se faz quando o ruído afecta o homem também nos planos físico e psicológico, podendo provocar fadiga, irritação, dificuldade de concentração, diminuição do rendimento no trabalho, surdez, entre outras coisas, com consequente repercussão social?

Se queremos eliminar alguns dos factores que intervêm, de forma negativa, no desempenho profissional, pensamos que parte do ruído pode ser diminuído com uma atitude atenta à sua produção - saber estar em Bloco Operatório. Mas se outros ruídos prejudiciais não podem de todo ser eliminados, então há que tomar medidas eficazes na protecção dos enfermeiros a eles expostos (medidas de protecção físicas), proporcionando períodos de repouso frequentes ou mesmo reestruturar o horário de trabalho. A Medicina de Saúde Ocupacional tem, aqui, uma tarefa importante na prevenção de doenças profissionais, quer na implementação, quer no controle de normas que melhorem as condições de

trabalho. Pensamos ser uma boa proposta para um próximo estudo de investigação.

Ao formularmos a hipótese de **a iluminação artificial intervir no desempenho profissional**, pensamos, essencialmente, nos turnos de doze horas, em que o contacto com a luz natural não é possível e nos leva avidamente a procurar saber o estado do tempo, em que entramos e saímos de noite...

São cada vez mais raras as construções de blocos operatórios que contemplam janelas rasgadas sobre o exterior. Já tivemos oportunidade de trabalhar em S.O. com essas características e o efeito relaxante que nos proporciona, a sensação de liberdade e a diminuição do isolamento, são características difíceis de superar por qualquer efeito especial de imagem e luz artificial. O ambiente agradável e descontraído que a luz natural pode proporcionar, potenciam a satisfação pessoal, que, como tantas vezes referimos ao longo deste trabalho, intervém de modo positivo no desempenho profissional.

A amostra em estudo, reconhece a importância da existência de janelas (Gráfico 42), justifica a sua opção de forma muito semelhante à nossa percepção pessoal e alguns têm, também, a grata experiência de usufruírem de um ambiente de trabalho com iluminação natural (Gráfico 41).

Cabe, aqui, referir que apenas um enfermeiro considerou dispensável, num turno de 6h 30m, a existência de janela com luz natural!

As variações de **temperatura intervêm no desempenho profissional**, foi a hipótese formulada a partir da noção que temos de que a sensação de calor ou frio pode ter influência no nosso bem-estar físico e satisfação pessoal, com provável interferência no desempenho profissional.

Sabemos que a sensação de frio ou calor não é apenas determinada pela temperatura. O grau de humidade está intimamente ligado à temperatura. Tivemos oportunidade de verificar os valores de temperatura e humidade nas salas de operações do serviço em estudo, que possuem termómetros e barómetros para o efeito, individuais, e verificamos que os valores foram os que são estipulados pela literatura consultada. Existiram variações pontuais, que foram corrigidas pelos serviços de instalação e equipamento.

No entanto, as queixas de intolerância às variações de temperatura são frequentes (no gráfico 43 verificamos que 71% da amostra se sente mal com as variações de temperatura no B.O.): na mesma sala, o instrumentista tem calor e o circulante e enfermeiro de anestesia têm frio; ou todos têm calor, ou frio; ou o doente tem frio (termómetro de medição de temperatura interna).

Existem, portanto, outros factores desencadeantes da intolerância às variações de temperatura que podemos agrupar em factores intrínsecos e extrínsecos. Neste último grupo podemos referir a posição ocupada na S.O. (estar sob as luzes, equipa em espaço restrito, muito próxima, o número elevado de aparelhos produtores de calor, como por exemplo: aparelhos com sistema de iluminação, aparelhos para aquecimento do doente, o número de pessoas na sala e a actividade que aí decorre. São Como exemplo de factor intrínseco consideramos a tolerância individual, que faz com que seja variável de pessoa para pessoa e de situação para situação a sensação desagradável provocada pelo calor ou frio. No quadro 58 verificamos que a idade pode ser um factor de intolerância às variações de temperatura já que no grupo etário dos 41 aos 50 anos, 100% reconhece que se sente mal com as variações de temperatura.

A medida mais vezes apontada para superar o incómodo originado pelas variações de temperatura no B.O. foi a diminuição da amplitude de valores de temperatura em todo o bloco.

Sabemos que a área de recobro é necessariamente mais aquecida que as outras áreas. Será que não o é em demasia? Não se poderá proporcionar aquecimento

ao doente de forma mais direccionada e individualizada? Não estarão os doentes sobre aquecidos nesta área? Parece-nos uma boa proposta para futura investigação.

Cabe, aqui, referir os resultados obtidos acerca da qualidade e quantidade de duches existentes, que foram considerados suficientes por 72% da amostra.

Serão utilizados como medida de diminuir o calor, de refrescar?

Será que existe o hábito de prevenção e higiene após um dia de trabalho, através do duche no final do turno, ou apenas quando, objectivamente, nos contaminamos?

Ainda seriam em número suficiente se fosse considerada necessária a sua utilização?

O número elevado de aparelhos em ambiente restrito, pode intervir no desempenho profissional, foi outra hipótese formulada para o desenvolvimento deste estudo. É mais evidente a sua interferência, quando se fala de ergonomia, pois faz referência ao ambiente físico e parece mais fácil arranjar soluções para o que se vê e é transportável.

As respostas obtidas através do inquérito permitem-nos dizer que 91% dos enfermeiros consideram suficiente o espaço de trabalho na SO (Gráfico 45). Tivemos oportunidade de referir algumas das características do BO em que realizamos o estudo, e, bom fora que a maioria dos BO portugueses pudessem ser construídos com a mesma área. No entanto, toda a medalha tem o seu revés, e a dimensão traz consigo problemas relacionados com a quantidade dos stocks e sua reposição, com a sua arrumação e dispersão, com o tempo percorrido nos corredores, referido pelos enfermeiros da amostra (Gráfico 46), o que exige soluções na definição de métodos de trabalho. Deixamos, novamente, uma proposta de estudo de métodos de trabalho para enfermeiros do perioperatório em

blocos de grande superfície. Será necessário dividi-lo em outros departamentos? A especialização em especialidades será benéfica para o enfermeiro? A equipa de enfermagem ainda se conhecerá e se identificará como equipa de um mesmo bloco? Que soluções?

A música ambiente intervém no desempenho profissional foi outra das hipóteses levantadas neste trabalho de investigação.

Os serviços de internamento e quase todos os outros serviços de apoio do hospital onde se efectuou este estudo, usufruem de canais de difusão de música ambiente. O mesmo não acontece com o B.O. Existem aparelhos de rádio, portáteis, em número insuficiente para o número de salas, que são disputados no início do turno. Então, é lícito concluir que a música é importante no ambiente de trabalho, tal como 60% da amostra também o referiu, como apresentamos no gráfico 48.

Estudos referidos provaram que a música tem efeitos benéficos sobre os trabalhadores e ambiente de trabalho. Poderá ter efeito relaxante, diminuindo os conflitos, efeito revigorante, dando uma melhor disposição para completar tarefas, diminuindo a fadiga e aumentando a produtividade. Por todas estas características, turnos de trabalho longos, com exigência de permanente atenção, em ambiente fechado, requerem todas as alternativas possíveis a diminuir o estado de tensão gerado. Se a música pode ajudar a ultrapassar estas situações, então porque não existe?

A amostra partilha desta mesma sensação induzida pela música ambiente.

No entanto, reconhece-se que em alguns momentos, a existência de música poderá ser menos oportuna. Será o tipo de música, o volume ou ainda a qualidade do som, com antenas pouco eficazes? Será, novamente, um bom tema para investigar, que tipo de música e quando...É que, na amostra em estudo, também

foi referido que a música pode ser motivo de desconcentração, embora apenas por um só enfermeiro.

A área de repouso intervém no desempenho profissional foi a hipótese investigada a partir de questões que tentaram conhecer os hábitos da equipa, desde os períodos de alimentação e café, descanso, convívio até ao tolerante vício do fumo.

É uma área considerada imprescindível para a maioria da amostra e apenas considerada útil para 4% dos enfermeiros.

É impensável um bloco sem uma área de repouso. Todos os enfermeiros, independentemente da função que desempenham no perioperatório, utilizam esta área.

Um bloco com grande movimento operatório, grande rotatividade de doentes, exige tempos recorde entre duas cirurgias. Pouco sobra para um café apressado para recuperar forças, mas esta área não deixa de ser conhecida no bloco como a "reanimação". É aqui, que olhamos através das janelas e sabemos se chove ou faz sol, se já é noite ou ainda é dia. Por tudo isto, o repouso não é apenas físico, mas é a pausa obrigatória, onde se libertam tensões, através da gargalhada que uma anedota provoca!...

Os vestiários não são área de repouso neste serviço, quer pela sua dimensão e características quer pela sua localização, mas queremos aqui referir a opinião dos enfermeiros expressa no quadro 60. Apenas 40% dos enfermeiros considera suficiente os vestiários existentes. Será apenas a sua dimensão inadequada ao número de utilizadores, ou será a falta de oportunidade de cada um ter o seu "canto" próprio, personalizado? Muitas vezes nem é possível usufruir de um armário ou cabide para a roupa!

Mas se o vestiário for encarado como apenas o breve instante de passagem para um ambiente melhor, então é possível superar as suas deficiências.

São tantas as ilações retiradas do tratamento dos dados colhidos, tantas as oportunidades de melhorar o que existe, enfim, tanto trabalho a efectuar em conformidade com a ergonomia, que apenas podemos levantar outras questões que, pensamos, poderão ajudar em trabalhos futuros.

Como já referimos anteriormente, o enfermeiro perioperatório, está exposto a um grande número de riscos. Alguns poderão ser minimizados e até deixarem de ser risco, tendo em conta os resultados obtidos no estudo anterior.

È do conhecimento geral, pelo menos no meio dos profissionais de saúde, afirmar-se que o *stress* é uma constante presença nas suas vidas. E porque existem dois tipos de *stress*, com efeitos opostos, o querermos conhecer os factores de stress e a sua influência nos enfermeiros perioperatórios.

Quais são os factores de *stress*, que interagem com o enfermeiro perioperatório?

Que medidas poderão ser tomadas para aliviar a pressão negativa que o *stress* pode ter no dia a dia do enfermeiro perioperatório?

Como reagem os enfermeiros e a equipa multiprofissional com estes factores de *stress*?

Como poderão influenciar o trabalho em equipa e os cuidados de enfermagem ao utente e família?

1.12 - Factores de *Stress* nos Enfermeiros do Bloco Operatório

Objectivos:

- Verificar a existência de *stress* no Bloco Operatório;

- Sensibilizar os gestores de pessoal e profissionais de saúde para o *stress* no trabalho e necessidade da sua prevenção;

Desenho:

FACTORES DE *STRESS* NOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO
Estudo quantitativo onde foi usado o perfil de saúde de Duke, medido em scores para avaliação do stress deste grupo de profissionais
Meio: Hospitalar - Serviço de Bloco Operatório de uma instituição hospitalar pública
População: enfermeiros desse serviço (125)
Amostra: 106 enfermeiros, que responderam ao inquérito distribuído
Tipo de Estudo: descritivo correlacional, exploratório, transversal e quantitativo
Instrumento de Colheita de Dados: Inquérito por questionário, que inclui o Perfil de Saúde de Duke, medido em scores.
Tratamento de dados: Análise de conteúdo. Frequências e scores. Toda a análise deste trabalho foi realizada utilizando o *software* para estatística o Programa EpiInfo2000®

Figura nº 42 - Desenho do Estudo: Factores de Stress dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Resultados:

Hans Selye (1976), também chamado "pai do *Stress*", referiu que o *stress* é essencialmente *"...a velocidade de desgaste do organismo"*, e definiu-o posteriormente como *"O estado manifestado por um síndrome especifico que consiste de todas as alterações, inespecificamente induzidas num sistema biológico"* (Serra, 2002)

O *stress* é a doença generalizada do início deste novo milénio, não escolhendo classes sociais e afecta um em cada quatro indivíduos.

O *stress* repercute-se favoravelmente na personalidade do indivíduo, no entanto pode afectá-lo negativamente quando surge um desequilíbrio. Este acarreta a exaustão emocional, donde advêm os problemas físicos e as perturbações psíquicas, tornando-se evidentes sentimentos de inadequação pessoal, profissional e incapacidade de dar resposta às funções que exerce.

A capacidade de lidar e gerir o *stress* varia de acordo com as características individuais de cada pessoa, estando directamente relacionado com factores ambientais, físicos e psíquicos que a pessoa enfrenta no momento.

A enfermagem é por natureza uma profissão com elevado nível de *stress*, devido à sua especificidade, indefinição de tarefas e das pessoas que cuidamos, á falta de reconhecimento e de autonomia profissional, à constante pressão a que está sujeita e ao horário por turno. Este serão os factores que podem ser geradores de *stress*, no entanto sabemos que existem inúmeros outros factores, que estão ligados aos mencionados e que diariamente afectam a vida do profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro.

O *stress* pode provocar reacções positivas ou negativas. Assim as situações de stress podem manter um estado de alerta, de tal forma que aumenta a capacidade de rendimento, mas em contrapartida as constantes confrontações com a fonte de stress podem diminuir certas capacidades, conduzindo a alterações a vários níveis (Cabral, 1997):

A nível comportamental:

Diminuição da produtividade, aumento do absentismo, acidentes de trabalho, erros de desempenho, invalidez, morte prematura e problemas socio-familiares.

A nível psicológico:

Incapacidade de memorização e concentração, comportamentos hostis e defensivos, alterações do sono/depressões, labilidade emocional e alterações da personalidade.

Existem situações no meio profissional, nomeadamente no Bloco Operatório que provocam um elevado nível de stress nos enfermeiros. Uma das principais está ligada às características físicas que o próprio serviço apresenta: fechado, com poucas janelas para o exterior e quantidade de equipamento usado, entre outros.

O facto de se ter realizado este estudo, teve por base a consciencialização de que esta área de cuidados envolve riscos acrescidos para todos os que aí trabalham. Na preparação e formação de um enfermeiro perioperatório, deverá ser feita a prevenção para este tipo de riscos ligados ao *stress* bem como levar á tomada de medidas concretas que possam intervir de modo a diminui-los e mesmo levar à sua extinção.

Para a realização deste estudo foi tomado como indicador para a sua mensuração, a opinião dos enfermeiros, obtida pelo preenchimento de um inquérito por questionário, que inclui o Perfil de saúde de Duke, medido em scores. Usou-se apenas o Score de ansiedade e stress, visto ser o que mais interesse tinha para o estudo.

O Perfil de Saúde de Duke é composto por 17 perguntas gerais sobre o perfile de saúde, as quais permitirão avaliar **6 Medidas de Saúde e 4 Medidas de Disfunção no Estado de Saúde:**

Medidas de Saúde:

Score Saúde Física
Score Saúde Mental
Score Saúde Social
Score Saúde Geral
Score Saúde Percebida
Score Auto-estima

Medidas de Disfunção no Estado de Saúde:

Score Ansiedade ou Stress

Score Depressão

Score Dor

Score Incapacidade

O score total de cada uma das medidas referidas anteriormente é calculado somando os scores parciais (assumindo estes o valor de 0, 1 ou 2) das perguntas relacionadas com o score em questão, e dividindo o valor obtido pela soma dos scores máximo (score máximo = 2) das perguntas correspondentes, e por fim multiplica-lo por 100. Os scores totais obtidos podem compreender valores entre 0 e 100. É ainda de referenciar, que no caso das Medidas de Disfunção no Estado de Saúde os valores dos scores parciais devem ser invertidos, isto é, quando o valor do score é 0 este passa a ser 2, quando é 1 mantêm-se 1 e quando é 2 deve contabilizar-se como 0.

Valores elevados de scores para as **Medidas de Saúde indicam existência de bom estado de saúde, e valores elevados nas Medidas de Disfunção no Estado de Saúde revelam baixa incidência de disfunções no estado de saúde.**

Para a realização deste estudo, **apenas** utilizamos o Score de Ansiedade e *Stress*, visto ser este score o que mais interesse tinha para o nosso estudo. Este calcula-se somando os scores parciais invertidos das perguntas 2, 5, 7, 10, 12 e 14, dividindo a sua soma por 12 (score máximo (2) x nº de perguntas (6)) e multiplicando por 100 (únicas que estão nos quadros seguintes).

DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADORES	SCORE PARCIAL
Perfil de Saúde de Duke	Eu gosto de ser quem sou	Sim, sou exactamente assim De certa maneira sou assim Não, não sou nada assim	2 1 0
	Não é fácil conviver comigo	Sim, sou exactamente assim De certa maneira sou assim Não, não sou nada assim	0 1 2
	Basicamente sou uma pessoa saudável	Sim, sou exactamente assim De certa maneira sou assim Não, não sou nada assim	2 1 0
	Desisto facilmente	Sim, sou exactamente assim De certa maneira sou assim Não, não sou nada assim	0 1 2
	Tenho dificuldades de concentração	Sim, sou exactamente assim De certa maneira sou assim Não, não sou nada assim	0 1 2
	Estou feliz com as minhas relações familiares	Sim, sou exactamente assim De certa maneira sou assim Não, não sou nada assim	2 1 0
	Sinto-me à vontade no meio das outras pessoas	Sim, sou exactamente assim De certa maneira sou assim Não, não sou nada assim	2 1 0

(Continua)

Quadro n.º 62 – Operacionalização da variável dependente (Perfil de Saúde de Duke)

(Continuação)

DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADORES	SCORE PARCIAL
	Hoje teria algum problema físico ou dificuldade:		
	Subindo escadas a correr	Nenhum(a) Algum(a) Muito grande	2 1 0
	Correndo uma distancia igual à de um campo de futebol	Nenhum(a) Algum(a) Muito grande	2 1 0
	Na ultima semana:		
	Senti dificuldade em dormir	Nenhum(a) Algum(a) Muito grande	2 1 0
	Senti dores em alguma parte do corpo	Nenhum(a) Algum(a) Muito grande	2 1 0
	Senti-me facilmente cansado(a)	Nenhum(a) Algum(a) Muito grande	2 1 0
	Senti-me deprimido(a) ou triste	Nenhum(a) Algum(a) Muito grande	2 1 0
	Senti nervosismo	Nenhum(a) Algum(a) Muito grande	2 1 0
	Na ultima semana quantas vezes:		
	Conviveu com outras pessoas (falou ou visitou amigos ou familiares)?	Nenhum(a) Algum(a) Muitas vezes	0 1 2
	Participou em actividades sociais, religiosas ou recreativas (encontros, igreja, cinema, desporto ou festas)?	Nenhum(a) Algum(a) Muitas vezes	0 1 2
	Durante a ultima semana:		
	Quantas vezes ficou em casa, numa casa de saúde ou hospital por doença, acidente ou outro problema de saúde?	Nenhuma 1 a 4 dias 5 a 7 dias	2 1 0

Quadro n.º 62 – Operacionalização da variável dependente (Perfil de Saúde de Duke)

SCORE	NÍVEL
≤ 25	Nível de *stress* grave
26-50	Nível de *stress* moderado a grave
51-75	Nível de *stress* moderado a ligeiro
> 75	Nível de *stress* ligeiro

Quadro n.º 63 – Relação dos scores com o nível de *stress*

Operacionalizámos as variáveis como se pode verificar no quadro seguinte.

DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADORES
Condições Pessoais	Idade	20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 ≥ 60
	Sexo	Masculino Feminino
	Estado civil	Casado Solteiro Viúvo Divorciado
Condições de Trabalho	Habilitações profissionais	Bacharelato Licenciatura Especialista Outros
	Tempo de serviço em anos	Intervalos etários: 0-1 2-4 5-9 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 ≥ 35
	Vínculo profissional	Trabalhador independente Contrato a termo certo Contrato administrativo de provimento Quadro da função publica
	Tempo de experiência no Bloco em anos	Intervalos etários: 0-1 2-4 5-9 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 ≥ 35
	Tipo de horário	Fixo Roulement
	Horário acrescido	Sim Não
	Funções que exerce no Bloco	Instrumentista+circulante+anestesia Instrumentista+circulante Anestesia+circulante Anestesia Gestão Outras
	Nos últimos 3 meses onde desempenhou funções mais vezes?	Cirurgia de rotina Cirurgia de urgência Área de gestão
	Na ultima semana onde desempenhou funções mais vezes?	Cirurgia de rotina Cirurgia de urgência Área de gestão

Quadro nº 64 - Operacionalização das variáveis do estudo

Hipótese 1- existe uma relação entre o nível de stress e a idade

Concluiu-se que existe stress em todas as idades. No entanto, verifica-se que no grupo etário dos 30 aos 34 anos existe uma maior percentagem (76,o%) de elementos com um score <= 25, o que significa que possuem um elevado nível de stress. O elevado nível de stress pode dever-se ao facto da população ser maioritariamente feminina (94,3%). Daqui podemos não levantar uma hipótese ligada com o sexo pela razão anteriormente apontada.

Os factores que poderão contribuir para o aumento de stress nos enfermeiros desta facha etária são: idade fértil; constituição de família, formação profissional (Curso de Complemento De Formação em Enfermagem), escolha de uma formação mais especializada, insatisfação no trabalho, integração no serviço.

O score<= 25 tende a diminuir com o aumento da idade, o que nos pode levar a pensar que os anos de experiência e de aquisição de saberes dentro da área de cuidados ajuda a combater o stress (Quadro 65 e Gráfico 55).

IDADE	SCORE DE ANSIEDADE E *STRESS*								TOTAL	
	≤ 25		26-50		51-75		> 75			
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
20-24	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0
24-29	15	55,6	9	33,3	3	11,1	0	0,0	27	100,0
30-34	19	76,0	6	24,0	0	0,0	0	0,0	25	100,0
35-39	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	11	100,0
40-44	4	50,0	3	37,5	1	12,5	0	0,0	8	100,0
45-49	6	50,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	12	100,0
50-54	4	33,4	6	50,0	1	8,3	1	8,3	12	100,0
55-59	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	3	100,0
≥ 60	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
TOTAL DA SOMA DAS FREQUENCIAS E PERCENTAGENS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO GERAL (n=102)	57	55,9	39	38,2	5	4,9	1	1,0	102	100,0

Quadro n.º 65 - Frequência e percentagem dos enfermeiros por score de ansiedade e *stress* e por idade.

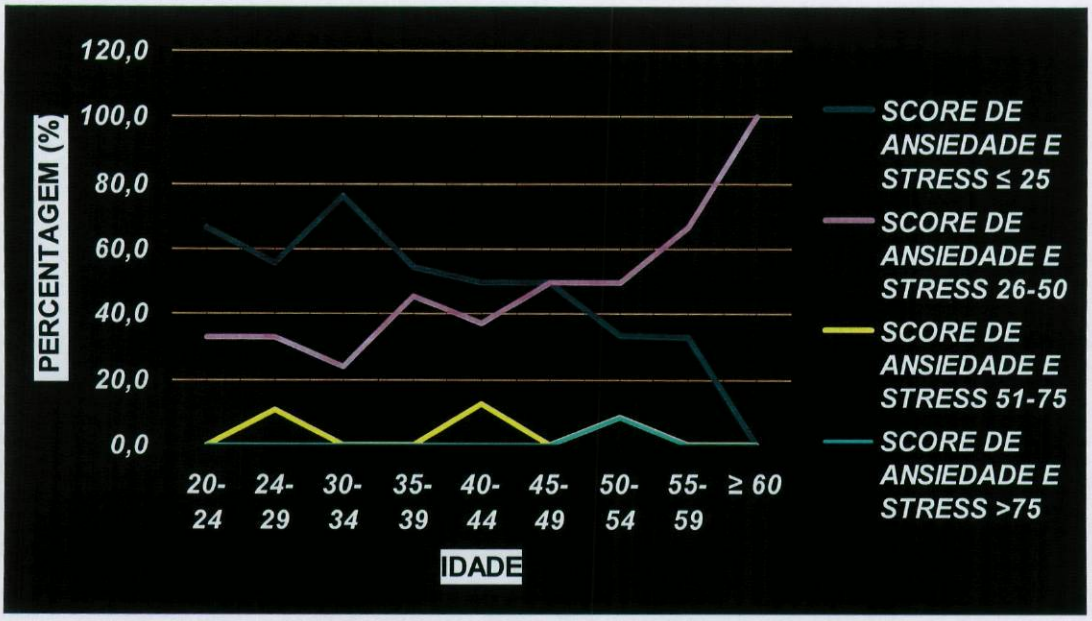


Gráfico n.º 55 - Representação gráfica das distribuição dos enfermeiros por grupos etários e por score de ansiedade e *stress*.

Hipótese 2- existe uma relação entre o nível de stress e o tempo de serviço

Segundo Patrícia Benner (2001: 42-63), existem cinco estados diferentes de Aquisição de Competências, pelas quais o enfermeiro passa ao longo do tempo num determinado serviço.

Iniciado – corresponde ao período em que o enfermeiro não tem qualquer experiência e exerce as funções que lhe são estipuladas. Corresponde ao 1º ano de serviço.

Iniciado Avançado – Adquire alguma experiência para dar resposta a situações reais. Entre o 1º e o 2º ano de experiência.

Competente – Quando adquire experiência profissional, sabendo definir prioridades. De 2 a 3 anos de serviço.

Proficiente – o Enfermeiro tem experiência suficiente, baseada na prática adquirida recentemente, para antever os acontecimentos em determinadas situações. No entanto, nem sempre o que é previsto se concretiza.

Perito – Nesta fase o enfermeiro apresenta um conhecimento aprofundado das situações. Age por intuição. É tido como referência, sendo a sua opinião sempre valorizada. Existe nesta fase reconhecimento da sua competência.

O nível de stress mais elevado, que encontramos neste estudo, foi no primeiro ano de serviço apresentado por 87,5% dos enfermeiros com experiência inferior 1 ano um score <= 25. Corresponde ao ano de integração no serviço, que como já referimos anteriormente o enfermeiro não tem qualquer tipo de formação nesta área de cuidados.

A partir dos 25 anos de serviço, os níveis de stress sofrem um ligeiro aumento, provavelmente, devido a alterações fisiológicas, uma vez que esta fase corresponde ao final de carreira (Quadro 66 e Gráfico 56).

TEMPO DE SERVIÇO	SCORE DE ANSIEDADE E STRESS				TOTAL
	≤ 25	26-50	51-75	> 75	
	Frequência	Frequência	Frequência	Frequência	Frequência
2-4	13	7	2	0	22
5-9	15	8	1	0	24
10-14	14	4	0	0	18
15-19	1	3	0	0	4
20-24	4	2	1	0	7
25-29	7	9	0	0	16
30-34	3	5	1	1	10
TOTAL DA SOMA DAS FREQUENCIAS E PERCENTAGENS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO GERAL (n=101)	57	38	5	1	101

Quadro n.º 66 - Frequência e percentagem dos enfermeiros por tempo de serviço e score de ansiedade e stress.

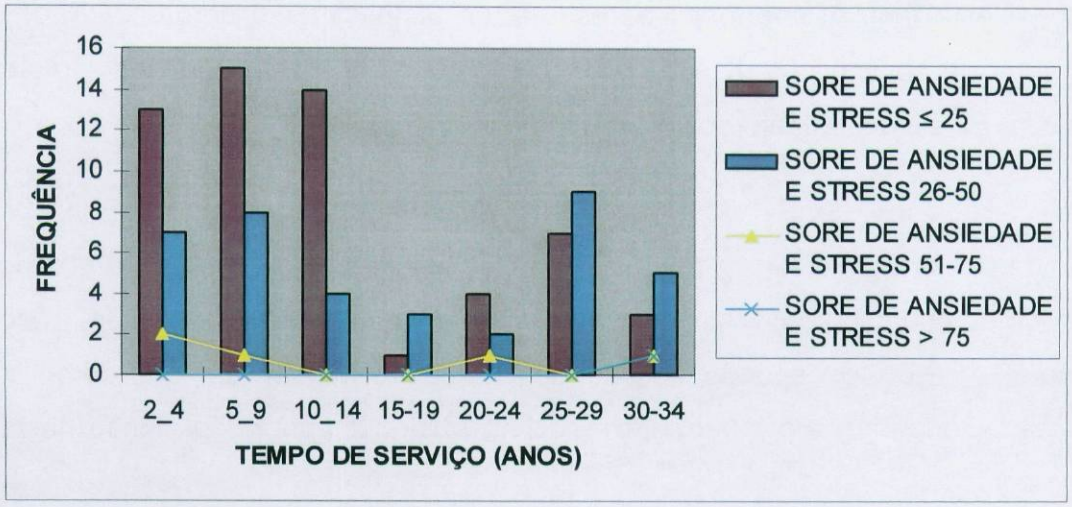


Gráfico n.º 56 - Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros de acordo com o seu tempo de serviço e score de ansiedade e stress.

Hipótese 3- existe uma relação entre o nível de stress e as funções que exerce no serviço

Podemos constatar que existe um elevado nível de *stress* nos enfermeiros independentemente da função que desempenham, no entanto verificou-se que um score de <=25 para o grupo de enfermeiros que exercem as funções acumuladas de instrumentista, circulante e de anestesia. O facto de as enfermeiras em causa terem necessidade de um maior investimento profissional a nível de um campo mais vasto de conhecimentos (Quadro 67 e Gráfico 57).

A polivalência de funções, importante na gestão de recursos humanos e que tem repercussões no trabalho em equipe, aumenta o nível de stress, por muitas vezes o enfermeiro ter de colmatar falha de outros elementos e não poder planear atempadamente os seus cuidados.

FUNÇÕES QUE EXERCE NO BLOCO	SCORE DE ANSIEDADE E STRESS								TOTAL	
	≤ 25		26-50		51-75		> 75			
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
ANESTESIA	21	67,7	9	29,1	1	3,2	0	0,0	31	100,0
ANESTESIA+GESTÃO	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
ANESTESIA+CIRCULANTE+ GESTÃO	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
CIRCULANTE	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2	100,0
ANESTESIA+CIRCULANTE	9	60,0	5	33,3	1	6,7	0	0,0	15	100,0
GESTÃO	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
INSTRUMENTISTA+CIRCULANTE+ ANESTESIA+GESTÃO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
INSTRUMENTISTA+CIRCULANTE +GESTÃO	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
INSTRUMENTISTA+ CIRCULANTE+ANESTESIA	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	7	100,0
INSTRUMENTISTA+CIRCULANTE	17	43,6	20	51,3	2	5,1	0	0,0	39	100,0
TOTAL DA SOMA DAS FREQUENCIAS E PERCENTAGENS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO GERAL (n=100)	57	57,0	38	38,0	5	5,0	0	0,0	100	100,0

Quadro n.º 67 - Frequência e percentagem dos enfermeiros por tipo de funções que desempenham e por score de ansiedade e stress.

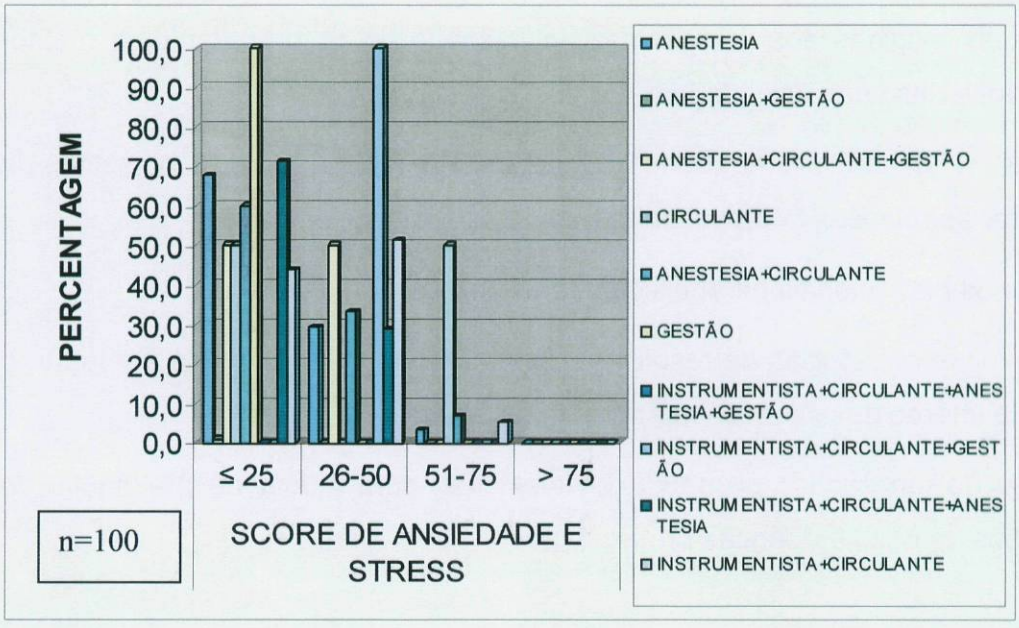


Gráfico n.º 57 - Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros por tipo de funções que exercem e score de ansiedade e stress.

Propostas

Escolhemos como variáveis independentes para o nosso estudo: a idade, o sexo, o tempo de serviço e a experiência no Bloco Operatório. Assim, após este estudo, concluímos que existe elevado nível de stress nos enfermeiros do Bloco Operatório, relacionado com todas as variáveis definidas.

É importante que se desenvolva nos gestores do Bloco Operatório, nomeadamente nos Enfermeiros Chefes, um espírito sensível, para o aspecto importante e que tantos danos causam nos seus elementos, que é o stress. Pequenos gestos que se desenvolvem diariamente, podem ser um fácil e importante factor redutor de stress.

Tentamos de uma forma sucinta destacar algumas medidas, que consideramos importantes, susceptíveis de minimizar o stress no Bloco Operatório:

- Formação contínua, enquadrada nos projectos desenvolvimento e nas mudanças exigidas aos profissionais, no sentido de os preparar para melhor desenvolver as suas actividades;
- Investir no desenvolvimento de competências sociais, com o objectivo de melhorar as relações interpessoais;
- Motivar os profissionais na aquisição de estilos de vida saudáveis;
- Desenvolver estratégias de resolução de problemas, no sentido de aumentar o controlo interno das situações geradoras de *stress*;
- Criação de um serviço de saúde Ocupacional, para ajudar na prevenção de situações de risco e doenças profissionais.

CAPÍTULO IV - DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À FORMAÇÃO

O experimento que planeamos para este estudo teve duas fases e momentos bem definidos e foi desenvolvido em diferentes contextos.

O primeiro, desenvolvido no contexto da prática clínica e o segundo no contexto da formação modular onde foi feito uma aprendizagem teórica de conceitos, de saberes da área da enfermagem perioperatória, qualidade e psicologia.

Achamos que uma vez que o grande objectivo deste estudo era indicar quais as necessidades que levariam a haver cuidados especializados de enfermagem perioperatória, o nosso experimento deveria ser o mais abrangente possível.

Prevendo que através da prática iríamos obter bastantes subsídios para podermos justificar essa necessidade, não poderíamos concluir sem termos colaborado e desenvolvido uma formação dirigida a estes enfermeiros, já que ao longo deste trabalho, temos defendido a sua necessidade, uma vez que durante o Curso de Base é dado muito pouco ou nenhum conhecimento sobre esta área de cuidados de enfermagem.

Assim seguidamente iremos descrever como foi planeado cada uma destas partes do nosso experimento, bem como apresentar os resultados obtidos.

1 - ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO - ACÇÃO

"...le problème crucial est celui du principe organisateur de la connaissance
et ce qui est vital aujourd'hui, ce n'est pas seulement d'apprendre,
pas seulement de réapprendre, pas seulement de désapprendre,
mais de réorganiser notre système mental pour réapprendre à apprendre"[1]

E. Morin

1.1 – Em Contexto da Prática de Cuidados

Fundamentação

O desenvolvimento deste trabalho teve no seu planeamento e desenvolvimento aspectos relevantes, compostos por diferentes capítulos: pesquisa bibliográfica, desenvolvimento de estudos Nacional e de Campo, onde foram detectadas as necessidades dos enfermeiros perioperatórios, bem como tivemos oportunidade de conhecer as suas expectativas a nível desta área de cuidados.

O estudo ficaria muito reduzido, pobre e incompleto se não fosse desenvolvido um estudo investigação-acção, na prática dos cuidados e na formação. A razão que nos levou a optar por um estudo deste tipo, foi "provocarmos uma situação tipo laboratório", onde poderíamos testar determinadas situações, experimentarmos uma metodologia de trabalho, onde estaria sempre salvaguardada a segurança do utente e família. A metodologia teria como princípio regulador a qualidade de cuidados, através de uma prática critico reflexiva.

Tendo presente os resultados obtidos, bem como o enquadramento teórico e como referencial, precisávamos de saber se na situação concreta de cuidados

[1] *"..o problema crucial é o do princípio organizador do conhecimento e o que hoje é vital, não é somente aprender, nem tão pouco reaprender, nem mesmo em desaprender, mas sim de organizar o nosso sistema mental para reaprender a aprender"* E. Morin in MARTIN, C – Soignerr pour Apprendre, 1991: 113

perioperatórios, poderíamos reflectir sobre as práticas, envolver a equipa de enfermagem na "aventura" do redescobrir a dimensão dos cuidados que prestam diariamente, sermos provocadores estimulando a análise crítica, acompanhar as tomadas de decisão de mudança, onde achassem que seria necessário, imprimindo uma dinâmica nova, onde fosse possível desenvolver a capacidade relacional.
Gostaríamos de não perder nenhum "bocadinho", de reter tudo na nossa memória, para que a nossa análise fosse o mais profunda possível e o mais próximo da realidade possível.

Este deveria desenvolver-se, numa instituição hospitalar, com a autorização do Conselho de Administração e Chefe de Serviço (Anexo VI), no Serviço de Bloco Operatório, com movimento cirúrgico diário, onde houvesse cirurgia programada, de urgência e ambulatória.

O serviço de Bloco Operatório, teria de corresponder às características por nós traçadas como sendo as mais favoráveis ao seu desenvolvimento: equipa não superior a 30 elementos, jovem (média de idades não superior a 40 anos) com vontade de colaborar no estudo, motivada, com espírito de iniciativa traduzido e manifestado através do desenvolvimento de actividades de formação nesta área quer internas quer para o exterior.
O serviço deveria ter as condições mínimas que permitissem cuidados de enfermagem com qualidade mas que ao mesmo tempo apresentassem algumas dificuldades que gostassem de poder resolver.

Uma vez que esta área de cuidados tem uma dimensão ampla com uma forte componente prática, pensamos que a realização deste estudo seria útil e necessário, para poder proporcionar uma reflexão sobre a filosofia e os cuidados de enfermagem perioperatórios, uma consciencialização e reconhecimento do utente e família como principal e único alvo dos cuidados perioperatórios, interiorização mais profunda sobre as competências de cada elemento da equipa cirúrgica e sua coordenação com a continuidade de cuidados assim como no

desenvolvimento da dimensão inter-relacional que um trabalho em equipa multiprofissional, como é o que se passa nesta área de cuidados, implica e exige.

Objectivos

- Prestar cuidados individualizados a doentes submetidos a cirurgia ou procedimentos invasivos em ambiente perioperatório, tendo por base o uso de uma metodologia científica – Teorias de Enfermagem e Processo de Enfermagem;

- Desenvolver a capacidade de comunicação com doente/família/equipa multidisciplinar – Visita pré-operatória, pós-operatória, criar condições de obter informações durante a cirurgia;

- Garantir a segurança do doente e dos profissionais no serviço de bloco operatório;

- Definir o perfil do enfermeiro perioperatório;

- Desenvolver competências do enfermeiro perioperatório, nas diferentes funções que exerce;

- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatória;

- Contribuir para a articulação e continuidade de cuidados com os diferentes serviços, onde o doente vai permanecer.

Planeamento

Após ter formalizado o pedido e obtido o termo de aceitação para desenvolver este estudo de investigação – acção, realizamos um primeiro encontro com a equipa para procedermos a um planeamento em conjunto onde foi dada toda a Informação sobre os objectivos do estudo.

Procedeu-se a outro passo importante que foi o de dar informação dos enfermeiros do internamento e dos médicos/anestesistas sobre o alargamento das competências dos enfermeiros do B O, a partir de data a combinar e durante pelo menos 6 meses. Conforme os resultados da avaliação feita no final do tempo predefinido, assim seriam de manter ou não as alterações introduzidas, e que estariam ligadas com:

Implementação das visitas pré e pós operatória que será feita no internamentos pelos enfermeiros do BO, ao início da tarde, (a pré-operatória - na véspera da cirurgia e a pós-operatória no prazo de 1-3 dias após a intervenção)

Integração de novas folhas de registo no processo do doente sobre os cuidados perioperatórios, para serem consultados pelos enfermeiros do internamento

Motivação/solicitação aos enfermeiros, médicos e auxiliares de acção médica para colaborarem na revisão das normas de procedimento já existentes no serviço de B O.

Desenvolvimento do estudo – Fase I – (tempo mínimo 2 meses):

Aferição e Definição de Conceitos:

- Enfermagem perioperatória
- Competências dos enfermeiros perioperatórios
- Construção de Folhas de Registo para o período perioperatório, tendo em conta a realidade local
- Enfermeiros responsáveis – funções/especialidades – rotatividade – tempo de permanência de funções
- Multifunções e Polivalência
- Auxiliares de Acção médica: funções/supervisão (responsabilidades)
- Articulação com a Central de Esterilização – existência de *Flash* no B O.
- Normalização de Procedimentos (criação do Manual de Qualidade) – como se faz? – Respeitar os cinco itens seguintes:

O quê – (actividade)	Porquê	Quem	Onde	Como se faz

(usamos as normas existentes no serviço como ponto de partida, para reflexão e sua actualização)

- Responsabilidades partilhadas
- Continuidade de Cuidados
- Cuidados pós-cirúrgicos imediatos: UCPA ou enfermaria – definição de critérios
- Necessidades da realidade onde se realiza o estudo
- Introdução das Folhas de Bordo para registos pessoais e instrumento facilitador para a introdução da metodologia critico reflexiva

Acompanhamento do trabalho no campo (tempo mínimo - 2 meses)

Observação participante feita através de grelha:

Qual a relação que existe entre o escrito (normas) e a vivência diária?

Que lacunas existem?

Que alterações é necessário fazer?

Itens a avaliar- durante o desenvolvimento do estudo

Continuidade de cuidados

Alterações positivas e negativas

Sugestões para alteração tendo em vista a qualidade de cuidados

Normas e procedimentos

O que falta?

O que deve ser modificado?

O que está a mais?

Novas necessidades.

O Final do estudo: previu-se terminar no tempo pré definido – 6 meses ou se houver necessidade poder prolongar-se até por mais 6 meses.

A possibilidade de ter de ser aumentado o tempo para desenvolvimento do estudo experimental dependerá dos resultados obtidos e do *feedback* por parte da instituição hospitalar e enfermeiros.

Avaliação Pós Estudo Investigação - Acção, foi realizada ao fim de meio ano, por termos necessidade de ter dados acerca das alterações introduzidas nos cuidados perioperatórios, sua continuidade e resultados práticos registados.

Tendo em conta os modelos apresentados pela AESOP e pela AORN e o estudo que desenvolvemos criamos um **Modelo de Intervenção Perioperatória** que orientou o nosso experimento:

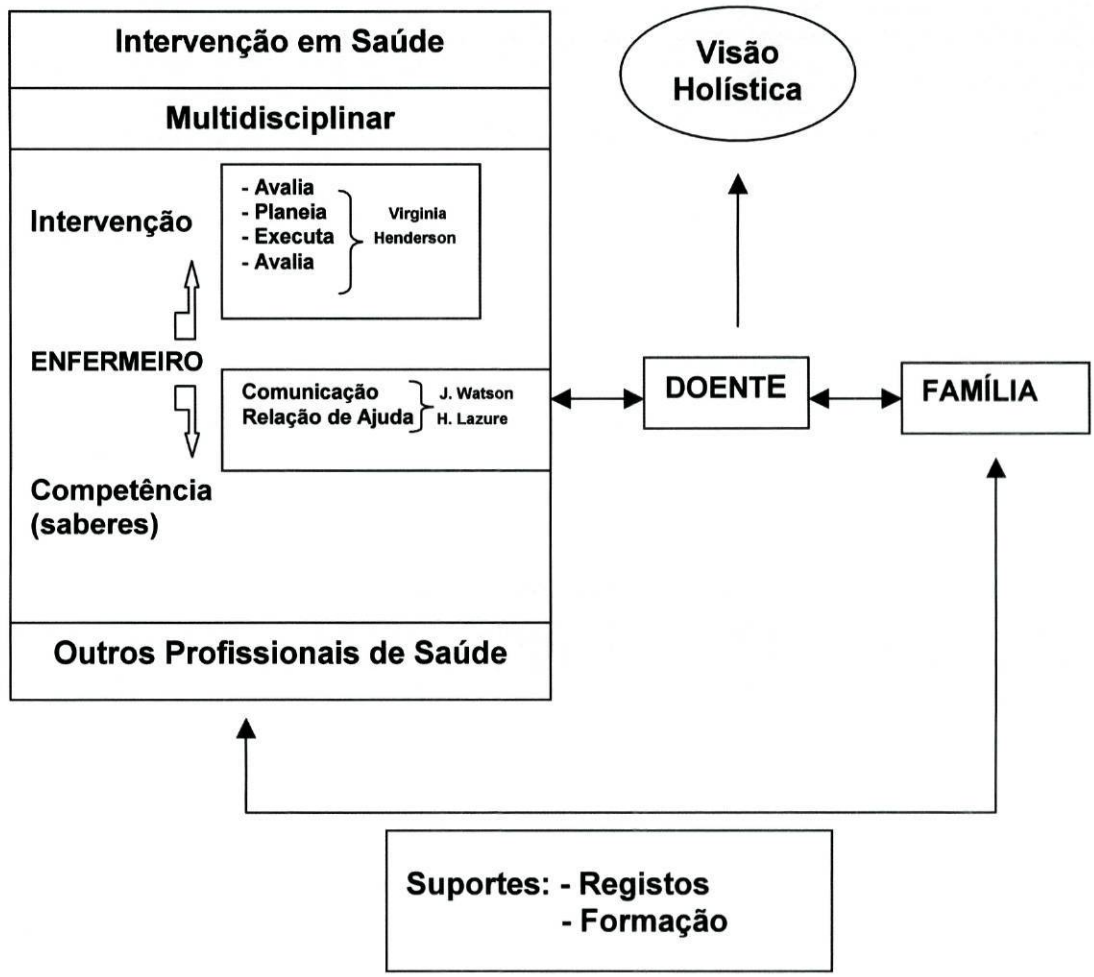


Figura n.º 43 - Modelo de Intervenção Perioperatória utilizado durante o experimento
Criação da autora

Neste modelo de intervenção perioperatória defendemos determinados princípios:

- É uma intervenção centrada no doente/família, independentemente da fase do ciclo vital onde se encontre;

- O enfermeiro é um elemento preponderante na ligação que estabelece com o doente/família – tendo a visão holística de cada um como ser único e complexo;

- Tem em conta o binómio saúde/doença;

- O enfermeiro desenvolve competências e saberes;

- Tem como base da sua actuação uma base científica, desenvolvendo o processo de enfermagem adequado a cada doente e família;

- A intervenção do enfermeiro é integrada numa equipa multidisciplinar

- Utiliza a comunicação e a relação de ajuda como elementos fundamentais na humanização de cuidados;

- O enfermeiro está em permanente ligação com outros profissionais de saúde;

- Utiliza suportes para avaliar e planear novas actuações: registos e a formação contínua.

O modelo foi sofrendo alterações ao longo do desenvolvimento do trabalho, tendo em conta todos os resultados obtidos, a reflexão, a partilha fruto do confronto com as experiências e com os debates que forem surgindo

Caracterização da Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório

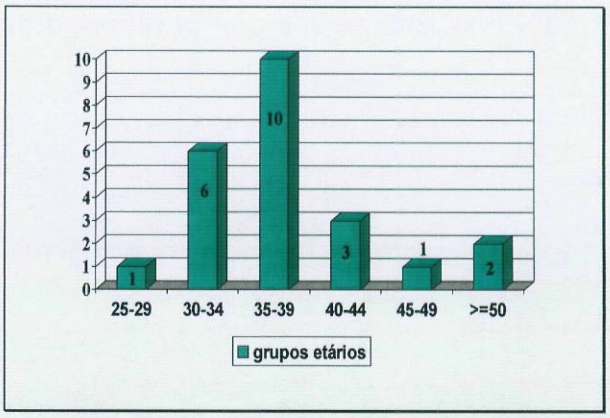


Gráfico n.º 58 - Representação gráfica da amostra, por grupos etários dos enfermeiros do BO do estudo investigação - acção

Média de idades é de 36 anos e a moda localiza-se no grupo etário 35-39 anos (Gráfico 58). Um dos requisitos para a execução do estudo era ser numa equipa não muito grande até 30 elementos no serviço de BO e Jovem, porque estas duas características permitiriam um trabalho mais personalizado e à partida mais aberto ao desafio lançado.

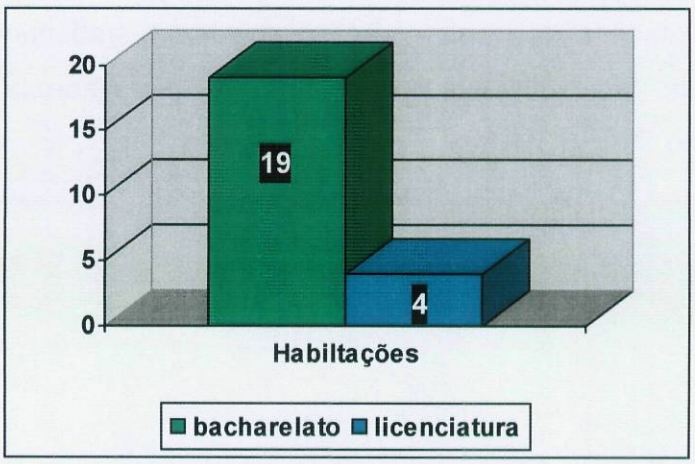


Gráfico n.º 59 -- Representação gráfica da amostra, por formação em enfermagem, dos enfermeiros do BO no início do estudo investigação-acção

Quando demos início ao nosso estudo, a equipa apresentava a seguinte formação. Ao longo do tempo que durou o nosso experimento, 7 obtiveram o grau

de licenciatura, estando neste momento mais 3 a iniciarem o ano do Curso de Complemento em Enfermagem (Gráfico 59).

De 83% passou para 52% dos enfermeiros que possuem o grau de bacharel em Enfermagem.

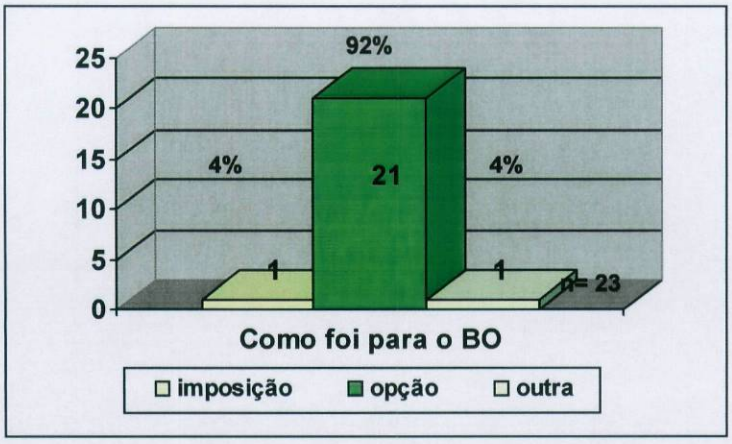


Gráfico n.º 60 - Representação gráfica da amostra dos enfermeiros, por razão que os fez optar pelo serviço do BO do estudo investigação-acção

Como se pode analisar pelo gráfico anterior a maioria, 92% dos enfermeiros trabalham no serviço de BO por opção, o que está de acordo com a maioria dos estudos que efectuamos e pela bibliografia consultada. As instituições têm por norma atender às opções dos enfermeiros que querem trabalhar em cuidados perioperatórios pelo facto da integração além de ser morosa ser também dispendiosa (Gráfico 60).

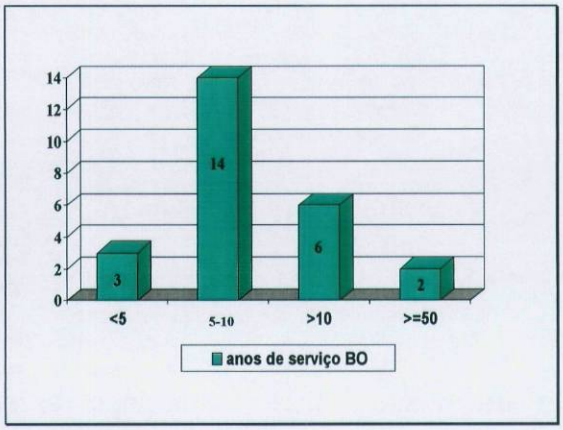


Gráfico n.º 61 -- Representação gráfica da amostra dos enfermeiros do BO do estudo investigação-acção, por anos de trabalho no serviço

Apostar num enfermeiro que não tem a menor apetência e motivação para trabalhar num serviço com as características de um BO, seria uma má gestão de recursos humanos e que teria repercussões a nível dos cuidados prestados, bem como contribuiria para o absentismo, crises pessoais e profissionais, conforme já descrito em muitos estudos sobre esta temática.

Como se pode concluir através da análise do gráfico nº 60, o tempo médio de trabalho neste serviço é elevado, motivado pela forte adesão e motivação dos enfermeiros.

Há um investimento grande a nível pessoal para que a actualização e formação seja uma realidade.

O grau de satisfação é elevado, mas referem que seria muito maior se houvesse um maior reconhecimento do seu trabalho bem como a especialidade nesta área de cuidados (Gráfico 62).



Gráfico n.º 62 - Representação gráfica da amostra dos enfermeiros do BO do estudo investigação-acção por grau de satisfação no serviço

Como em todos os serviços há factores que podem motivar alguma insatisfação e que estão ligados ao trabalho em equipa, que é muito intenso neste tipo de serviço.

Estes estão ligados à natureza do serviço, fechado e à impossibilidade que isso acarreta de contacto com o exterior, nomeadamente para efectuarem e respeitarem a sua hora de almoço (Gráfico 63A).

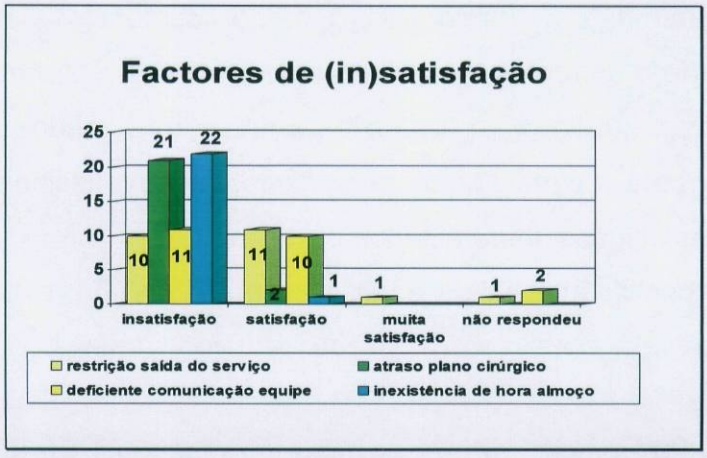


Gráfico n.º 63A - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

A deficiente comunicação entre os diferentes elementos da equipa era uma das fortes causas de insatisfação no início do estudo. Estas razões estão em consonância com outros estudos de campo realizados ao longo deste trabalho bem com a bibliografia consultada.

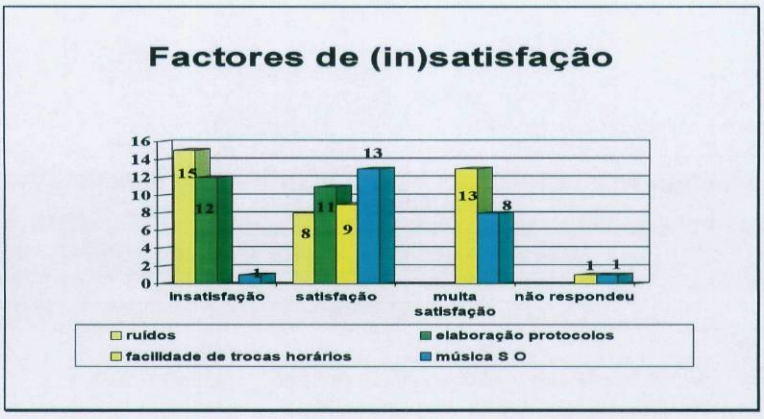


Gráfico n.º 63B - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

Em alguns hospitais o problema estrutural já foi ultrapassado pela criação de um espaço próprio e com as condições mínimas para possibilitar aos enfermeiros do perioperatório poderem efectuar as suas refeições e pausas a que tem direito sem saírem do serviço. A própria cantina da instituição envia as refeições conforme pedido prévio dos enfermeiros.

Como factores de grande insatisfação, como podemos concluir pela análise do gráfico anterior, o ruído está em primeiro lugar. No estudo de campo que efectuamos sobre ergonomia no BO, um dos aspectos mais relevantes do estudo tem a ver com a quantidade de ruídos a que a equipa cirúrgica está sujeita diariamente (Gráfico 63B).

Como consequência deste facto, as alterações a nível da acuidade auditiva e de equilíbrio emocional podem vir a aumentar. A monitorização da poluição sonora deveria ser constante de maneira a poder corrigir alguns ruídos passíveis de correcção tais como a diminuição de elementos supérfluos na SO, conversas paralelas e propostas aos fabricantes de material mais silencioso.

A possibilidade de trocas e acertos de horário é movido de grande satisfação, que embora dê grande responsabilidade e trabalho ao enfermeiro responsável pela gestão, cria bom ambiente e uma corresponsabilidade entre os diferentes elementos.

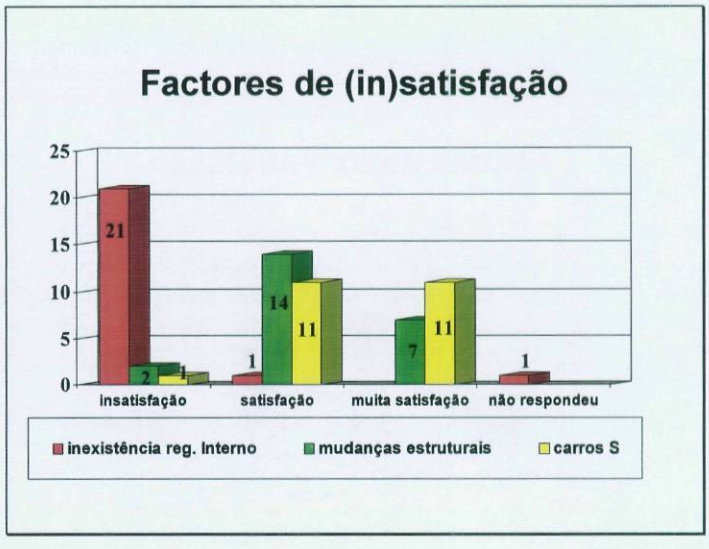


Gráfico n.º 63C - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

A música durante a intervenção cirúrgica, como também podemos comprovar pelo estudo de campo supracitado, é motivo de satisfação, pelos efeitos de relaxamento e de aumento de concentração sobre a equipa cirúrgica. No entanto ela deve ser escolhida de acordo com toda a equipa para não ter efeitos indesejados.

Ao iniciarmos este estudo notamos um elevado grau de insatisfação em relação à inexistência de regulamento interno (91%). Haviam normas de serviço traçadas pelos enfermeiros há já algum tempo, cerca de dois anos guardadas num *dossier*, pouco consultado (Gráfico 63C).

Estas normas, que iriam integrar, um regulamento interno do Serviço, elaborado e aceite por todos os elementos da equipa cirúrgica: enfermeiros, médicos, alargada às auxiliares de acção médica e outros elementos que teriam de entrar no Serviço para prestarem a sua ajuda, como patologistas, enfermeiros de pediatria e outros, deveriam ser elaboradas em conjunto e reconhecidas de todos para que houvesse uma sintonia grande, respeito e consideração pelas funções de cada um. Este momento não tinha acontecido até ao início do estudo não tinha acontecido, por variadíssimas razões, donde se realçava "a de falta de tempo".

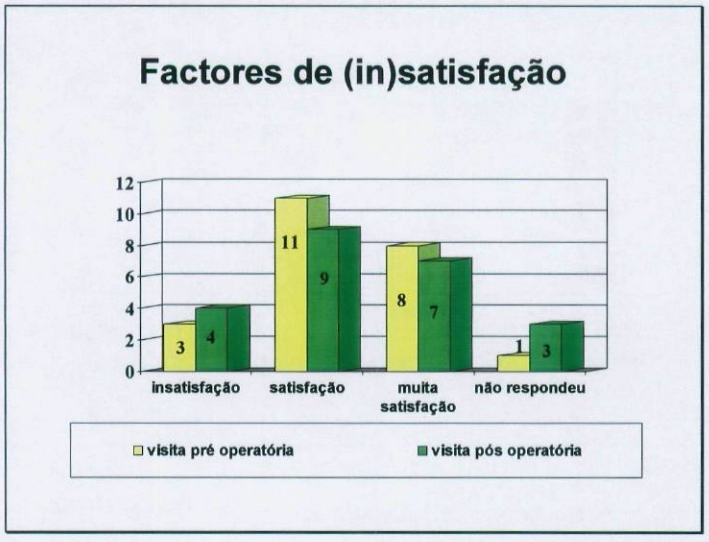


Gráfico n.º 63D - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

Em relação à visita pré-operatória, podemos concluir que já tinha havido uma tentativa de realização da mesma e que em 82% dos enfermeiros tinha causado satisfação (Gráfico 63D). Nessa altura não estavam a fazer, por gostarem de a reformular e ainda não ter havido uma oportunidade de concretizarem este projecto.

A visita pós–operatória que tinha sido feita através do contacto telefónico, tinha sido uma experiência designada de "interessante", e causando satisfação em 70% dos enfermeiros que a efectuaram. No entanto, foi unânime a vontade de ainda a efectuarem durante o internamento, por acharem que necessitavam de falar com o doente e família sem a barreira telefónica.

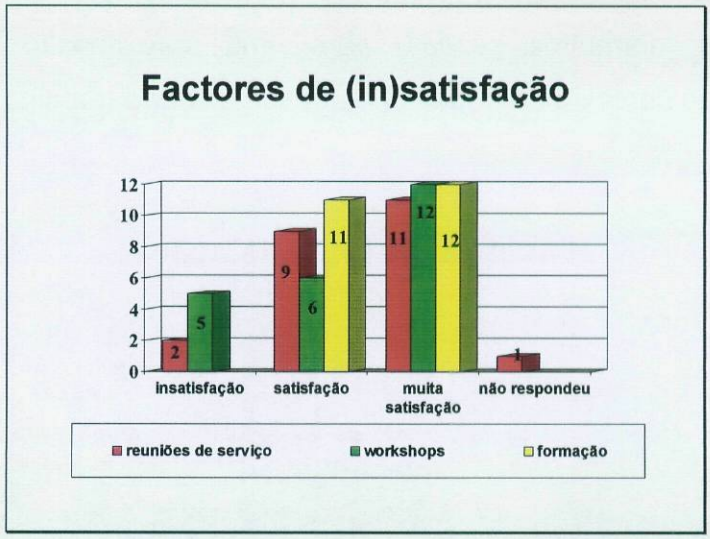


Gráfico n.º 63E - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

Como pode ser analisado através do gráfico anterior esta equipe de enfermeiros, apresentava níveis de muita satisfação em relação às reuniões de serviço, que se efectuavam mensalmente, ao facto de haverem *workshops* sempre que era introduzida uma alteração no serviço, a nível de instrumental, técnicas e alteração de normas (Gráfico 63E).

A formação era de facto um ponto alto deste serviço, de empenhamento e que sempre agradou a equipa. Esta, deve-se ao empenho e atenção da enfermeira Chefe, da enfermeira responsável pela formação, bem como ao envolvimento de

todos os enfermeiros e auxiliares de acção médica na colaboração e desenvolvimento de temas.

Esta equipa empenhava-se com o desenvolvimento do trabalho em equipa em variadas vertentes, dando ênfase especial à vertente humana. A filosofia do cuidar defende que cada cuidador tenha e desenvolva um equilíbrio sádio para que possa manter o seu espírito calmo, pronto a cuidar. E para cuidar dos outros a enfermeira tem de cuidar primeiro de si, segundo Jean Watson.

Nesta equipa pude constatar que havia momentos fortes de convívio entre os enfermeiros, médicos e auxiliares de acção médica, através da organização de convívios. Estes momentos serviam para uma aproximação dos diferentes elementos, fora do contexto de trabalho, o que iria ajudar o trabalho em equipa.

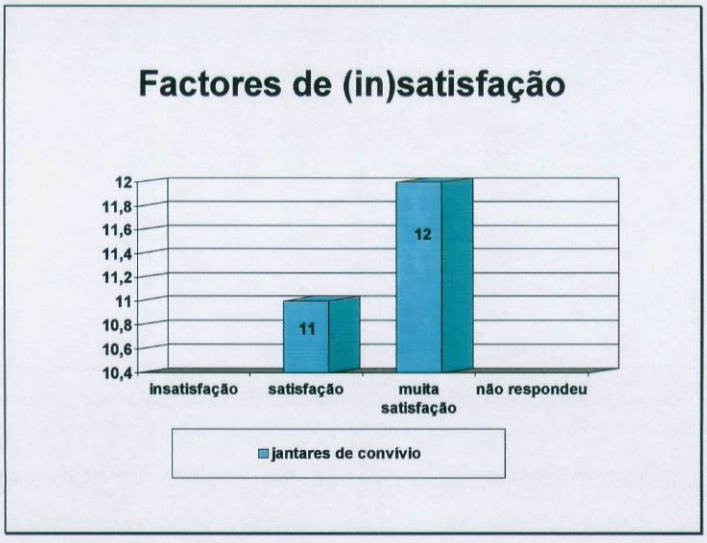


Gráfico n.º 63F - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

A equipa cirúrgica vive intensos momentos de tensão geradores de *stress* e conflitos e estes espaços de convívio tem o objectivo de unir as pessoas, descontrair, viver uma dimensão humana indispensável para desenvolver e manter um bom ambiente de trabalho (Gráfico 63F)

Esta equipa de enfermagem de cuidados perioperatórios, tem características próprias de trabalho e desenvolvimento. Como podemos constatar através da leitura o gráfico seguinte 100% da equipa está satisfeita com a formação dos círculos de qualidade e da realização da reunião científica que o serviço tinha organizado, devendo-se ao empenho e envolvimento de todos. Estes dois aspectos eram pontos de referência e de orgulho profissional.

Outro aspecto relevante e também ligado aos anteriores tem a ver com o facto de 91% destes enfermeiros terem estado ou estarem a realizar ou colaborar em trabalhos de investigação.

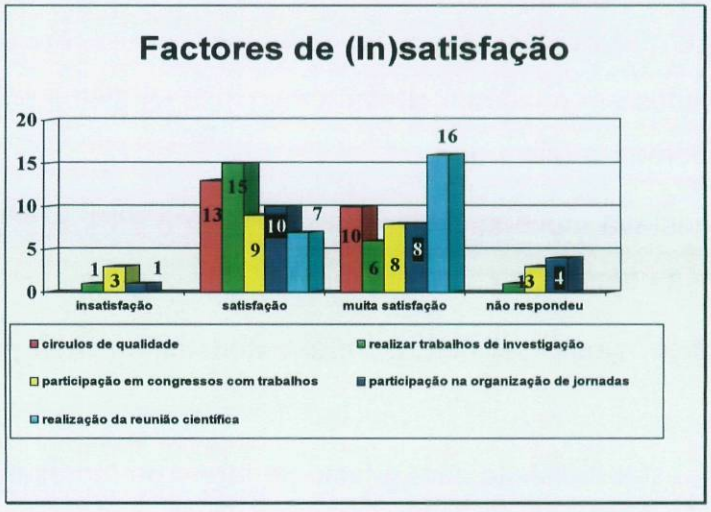


Gráfico n.º 63G - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

Podemos também salientar que 78% dos enfermeiros já tiveram experiência em participar na organização de jornadas (do seu serviço e doutros da instituição), e 74% participou em congressos com apresentação de trabalhos, quer através de comunicações orais, bem como por *posters*. Para estes enfermeiros estes factos são motivo de satisfação (Gráfico 63G).

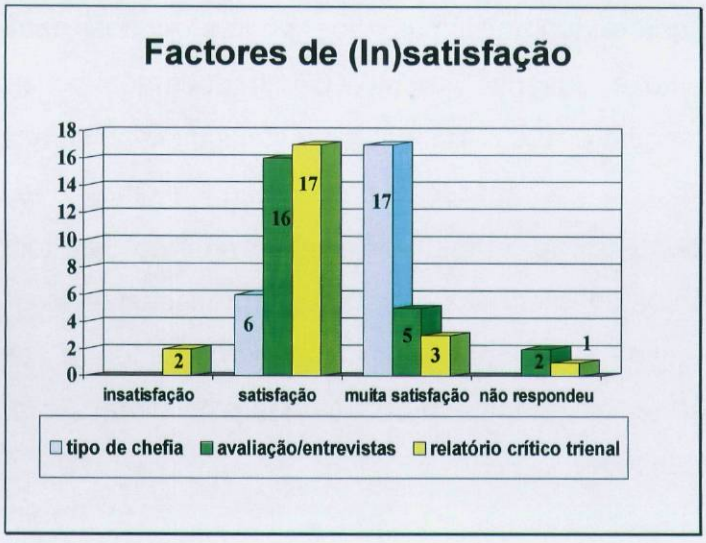


Gráfico n.º 63H - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

Quando questionados em relação à chefia e metodologia usada para avaliação de desempenho, podemos verificar que:

- a maioria, 74% estava muito satisfeito com a chefia e 26% satisfeito, o que nos leva a pensar que a enfermeira chefe era reconhecida por todos.

- 91% dos enfermeiros está satisfeito com a metodologia usada para a avaliação de desempenho.

- 87% manifestou estar satisfeito com o facto de terem de apresentar um relatório crítico trienal (Gráfico 63H).

Em relação a estes dois aspectos ligados à avaliação de desempenho, foi manifestado por todos que o factor mais positivo era poderem testar o avanço ou recuo na sua vida profissional, nomeadamente a nível do empenho, investimento qualidade de cuidados, satisfação profissional.

O pior *"era ter de escrever..."*! **(Inq. 20).**

Quando se questionou em relação à existência de uma secretária da unidade (Gráfico 63I), 83% reconhecem que é motivo de satisfação "*è uma aquisição muito recente... o problema é que não temos direito à sua exclusividade*" **(Inq. 12).**

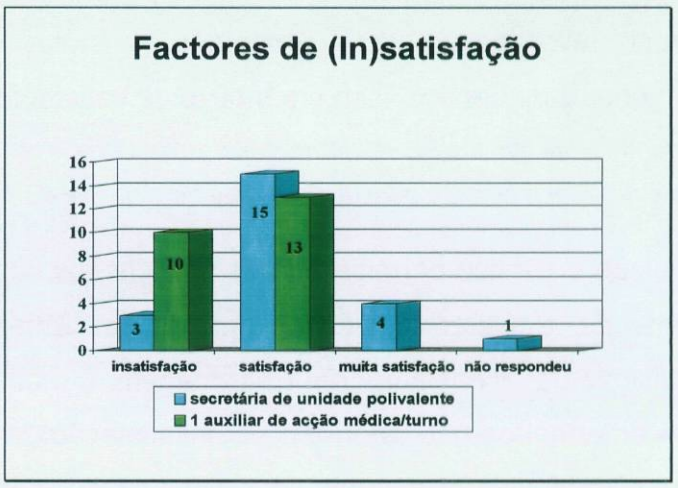


Gráfico n.º 63I -- Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

O mesmo acontece, sendo maior a percentagem de insatisfação pelo facto de só terem uma auxiliar de acção médica por turno, que como é obvio é muito insuficiente.

Um serviço com duas salas, uma para a cirurgia programada e outra para a urgência, tendo ainda uma sala de recobro e as funções entre muitas de enviar o material para a central de esterilização, não podemos deixar de afirmar que é um trabalho cheio de riscos, que não pode haver em B.O.

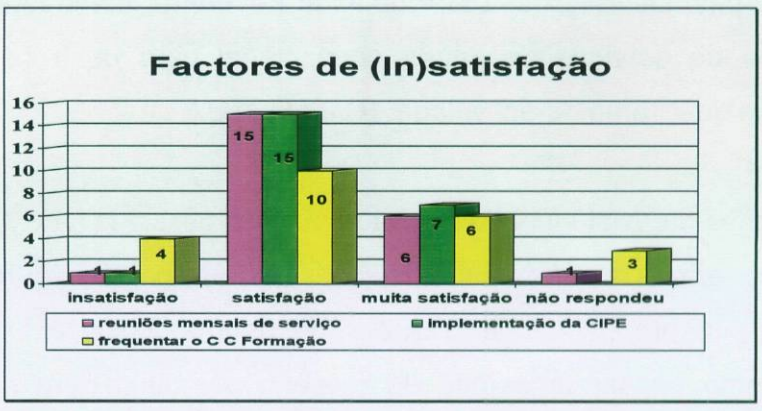


Gráfico n.º 63J - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

Ainda trabalhando os factores de (In)satisfação dos enfermeiros que connosco estiveram no estudo investigação-acção, podemos constatar que o facto de fazerem reuniões mensais de serviço, isso era motivo de satisfação:
*"podemos falar à vontade, debater ideias, desfazer maus entendidos. Nós trabalhamos todos juntos, precisamos de nos saber relacionar para que a equipa funcione "*FB 4.

O facto de a instituição e serviço permitirem, aos enfermeiros completarem a sua formação, frequentando o Curso de Complemento em Enfermagem, o que possibilitaria a aquisição da Licenciatura em Enfermagem, é motivo de satisfação. (Gráfico 63J) Os 4 enfermeiros que referiram ser insatisfação, teve a ver com as alterações que esta situação iria causar nas suas vidas pessoais e profissionais.
Na altura em que iniciamos o nosso estudo estava a ser feita formação a todos os enfermeiros da instituição sobre a CIPE. A nível do Bloco Operatório estava prevista também uma, cuja reacção foi de satisfação e muita expectativa.

Um dos aspectos de maior insatisfação, para este grupo de enfermeiros está ligado ao facto de a saúde ocupacional não funcionar (Gráfico 63L). A protecção e a promoção da saúde dos funcionários é da responsabilidade das instituições onde trabalham.
As medidas de surgem como consequência da integração de Portugal na Comunidade Europeia, havendo necessidade de transpor para a legislação portuguesa determinadas directrizes comunitárias que culminam no Decreto Lei 441/91 de 14 de Novembro – lei de higiene, segurança e saúde, a qual veio a ser regulamentada pelo Decreto Lei 26/94 de 1 de Fevereiro, nomeadamente a nível da organização de serviços de saúde ocupacional para os trabalhadores que laborem em qualquer ramo de actividade. (Cabral, 1997)

Ao fim de 10 anos da existência do decreto Lei, os profissionais de saúde e outros ainda não mereceram da parte das instituições onde trabalham, a atenção devida em relação à sua própria saúde o que pode denotar uma falta de civismo e podermos mesmo pensar uma falta de respeito por quem tem como principal função cuidar de todos os que a eles recorrem...

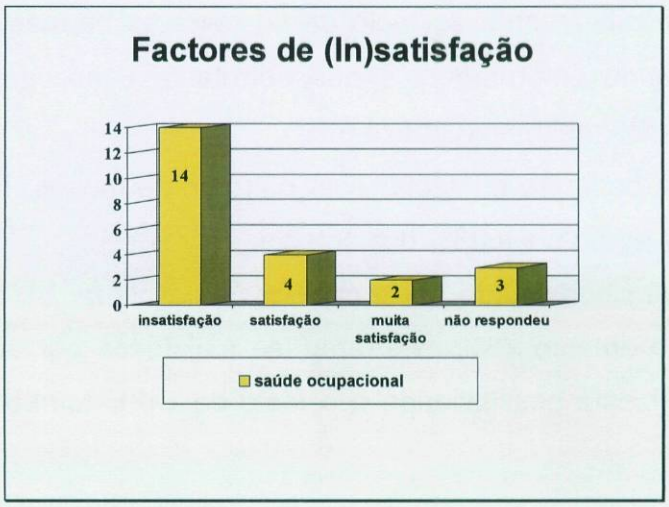


Gráfico n.º 63L - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

Tendo em conta o estudo que iríamos iniciar com este grupo de enfermeiros de cuidados perioperatórios, também poderia trazer alguns graus de insatisfação e satisfação, tivemos curiosidade em conhecê-los até para estarmos atentos a todos os aspectos de maneira a que todos pudéssemos tirar o maior proveito do tempo que iríamos passar em conjunto.

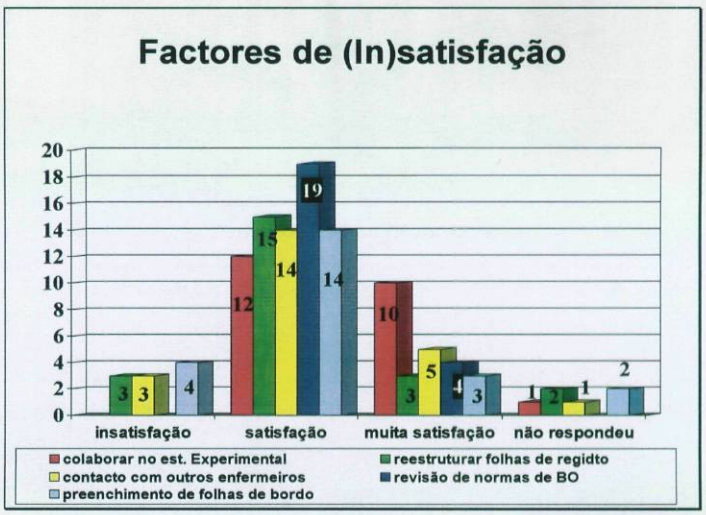


Gráfico n.º 63M - Representação gráfica dos factores de (in)satisfação dos enfermeiros do BO

Assim podemos constatar que 96% estavam satisfeitos por colaborar no estudo, 100 % reagiram positivamente ao facto de se rever as normas que tinham sido feitas pela equipa de enfermagem e que entretanto pensavam ser necessário fazer uma revisão das mesmas (Gráfico 63M).

A possibilidade de poderem contactar com outros enfermeiros, nomeadamente o dos internamentos agradava a 83% dos colegas.

Já há muito, tinham constatado que era necessário alterar as folhas de registo perioperatórias, no entanto 78% mostraram-se satisfeitos por acharem que este estudo iria permitir esta possibilidade e o facto da CIPE também estar para ser introduzida.

Relativamente à proposta da utilização da metodologia através do preenchimento da folha de bordo, esta foi para 74% motivo de satisfação, pela possibilidade que dava a que cada um fosse podendo registar o que pensava, alguns incidentes e propostas. Os 4 enfermeiros que referiam insatisfação em relação a esta folha, o motivo que salientaram foi o facto de terem pouco tempo e não saberem o que deveriam escrever.

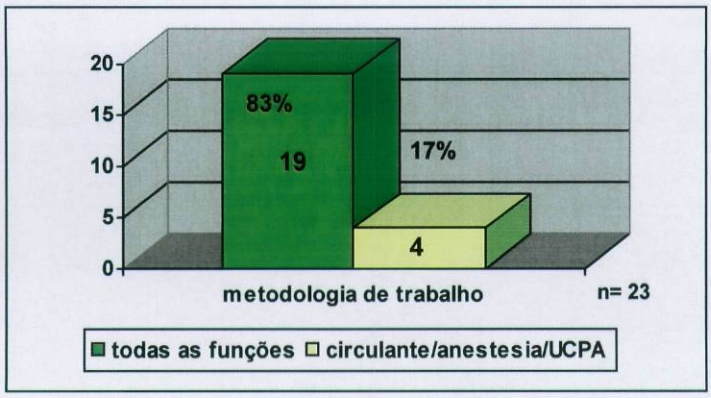


Gráfico n.º 64 - Representação gráfica da metodologia de trabalho usada pelos enfermeiros do BO

Em relação à metodologia de trabalho podemos constatar que 83% dos enfermeiros tinham uma função polivalente (Gráfico 64).

Com a finalidade de prestarem cuidados cada vez mais de maior qualidade e atendendo ao tipo de cirurgia aí efectuada, até ao momento, tinham sido criados Círculos De Qualidade (Gráfico 65).

Círculo de Qualidade é: "*Uma metodologia de trabalho para o bloco operatório*"

Pequeno grupo permanente, composto por 4 a 7 elementos, que realizam um trabalho da mesma natureza;

Conduzido pelo superior hierárquico directo;

Através de reuniões de trabalho mensais: identifica, analisa e propõem à respectiva chefia, soluções para problemas, que encontram, no âmbito das suas actividades;

O objectivo principal é o de analisar situações, investigar as suas causas e procurar soluções adequadas para cada uma delas.

Os elementos que integram os círculos receberam formação, sobre técnicas utilizadas no círculo de qualidade: técnicas de condução de reuniões; dinâmica de grupo; etc.

As regras a seguir foram:

A adopção da *Técnica de Resolução de Problemas* (TRP), como instrumento de trabalho para, de uma forma sistematizada, abordar as situações / problemas, encontrando uma forma lógica e imparcial de as resolver.

Assim os passos a seguir são:

Identificação do problema;
Recolha de dados;
Formulação de hipóteses;
Análise das hipóteses (eficácia/aceitação/viabilidade)
Selecção das hipóteses;
Experimentação;
Avaliação.

O círculo de qualidade constitui um campo de treino exigente, contribuindo para:

Aumento da satisfação profissional;

Redução do absentismo;

Melhoria da qualidade do trabalho;

Desenvolvimento da capacidade de liderança.

A criação dos Círculos de Qualidade, tinha surgido no serviço há já três anos, com o objectivo de envolver todos os enfermeiros, tendo em conta os seus gostos pessoais, face ás especialidades cirúrgicas existentes na instituição.

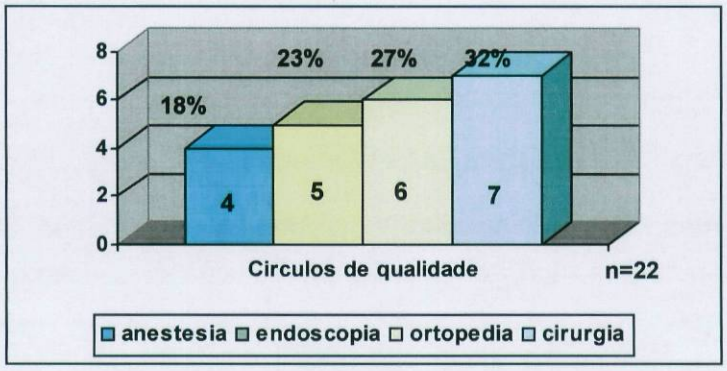


Gráfico n.º 65 - Representação gráfica da distribuição dos enfermeiros do BO pelos Círculos de Qualidade

Com esta metodologia de trabalho, poderiam detectar-se necessidades de formação contínua, assim como criar um manual de boas práticas que visaria elevar o nível de qualidade de cuidados, assim como motivar a equipa de enfermagem, através do envolvimento concreto no desenvolvimento comum.

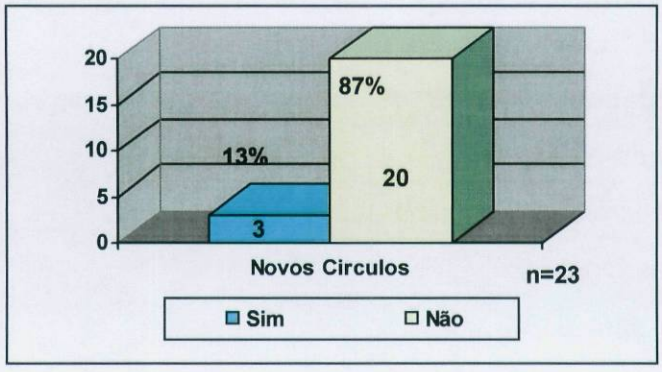


Gráfico n.º 66 - Representação gráfica das respostas face à alteração dos Círculos de Qualidade

Uma vez que a experiência que tinha sido feita em relação aos círculos de qualidade, tinha dado frutos positivos, em relação à organização, gestão, investimento em formação dirigida, empenho, desenvolvimento de trabalhos de investigação tendo em conta a qualidade de cuidados, colocava-se nova questão nesta altura: a experiência deveria ser alargada a outras especialidades? o desaparecimento do circulo de Endoscopia, não deveria ser interrompido, uma vez que já se não estava a usar este tipo de técnica cirúrgica? (Gráfico 66)

Expectativas dos Enfermeiros Face ao Estudo Investigação - Acção

Quando iniciamos a preparação deste estudo gostaríamos de conhecer as expectativas que os enfermeiros que iriam trabalhar connosco punham neste trabalho bem como na nossa presença no serviço e instituição.
No primeiro encontro que tivemos com a equipa ficou bem claro que todos seriam livres em poder colaborar bem como se aceitavam todas as propostas para que fosse introduzida alguma medida correctiva de maneira a que o dia a dia decorresse dentro da normalidade sem que o desenrolar do estudo interferisse negativamente no ambiente e na qualidade de cuidados.

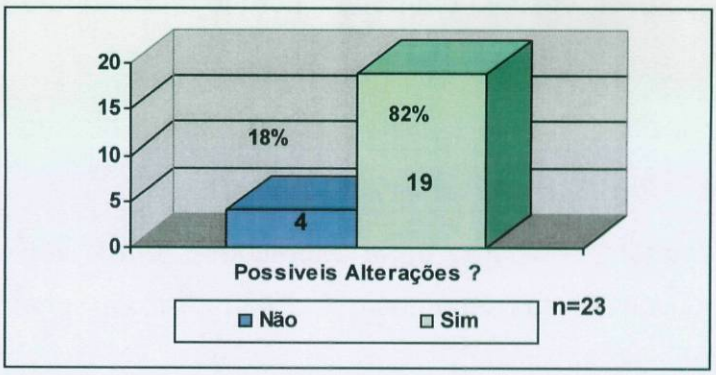


Gráfico n.º 67 - Representação gráfica das respostas face às alterações provocadas pelo Estudo

Quando questionados em relação ao estudo, se este iria ou não provocar alterações na sua actividade diária, a maioria, 82% afirmou que sim (Gráfico 67). As razões de tal afirmação prendiam-se com o facto de:

- Estarem a envolver-se num estudo considerado muito exigente, porque seria inserido numa tese de desenvolvimento – poderia aumentar ansiedade e a criatividade;

- O facto de a investigadora estar nos primeiros tempos teria uma influência positiva, mas também algo "ameaçadora".

Positiva porque seria um estímulo, um suporte para poderem tirar dúvidas uma ajuda, porque a sua posição não era tanto de fazer, mas questionar porque faz, fazer pensar e permitir consciencializar os cuidados.

"Ameaçadora", que mais tarde foi transformada em provocadora, porque não fazia esquecer o compromisso da equipa tomado em liberdade. Lembrava que era um assunto sério e a participação de todos era preciosa.

- Como se iria partir da prática diária dos cuidados, tudo teria de ser revisto e isso iria dar algum trabalho.

- A introdução das visitas pré e pós operatórias nos cuidados de enfermagem perioperatórios iria "revolucionar" um pouco a metodologia de trabalho bem como a gestão dos recursos humanos.

- A proposta da folha de Bordo, embora fosse motivo de satisfação para a maioria, essa "cena " de escrever, custava um pouco, porque primeiro não sabiam quando, como nem o quê.

- Pensar no que faziam, porque faziam e como faziam, não era hábito, porque como afirmaram*: "já está cá dentro".*

Os 18% que afirmaram, "que não traria alterações", tem a ver com o facto de estarem tão receptivos e entusiasmados que diziam: *"isto vai ser tão bom, que só os resultados finais é que devem contar"*

As Alterações/Razões que os enfermeiros apresentaram, como possíveis durante o desenvolvimento do estudo, estão descritas no gráfico seguinte. Como se pode verificar abrangem aspectos diversos: o cognitivo, o emocional, o profissional e o pessoal, a nível das competências e dos cuidados (Gráfico 68).

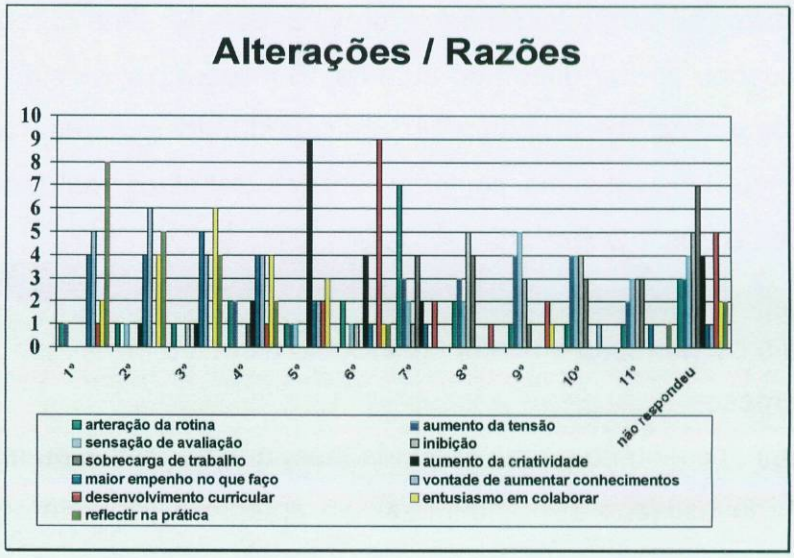


Gráfico nº 68 - Representação gráfica das alterações/razões para afirmarem poder haver alterações durante o estudo

Foi também nossa preocupação percebermos e podermos ter contribuído para um aprofundamento de temas, que a equipa sentia necessidade de aprofundar tendo em vista não só na colaboração no estudo, bem como poderem melhorar o nível de qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória que prestavam (Gráfico 69):

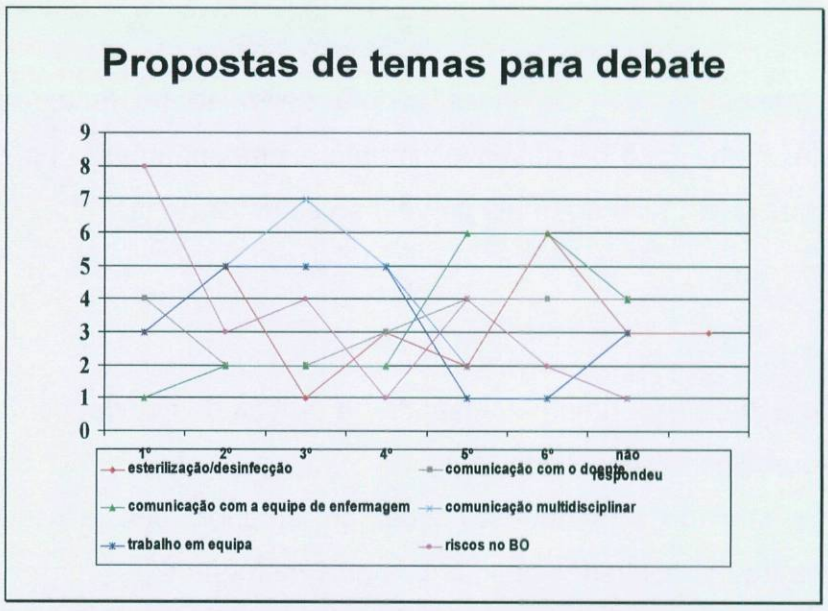


Gráfico nº 69 -- Representação gráfica das propostas de temas para debate durante o estudo

O estudo investigação-acção inicialmente previsto para ter uma duração de cerca de 8 meses, acabou por ter decorrido durante 18 meses, por ter sido detectada a necessidade de haver um investimento mais profundo quer na formação dos enfermeiros envolvidos, quer na continuidade dos trabalhos realizados – Visitas Pré – Operatória e Pós – Operatória.

Relativamente à colaboração e acompanhamento diário da investigadora, manteve - se durante 8 meses.
Após este tempo, passou-se a uma segunda fase, que não implicou uma presença tão assídua da investigadora, mantendo-se no entanto o contacto com a Equipa de Enfermagem, mas já com outras funções:

- Fornecimento de dados relativos às Visitas Pré e Pós-Operatória, de maneira a ser criado um modelo definitivo, como guião das mesmas;

- Manter a disponibilidade para poder contribuir com dados pertinentes para o estudo: reflexões sobre a prática da enfermagem perioperatória;

- Reflectir sobre a possibilidade de ser criada uma Consulta de Enfermagem perioperatória, e de estudar a sua necessidade e resultados junto da Instituição, Serviço, Equipa e doentes/utentes.

A presença menos assídua da investigadora deveu-se ao facto de a Equipa envolvida estar numa fase de desenvolvimento e empenhamento no estudo bem adiantada, o que nesta fase era mais proveitoso estar "sozinha".

Resultados

No final deste estudo experimental, inserida na prática dos cuidados, foi feita uma avaliação de trabalho desenvolvido.
Para isso, foi lançado um inquérito igual ao anterior, possibilitando assim a comparação entre os resultados obtidos nos dois momentos.

A nível da Equipa de Enfermagem

As Folhas de Bordo foram entregues por todos os enfermeiros, para que podesse ser feita uma análise mais detalhada de cada uma delas. Usamos a metodologia de análise de conteúdo, permitindo obter uma informação rica e diversificada, que demonstrasse sobretudo o envolvimento, progressão e a reflexão que cada um dos enfermeiros perioperatórios, foi sendo capaz de fazer durante o uso destas folhas.

"Estamos convictos de que toda a colaboração fornecida trará grandes benefícios e contributos valiosos para o desenvolvimento do trabalho de Doutoramento, para uma formação mais especializada dos enfermeiros do Perioperatório, bem como será uma mais valia para a reflexão das práticas diária; para o aumento da disponibilidade para responder a novos desafios, tendo em vista uma melhoria dos cuidados prestados, bem como para o desenvolvimento do conhecimento científico em Enfermagem Perioperatória"[2].

"No início quando tive a folha de bordo, achei uma folha incomodadora. Escrever nunca tinha sido do meu agrado e escrever sobre o que faço, o que me faz questionar a minha prática, o que eu tinha a certeza que não tinha feito bem, não seria fácil. Não aderi com facilidade. Comecei a querer entrar no jogo, porque afinal até achava que também seria capaz, e comecei a fazer um esforço. Afinal ao fim de algum tempo já o fazia porque ajudou-me a pensar no que tinha feito e a programar os cuidados mais conscientemente. Quando não tinha nada para escrever a reflexão era maior, questionando-me acerca do motivo que me levava a não ter razões para o fazer. **F:B, 2**

"A folha foi incomodativa porque me fez estar mais "acordada" e a valorizar os cuidados que presto **F:B, 4**".

"Gostei da metodologia da folha de bordo. Quando íamos para as nossas reuniões mensais tínhamos assunto para conversar acerca dos cuidados que prestamos". **F:B, 5**

" Esta nova maneira de fazer registos, não acerca dos outros mas de mim e dos cuidados que prestos, das dúvidas que tenho foi muito boa. Afinal percebi que ainda tenho muito que caminhar, que aprender, confrontar-me acerca das minhas certezas e sobretudo ajudou-me aceitar as limitações e deu-me coragem para as corrigir" **F:B, 6**

"A folha de bordo fez desenvolver e envolver-me mais no espírito de equipa que temos que manter sempre activo" **F:B, 10**

[2] Conclusão final do grupo de enfermeiros perioperatórios que colaboraram no Estudo Experimental do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim - Unidade da Póvoa de Varzim.

"A folha de bordo activou o meu espírito de observação, crítico e de avaliação em relação aos cuidados que presto. Veio refrescar e ajudar a abrir os olhos" **F:B, 12**

"Eu sempre achei que o enfermeiro do perioperatório era um prestador de cuidados. Esta metodologia ajudar a sedimentar esta certeza" **F:B, 18**

Quando terminamos o nosso experimento a amostra tinha reduzido para 22 elementos em virtude uma das colegas ter sido aposentada, no entanto esta diferença não foi significativa nos resultados obtidos.

Tornamos a inquirir a equipa sobre a sua a razão que os tinha levado a trabalhar no Serviço de Bloco Operatório e notamos que tinha havido alteração, como se pode ver através da análise do gráfico seguinte.

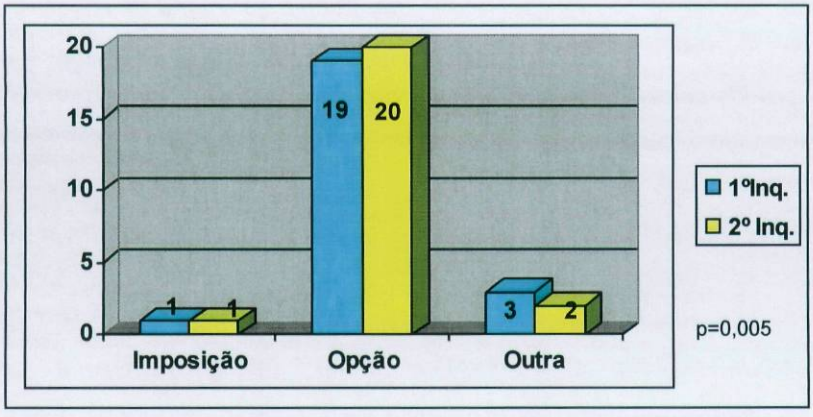


Gráfico n.º 70 - Comparação entre os resultados dos dois inquéritos face à questão "razão de trabalhar no BO"

A alteração deveu-se ao facto da enfermeira que alterou a sua resposta estar ainda em período de integração quando respondeu ao primeiro questionário. Como antes de ir para este serviço tinha feito duas opções de serviços diferentes, que achava estarem ao mesmo nível das suas preferências. Ao fim de seis meses já afirmava que tinha feito uma "opção certa", porque se sentia realizada, gostava dos cuidados que prestava, demonstrava ter-se entregado bem na equipa bem como tinha desenvolvido competências.

"*sinto-me uma enfermeira a prestar cuidados de enfermagem em pleno*". **F:B, 20**

Em relação à rotatividade das funções, este era um dos objectivos da chefia do serviço, pois poderia gerir melhor os recursos humanos de que dispunha, que

eram escassos, numa altura em que havia colegas a fazer o Curso de Complemento em Enfermagem e em períodos de férias.
Durante o período que decorreu o estudo, 3 enfermeiros obtiveram a licenciatura em enfermagem, aumentando o número de 4 para 7 Licenciados (30%). No final estavam para iniciar mais 6 enfermeiros, que neste momento já acabaram a sua formação, reduzindo para 9 o número de enfermeiros com o bacharelato.
Achámos que não era só o facto da obrigação que motivava este grupo de enfermeiros, mas também a abertura para adquirir novos conhecimentos bem como poderem estar todos ao mesmo nível – o que dava uma maior estabilidade.

A polivalência em enfermagem perioperatória é uma mais valia, pois os resultados no trabalho em equipa são muito positivos e sobretudo numa situação de urgência/emergência ou falta de elementos no serviço a gestão dos recursos e dos cuidados torna-se mais fácil.
Dos quatro enfermeiros que só prestavam cuidados como enfermeira circulante, de anestesia e na UCPA, um elemento tinha já começado a instrumentar e já estava agendada a integração de mais dois elementos a curto prazo.

Em relação à rotatividade de funções, ela manteve-se. Não é estatisticamente significativo, uma vez que não houve alterações nas respostas entre os dois inquéritos.
Como se pode verificar através da leitura do gráfico seguinte, houve uma diferença entre os valores obtidos nos dois inquéritos.
É de salientar que 78% achavam que iria alterar o trabalho, mas no final só 61% o acharam, porque segundo afirmaram:

"não houve alteração na prestação de cuidados diários, mas obrigou-nos a ser mais exigentes connosco próprios, a termos assumido as visitas como uma função específica do enfermeiro perioperatório a pensarmos mais antes de actuar ou mesmo falar" **F:B, 18**

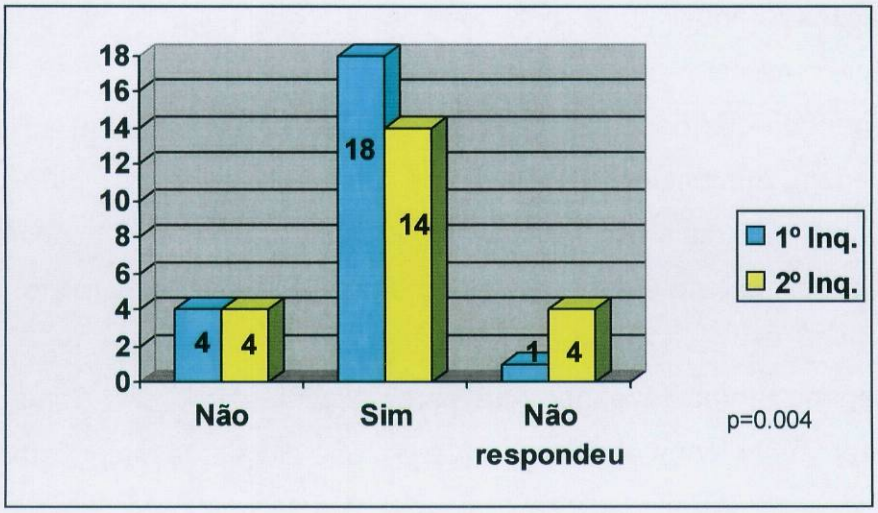


Gráfico n.º71 - Comparação entre os resultados dos dois inquéritos face à questão "houve alteração no trabalho provocado pelo desenvolvimento do estudo"

Em relação aos 4 enfermeiros que não responderam justificaram-no porque estavam expectantes no que iria acontecer a seguir.

"Enquanto o estudo decorreu, parecia que até se fizeram coisas novas, não quero dizer que vou parar, mas vai ser diferente. Há muitos colegas que vão fazer o complemento, vai haver cada vez menos tempo...não sei." **F:B, 4**

"Agora vai ser implementada a CIPE, o serviço vai ficar informatizado, e os cuidados que estávamos a prestar com qualidade, as visitas que fazíamos... não se vai perder qualquer coisa? Tenho algumas dúvidas, mas também é certo que o que iniciamos não pode parar, nem voltar a trás" **F:B, 8**

"Quero ver o que vai acontecer a seguir. Não quer continuar o trabalho por mais um tempo?" **F:B, 20**

Esta reacção em relação ao estudo que desenvolvemos em conjunto e à dúvida que surge no pós - estudo, é compreensível. Um dos aspectos focados pela equipa foi de que o facto de haverem ainda enfermeiros que tem de fazer a sua formação complementar para obter o grau de licenciatura iria trazer alguma instabilidade.

No entanto também ficou clara que os cuidados de enfermagem perioperatórios eram mais vastos do que aqueles que eram prestados até à altura do desenvolvimento do experimento. Tinha havido um investimento pessoal e

colectivo feito e que todos concordavam que deveria ser mantido bem como desenvolvido, como mais à frente abordaremos.

A equipa de enfermagem do internamento já contava com as intervenções dos colegas através das visitas pré e pós operatórias, tendo afirmado que sentiam que havia uma continuidade de cuidados e ter contribuído para haver ganhos em saúde. Durante o desenvolvimento do nosso experimento o tempo médio de internamento cirúrgico foi reduzido em 3%, devido ao facto dos doentes/família terem demonstrado conhecimentos e motivação para poderem ir mais cedo para casa mantendo um bom nível de cuidados.

Esta avaliação foi feita pelo médico na visita pós-operatória e transmitida à enfermeira chefe do bloco bem como do internamento. Foi notada a falta de uma avaliação directa por parte da enfermagem, mas porque não tivemos meios para a fazer, contamos com a colaboração doutros elementos da equipa cirúrgica, neste caso os cirurgiões, o que de certa maneira ajudou a desenvolver a comunicação entre a equipa.

Os círculos de qualidade existentes no serviço, foram reanimados, uma vez que depois das Jornadas científicas que o serviço tinha realizado tinham estagnado um pouco.
O grupo foi unânime em dizer que deveriam continuar, dinamizados, mas que o da endoscopia/laparoscopia deveria ser substituído, pois já não havia razão para continuar devido ao facto desta técnica cirúrgica não estar a funcionar nesta instituição.

Todos os elementos que constituíam o circulo de endoscopia / laparoscopia optaram por continuar a trabalhar em grupo mas num novo circulo de ginecologia /obstetrícia, uma vez que são especialidades que tem grande movimento operatório.

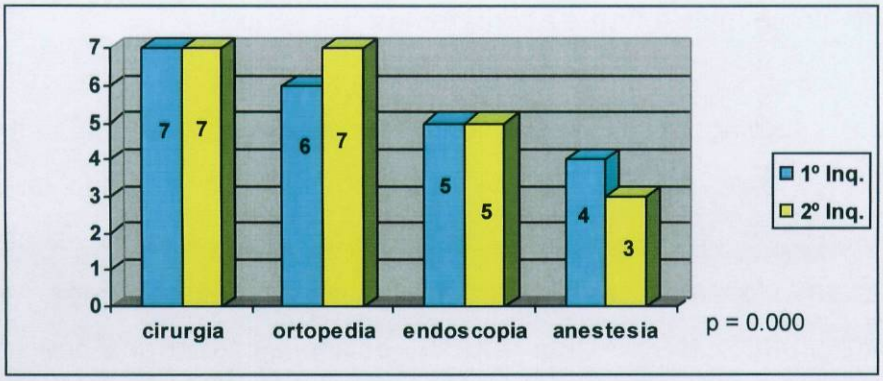
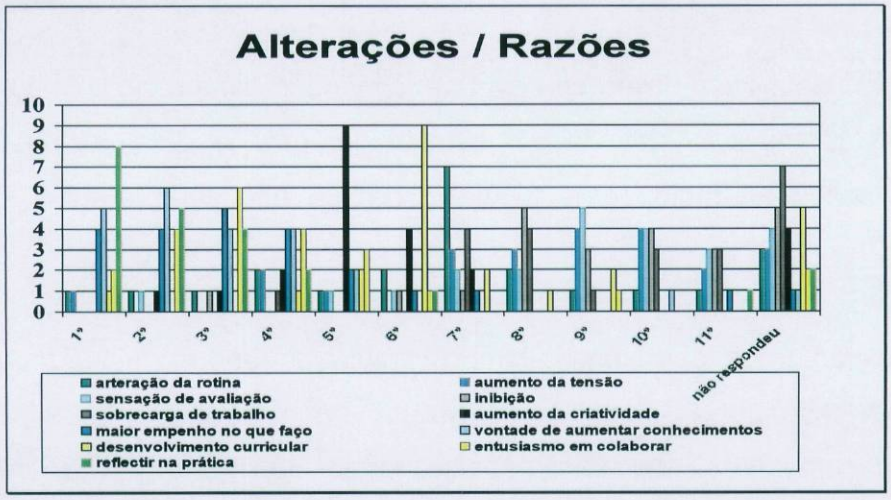


Gráfico n.º 72 - Comparação entre os resultados dos dois inquéritos face à questão "a que circulo de qualidade pertence"

E relação às alterações / razões que quiseram salientar para sustentarem o facto de afirmarem que o estudo veio trazer alterações no seu trabalho diário e comparando o gráfico 73 com o gráfico 68, que diz respeito à mesma questão do 1º questionário podemos verificar que foram muito mais claros e concretos nas respostas, como se compreende.

Como podemos observar através da comparação dos dois gráficos – e - as razões apontadas como motivadoras de alterações são muito mais concretas e dirigidas.



(**Repetição**) Gráfico nº 68- Representação gráfica das potenciais alterações/razões, que poderão justificar algumas mudanças, durante o estudo

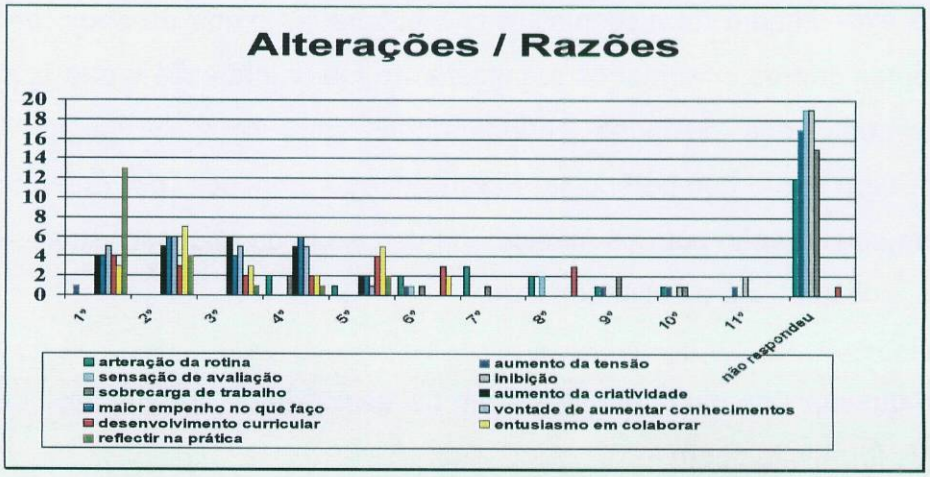


Gráfico nº 73 - Representação gráfica das alterações/razões justificadoras das mudanças que ocorreram durante o estudo

Salientam-se como mais marcantes os seguintes aspectos:

- Reflectir sobre a prática p= 0.005
- Vontade de aumentar conhecimentos p= 0.03
- Entusiasmo em colaborar p= 0.305
- Maior empenho no que faço p= 0.003
- Aumento da Criatividade p =0.000
- Desenvolvimento curricular p = 0.634

Os aspectos menos marcantes foram:

- Alteração da rotina p=0.049
- Aumento de tensão p= 0.003
- Sensação de avaliação p=0.604
- Inibição p= 0.804
- Sobrecarga de trabalho p= 0.600

Esta situação deveu-se ao facto de durante o estudo todos os enfermeiros e mesmo a equipa de auxiliares de acção médica, se terem manifestado livremente e se terem disponibilizado para colaborar. Foi também importante o período de permanência da investigadora no serviço, ter-se aproveitado as reuniões mensais e informais, para o esclarecimento de todas as dúvidas, e sobretudo por terem ganho confiança o que os levou a apresentar/partilhar todas as ideias, sugestões e questões sem qualquer tipo de inibição.

Durante o experimento foi disponibilizada bibliografia, textos de apoio de acordo com os temas que os enfermeiros manifestaram maior interesse e que ajudaria ao desenvolvimento dos cuidados perioperatórios, tais como visita pré e pós-operatória bem como competências. Foram feitas formações, por enfermeiros do serviço em colaboração com os médicos da comissão de infecção, sobre lavagem das mãos, anti-sépticos e desinfectantes.

No último questionário ainda manifestaram necessidade de aprofundar e debater e terem mais formação sobre:

- Comunicação com o doente (de 34,8% passou a ser manifestada por 17,4%);

- Comunicação com a equipa multidisciplinar (de 87% passou a ser necessidade de 30,4%);

- Trabalho em equipa - ligada com a equipa cirúrgica (de 78,1% passou a ser manifestada em primeiro lugar por 60,9%);

- Riscos no Bloco Operatório (de 86,9%, 82,6% ainda a refere como prioritária).

Tendo conhecimento destes resultados, a enfermeira chefe do serviço, envolveu toda a equipa em se distribuir por grupos e desenvolver estas temáticas usando para isso metodologias diversas tendo em conta o grupo, quer mesmo a temática.

A nível da prática de cuidados

Podemos concluir que o nosso experimento, ligado à prática de cuidados, atingiu os objectivos que nos propusemos atingir.

Foram prestados cuidados individualizados a doentes submetidos a cirurgias ou a procedimentos invasivos em ambiente operatório, tendo por base o uso de uma metodologia científica.

Para isso foi importantíssima implementação das Visitas Pré e Pós Operatórias feitas (Gráfico 74), o que permitiu organizar melhor as intervenções e cuidados

tendo em conta a pessoa concreta e todo o seu envolvimento histórico e experiencial

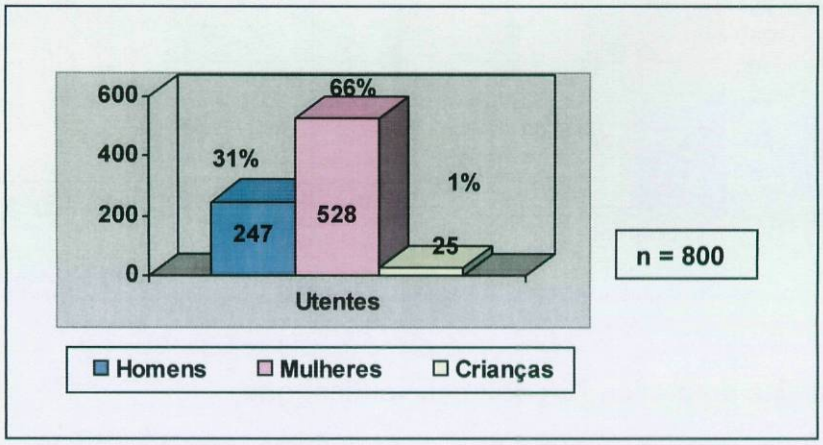


Gráfico n.º 74 - Representação gráfica do número de utentes que tiveram visitas pré e ou pós operatória durante o experimento

Dos 800 utentes (247 homens, 528 mulheres e 25 crianças – Gráfico 75) que tiveram as duas ou uma visita, tendo em conta que as cirurgias de urgência não permitiam que se efectuasse a visita pré-operatória, podemos concluir, como poderemos visualizar através dos gráficos que apresentaremos seguidamente, que os resultados foram muito positivos em variados aspectos.

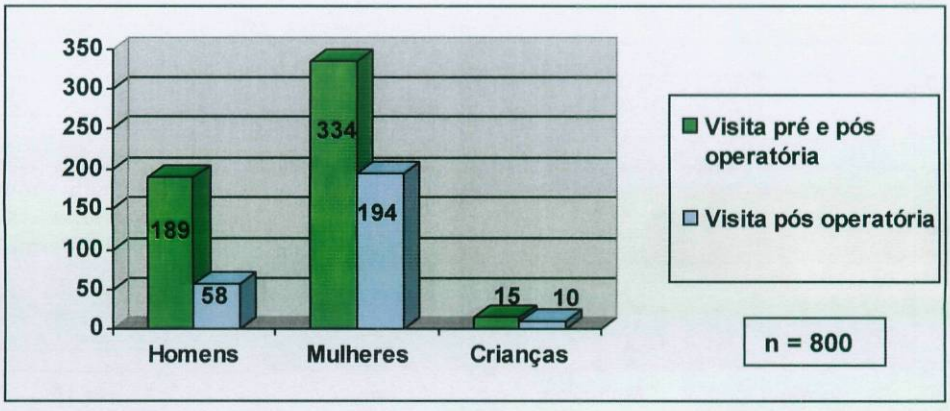


Gráfico n.º 75 - Representação gráfica do número de utentes pelo tipo de visitas que tiveram

A Visita Pré - Operatória:

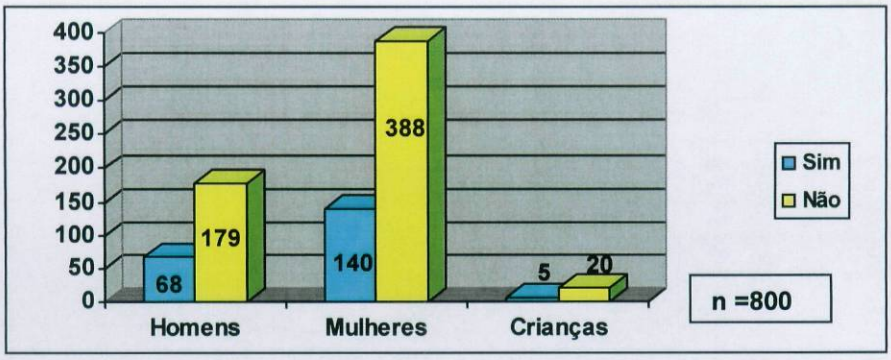


Gráfico n.º 76 - Representação gráfica do número de utentes por terem ou não experiências anteriores de cirurgia

Através da análise do gráfico 76 podemos verificar que:

Dos 68 homens que já tinham tido experiências anteriores, 20 foi do foro ortopédico, 8 situações de urgência (acidentes de viação, de trabalho, ferimentos provocados por arma branca), 40 de variadas situações dentro do foro da cirurgia geral.

Das 140 mulheres, 60 devido a cesarianas, 45 do foro da cirurgia geral e 35 do foro ortopédico.

Das 5 crianças que anteriormente tinham tido experiência de cirurgia, curiosamente tinham todas sido do foro otorrino – amigdalectomias.

Todos manifestaram saber a que iam ser operados.

Divergia no entanto a fonte de conhecimento em relação aos que tinham a cirurgia programada.

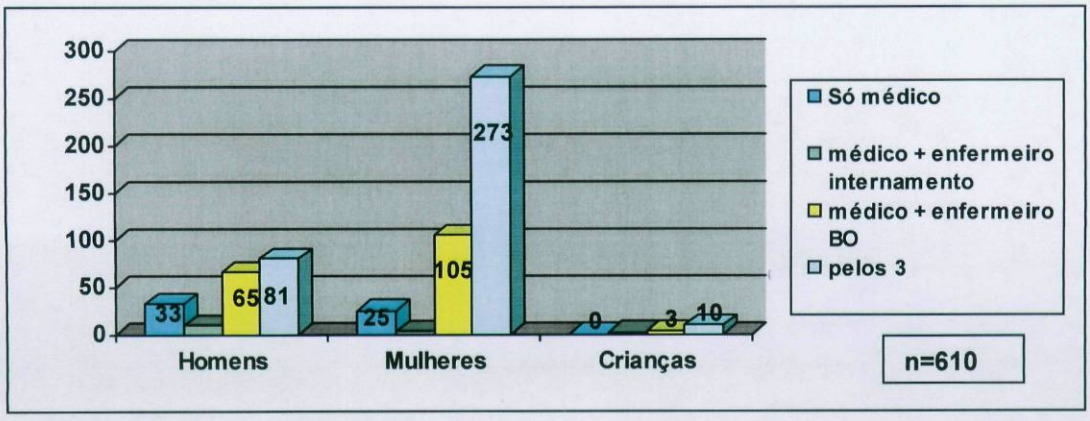


Gráfico n.º 77 - Representação gráfica do número de utentes por quem tiveram conhecimento da cirurgia

Apenas os utentes que tiveram que ser submetidos a cirurgia de urgência é que obtiveram a informação que consideraram importante pelo médico que os observou – esta observação foi obtida tanto no BO, bem como na visita pós operatória (Gráfico 77).

E relação ao tipo de informação que os utentes tinham acerca da sua intervenção, dos que tiveram visita pré-operatória, no final desta acharem que tinham informação que necessitavam – 99%, apenas 5 (3 homens e 2 mulheres) manifestaram não ter informação completa. Tratavam-se de doentes idosos, de ortopedia, que apresentavam alguma dificuldade de comunicação e que afirmavam:

"foi a minha família que me trouxe para aqui, não sei o que me vão fazer, ando mal, tenho dores, não sei se é à coluna, perna ou joelho, mas também pouco importa eles é que mandam, eu agora já sou velho (a)..." **inq, 2**

Tendo em conta as preocupações mais demonstradas pelos utentes podemos verificar, através da leitura do gráfico seguinte que 34% manifestava ter a sua maior preocupação pela anestesia, 16% tinha medo de morrer, 14% receava haver alteração da imagem corporal, ligada com a incisão operatória (local, limitação, visibilidade), 13% com o diagnóstico.

Em relação ao serviço ser estranho só 9% tinha como sua maior preocupação, 6% manifestou estar preocupado com o prognóstico, 5% tinha receio da rejeição de familiares /amigos.

Este grupo que referiu ter esta preocupação tinha idades entre os 65 e os 70, achando que poderiam tornar-se um "peso" e por isso receavam ter que ir para um lar, já tinham experiência de viverem sós ou quase sós (visitas esporádicas dos filhos).

Mais à frente quando fizermos a comparação entre estes resultados e os obtidos no pós-operatório voltaremos a abordar estes itens.

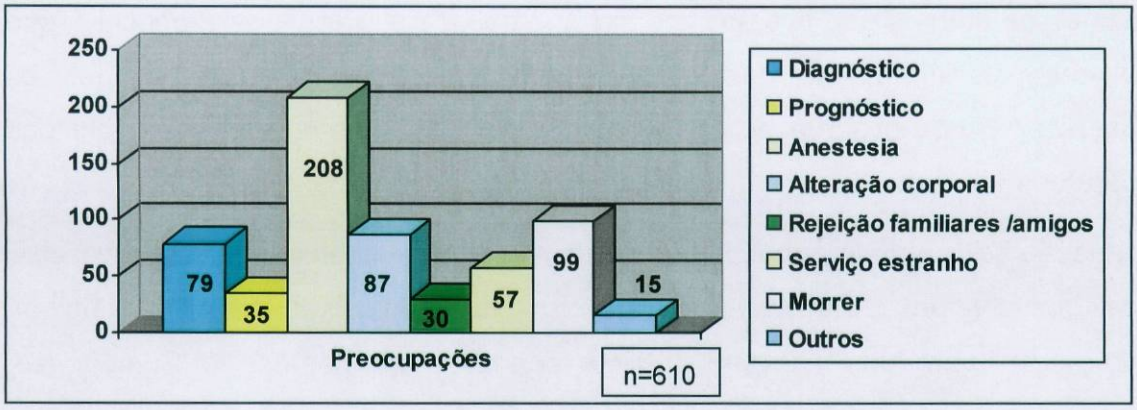


Gráfico n.º 78 - Representação gráfica do número de utentes, que tiveram visita operatória, pelas preocupações que apresentavam antes da cirurgia

Cerca de 50% dos utentes manifestavam mais do que uma preocupação, no entanto decidimos que no final da nossa visita assinalávamos a que ele considerava mais importante (Gráfico 78). Não descorando as outras que podessem manifestar, abordámo-las sempre até que o utente se mostrasse esclarecido e manifestasse menos preocupação.

Em relação ao planeamento da equipa de enfermagem e cirúrgica, verificamos através da avaliação feita aos enfermeiros do BO que com a visita pré-operatória sentiram que poderam pensar em cada um dos utentes antes de iniciar os cuidados tornando-os individualizados, personalizados e mais humanizados.

"Já conhecia o doente, as suas preocupações e receio. No final da visita tive o cuidado de anotar os aspectos mais relevantes, em relação aos cuidados a ter com cada pessoa, porque de facto, embora fossem todos serem operados a história era diferente de pessoa para pessoa"

"Tinha esta noção teórica da individualidade de cuidados, mas esta visita ajuda muita a concretizar isto na prática. Os cuidados começaram a ser planeados de outra maneira. Não quer dizer que fazíamos mal...mas acho que a técnica se impunha sobre os cuidados." **F:B, 8**

"No início as palavras não me saíam, tinha de me concentrar para falar. Mas são os próprios doentes e a família a ajudar-me. Agora já me sinto à vontade e gosto mesmo de fazer esta visita. Faz-me sentir mais enfermeira e preparar conscientemente os cuidados" **F:B, 16**

"Quando iniciámos esta visita estava um pouco séptico. Alterar alguns hábitos, achei mesmo que seria uma maçada. Ao fim de ter feito as primeiras dez visitas, já tinha a preocupação ou de vir ligeiramente mais cedo, quando tinham se realizar no próprio dia da intervenção ou quando estava no turno da tarde e sabia que os doentes já estavam internados visitava-os de véspera – havia

mais tranquilidade e ele ouvia-nos melhor e nós a ele. Ajudou-nos a começar a falar em conjunto dos cuidados que cada um necessitava e a programar pensando em cada pessoa que vinha. Já não era mais um mas sim o Sr.º ou Sr.ª X" **F:B, 17**

O uso da metodologia científica, utilizando os passos do processo de enfermagem, permitiu ainda reflectir sobre a prática de cuidados de enfermagem perioperatória, sobre o que fazemos, porque fazemos e quando fazemos, foi dos aspectos fundamentais e que pôs toda a gente a pensar antes, durante e depois de agir.

Foram definidos concretamente a função de cada um e a sua importância na equipa e no trabalho em equipa, foi e continua a ser um trabalho em que todos se empenharam e continuam a empenhar. As Normas do Serviço que tinham sido elaboradas em equipa foram revistas, alteradas e aumentadas. As alterações tiveram a ver com uma redefinição das funções, descritas com maior precisão e minúcia, para não deixar muitas hipóteses de dúvida.

Foram definidas tendo em conta o conceito de enfermagem perioperatória segundo a EORNA, as práticas recomendadas da AESOP e o trabalho que fomos desenvolvido ao longo do experimento.

O regulamento do serviço de BO, ainda não está definitivamente acabado, por alguns impedimentos condicionados com a comunicação entre a equipa cirúrgica e também pelo factor tempo.

Planear os cuidados, de acordo com o utente e cirurgia foi outro marco importante assim como avaliar os cuidados prestados. Para isso a implementação das visitas pré e pós operatórias, foram fundamentais.

Reaprender processos de comunicação com o utente e família foi um momento de aprendizagem e de grande reflexão.

Reconhecer que os cuidados de enfermagem perioperatórios se inserem na continuidade dos cuidados ao doente, foi uma conquista feita não só pelos enfermeiros do serviço de BO, mas também com os enfermeiros do internamento.

Os registos de enfermagem, feitos em folha própria criada pelos enfermeiros e para os enfermeiros foram muito importantes. É importante que seja feita a ressalva de que o **5º sinal vital, a avaliação da dor** já estava contemplado nos registos efectuados.

Este processo necessitou de transparência, comunicação teórica e escrita, compreensão e sobretudo respeito profissional. Pensamos que ainda há alguns passos a dar neste sentido.

Como nesta mesma altura em que se desenvolveu este nosso experimento, os enfermeiros desta instituição estavam a fazer formação sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), havia uma maior abertura por parte dos enfermeiros a toda a novidade e à interligação entre os diferentes serviços e consequentemente aos cuidados.

A implementação da CIPE ajudou a perceber que o utente desde que é admitido na instituição tem cuidados de enfermagem de continuidade, independentemente do serviço onde se encontre ou para onde tiver de ser transferido. O facto de estarem informatizados os dados do utente, dos cuidados prestados, sua evolução e avaliação, permite que seja assegurada a continuidade dos cuidados.

A Visita Pós - Operatória

Em relação à Visita Pós – Operatória tivemos dois grupos, como já referimos: o que tiveram a pré, porque foi uma cirurgia planeada/programada e outro formado pelos utentes que entraram pela urgência e que não tivera a visita antes da cirurgia (Gráfico 79).

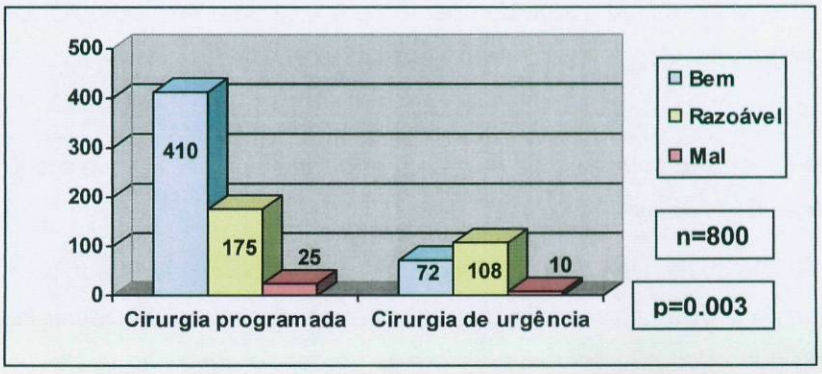


Gráfico n.º 79 - Representação gráfica do número de utentes, pela maneira como se sentiram no BO – Comparação entre os que tiveram visita pré-operatória e os que não tiveram

Podemos concluir através da análise do gráfico anterior que 60% dos utentes que foram submetidos a intervenção cirúrgica se sentiram bem no BO, 35% razoável e 5% mal, independentemente de terem tido visita pré operatória.

No entanto dos que a tiveram 67% sentiram-se bem, 29% manifestaram ter-se sentido razoável, porque não conseguiram deixar de estar ansiosos e terem receio. 4% afirmou ter-se sentido mal.
Foram na sua maioria (15) crianças, porque não tinham os pais e os restantes 10 foram adultos - 3 idosos, por acharem que tiveram de esperar numa maca "muito dura" e 7 mulheres submetidas a cesarianas, que gostariam de estar acompanhadas, quer pelo marido ou mãe.

Nenhum destes utentes, que tiveram visita pré-operatória, referiu ter sido mal recebido pela equipa, tendo apenas manifestado que o ambiente não deixou de ser estranho e não corresponder às suas expectativas pelo facto de não poderem ter lá quem eles queriam.

"Foi bom chegar ao serviço onde ia ser operado e ver uma cara conhecida" **inq. 2**

"Eu até estava nervosa desde que o senhor doutor me falou da operação, deixei tudo preparado, sabia lá se ia resistir! Quando chegou a enfermeira da sala de operações para falar comigo, no início até fiquei de pé atrás, mas depois que começou a falar, a explicar tudo com calma eu comecei a ficar mais sossegada. Até fiz as perguntas todas que não consegui fazer ao doutor, porque me senti mais aconchegada" **inq. 6**

*"Ela bem que tinha razão, afinal a sala de operações é esquisita, mas aquelas carinhas simpáticas, a mão da enfermeira que esteve comigo na enfermaria...até que foi mais fácil do que julgava "*inq. 12

*"As enfermeiras brincavam comigo, mas eu queria era a minha mãe. Porque é que ela não pode ficar comigo até ao fim? "*inq. 19

*Olhe "menina" eu não gosto nada daquilo. Podiam levar-nos a dormir, teria sido bem melhor. Ainda esperei muito tempo naquela coisa muito dura, não arranjava posição. Se calhar tive azar, porque foi por causa do outro que não acordava lembra-se...e depois sabe não gostei de ficar sozinho. "*inq. 35

Em relação aos utentes que não tiveram Visita Pré-Operatória por pertencerem ao grupo dos que foram admitidos através do serviço de urgência tendo sido conduzidos directamente para o serviço de BO, podemos constatar que:

38% (72) referira ter-se sentido bem;
57% (108) manifestaram terem-se sentido razoável;
5% (10) terem referido que se sentiram mal.

Através da análise do quadro seguinte, podemos perceber quais as razões explicativas dos resultados obtidos, percebendo quais os factores valorizados e que os mais marcaram para poder afirmar que se sentiram: Bem, Razoável ou Mal.

Podemos concluir, que a Visita foi um factor determinante, para se sentirem bem e razoavelmente no serviço de BO.

Estatisticamente foi também significativo (p 0.003), como podemos ver no quadro 68.

Como se sentiu no BO?	Razões
Bem – 72 -38%	*"Bom acolhimento"* *"Enfermeiros simpáticos – nunca me senti sozinho+a) "* *" Foi tudo rápido, aquela equipa funcionou muito bem"* *"Tiraram-me as dores rapidamente"* *"Eu estava cheio de medo e os enfermeiros ajudaram-me a sentir mais calma"*
Razoável – 108 – 57%	*"Apesar de tudo foi diferente daquilo que estava a pensar – estive sempre acompanhada"* *"Eu estive algum tempo à espera numa maca para que saísse o outro doente da sala de operações, primeiro estive mais só, depois nunca mais me largaram"* *"Eu queria que o meu marido ou a minha mãe estivessem comigo, mas não pode ser, mas as enfermeiras estiveram sempre comigo, foram boas para mim e para o meu bebé"* *"Estava aflito, ninguém sabia o que me tinha acontecido. Precisava de avisar a família e pedir-lhe roupa, foi preciso chegar ao BO para que uma pessoa me tenha ouvido e tivesse atendido o meu pedido – não posso esquecer"* *"O ambiente fica mais suportável, porque as pessoas se esforçam por nos fazerem sentir bem, mas o medo..."* *"Tu explicaste e eu percebi que a minha mãe não podia estar, mas não foi bom. Mas tu disseste que ela estava quando eu acordasse e estava, assim foi melhor"*
Mal – 10 – 5% 9 Crianças e 1 Adulto	*"Queria a minha mãe; porque não deixaste entrar a minha mãe?"* *"Não gostei nada de vocês, mandaram os meus pais embora, fiquei com a boneca, mas não gostei"* *"Foi tudo tão rápido, só me lembro de dores, máscaras, pessoas a mexerem-me, acordar com este tubo no nariz e outros na perna. Pensei que ia morrer, ali naquele sítio estranho, onde se ouvia apitos e alguém a berrar: respire fundo! Quando acordei não sabia onde estava".*

Quadro n.º 68 - Expressões mais usadas pelos utentes operados de urgência conforme se manifestaram terem-se sentido bem, razoável e mal no BO

Tendo em conta o que a avaliação feita aquando a visita pré-operatória (Gráfico 80) e suas as repercussões na ultrapassagem dos medos manifestados

verificámos que houve uma alteração que interpretamos como tendo sido um resultado muito positivo da visita realizada.

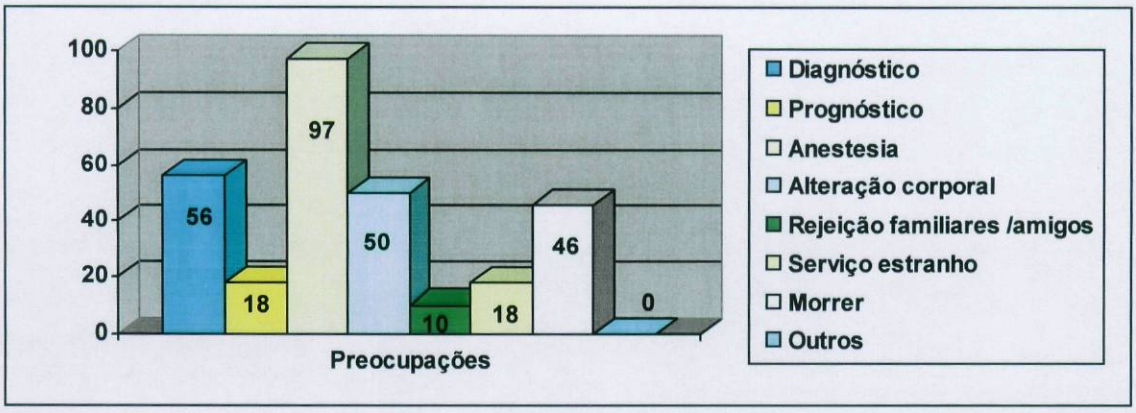


Gráfico n.º 80 - Representação gráfica do número de utentes pelas preocupações que apresentavam depois da visita pré-operatória

Conseguimos diminuir/solucionar as preocupações em 52% (315) dos doentes submetidos a cirurgia e que tiveram a visita pré – operatória (Quadro 69).

Preocupações	Visita pré	%	Visita pós	%	N-% final	p
Diagnóstico	79	13	56	19	**23 - 4**	0.457
Prognóstico	35	6	18	6	**17 - 3**	0.003
Anestesia	208	34	97	33	**111 - 18**	0.000
Alteração corporal	87	14	50	17	**37 - 6**	0.005
Rejeição familiar/amigos	30	5	10	3	**20 - 3**	0.522
Serviço estranho	57	9	18	6	**39 - 6**	0.004
Morrer	99	16	46	16	**53 - 9**	0.000
Outros	15	3	0	0	**15 - 3**	0.687
TOTAL	**610**	**100**	**295**	**100**	**315 - 52**	**0.000**

Quadro n.º 69 - Preocupações manifestadas e resolvidas na visita pré - operatória

Podemos concluir que a Visita Pré-Operatória, teve uma importância significativa no que se refere a diminuir as preocupações aos doentes que foram submetidos a uma cirurgia.

Já referimos a importância da comunicação, onde se escuta e esclarece dúvidas podem ajudar o doente e família a encararem uma situação única no seu trajecto como pessoa, com maior serenidade e sobretudo esclarecidos.
Quando o utente se encontra informado sobre o diagnóstico que o leva a ter de se submeter a uma intervenção cirúrgica, embora o receio de ter dor de ser uma situação que ainda não experimentou ou se experimentou tem más recordações, pode ajudar a enfrentar a situação com maior segurança, influenciada também pelo conhecimento prévio da equipa que vai intervir – médico, anestesista e enfermeiro perioperatório.

No que se refere ao prognóstico, tivemos apenas 18 doentes que se mantiveram preocupados em relação a ele. Foram doentes que tinham patologia oncológica e por esta razão, se compreende que esta preocupação.

Em relação à anestesia, o receio é grande, 208 utentes referiram-na como sendo a sua maior preocupação. Com a visita e através de explicação apropriada a cada dúvida apresentada consegui-se diminuir esta preocupação em 111 doentes. O receio vinha através de experiências que tinham ouvido relatar através de outras pessoas, sendo apontada também a *mass média* como causadora destes medos. Havia muita falta de esclarecimento acerca deste "adormecimento" e sobretudo uma preocupação pelo facto de terem de "*vomitar a anestesia*" (inq.226) para poderem ficar para sempre sem "maleitas quer na cabeça ou no fígado". (inq.104)

Os utentes que entraram neste estudo são de uma zona essencialmente piscatória e rural. Os aspectos culturais e espirituais estão fortemente presentes em todas as expressões, atitudes e emoções destas pessoas que se manifestam nas palavras e tipo de linguagem que usam.
A alteração corporal apresentou-se na sua maioria na população feminina e jovem. Nas intervenções do foro de ortopedia – coluna, pernas e mãos; cirurgia geral – nódulos da mama, apendicetomias, tiroidectomias; ginecologia – histerctomia, cesariana, a preocupação pela alteração corporal que a cicatriz possa apresentar era notória.

A preocupação mantém-se mesmo depois de termos explicado a localização da incisão e sobretudo dos cuidados a ter no pós - operatório com ela, para que a cicatrização se processe nas melhores condições, bem como o tipo de massagem a fazer, creme a usar, para que a cicatriz se vá notando cada vez menos. Pequenos conselhos que a nossa prática ensinou, pode desbloquear muitas vezes medos que existem acerca da marca que nos acompanhará para o resto da vida e com a qual podemos ter uma "péssima relação".

Para se conseguir este tipo de relação e êxito nestes cuidados que são da responsabilidade dos enfermeiros perioperatórios é preciso tempo físico e mental. A disponibilidade para ouvir e para esclarecer usando palavras que as pessoas entendam é fundamental na visita pré e pós operatória.

As 10 pessoas que continuaram a afirmar que a sua maior preocupação era a possível rejeição familiar/amigos, foi manifestada por utentes que viviam sós ou a maior parte do dia sós. Foi a população mais idosa que manteve esta preocupação.

Em relação ao serviço ser estranho, essa preocupação manteve-se em 18 crianças, que não entendiam porque tinham primeiro que sair da sua enfermaria, de junto da mãe e terem de entrar num serviço onde *"toda a gente tinha um carapuço e uma máscara".* **(inq. .65)**

Foi sempre uma preocupação da equipa de enfermagem, receber as crianças sem máscara, prepara o ambiente com alguma serenidade, não haver muita agitação, nem conversas paralelas para que a tenção estivesse depositada no utente mais pequeno. Os treinos e explicações de como teria que "soprar" para encher o balão, às vezes pareceram às enfermeiras que fizeram a visita pré-operatória, pouco eficazes, porque a separação mais ou menos brusca e na maioria das vezes com a pouca colaboração dos pais, pois a emoção era mais forte do que a razão, pouco ou nada ajudou a manter a serenidade que se desejava em ambas as partes.

O medo de morrer está muito ligado a toda este mistério que envolve a intervenção cirúrgica. Esta preocupação manifestou-se fortemente em duas fachas etárias: 50 -55 anos e >= 70 anos.

No primeiro grupo estava sobretudo ligado ao facto de ainda terem filhos dependentes e a necessitarem do auxílio dos pais, sobretudo financeiro.

No segundo grupo, por acharem que ainda não estavam preparados para morrer e principalmente não desejarem morrer no hospital sem estarem junto da família.

Em relação aos "Outros", tinha sobretudo a ver com o pós-operatório imediato:

Como é que a família ia saber como correu a cirurgia;

Para onde iria logo a seguir à intervenção;

Era importante vomitar logo a seguir;

Como seria se tivesse dores, era para sofrer ou devia dizer;

Quando poderia receber visita do marido ou da mulher...

Através da nossa experiência e pelo contacto com outros colegas que fazem as visitas pré e pós operatória podemos concluir que todos estes aspectos focados são comuns ao utente que passa pela experiência cirúrgica, qualquer que seja a sua idade ou seja localização no ciclo vital.

Podémos também avaliar os nossos cuidados, através da questão " **o que mais gostou, o que menos gostou, no BO?"**

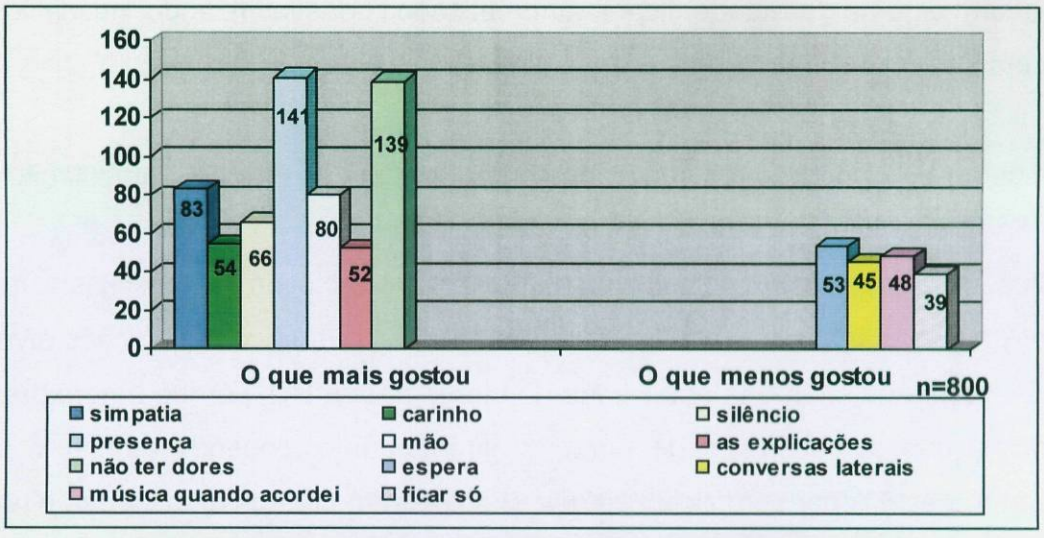


Gráfico n.º 81 - Representação gráfica do que os utentes manifestaram ter gostado mais e menos durante a sua permanência no BO.

Como se pode verificar, pela análise do gráfico 81, os utentes salientam os aspectos ligados com a interligação entre eles a equipa de enfermagem. Não foram capazes de referir nenhum aspecto técnico, mas apenas realçam sinais que para eles tem maior impacto e que estão ligados ao bem-estar, segurança, comunicação e ambientais.

A noção que o utente tem de bons cuidados passa por estes aspectos acima referidos.
É pois importante que os enfermeiros do Perioperatório sejam pessoas atentas às manifestações dos utentes e correspondam às suas expectativas.

77% dos utentes referiram aspectos positivos, salientando que desses, 23% referiram não ter tido dores e os outros 77% aspectos como a simpatia, carinho, silêncio, presença dos enfermeiros, poderem ter segurado a mão da enfermeira, terem tido explicações durante a sua estadia no BO.
Não podemos no entanto deixar de referir que 23% salientaram apenas aspectos negativos e que tem a ver com aspectos ligados ao ambiente (espera, conversas laterais e música quando acordei) e à relação/comunicação (ficar só).
O facto de ter sido uma percentagem menor do que a que salientou os aspectos positivos deverá levar-nos a reflectir sobre algumas prática de cuidados diários que com alguma facilidade ficam automatizados, desvalorizando necessidades dos utentes.

A espera no BO pode ser minimizada se houver uma boa gestão, articulação com os serviços de internamento e com a equipa cirúrgica.
Muitos destes casos (60%) estiveram ligados ao facto de o anestesista querer fazer uma avaliação pré anestésica no serviço e os outros com situações diversas – 25% com uma chamada antecipada do utente para o BO, porque a hora prevista coincidia com a passagem de turno no internamento, podendo atrasar o plano operatório e 15% por complicações que aconteceram com os utentes das cirurgias anteriores, no pós operatório imediato.

A espera às vezes é inevitável mas ela pode ser minimizada explicando o seu motivo, criando um ambiente calmo e como é obvio nunca abandonando o doente pois podemos correr o risco de aumentar a sua ansiedade.

Parecem aspectos de somenos importância, mas para um enfermeiro que tem uma visão holística da pessoa e que cuida este aspecto, não pode passar despercebido.

Outro aspecto negativo e que ocorre algumas vezes, é haver conversas laterais, que para o doente numa situação estranha, preocupado com a "aventura que vai viver, cria uma emoção nova que eles referem como: "*eu sou mais um*", (inq .502) *"Estão preocupados com outras coisas e eu estou para aqui"* (inq. 128).

A cirurgia é para cada um uma experiência única, cheia de novidade e como tal deve ser respeitada por todos os elementos da equipa. Os olhos de todos devem estar dirigidos para o utente como a pessoa mais importante transmitindo-lhe o máximo de serenidade e segurança, em todas as situações independentemente de ser urgência ou cirurgia programada, evitando ao máximo conversas, que podem ser adiadas para outras alturas.

Um dos aspectos apontados como negativo foi a presença de música ao acordar. A música foi introduzida no BO, para poder ajudar a equipa cirúrgica a estar menos tensa durante o acto cirúrgico.
Se quando o utente entra na SO e já está a música a tocar, para além de ter de ser relaxante e calma, o enfermeiro tem o dever de o questionar, observar a sua reacção a fim de perceber e também saber, o que o utente pensa e como reage à presença da música.
O efeito não é sempre o pretendido, podendo aumentar a tensão, razão pela qual o utente deve ser ouvido em relação à sua presença. Quando está a acordar o ambiente deve ser de calma, as atenções devem estar mais uma vez dirigidas para ele, e para as respostas aos estímulos que lhe são dirigidos pelo anestesista com a finalidade de poder recuperar a respiração espontânea.

O momento da descurarização e extubação é tão importante como a inversa, por isso a equipa deve estar centrada nestes aspectos para que tudo possa correr em segurança.

Um dos itens que nos propusemos avaliar, foi em relação à continuidade de cuidados.

Para tal foi construído um inquérito, que depois de pré-testado foi entregue aos 58 enfermeiros do internamento de cirurgia, ortopedia, pediatria e de ginecologia/obstetrícia de onde eram provenientes os doentes que foram intervencionados no BO.

Assim foram avaliados três parâmetros seguintes através da utilização de escalas de Likert.

- **Comunicação oral e escrita**

  Oral (Completa; Suficiente; Insuficiente; Ausente)

  Escrita (Completa; Suficiente; Insuficiente; Ausente)

- **Interligação entre os serviços BO e Internamento**

  (Boa; Suficiente, Insuficiente, Má)

- **Diferenças notadas** (Muitas; Algumas; Poucas; Nenhumas)

Questionamos separadamente os dois tipos de comunicação para podermos perceber, se o facto de se terem efectuado as visitas, tinha provocado a comunicação entre os enfermeiros e se essa tinha aumentado. Por outro lado como tínhamos uma folha de registos destinada aos cuidados perioperatórios foi também nosso objectivo testar essa mesma folha e avaliar até que ponto os enfermeiros recorriam a ela, para recolher dados relevantes para o planeamento dos seus cuidados, dando continuidade.

Quando os questionamos acerca de ter havido ou não alteração no tipo de comunicação, tendo em conta a existente até ao momento do nosso estudo, os enfermeiros dos serviços de internamento foram unânimes em afirmar que tinha havido uma alteração acentuada. (inq. 14)

Desde que começaram as visitas e implementada a folha de registos dos cuidados de enfermagem perioperatória houve mais diálogo entre as equipas de enfermagem e os registos foram consultados para planeamento dos cuidados pós operatórios.

Como podemos analisar através da leitura do gráfico seguinte, a comunicação oral existia na altura em que o doente era entregue a cada uma das equipas de enfermagem, do internamento para o BO ou vice-versa. Aí era transmitido de uma forma mais ou menos completa alguns dados acerca do doente ou do seu estado, mas de uma forma, intitulada por diversos elementos, como *standart*.

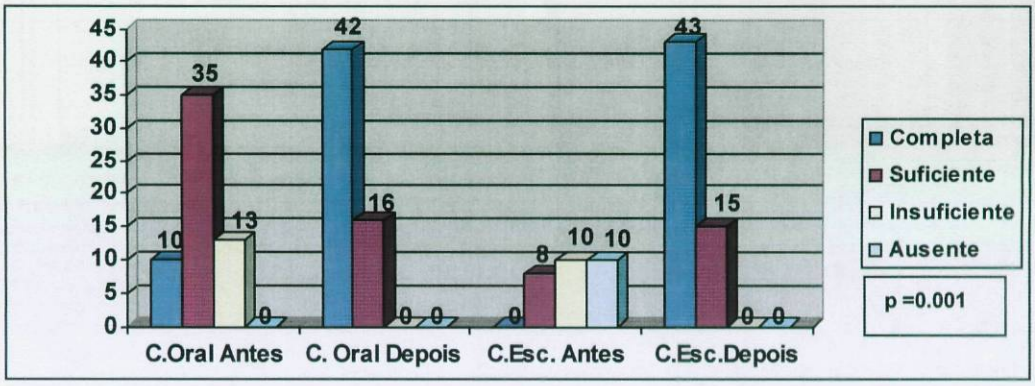


Gráfico nº 82 - Opinião geral dos enfermeiros acerca da comunicação oral e escrita antes e depois de ter iniciado o experimento

Se antes do início do estudo 10 (17%) achavam que era completa, a ideia modificou substancialmente depois deste, pois 42 a que corresponde 72% dos enfermeiros inquiridos acharam que só "agora" é que estava completa (gráfico anterior).

Em relação à comunicação escrita, então a diferença é muito mais significativa quer nas opiniões quer estatisticamente (p=0.001).

Este resultado previa-se, pelo facto de, até ao momento, não haver registos próprios da enfermagem perioperatória. Apenas constava alguma informação na folha de anestesia, que era pouco relevante. Os enfermeiros para saberem alguma informação, sobre o que tinha acontecido, durante o período perioperatório, ou falavam com os colegas directamente, na altura de irem buscar

o doente, ou tinham apenas a informação médica que estava registada no processo do doente.

Impunha-se que houvesse uma folha única de enfermagem que relatasse os cuidados de enfermagem efectuados durante este período, bem como os resultados obtidos durante o mesmo. Só assim se poderia dar uma continuidade aos cuidados.

Assim podemos constatar através da análise do quadro seguinte que a comunicação oral e escrita foi avaliada e analisada pelos enfermeiros dos diferentes serviços, tendo em conta a sua importância na continuidade de cuidados.

Tipo de Comunicação	Completa				Suficiente				Insuficiente				Ausente			
Enfermeiros/Serviço	Ort.	Cir.	Ped.	G/O	Ort.	Cir.	Ped.	G/O	Ort.	Cir.	Ped.	G/O	Ort.	Cir.	Ped.	G/O
Oral	16	16	10	14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	89	100	100	100	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Escrita	10	12	5	10	8	4	2	4	0	0	3	0	0	0	0	0
%	56	75	50	71	44	25	20	29	0	0	30	0	0	0	0	0

Legenda: Ort. – Ortopedia; Cir. Cirurgia; Ped. Pediatria; G/O Ginecologia/Obstetrícia

Quadro nº 70 - Opinião dos enfermeiros dos diferentes serviços acerca do tipo de comunicação que se estabeleceu entre eles e os enfermeiros do BO

Questionamos separadamente os dois tipos de comunicação, para podermos obter resultados acerca da opinião sobre cada uma delas, uma vez que tinha sido valorizada e intensificada.

Por outro lado como tínhamos uma folha de registos de enfermagem destinada aos cuidados perioperatórios, foi também nosso objectivo testar essa mesma folha e avaliar até que ponto os enfermeiros recorriam a ela para recolher dados tendo em vista o planeamento dos cuidados, dando assim, continuidade aos cuidados de enfermagem.

Podemos assim salientar alguns aspectos que têm a ver com os resultados obtidos.

Em relação às opiniões, que referem ser ainda insuficientes em relação aos registos de pediatria, estão ligados a aspectos da área. Sugerem as colegas que deveria haver uma escala de avaliação da dor dirigida às crianças através de simbologia adequada.
Registos dirigidos à reacção da criança antes de adormecer, bem como ao acordar e como se relacionou com a mãe ou pai nessa altura.

Em relação aos aspectos referidos como suficientes, divulgados pelos enfermeiros de todos os serviços, estavam ligados a aspectos onde a folha de registos estava incompleta:

Tempo de posicionamento e protecção utilizada para prevenção de zonas de pressão, localização exacta da placa de bisturi tipo de desinfecção utilizada na cirurgia e em alguns casos tipo de penso colocado.

Das alterações mais positivas, foi de facto a que se refere à comunicação. As outras descritas pelos enfermeiros, ligam-se a esta. Maior conhecimento sobre o que se passou com o doente durante o período perioperatório, maior conhecimento sobre os cuidados de enfermagem que são prestados durante este período e maior relação entre os diferentes enfermeiros implicados nos cuidados.

Tendo em conta os aspectos negativos mencionados, apenas salientaram que deveria, dentro do possível, haver uma maior organização no que diz respeito às horas em que as visitas pré e pós-operatórias, eram feitas.
Algumas vezes, na altura em que o doente entrava no próprio dia da cirurgia, o espaço físico e temporal era muito pequeno para que houvesse a hipótese de fazer tudo o que era necessário: preparação física para a cirurgia, dar atenção e acompanhamento à colega do BO, originava, por vezes, alguma interferência e uma certa agitação no serviço.

Esta situação foi resolvida em determinados momentos quando o enfermeiro do BO fazia a sua visita pré-operatória durante a passagem de turno dos colegas do internamento. Idealmente o que se pretendia era que os doentes entrassem na véspera da cirurgia para que a visita decorresse com mais calma e à qual

pudessem assistir e participar o enfermeiro do internamento responsável pelo doente, bem como a família.
Esta foi também uma das razões que nos levou a apresentar uma sugestão que mais à frente iremos referir.

Foram ainda pedidas sugestões tendo em vista a melhoria da continuidade de cuidados, tendo-se para isso usado uma questão aberta, cujas respostas foram trabalhadas através da análise de conteúdo (Quadro 71).

Categorias	Sugestões
Visitas	*"Gostaria de participar mais nas visitas pré e pós operatórias. Assim posso acompanhar melhor todo o processo pelo que o doente passa e planear as minhas intervenções com outra visão"* **Inq.1** *"As horas das visitas deveriam ser marcadas previamente para haver uma melhor coordenação"* **Inq. 3** *Se já tivesse havido uma visita/orientação prévia dos enfermeiros do BO antes dos doentes entrarem e houvesse registos específicos desse momento, penso que todos lucrávamos com isso. Assim na véspera ou antes da cirurgia era tudo mais calmo e controlável"* **Inq. 5**
Registos	*"Os registos dos cuidados de enfermagem dos colegas do BO são muito importantes. Podiam ter uma escala de dor apropriada às crianças".* **Inq.4** *"Quando o doente é admitido no serviço já devia ter registos do enfermeiro perioperatório para que os nossos cuidados já podessem incluir alguns aspectos importantes na preparação do doente e no planeamento de cuidados. Assim é que via uma continuidade com muita mais visibilidade.* **Inq.6** *"Penso que com a informatização e a aplicação da CIPE, os registos serão mais facilitados e ajudaram mais os enfermeiros a planear os seus cuidados"* **Inq.7**
Formação	*"Acho importante haver momentos de formação inter serviços para podermos discutir os nossos cuidados, tendo em vista uma maior qualidade dos mesmos"* **Inq.1**

Quadro nº 71 - Sugestões apresentadas pelos enfermeiros tendo em vista uma melhoria da continuidade de cuidados

Quanto ao modelo de enfermagem perioperatória por nós desenhado antes do estudo de investigação-acção, o mesmo foi analisado por todos os elementos da equipa.
Os modelos teóricos que estavam na base dos cuidados perioperatórios, foram unanimemente aceites:

O das Necessidades –Virgínea Henderson

O do Cuidar – Jean Watson

Embora estes dois modelos dessem relevo à comunicação e relação que se estabelecia entre o utente, família e enfermeira, referiram que o modelo de Relação de Ajuda preconizado por Helene Lazure, as tinha ajudado nesta dimensão do cuidar – marcante nos cuidados perioperatórios.

O modelo através do seu desenho, ajudou-os a procurar as bases orientadoras da sua prática diária, as justificarem as suas intervenções e a integrarem os cuidados perioperatórios, no continuo de cuidados que o doente necessitará durante o seu processo de internamento, num contexto cirúrgico.

Analisando também os modelos já anteriormente apresentados, o da EORNA e o da AESOP, podemos concluir que os três tem muitos aspectos em comum e da sua combinação surgiu o seguinte:



Figura nº 44 - Modelo Final do Experimento

Adaptação da autora

O foco de atenção do enfermeiro perioperatório é o utente/família. Como tal, presta cuidados de enfermagem, tem competências específicas e insere-se numa equipa profissional.

As suas competências são:

1 - **Planificador e Prestador de Cuidados**

O enfermeiro perioperatório planifica os cuidados através do contacto prévio que tem com o utente/família aquando da visita pré-operatória, presta cuidados de enfermagem individualizados durante o período perioperatório e avalia-os na visita pós-operatória

2 – Comunicador

Uma das competências que deve ter é a da comunicação eficaz. Ouvir, observar, ser ponte e garantia de comunicação entre o utente/família e equipa multiprofissional, responder de acordo com as necessidades do utente.

3 – Educando, Educador e Formador

Deve manter a atitude de aprender a aprender, bem como ser formador dos elementos mais novos.

É educador, porque através dos momentos de contacto com o doente e família, (visitas pré e pós operatórias, estadia no BO e na UCPA) ele deve fazer educação para a saúde, tendo em vista a promoção, a prevenção e a segurança do utente.

A responsabilidade pela sua formação vai fazer desenvolver competências de níveis superiores atingindo assim a condição de perito. Este processo é inacabado porque a tecnologia e a ciência cirúrgica e o desenvolvimento da enfermagem perioperatória estão sempre em evolução constante, não podendo haver estagnação, o que seria igual a perder competências e a contribuir para o retrocesso de cuidados.

A sua competência como formador contribui, para que a sua auto-evolução seja atenta e exigente em todos os pormenores, o que vai conferir uma maior segurança e credibilidade nas suas acções ou seja cada vez mais competente.

4 – Advogado do Doente

Entenda-se advogado do doente como o garante de toda a segurança de que o doente necessita.

O enfermeiro perioperatório deve exigir de todos os elementos da equipa cirúrgica um comportamento que salvaguarde os direitos do doente.

Atender e garantir, que se cumpra a técnica asséptica, que seja cumprido o protocolo cirúrgico, bem como assegurar que tudo se desenrole como aquilo que foi autorizado pelo utente em relação ao previsto cirurgicamente. O consentimento informado do utente deve ser salvaguardado e o enfermeiro perioperatório deve inicialmente conhecê-lo para que o possa defender enquanto o utente permanece inconsciente (anestesia geral) ou com capacidade limitada para poder acompanhar o desenrolar da cirurgia (anestesia local ou regional).

5 – Analista e Investigador

A competência de analisar as diferentes situações, antever e prever situações anómalas, permitindo actuar de forma eficaz e eficiente deve ser desenvolvida e adquirida.

Sem essa competência o enfermeiro perioperatório não pode ser garante de segurança, quer para o doente quer para a própria equipa de enfermagem cirúrgica e multiprofissional.

Para contribuir para o desenvolvimento da profissão e dos seus conhecimentos o enfermeiro perioperatório deve envolver-se com a investigação.

O avanço da profissão dá-se pelo questionar constante e pela certificação das competências individuais e das específicas ligadas à área de cuidados. Para isso é necessário investigar e cultivar o gosto pela investigação. A actuação científica assenta em princípios que foram testados e aplicados à prática, obtendo resultados positivos, ganhos concretos em saúde, tornando-se uma mais valia no desenvolvimento da profissão.

7 – Desenvolver o Eu Pessoal e o Eu Profissional

Uma das competências de todos os enfermeiros é a responsabilidade pelo seu auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Como já afirmamos anteriormente, esta área de cuidados tem um desgaste muito grande pela forte tensão em que a equipa trabalha. É de facto com situações de risco que este grupo profissional trabalha diariamente, aumentando por isso mesmo o *stress,* o que pode levar a situações de *burnout* a um desgaste físico e emocional precoce.

A necessidade de reconhecimento e de valorização profissional é um aspecto que tem repercussões positivas na auto-estima de cada profissional é agente de motivação para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, tão importante nesta área de cuidados. A evolução tecnológica e o tipo de doentes que carecem de cuidados de enfermagem específica, devem também eles, serem motivadores desse mesmo desenvolvimento.

O enfermeiro perioperatório tem de ter uma noção exacta da exigência que esta área implica e por isso mesmo ser um "investidor" activo no seu próprio desenvolvimento, sabendo que só assim, poderá ser um garante de cuidados de enfermagem de qualidade e de segurança.

8 – Líder para a mudança

Esta competência de líder, deverá ser uma das que merece um investimento pessoal elevado. A tendência natural das pessoas é a acomodação, quando adquiriram um certo conhecimento e controlo da situação.

Nesta área de cuidados a acomodação pode ser, como na gíria referimos, por "morte do artista". O enfermeiro não pode nunca acomodar-se porque a evolução é tão rápida que em pouco tempo fica ultrapassada e desactualizado.

As mudanças dão-se com alguma frequência e o seu espírito aberto a uma adesão e adaptação à mudança deve ser desenvolvido continuamente.

A liderança para a mudança conquista-se pelo empenho diário, pela aposta no desenvolvimento pessoal e profissional, tendo como objectivo máximo a prestação de cuidados individualizados ao utente e contribuindo para que continuidade dos cuidados de enfermagem seja uma realidade. Este facto permitirá ao doente sentir-se uma pessoa e não, um ser dividido por cada serviço por onde passa.

Tendo presente tudo isto que referimos e o que foi o resultado do nosso experimento, podemos concluir que:
- Falar de enfermagem perioperatória faz sentido, porque o utente/família têm necessidade de cuidados de enfermagem durante o período perioperatório e como tal só enfermeiros os podem prestar.
- A área perioperatória é específica e necessita de enfermeiros com preparação, também ela específica/especializada nessa mesma área.
- Os enfermeiros perioperatórios através dos cuidados que prestam, assentes numa metodologia e conhecimentos científicos, integram e dinamizam o trabalho em equipa multiprofissional.
- Os enfermeiros perioperatórios estabelecem uma relação com o utente/família, enfermeiros do internamento e equipa cirúrgica assegurando a continuidade de cuidados através das visitas, diálogo e registos.

Tendo em conta todos estes aspectos referidos e avaliados, pesando o facto de, pensarmos e defendermos que a actuação do enfermeiro perioperatório deve começar mais cedo, resolvemos apresentar a proposta que descrevemos seguidamente.

Proposta

Numa segunda fase do estudo de investigação-acção, surgiu a necessidade de criar uma nova intervenção da enfermagem perioperatória, por se ter chegado à conclusão, que a preparação da cirurgia requeria maior tempo e investimento podendo assim o utente e o enfermeiro tirar maior proveito da mesma.

6 – Gestor

O enfermeiro perioperatório desde sempre teve que desenvolver capacidades para ser um gestor competente. Como já foi abordado, todos os dispositivos médicos que são usados nas intervenções cirúrgicas são de elevado custo. Terá de saber o preço de cada um para que, conscientemente, use apenas o necessário a cada uma, sem haver por isso gastos supérfluos. O facto de ter tudo preparado antecipadamente, prevendo a sua possível utilização durante o acto cirúrgico, não quer dizer que tenha a(s) mesa(s) repletas de "material", que depois não será usado. Isto acarretaria um gasto exorbitante e revelaria uma grande falta de gestão.

Ter material esterilizado aberto sem haver necessidade traz custos muito elevados. Requer uma nova reesterilização, o que aumenta o seu desgaste e consequente encurtamento de vida, ou então, se não for reesterilizável, leva a gastos irreversíveis desnecessários, passíveis de serem controláveis.

A boa gestão requer metodologia e o empenho de toda a equipa, por isso o trabalho em equipa ser um aliado da boa gestão.

A gestão dos recursos humanos, que parece ser uma competência só de quem tem encargos de supervisão e de chefia de serviços, também deve ser uma competência do enfermeiro perioperatório no desenvolvimento e contribuição do trabalho em equipa.

A gestão passa também pelo tempo. Evitar perdas de tempo, que vão contribuir para um aumento dos tempos operatórios: espera do doente à porta da SO, espera do doente que "tarda" do internamento, aumento do tempo anestésico e operatório, de passagem do doente da UCPA para o internamento.

Estes gastos de tempos desnecessários podem contribuir para um aumento de situações de *stress* e de conflitos possíveis responsáveis por gastos desnecessários em saúde, favorecendo adiamentos ou cancelamentos operatórios que podem ser evitados. Normalmente, estas situações acontecem por falta de comunicação, deficiente trabalho em equipa e gestão duvidosa.

Esta nossa ideia foi baseada numa experiência que tivemos aquando a nossa Integração no Instituto Português de Oncologia como enfermeira de cuidados gerais (1980), em que havia uma consulta de enfermagem, após a consulta médica para poder esclarecer melhor o utente e família da proposta de tratamento ou de planeamento de intervenção médica. A linguagem técnica era "desdobrada" de maneira a que todas as dúvidas se esclarecessem.

Tinha como objectivo, esclarecer o mais possível os doentes/família sobre o que lhes tinha sido dito e proposto, pudessem programar novas consultas e prepararem com alguma antecedência a sua vida pessoal para o acto terapêutico proposto.

Partindo assim desta experiência já com alguns anos, e com resultados positivos, transpondo para esta realidade que estávamos a viver, achávamos que seria uma proposta a apresentar e a propor a esta instituição onde achávamos haver condições para ser implementada com êxito.

O facto de muitos utentes, entrarem no próprio dia da intervenção cirúrgica, não permitia que a visita pré-operatória fosse desenvolvida nas condições consideradas ideais (disponibilidade, ambiente calmo e privacidade).

Foi sonhada esta possibilidade de intervenção do enfermeiro perioperatório, partilhada com a equipa de enfermagem, estudada a viabilidade para ser implementada sem haver encargos económicos e de recursos humanos. Todos foram unânimes, em afirmar, que seria uma mais valia para o utente/família, equipa cirúrgica, por isso foi considerada pertinente e da competência do enfermeiro perioperatório – a Consulta de Enfermagem Pré – Operatória, seguindo-se a entrega da proposta ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar.

Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

Fundamentação:

Até ao momento tem sido efectuada a visita pré – operatória aos doentes internados nesta instituição, de todas as cirurgias programadas, pelos enfermeiros

do Serviço de Bloco Operatório. Da avaliação feita com os doentes/família e enfermeiros podemos concluir:

A satisfação:

- Pelo facto do doente ter "uma atenção especial", que é uma das funções dos enfermeiros perioperatórios, para poderem planear os cuidados de forma mais personalizada, humanizada e de maior qualidade;

- Manifestada pela equipa de enfermagem do perioperatório, tornando o trabalho de equipa mais coeso e gratificante.

A insatisfação

- Transmitida pelos doentes bem como pela equipa de enfermagem por não poder haver tempo para uma visita mais prolongada. Ambos os intervenientes sentem que muito fica por dizer.

- O elevado número de doentes e o facto da maioria deles ser internado no próprio dia da cirurgia, pode estar na base desta dificuldade, em poder facultar mais espaço, para este momento que é considerado quer pelos doentes, quer pela equipa, como muito importante.

A necessidade

- Sendo a visita pré-operatória uma intervenção dos enfermeiros perioperatórios. Tendo esta, influência no doente em diferentes níveis como a ansiedade e o medo, e na equipa de enfermagem aumentando a qualidade dos cuidados, vemos necessidade de haver um primeiro contacto com o doente antes da cirurgia para uma maior e melhor preparação e planeamento da mesma.

Assim vimos propor a criação de uma **Consulta de Enfermagem Pré-Operatória,** a título experimental, não para substituir a visita, mas para completar algo que nos parece pertinente e oportuno, no sentido de humanizarmos os cuidados e contribuir para a excelência dos cuidados a que todo o cidadão tem direito.

Objectivos:

- Esclarecer o utente/família sobre procedimentos perioperatórios;
- Ouvir o que o utente/família tem para dizer;
- Esclarecer dúvidas;
- Clarificar conceitos erróneos;
- Preparar o internamento/cirurgia;
- Motivar para a cirurgia, diminuindo a ansiedade do utente/família.

Destinatários:

Todos os doentes com cirurgia programada – na Unidade da Póvoa.

Ou a título experimental: Iniciar com doentes uma ou duas especialidades com cirurgia programada (podendo desenvolver um estudo comparativo)

Duração: Três meses

Local: Sala junto dos consultórios dos médicos de cirurgia – (unidade da Póvoa de Varzim).

Horário: Dias de Consulta Pré-Operatória das diferentes especialidades cirúrgicas.

Responsável pela Consulta:

Enfermeira(o) do Bloco Operatório. Pelo facto dos recursos humanos serem limitados, a investigadora ofereceu-se para desenvolver essa mesma consulta de maneira a não haver encargos de espécie alguma, para a Instituição, podendo assim tirar-se o maior proveito possível.

Metodologia:

A enfermeira perioperatória, participaria na Consulta de Planeamento Cirúrgico, se o médico e utente não vissem qualquer tipo de impedimento, para melhor poder intervir – uma vez que como elemento da equipa cirúrgica, motivaria o trabalho em equipa, sendo este um momento facilitador para articular/planear os cuidados perioperatórios, iniciando a preparação pré-operatória antecipada.

Com conhecimento sobre a cirurgia proposta, assim como, da informação dada pelo cirurgião ao utente, a intervenção da enfermeira perioperatória, deveria dar continuidade, ao que foi iniciado, através do fornecimento de informações mais pormenorizadas, sobre a cirurgia e suas implicações.

Nessa Consulta de Enfermagem, a enfermeira teria de estar disponível para escutar todas as dúvidas que o utente e família pudessem apresentar, inerentes à situação, bem como para dar informação clara e concreta sobre alguns aspectos, tais como:

- Dia de internamento e da cirurgia;
- O que levar para o hospital;
- A preparação pré-operatória de acordo com a estabelecida pela equipa cirúrgica, reforçando a sua necessidade e incentivando o utente para proceder com todo o rigor, explicando as suas razões;
- A preparação específica, realizada na instituição hospitalar, esclarecendo e informando sobre a sua necessidade;
- "Rotinas hospitalares" – horários;
- Visitas Pré e Pós – operatórias efectuadas pela equipa de enfermagem perioperatória;
- Unidade de cuidados Pós - Anestésicos (UCPA);
- Analgesia pós – operatória;
- Local e qual a pessoa que o familiar do utente poderia contactar no dia da cirurgia para obter informações;
- Horário de visitas.
- ...

A entrega de **um folheto explicativo e elucidativo**, parece-nos ser um elemento importante e complementar da informação oral.

Sabendo que o utente numa situação de grande tensão têm alguma dificuldade em reter toda ou grande parte da informação que lhe é transmitida, este serviria de guião, onde estariam mencionados os aspectos mais relevantes, podendo recorrer

ao mesmo, sempre que quisesse relembrar aspectos mais práticos e funcionais, ligados com a cirurgia, instituição e serviços.

Quando foi apresentada a proposta ao Conselho de Administração, a Enfermeira Chefe do Serviço do Bloco Operatório, fez questão de emitir o seu parecer sobre a mesma:

"A criação desta Consulta seria uma mais valia, por poder dar elementos concretos, sobre as repercussões da Consulta a nível do utente/família; equipa multiprofissional, assim como a nível da qualidade de cuidados."

Esta consulta não foi possível ser implementada em virtude de o Conselho de Administração ter sido alterado.

O projecto ainda se encontra na equipa de enfermagem do BO, aguardando a altura adequada, para ser novamente apresentada ao Conselho de Administração, para apreciação e sua implementação.

Parceria com Escola Superior de Enfermagem para Formação

Decorrente do estudo desenvolvido, e das mudanças ocorridas neste Serviço de Bloco Operatório e nos cuidados de enfermagem perioperatória do mesmo, tornou-se numa referência para outras instituições e para enfermeiros desta área de cuidados.

Foi então estabelecida uma parceria entre a Instituição hospitalar e a Escola, donde a investigadora era proveniente, no sentido de poderem colaborar no I Curso de Formação para Enfermeiros do Perioperatório.

Esta parceria previa a possibilidade de alguns enfermeiros poderem ser solicitados para darem formação aos colegas, formandos deste Curso, assim como o Serviço, seria um local escolhido para a realização da prática clínica, em virtude de apresentar condições e sobretudo proporcionar ao enfermeiro estagiário, experiências inovadoras no âmbito dos cuidados perioperatórios, decorrentes do estudo desenvolvido

O SERVIÇO DE BLOCO OPERATÓRIO UM ANO APÓS, O ESTUDO INVESTIGAÇÃO - ACÇÃO

Um ano após ter terminado o estudo investigação-acção, foi feita uma reunião com a equipa de enfermagem, com o objectivo de analisar as repercussões que o mesmo tinha tido no serviço e em cada enfermeiro que participou no desenvolvimento do mesmo, nos cuidados, na interligação entre as outras equipas de enfermagem e na continuidade de cuidados.
Assim foi transmitido que:

A nível dos cuidados:
Implementação das Visitas Pré e Pós–Operatórias estão implementadas e são prática diária permitindo um planeamento individualizado de cuidados, maior interligação com o utente/família e com a equipa multiprofissional bem como a avaliação dos mesmos;

Humanização dos cuidados – não abandono do doente enquanto aguarda cirurgia, acolhimento cuidado e atento, com a família, para fornecimento de informação durante a cirurgia e o final da mesma.

A nível da continuidade de cuidados:
Registos mais completos e sua informatização;
Implementação da CIPE;
Maior contacto com os enfermeiros doutras equipas – durante os momentos destinados às visitas.

A nível de formação:
Reuniões periódicas quinzenais, para debaterem temas solicitados pelos enfermeiros, de acordo com as necessidades .

2 - ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO

"Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências. Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de colegas. Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde"
in Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais **OE**

2.1 - No Contexto da Formação Particular

I Curso de Formação para Enfermeiros do Perioperatório

Como já anteriormente focamos este estudo foi composto de duas partes: uma inserida na prática de cuidados e outra na formação específica, em espaço de sala de aula. Abordaremos seguidamente, este segundo momento através não só da apresentação da fundamentação, dos objectivos, bem como da descrição de todo o programa ministrado, metodologia usada e resultados.

O **I Curso de Formação para Enfermeiros do Perioperatório,** teve a coordenação da investigadora e foi administrado na Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, em parceria com a AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses), com a duração de 9 meses.
Houve uma ligação entre a fase da prática de cuidados e a de formação, visto alguns enfermeiros da equipa da Unidade Hospitalar da Póvoa de Varzim terem colaborado quer na ministração de aulas quer na tutoria da Prática Clínica dos enfermeiros do Curso, uma vez que este serviço foi seleccionado para o desenvolvimento da parte prática do referido Curso, como anteriormente referimos.

Fundamentação

- Todo o doente submetido a procedimentos cirúrgicos e (ou) anestésicos têm o direito de receber cuidados, prestados por pessoal de enfermagem devidamente qualificado e especializado, num ambiente perioperatório seguro.
- Todos os enfermeiros perioperatórios devem estar aptos a atender o doente durante a sua experiência cirúrgica, desempenhando as funções de enfermeiro de anestesia, circulante, instrumentista e na unidade de cuidados pós anestésicos.
- Todos os enfermeiros perioperatórios têm a necessidade e o direito de uma formação específica nesta área da prestação de cuidados actualizada bem como numa formação contínua a nível de especialização.
- Por não estar previsto no Curso de Licenciatura de Enfermagem, uma preparação específica na área de Cuidados de Enfermagem Perioperatórios, e termos constatado a necessidade da mesma, através do contacto quer com as Instituições Hospitalares e os Enfermeiros do perioperatório, sentimos a necessidade de criar este Curso de Formação Contínua a nível de especialização, uma vez que ainda não existe uma (Especialidade de Cuidados de Enfermagem) nesta área.

Objectivos

Que no final da formação os formandos sejam capazes de:

- Prestar cuidados individualizados a doentes submetidos a cirurgia ou procedimentos invasivos em ambiente perioperatório, usando o processo de enfermagem;
- Desenvolver uma comunicação eficaz com os doentes/famílias e outros intervenientes nos cuidados de saúde;
- Garantir a segurança do doente e dos profissionais no bloco operatório;
- Desenvolver competências como enfermeiro perioperatório (nas quatro funções)
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Destinatários e Critérios de Selecção

Este Curso teve como destinatários enfermeiros que trabalhassem no Bloco Operatório.

Poderam candidatar-se os que satisfizessem cumulativamente as seguintes condições:

Ter o mínimo de dois anos de exercício profissional em BO e à data estar a desempenhar funções no BO.

Não estar a frequentar em simultâneo esta formação e Curso de Complemento de Formação.

Programa

O programa foi elaborado à luz do Currículo Europeu de Formação elaborado pela EORNA, que se apresenta de forma modular.

Módulo 1 – *Princípios Básicos de Enfermagem Perioperatória.* (46 horas Teóricas e 32 horas Teórico - Práticas)

Finalidade: Desenvolver competências, conhecimentos e compreensão do papel do enfermeiro na prestação de cuidados perioperatórios.

Enfermagem Perioperatória	70h
- **Conceitos e Princípios** - **Organização e estrutura do ambiente cirúrgico** - **Higiene hospitalar** - **Ética e Deontologia** - **Qualidade em cuidados de saúde** - **Avaliação**	
Psicosociologia	**8h**

Módulo 2 – *Competências Cirúrgicas e Anestésicos em Enfermagem – funções do enfermeiro circulante, instrumentista, de anestesia e UCPA.*

(14 horas Teóricas, 20 horas Teórico – Práticas, 68 horas de Práticas Simuladas e 104 horas Prática Clínica).

Finalidade: Desenvolver competências nas diferentes áreas e funções da enfermagem perioperatória, nas diversas especialidades cirúrgicas:

- Inclui os cuidados prestados durante o período perioperatório e o desenvolvimento de técnicas específicas.

- Implica a utilização e manutenção de equipamentos, a manipulação e administração de fármacos.

Enfermagem Perioperatória	**102h**
- **Anatomia e Fisiologia** - **Farmacologia** - **Anestesiologia** - **Segurança** - **Registos** - **Competências** - **Projecto e Relatório** - **Pedagogia** - **Avaliação**	
Enfermagem Perioperatória	
• **Prática Clínica**	**104h**

Módulo 3 – *Desenvolvimento da Pessoa como Profissional.* (58 horas Teóricas)

Finalidade: Permitir ao formando ter uma visão global da sua área específica de trabalho, aumentar as fundamentações técnico-científicas e questões éticas, que facilitem a implementação de um projecto de Melhoria Contínua de Qualidade.

Enfermagem Perioperatória	**26h**
- **Qualidade em cuidados de saúde** - **Avaliação** - **Avaliação do Curso**	
Psicosociologia	**32h**

Previu-se para este curso uma duração de 9 meses - 362 horas; para a carga horária: 12 horas semanais de aulas teóricas e teórico práticas (258 horas) e 7 horas diárias - 35 horas semanais para a prática clínica (104 horas).

Estabeleceu-se que o Curso se efectuaria à 6ª feira e sábado, após termos auscultado possíveis candidatos e termos concluído que estes seriam os dias em que os enfermeiros mostravam ter mais facilidade em participar. O horário escolhido foi: 6ª feiras –09.00 às 13.00 horas / 13.00 às 18 horas (8 horas) e sábados –09.00 às 13.00 horas (4 horas).

Em relação ao local a realizar esta formação, optou-se por ser na Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição – Porto, instituição onde a investigadora exerce as funções de Professora Adjunta.

O Curso foi programado para ser realizado entre Janeiro/Outubro 2003 e foi proposto para abrir para 20 formandos, por acharmos que seria o número ideal para o tipo de formação e para os objectivos que queríamos alcançar.

Para este Curso foi organizado e convidado um grupo de formadores, que devido à sua especificidade, tivemos que fazer uma escolha criteriosa. Assim, a Equipa foi constituída por peritos nas diferentes áreas temáticas devidamente certificados: Doutores da Universidade do Porto, Mestres em Ciências de Enfermagem, Enfermeiros Licenciados e Especialistas a trabalharem nos Serviços de Bloco Operatórios; Enfermeiros Gestores dos referidos Serviços; Enfermeiros Gestores de Instituições Hospitalares e Auditores da Qualidade em Cuidados de Saúde, Médicos Especialistas em Doenças Infecciosas, Cirurgia e Anestesia, Licenciados em Psicologia e Direito (também licenciados em Enfermagem), Enfermeiro licenciado em Enfermagem com formação em Infecciologia (Anexo VIII)

Em relação à metodologia da formação, foi utilizada a seguinte:

- Aulas – Teóricas, Teórico – Práticas e Práticas Simuladas;
- Prática (s) Clínica (s) realizada em Ambiente de Trabalho (Blocos Operatórios) sendo orientadas por tutores (enfermeiros) dos próprios serviços;

- Visitas de Estudo (inserida no período destinado à Prática Clínica, com a finalidade de contactar com uma realidade diferente contribuindo para o desenvolvimento do espírito critico bem como para o enriquecimento a nível de experiências e saberes).

Assim foram planeadas e concretizadas duas visitas de Estudo:

Fábrica Portuguesa Fapomed[3], onde é confeccionado material descartável usado no BO a nível mundial e onde começa a fabricar material nacional para os mesmos fins, da empresa LineaMédica: batas, trouxas cirúrgicas para todas as especialidades, fatos para os enfermeiros do perioperatório usarem durante a prestação de cuidados, bem como kits para algumas técnicas de enfermagem e médica.

Incluiu visita à Fábrica das extensões de Baião e de Felgueiras, onde se pode acompanhar todo o processo de *design*, corte, confecção, dobragem, empacotamento, e acondicionamento para ser posteriormente esterilizado. Pôde-se visitar os laboratórios onde são estudados e verificados todos os materiais.

Barcelona:

- **Hospital de St. Crew e S. Pablo** - (Visita considerada fundamental e necessária por esta Instituição estar ligada ao ensino Universitário e o Serviço de Bloco Operatório ser campo de prática clínica para a formação especializada de enfermeiros do perioperatório.)
- **Laboratórios da B.Braun** – Contacto com a preparação de material com que contactamos diariamente: soros, suturas.
- **Matachana** – Fábrica de esterilizadores

[3] FAPOMED – empresa portuguesa de indústria de confecção de produtos médico-cirúrgicos, S.A. a quem foi atribuída a distinção de PME Excelência em todos os últimos 4 anos da edição pelo IAPMEI/BNU. Nesta classificação o último ranking publicado pela Dun&Bradstreet das 1.500 melhores PME. Tem instalado um sistema de gestão de qualidade certificado com as mais recentes normas ISSO 9001:2000 e ISSO 13485:2003 cumprindo com as exigências do Anexo V da Directiva para os Dispositivos Médicos 93/42/CE e da Regulamentação dos Dispositivos Médicos 2002 pelo que apresenta certificado de conformidade e pode aplicar marca CE em todos os dispositivos médicos que fabrica. Tem um departamento próprio de Pesquisa e Desenvolvimento, um moderno laboratório, cooperando com as Universidades em vários programas de investigação.
Desde 2001 aceitou o desafio da LineaMédica para colaborar no desenvolvimento e produção da marca Sterisafe®, Adaptado ao Cliente(SAC), portuguesa e que se tem revelado um caso de sucesso num mercado dominado pelas empresas multinacionais.

Esta acção foi cofinanciada através do Programa Saúde XXI, permitindo tanto aos formadores como aos formandos receber apoio económico, evitando gastos pessoais e da entidade escolar, fora dos orçamentados para o tempo em que decorreu o Curso.

Foi desenvolvida uma metodologia de avaliação, uma vez que este curso foi criado para que o formando adquirisse novos saberes, pudesse comprovar que atingiu os objectivos propostos. Uma vez que os formandos sabiam que esta formação não daria nenhum título, mas sim estava inserido no âmbito de uma formação continuada, com uma exigência de compromisso em o frequentarem e atingirem as metas propostas, foi passado um certificado a cada um que finalizou o curso com aproveitamento.

A avaliação foi realizada segundo a seguinte metodologia:

3 Avaliações Escritas -(uma) no final de cada módulo - para nota;

3 Avaliações Orais -(uma) no final de cada módulo – para introdução de medidas correctivas;

Relatório escrito da Prática Clínica;

Entrevistas feitas com o formando e tutores responsáveis pela Prática Clínica;

Projecto de Investigação;

Avaliação (Escrita e Oral) no final do Curso - para nota, introdução de medidas correctivas e preparação de próximos Cursos.

Foram também definidos quais eram os recursos pedagógicos necessários ao desenvolvimento deste Curso, que podemos defini-los:

Físicos:

Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição e Bloco Operatório da Casa de Saúde da Boavista - Aulas teóricas, Teórico – Práticas e Práticas Simuladas

Hospitais – Serviços de Bloco Operatório - Prática Clínica: S. Marcos – Braga; Pedro Hispano - Porto, Casa de Saúde da Boavista - Porto e Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/ Vila do Conde).

Pedagógicos:

Todos aqueles que permitissem uma apresentação das sessões teóricas e teórico-práticas o mais adequadas possíveis para os formadores quer para os formandos permitindo uma aprendizagem motivada, agradável e actualizada. Usamos para isso o material que a Escola nos facultou, tais como: Data – Show; Vídeo / televisão; Projector de Slides; Retroprojector.

Para possibilitar que as aulas práticas - Práticas Simuladas - se desenvolvem-se em ambiente de BO, a Casa de Saúde da Boavista, que integra a Escola onde decorreu, o Curso disponibilizou uma SO, num sábado (dia em que habitualmente não há cirurgia programada). Podémos contar também com a ajuda de uma empresa nacional (Linea Médica), através do fornecimento de todo o "material de uso único" que geralmente é usado durante uma cirurgia.

Tendo em conta, que esta formação, era dirigida a enfermeiros perioperatórios, que já trabalhavam nesta área de cuidados, há pelo menos dois anos, não poderíamos utilizar uma metodologia pedagógica descontextualizada da realidade.

Inspiramo-nos na pedagogia Freinet, para desenvolver este processo formativo.

A Pedagogia de Freinet é uma proposta pedagógica que tem como objectivo modernizar a escola, marcando assim uma evolução da mesma, através de uma gama de valores alicerçados no bom senso.

É uma pedagogia que respeita o indivíduo e a diversidade, reencontrando a identidade própria do ser humano e da individualidade de cada um; que respeita o formando tal como ele é, sem o submeter a modelos pré estabelecidos, deixando que se desenvolva de acordo com os seus interesses. É por isso uma pedagogia real e concreta que procura oferecer aos formandos, uma formação dirigida às suas necessidades e mediante as práticas quotidianas.

O objectivo desta pedagogia é formar a pessoa na responsabilidade, capaz de agir e interagir no seu meio, tornando-o mais apto a contribuir na transformação do meio, onde o Formando/Pessoa se insere.

Para isso, na sua prática educativa, dá-se ênfase ao desenvolvimento do espirito crítico e reflexivo, através do questionamento das ideias recebidas bem como desperta o espírito criativo e o da curiosidade, assente no aprender a aprender.

Um dos princípios pedagógicos que Freinet defende e no qual baseia toda a sua teoria é na importância de partir da prática, do que é real, para poder prosseguir na aprendizagem.

As ideias base desta pedagogia interligavam-se com as nossas em pontos que achamos serem comuns e fundamentais.

A formação destinava-se a enfermeiros que já tinham prática de cuidados, iríamos partir da experiência de cada um, nesta área de cuidados, para através dela, poderem surgir questões, com vista ao desenvolvimento de um espirito crítico e reflexivo profundo, indispensáveis para poder avançar no processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Embora apresentássemos uma estrutura de base pré definida, através de módulos, para os quais estavam definidos conteúdos específicos, estes poderiam sofrer algumas alterações, pois prevemos a possibilidade de serem introduzidas medidas correctivas, ao longo da formação, porque uma das nossas finalidades era tornar este momento num acontecimento importante a nível profissional e que fosse ao encontro dos formandos e das suas necessidades de formação.

Pensámos que só assim poderíamos manter o nível de motivação, os formandos permanentemente envolvidos neste processo de aprendizagem, onde estaria privilegiada a cooperação, a livre comunicação e expressão, a educação no trabalho e o tateamento experimental - princípios fundamentais da pedagogia de Freinet. (Freinet, 1978)

A grande finalidade era conseguir que os formandos estivessem suficientemente motivados para ser agentes de transformação nos locais de trabalho depois da formação.

Resultados Curso de Formação

Como já referimos o Curso de Formação foi realizado em parceria entre a Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição, local de trabalho da investigadora e a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP.



Figura nº 45 - Símbolos da ESEIC e da AESOP

No dia 24 de Janeiro de 2002 teve início o 1º Curso de Formação para Enfermeiros Perioperatórios, no Norte do País, nos quais participaram 20 enfermeiros da área perioperatória de entre 29 que se candidataram.

Foram 18 os que o finalizaram (quadro seguinte).

Todas as sextas feiras e sábados de manhã, vindos de diferentes instituições hospitalares (Quadro 72), estes colegas tiveram vários objectivos em comum: reflectir sobre a sua prática, saber mais sobre ela, partilhar experiências / problemas, aprender o significado de qualidade de cuidados, suas implicações pessoais e profissionais e projectar o seu trabalho em função dela e ter novas experiências.

Nº DE ENFERMEIROS	INSTITUIÇÃO
1	Hospital de Amarante
1	Hospital de Guimarães
3*	Hospital de Santo Tirso
6	Hospital de S. Marcos - Braga
2	Hospital de S. João
2	Hospital de S. António
1	Hospital da Prelada
1	IPO - Porto
1	Hospital Maria Pia
1	Hospitais Particulares de Portugal
1	Hospital de Gaia

Quadro n.º 72 - Instituições de Proveniência dos Enfermeiros do Perioperatório do 1º Curso

* Dois destes 3 enfermeiros vieram a desistir por razões pessoais.

Sendo um grupo jovem cuja média de idades era de 32 anos, com uma experiência média de 7 anos em cuidados perioperatórios, tinham como características dominantes o de ser particularmente interventivo, aberto à mudança e o de questionar-se constantemente sobre a sua prática.

Sabendo que este curso não iria dar qualquer título, todos foram unânimes em dizer que vieram à procura de novos saberes e sobretudo porque queriam melhorar a sua prática; prestar cuidados de enfermagem perioperatórios com maior qualidade.

O desafio que resolveram "abraçar", com tudo o que implica de alteração de vida pessoal e profissional, foi respondendo às suas expectativas (Quadro 73) e muitas vezes até ultrapassado. Quase todas as semanas ouvimos os colegas a perguntar:

"Quando podemos voltar a falar deste tema com este ou aquele professor? Vale a pena vir de longe para estarmos aqui"

Expectativas Iniciais	Nº	%
Aprofundar conhecimentos	**18**	**100**
Obter novos conhecimentos	**18**	**100**
Trocar experiências	**16**	**89**
Reflectir sobre a prática	**18**	**100**
Conhecer outras práticas	**14**	**78**
Aprender sobre as competências	**18**	**100**
Aprender sobre qualidade no perioperatório	**12**	**67**
Poder alterar a minha prática	**10**	**56**
Obter conhecimentos sobre psicologia nos cuidados perioperatórios	**14**	**78**
Conhecer sobre Ética na Sala de operações	**12**	**67**

Quadro nº 73 - Expectativas iniciais dos formandos que frequentaram todo o Curso

Nota: todos os formandos denunciaram pelo menos 4 expectativas o que explica o tipo de valores e percentagens obtidas

Para a equipa coordenadora o desafio não foi menor e foi reconfortante ouvirmos estes estímulos fortemente positivos. Isto levou-nos a ser exigentes com todos aqueles que partilharam os seus saberes como formadores, bem como com os formandos.
Esta tríade de aprendizagem, troca de saberes, aprender a aprender e exigência esteve sempre presente ao longo de todo este percurso.

A disciplina de base foi a **Enfermagem Perioperatória**, como não poderia deixar de ser. Abordar a epistemiologia e da filosofia desta área da enfermagem pareceu -nos primordial uma vez que apesar de já a sua maioria trabalhar há alguns anos em cuidados perioperatórios desconheciam como tinha surgido bem como da existência de uma filosofia que a caracteriza.

Aprofundando cada uma das funções que os enfermeiros do perioperatório desempenham, todos os formandos poderam conhecer na sua profundidade e minuciosamente, o que a cada um competia desenvolver durante a prestação de cuidados diários, dependendo da função que lhes era atribuída.
Através da experiência que cada um possuía, a abordagem desta temática estava facilitada. No entanto deparamos com muita indefinição acerca das funções dos enfermeiros perioperatórios, bem como o desenvolvimento das suas competências.
A variedade de vivências se por um lado era facilitadora, por outro gerou algumas discussões, que se no início foram algo perturbadoras, ajudaram ao longo do tempo a definir conceitos e sobretudo as competências do enfermeiro perioperatório, em cada uma das funções que pode desenvolver.

A dimensão de cuidados de enfermagem ao doente durante o período perioperatório, adquiriu um novo rosto uma vez que a parte tecnicista se sobrepõe à prática de cuidados de enfermagem. Há necessidade dos enfermeiros desta área de cuidados reflectirem sobre a dimensão dos mesmos e analisarem a sua repercussão ou inserção na continuidade dos cuidados a que o doente/família está sujeito, enquanto permanece na instituição hospitalar.

Pensámos que os momentos de abordagem destinados a esta temática, durante o Curso, foram essenciais, não só para que cada um reflectisse sobre os cuidados que presta no seu dia a dia, bem como terem a noção mais clara da natureza e dimensão dos cuidados que prestam. Foi também relevante pelo facto de se poder provar que os cuidados de enfermagem perioperatórios são necessários, importantes e fundamentais para poder ser assegurada a segurança do utente durante o período perioperatório.

Esta noção de que são necessários enfermeiros perioperatórios já todos os formandos tinham, o problema maior era poderem justificar através dos cuidados que prestam a sua necessidade, perante as administrações hospitalares que continuam a defender que algumas das funções dos enfermeiros nomeadamente da enfermeira circulante e em alguns casos da enfermeira instrumentista, poderem ser substituídos por técnicos "preparados" para o efeito.
Como poderá isso acontecer se o garante do cumprimento da técnica asséptica está a cargo da circulante, como elemento da equipa cirúrgica melhor posicionado para o fazer, por ser aquela que domina todo o ambiente, uma vez que a sua visão é alargada e abrange todo o ambiente físico e humano?

Como pode uma enfermeira instrumentista ser "trocada " por um técnico que não vê mais do que a técnica e os instrumentos que são utilizados para o desenvolvimento da mesma?

O enfermeiro instrumentista sabe que em primeiro lugar está a auxiliar o desenvolvimento da técnica operatória, feita a uma pessoa concreta, que há uma necessidade de prevenir riscos técnicos e humanos, sendo por isso um elemento que confere segurança ao utente e à equipa cirúrgica antes, durante e após a o acto cirúrgico.

Se isto é fácil de ser percebido e defendido pelos enfermeiros perioperatórios e até pelos elementos da equipa cirúrgica (cirurgião e anestesista), o mesmo já não

podemos afirmar em relação a outros colegas e administrações hospitalares que não têm experiência nesta área e por isso desconhecem o que se lá passa e muito menos conseguem avaliar a necessidade destes cuidados de enfermagem.
Nesta linha foi defendida a necessidade de ser dado a conhecer o tipo de cuidados que estes enfermeiros prestam, bem como mostrar a necessidade dos mesmos para assegurar a continuidade dos cuidados.

Como estava previsto houve tempos de avaliação escrita e avaliação oral onde foram tomadas medidas correctivas, procurando assim responder à expectativas dos formandos e aos objectivos do Curso.

Em relação a essas mesmas medidas correctivas, foi dado um aumento da carga horária e uma atenção especial ao aspecto da **qualidade**, inserida na disciplina de Enfermagem Perioperatória. Esta alteração deveu-se ao facto, de termos constatado que os enfermeiros que estavam a fazer este Curso possuíam pouca formação nesta temática e uma abertura em adquirir conhecimentos de maneira a poderem aplicá-los na sua prática diária.

O trabalho final do Curso foi centrado na qualidade, como um processo de avaliação dos conteúdos administrados, através do desenvolvimento de um **Projecto de Melhoria Contínua de Qualidade** passível de ser aplicado à realidade do serviço donde cada um é oriundo, de acordo com as necessidades detectadas.

Assim, os projectos (Quadro 74), que na sua totalidade, foram aplicados nos serviços tendo sido orientados e acompanhados pelo professor desta temática. Foram apresentados em aula a todos os colegas para poderem ser analisados e discutidos em conjunto. Também este momento de avaliação foi um momento óptimo de aprendizagem pelo rigor e transparência utilizados quer na exposição de cada um bem como na discussão criada.

Títulos dos Trabalhos dos Projectos de Melhoria Contínua de Qualidade	
Verificação da funcionalidade dos equipamentos	**PMCQ – Monitorização dos instrumentos cirúrgicos reutilizáveis das caixas de instrumental**
Lista de Verificação pré - operatória	**Higienização e preparação das salas nos diferentes tempos cirúrgicos**
Circuito interno do utente no BO do Serviço de Urgência	**Monitorização de resíduos de risco biológico**
Implementação de uma lista de verificação pré - operatória	**Plano de emergência no BO do IPO**
Satisfação dos utentes da UCPA do HPB	**Registos de Enfermagem/continuidade de cuidados**

Quadro nº 74 - Títulos dos trabalhos dos projectos de melhoria contínua de qualidade, efectuados pelos formandos

O facto de o grupo ser constituído por enfermeiros que trabalham diariamente nos cuidados perioperatórios, os conhecimentos obtidos poderiam ser logo aplicados na prática diária, o que foi muito motivador e sobretudo os formandos obteriam resultados logo de imediato ou a curto prazo.

Os espaços privilegiados de diálogo eram animados por uma partilha de práticas já existentes e por uma busca de uma melhoria constante.

Esta é a grande diferença entre a formação de base, em que ainda não há uma experiência, um aproveitamento dos recursos e um desenvolvimento de todas as capacidades dos formandos.
A formação pós-graduada tem uma exigência em nada comparada com a básica, não querendo afirmar que uma seja maior do que a outra. A exigência emerge da experiência que cada um vai tendo diariamente, pelos conhecimentos e saberes que foi adquirindo ao longo da prática diária, através do desenvolvimento de capacidades e competências, que vai possibilitando a progressão na "escada da sua formação".

A busca de uma formação contínua e mais aprofundada na área dos cuidados está intrinsecamente ligada à motivação, à necessidade de auto-realização, à necessidade de reconhecimento. Não podemos, no entanto descurar, que essa

mesma busca está também ligada ao facto de a enfermeira ser uma prestadora de cuidados de qualidade, gostar do que faz e reconhecer que a segurança do doente, é da sua responsabilidade e depende dessa mesma qualidade que advém do desenvolvimento profissional de cada enfermeiro.

Outro aspecto a salientar foi o facto de ter havido uma disciplina de **Psicologia** orientada por uma enfermeira da área dos cuidados perioperatórios, que também possui a licenciatura em psicologia. As aulas tiveram uma dinâmica intensa onde era proposta a participação de cada um.

Como a prática de cuidados perioperatórios dá ênfase muito grande ao aspecto relacional, este aspecto foi muito aprofundado. Sendo a Enfermagem perioperatória uma equipa inserida noutras equipas, salientou-se também dentro das relações multiprofissionais a gestão de conflitos, por acharmos que é uma área onde não há uma formação aprofundada e daí ter surgido a necessidade de ser bem debatida.

Podemos afirmar através da análise do quadro seguinte que as expectativas com que os formandos vieram para este curso foram alcançadas e em algumas até ultrapassada.

Expectativas Iniciais	Nº	%	Nº Final	% Final
Aprofundar conhecimentos	18	100	18	100
Obter novos conhecimentos	18	100	18	100
Trocar experiências	16	89	18	100
Reflectir sobre a prática	18	100	18	100
Conhecer outras práticas	14	78	16	89
Aprender sobre as competências	18	100	18	100
Aprender sobre qualidade no perioperatório	12	67	18	100
Poder alterar a minha prática	10	56	16	89
Obter conhecimentos sobre psicologia nos cuidados perioperatórios	14	78	16	89
Conhecer sobre Ética na Sala de operações	12	67	16	89

Quadro nº 75 - Comparação entre as expectativas iniciais e as respostas obtidas no final do Curso

Nota-se que deveria ter havido um aprofundamento da temática "ética na sala de operações" uma vez que é um assunto que se revelou do maior interesse por parte de todos, tendo motivado discussões que iam sugerindo novas questões, tornando-se por isso um assunto inesgotável.
Em relação a mais três itens que não obtiveram 100% dizem respeito: à psicologia nos cuidados perioperatórios, conhecimento de novas práticas e a alteração da prática diária. Esteve interligado com o facto de duas formandas não terem podido acompanhar na totalidade as aulas de psicologia, bem como não terem a possibilidade de fazerem a visita de estudo a Barcelona devido a motivos profissionais.

Em relação à "alteração da prática diária", o que levou duas das formandas a não terem afirmado "ter sido uma das expectativas que traziam", nem terem despertado ao longo do Curso deveu-se ao facto de acharem que a possível alteração de comportamento iria ser à posteriori e não logo de imediato. Nas opiniões transmitidas, esta situação não tinha a ver com o que "receberam" no Curso mas sim "*com a filosofia da instituição e do serviço onde trabalhavam, ainda um pouco resistente à mudança*". **(inq. 10)**

Na opinião de todos os enfermeiros que frequentaram este Curso de formação de enfermagem perioperatória, este espaço de formação, deveria ser disponibilizado a todos os que trabalham nesta área de cuidados.
Antes de integrarem o serviço deveria ser feita uma formação mais genérica, aprofundando os aspectos gerais dos cuidados de enfermagem perioperatória.

A formação que obtiveram no Curso de base não é de todo suficiente. Neste grupo de 18 enfermeiros, havia uma variedade de experiências. Só uma enfermeira teve uma experiência de estágio de observação no BO de cinco dias. Em relação ao resto do grupo a média de contacto com o BO durante o Curso, foi de dois dias o que passou muito rapidamente e descontextualizado.

No que diz respeito às aulas teóricas sobre enfermagem perioperatória apenas a mesma enfermeira referiu ter tido cerca de dez horas[4] ministradas por uma enfermeira com experiência de cuidados nesta área. Todas as outras referiram ter tido muita pouca informação (cerca de uma a duas aulas) e que "*este assunto era esquecido ou ultrapassado com a justificação de não ser importante.*"

A integração de um novo profissional nesta área de cuidados, por tudo aquilo que atrás referimos, deveria revestir-se da máxima importância e ser devidamente preparado para poder oferecer uma oportunidade do novo profissional, desenvolver as suas competências. Esta constatação está em sintonia com os resultados obtidos nos pequenos estudos desenvolvidos ao longo do nosso trabalho.
Sabemos que por vezes a integração é muito apressada, em média uma semana, devido ao facto de não haver recursos humanos que permitam disponibilizar um *timing* considerado desejado, sendo este de pelo menos de seis meses, segundo a EORNA e a AESOP.

A experiência que tivemos aquando da nossa integração e depois como elemento integrador, diz-nos que este será o tempo mínimo que um enfermeiro perioperatório deverá ter de integração nesta área de cuidados. Haverá necessidade de aumentar este tempo se o número de especialidades cirúrgicas assim o exigir.

Em relação a um aprofundamento de conhecimentos este deveria ser feito, segundo a opinião de todas as enfermeiras que frequentaram o Curso, após dois a três anos de experiência, pois só nessa altura teria acabado a integração total aos cuidados perioperatórios nas diversas funções, bem como a linguagem e termos usados seria perceptível por todos.

[4] Ex-aluna da Escola onde trabalhamos. Havia na altura (há aproximadamente doze anos) 12 horas de aulas sobre enfermagem perioperatória e um estágio de observação com a duração de cinco dias. Éramos nós quem leccionava estas aulas e orientava o estágio de observação.
Neste momento dão-se apenas 10 horas integradas nos cuidados ao doente cirúrgico e leccionada por uma docente sem experiência nesta área de cuidados.

Outra das justificações para este tipo de procedimento, devia - se ao facto de os enfermeiros possuírem já alguma experiência considerada mínima, para estarem motivados, o que ajudaria a serem bem selectivos face aos conhecimentos que necessitavam adquirir e aprofundar tendo em vista a melhoria dos cuidados que prestavam em cada dia.

Como já referimos durante o Curso foi feita avaliação contínua através da participação dos formandos nas diferentes aulas teóricas, testes escritos, projecto de melhoria contínua de qualidade, projecto de estágio, participação no estágio e relatório final do mesmo. Foram assim efectuadas avaliações distintas da parte teórica e da parte prática.

Avaliação do período teórico:

- Dois testes de enfermagem perioperatória (média final de 16,4 valores, tendo as notas oscilado entre 14 e 18 valores);
- Um teste de psicologia, tendo em conta que a avaliação era também feita em cada aula, usando uma metodologia participativa (média final de 15 valores, tendo as notas oscilado entre 7 e 18 valores);
- Projecto de melhoria contínua de qualidade, trabalho individual ou em grupo, conforme a disponibilidade de cada formando, com apresentação oral e debate em sala de aula (média final 16 valores, tendo as notas oscilado entre 13 e 17 valores.

Avaliação do período prático:

- Projecto de estágio entregue no final do primeiro trimestre;
- Participação do formando no local de estágio, avaliada através de uma ficha elaborada para o efeito, onde se tinha em conta o projecto pessoal. Esta avaliação era feita entre o formando e o tutor de estágio (enfermeiro do serviço

onde foi desenvolvido este período prático, designado pelo chefe respectivo para desempenhar essa função)
- Relatório final do período prático.

A média final deste período foi de 17,4 valores, tendo as notas, variado entre 14 e 18 valores.

Em relação à parte prática deste Curso e tendo em conta que cada um dos formandos já trabalhava nesta área de cuidados há pelo menos dois anos, pretendeu-se que cada um o preparasse antecipadamente. Tendo em conta os objectivos que cada um traçou, proporcionamos que escolhessem o local, mediante as instituições seleccionadas pela equipa coordenadora do Curso, bem como o período temporal em que o realizariam.

O facto de termos usada esta estratégia, motivou um grande interesse e participação de todos.

O único elemento a que não tiveram acesso antecipadamente foi ao contacto com o tutor, uma vez que deixamos ao critério das chefes dos serviços em causa, escolherem o seu elemento que reunisse gosto por ensinar, e por o que fazia dentro da enfermagem perioperatória.

Quando contactamos as instituições e posteriormente os serviços, após conversa detalhada, foi distribuído um guia onde estavam os objectivos gerais que se pretendiam atingir com este período de prática bem como os projectos individuais de cada formando pela instituição escolhida, período seleccionado e a ficha de avaliação. Foi dada também bibliografia própria para o tutor, onde estava descrita quais as suas funções.

Ao procedermos desta maneira, pretendíamos que a responsável de cada serviço, pudesse preparar antecipadamente, com os elementos da sua equipa, este período para que o formando podesse tirar o máximo de proveito, sem alterar a dinâmica do serviço. Uma vez que só a responsável do serviço conhecia as capacidades e disponibilidades de cada um dos seus elementos, a escolha de cada tutor ficou a seu cargo.

Podemos afirmar que esta metodologia resultou. Após feita a avaliação por cada formando acerca do Curso, nomeadamente da parte prática, foram unânimes em afirmar que tinha sido usada uma metodologia que tinha valorizado os objectivos que cada um tinha elaborado, que quando chegaram ao serviço o seu tutor conhecia e tinha lido/estudo o seu projecto.

Foi um agende facilitador que não só teve em conta o que tinha sido projectado por cada um, bem como os motivou para terem contacto com experiências novas, como foi o facto de contactarem com a nova realidade da cirurgia de ambulatório e seus desafios nos cuidados de enfermagem.

O relatório de estágio foi realizado individualmente tendo em conta os diferentes itens seguintes, que foram pensados e propostos, em sala de aula, pelos próprios formandos, após trabalho de grupo:

0 – Introdução
1 – Caracterização do Campo de Estágio
1. 2 – A instituição
1.2.1 – Caracterização física
1.3 – O Serviço de Bloco Operatório
1.4 – Caracterização Física
1.5 – Recursos Humanos
2 – Objectivos de Estágio
3 - Prestação de Cuidados
3.1 – Objectivos Gerais
3.2 – Objectivos Específicos
3.3 – Actividades planeadas / Actividades Realizadas
3.4 – Actividades mais Significativas
4 – Gestão da Unidade de Cuidados
4.1 – Objectivos Gerais
4.2 – Objectivos Específicos
4.4 – Análise e desenvolvimento de cada objectivo específico
4.5 – Actividade relevantes na aprendizagem
5 – Projecto de Intervenção no Serviço
5.1 – Objectivos
6 – Factores Facilitadores e Dificultadores da Aprendizagem
7 – Apreciação do Local de Estágio e da Orientação Recebida
8 – Conclusão
9 – Anexos

Podemos constatar, através dos itens seleccionados, que os formandos tiveram um grau de exigência coadunante com o que pautou o Curso.
As reflexões apresentadas nos relatórios, eram de um enfermeiro perioperatório crítico. O facto de terem tido a possibilidade de contactar durante 15 dias com uma realidade diferente da sua, possibilitou a abertura e a percepção de vivências e experiências novas.

Quando alguns deles optaram por estagiar numa instituição e serviço onde a visita pré e pós operatória se realizava de uma forma sistemática, poderam afirmar:

"Achamos que a dificuldade que sempre apresentamos e que era a falta de tempo, já não tem validade, depois de termos realizado num hospital com maiores dificuldades do que o nosso. O que interessa é que cada um de nós saiba mesmo quais são as nossas funções e as faça de facto. Desculpamo-nos ou vamos adiando por ignorância e falta de vontade. Afinal só existem obstáculos nas nossas cabeças e pensámos que fazemos tudo bem. Ainda temos muito que aprender e empenharmo-nos muitos em prestarmos cuidados de qualidade".

A média final do Curso foi de 17 valores sendo a média mais baixa de 14 valores e mais alta de 18 valores.

E relação aos conteúdos do Curso, os formandos juntamente com a equipa coordenadora, elaboraram um relatório final que foi entregue à Escola onde salientava o seguinte:

- A temática sobre qualidade deveria começar a ser desenvolvida logo no início do Curso, para poder ser mais aprofundado e assim o projecto não ficar só para o final, mas começar a ser desenhado ao longo do tempo.
- Deveria haver mais tempo para debater assuntos ligados com a Ética e Deontologia na sala de Operações.
- Mais tempo para as temáticas: Cirurgia de Ambulatório, Laparoscopia, Segurança no trabalho e Infecciologia.

Ao realizarmos este Curso de Formação em parceria com a AESOP tivemos a possibilidade de em conjunto analisarmos as necessidades que os enfermeiros tem a nível de formação.

A formação de base é extremamente deficiente ou por vezes inexistente. Se não é feita uma boa integração ao novo elemento, pode-se correr o risco de decepcionar podendo acabar em desmotivação e pedido de transferência de serviço.
A falta de formação pode também levar a uma preparação ineficaz do profissional e desvirtuar a imagem e os cuidados de enfermagem perioperatórios, tendo repercussões no atendimento da pessoa, bem como afectará a qualidade de cuidados.
Uma formação deficiente dará sobretudo uma insegurança, quer na equipa cirúrgica, bem como no doente e família que esperam do enfermeiro que seja o seu advogado em matéria de saúde e dos cuidados.
Durante a sua vida profissional, o enfermeiro sente necessidade de aprofundar os seus conhecimentos, bem como actualizá-los.
Esta área de cuidados necessita dum grande investimento pessoal e profissional, para que o enfermeiro possa acompanhar a mudança a que estão continuamente sujeitos devido à introdução constante de novas tecnologias.

Reflectimos sobre a necessidade e a urgência em ser criada uma formação específica nesta área de cuidados devido à sua especificidade.
Uma formação modular baseada no Currículo Europeu para a Formação de Enfermeiros Perioperatórios elaborado pela EORNA. Essa formação que poderá ser Especialização ou Curso - Pós Graduação podendo posteriormente continuar numa formação mais profunda do tipo Mestrado e Doutoramento, tanto profissionalizantes, como a nível da conceptualização e investigação.

Não importará tanto definir como vai ser essa formação, que grau académico poderá corresponder, mas sim salientar e reclamar por uma formação específica nesta área de cuidados, onde o enfermeiro é necessário e fundamental para assegurar a qualidade de cuidados, a segurança e zelar pelos interesses do utente e família.

Não vemos com bons olhos a substituição de enfermeiros que têm uma formação de base acente em conhecimentos científicos e sobre o cuidado humano, por

outro profissional técnico preparado sem bases nenhumas porque é mão-de-obra mais barata.

Poderá poupar-se algum dinheiro mas por outro lado poderemos estar a contribuir para que a morbilidade e mortalidade possa aumentar nos próximos tempos, devido a erros graves de assepsia que podem comprometer a vida de um doente, que nos merece o máximo de respeito e sobretudo tem direito a ter e a exigir cuidados de saúde de qualidade prestados por profissionais qualificados para o fazer.

Esta qualificação é dada pela formação que cada um tem para prestar determinados cuidados. Uma qualificação que seja aferida constantemente, para que o erro humano seja reduzido a zero.

AVALIAÇÃO

APÓS TER DECORRIDO UM ANO PÓS – CURSO DE FORMAÇÃO.

Foi enviado um inquérito por questionário a todos os participantes no Curso de Formação para Enfermeiros Perioperatórios, que coordenámos um ano após terem terminado a sua formação. As questões versavam quatro aspectos: mudança, aspectos alterados, dificuldades e necessidades sentidas.

Mudança na sua actuação diária

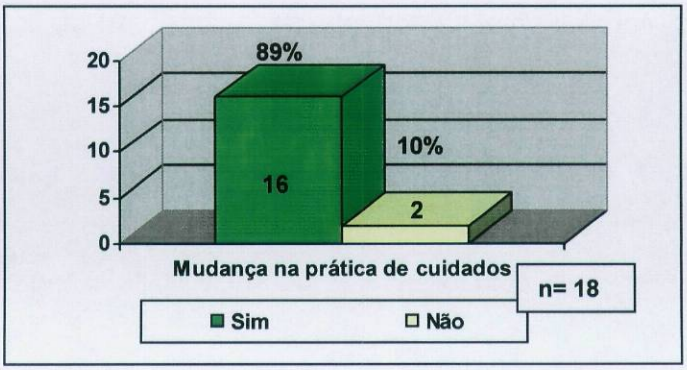


Gráfico nº 83- Distribuição numérica e percentual das respostas à questão : "alterações na prática de cuidados"

Podemos verificar que 89 % dos enfermeiros afirmam ter havido alterações nas práticas dos seus cuidados, após terem frequentado o Curso, tendo mesmo referido, que esta situação se deveu à formação (Gráfico 83).

Aspectos que foram alterados

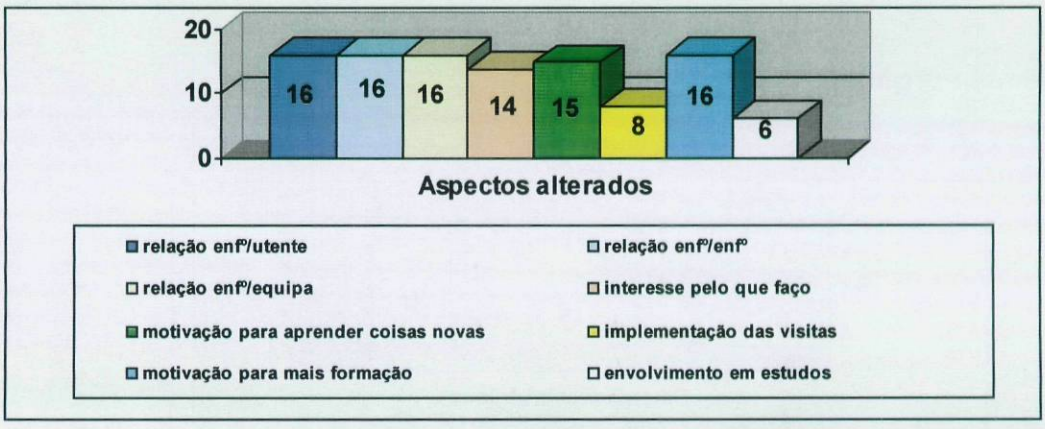


Gráfico nº 84 - Distribuição numérica das respostas à questão : "aspectos alterados"

Face á leitura do gráfico anterior, podemos concluir que a maior parte, se refere a aspectos fulcrais dos cuidados perioperatórios:

- Relacionais

Com o utente, equipa de enfermagem do próprio serviço, mas principalmente com os enfermeiros do internamento.

- Motivacionais

Interesse pelo trabalho.

Motivação por querer saber mais e querer mais formação – ligada a formação especializada.

Envolvimento em estudos com vista a qualidade de cuidados.

- Actividade concreta da competência dos enfermeiros perioperatórios

Implementação das visitas pré e pós operatórias.

Este aspecto ainda não foi por todos desenvolvido, em virtude de ainda necessitarem de alterações no serviço. Todos os que não conseguiram ainda implementar as visitas, referiram estar agendada para muito breve (durante os próximos 6 meses) o seu início.

Dificuldades surgidas

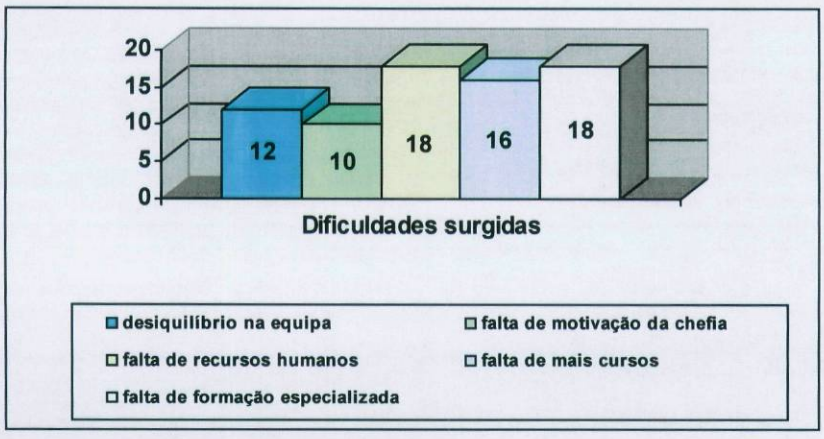


Gráfico nº 85 - Distribuição numérica das respostas à questão : "dificuldades surgidas"

Das dificuldades surgidas, face ao desequilíbrio que foi focado, este se referia ao facto de terem "regressado"com tanto entusiasmo e deparado com uma equipa cansada, ligada à falta de motivação da própria chefia (Gráfico 85).

A falta de formação do mesmo género, que consideram de básica e muito importante, para que todos pudessem falar a mesma linguagem e a sintonia a nível da equipa poder ser maior.

O outro aspecto focado está ligado com a falta de uma formação especializada nesta área de cuidados, que segundo estes enfermeiros, é fundamental para melhorar o nível de cuidados e a motivação com que se trabalha, pelo conhecimento, pela segurança, pelo reconhecimento, pela autonomia, que essa formação trará.

Necessidades sentidas

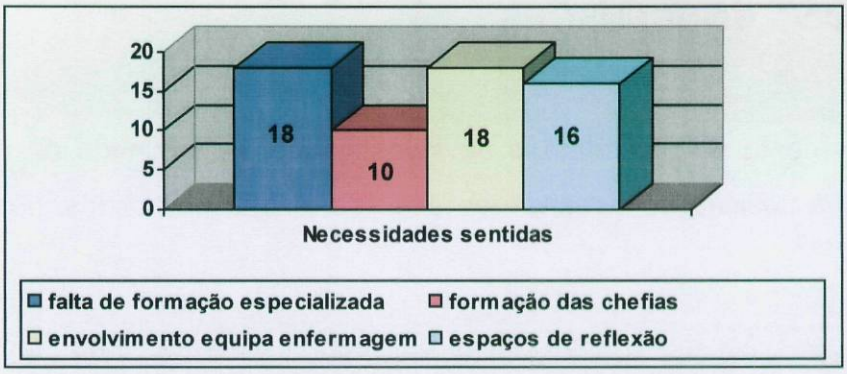


Gráfico nº 86 - Distribuição numérica das respostas à questão : "necessidades sentidas"

As necessidades sentidas estão ligadas com a questão anterior (Gráfico 86).

A falta de formação especializada, como necessidade, mais sentida, porque após este curso sentirem a falta de poderem aprofundar mais os conhecimentos.

A necessidade das chefias dos serviços poderem ter uma formação nesta área de cuidados, foi focada por 10 dos participantes, por acharem que havia um desfasamento entre a formação que têm e o lugar que ocupam.

O envolvimento da equipa e o poder haver espaços de reflexão estavam ligados com o facto de haver necessidade de "*revolucionar o serviço*" (inq. 12), para poder tornar a equipa mais reflexiva e crítica, apostando na mudança e inovação.

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES

O último elemento de um relatório de investigação, denominado de conclusões deve indicar a posição do investigador face aos resultados obtidos. (Fortin, 1999: 336).

As conclusões vão muito para além do resumo, porque elas habitualmente incluem enunciados concludentes ou mesmo um julgamento sobre os resultados obtidos, positivos e negativos, indicando como estes poderão ser aplicados na prática, ou dando conta de qual o significado que têm na prática.

Segundo Fortin (1999), quando o investigador chega à conclusão, no que diz respeito à autenticidade dos resultados, à sua significação, à sua importância e á sua generalização, está em posição de examinar as consequências destes resultados, em relação à teoria, à investigação e à prática profissional.

Pensamos ter chegado a altura de o fazer, com todas as implicações que daí advêm.

Neste capítulo que organizamos com uma sequência lógica, iniciaremos, pela reconstrução da problemática inicial integrando as principais conclusões obtidas de todo o processo desenvolvido. Numa segunda fase e tendo em conta a anterior, apresentaremos as propostas de intervenção nas áreas da prática de cuidados, da formação e da investigação, que nos parecem ser oportunas e adequadas.

1 – DAS CONCLUSÕES ÀS PROPOSTAS

"On ne peut rien écrire dans l'indifférence"[5]
Simone de Beauvoir

De todo o percurso percorrido, podemos afirmar que o principal objectivo do nosso trabalho, ligado à problemática em estudo, que estaria inicialmente focalizado para o conhecimento das necessidades de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem perioperatória, foi atingido. Foram no entanto atingidos outros objectivos, uns que estavam previstos e outros que emergiram no decurso da investigação.

Quando iniciamos este nosso trabalho a nossa problemática era conhecer e descrever as necessidades que justificassem Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória.

Com o desenvolvimento deste estudo, vimo-nos inseridos numa problemática complexa, que nos obrigou a uma pesquisa profunda. Desde percebermos o contexto em que se inseria a nossa questão de investigação, numa realidade nacional, pós criação da Ordem dos Enfermeiros, e da auscultação que este órgão fez acerca das especialidades existentes, e as repercussões a nível quer dos cuidados, quer da resposta que davam às necessidades de saúde e assistenciais da população e das instituições de saúde.

Partindo desta base que levantou questões pertinentes sobre a necessidade da criação de novas áreas de especialidade, do nosso contacto com a prática de cuidados de enfermagem bem como com a formação de enfermeiros, acrescido de algum conhecimento sobre a especificidade dos cuidados perioperatórios, aliada também ao facto de pretendermos aprofundar esse conhecimento sobre

[5] "*Nada se pode escrever na indiferença*". Simone de Beauvoir *in* MATIN, Chirstiane – Soigner por Apprendre, 1991:186

esta área de cuidados, levou-nos a achar que na escolha desta problemática, poderiam ser verificadas muitas implicações, tais como **relevância, oportunidade e comprometimento** (Gil, 1999: 51) indispensáveis para o desenvolvimento de um estudo desta natureza..

Relevante porque à partida nos iria conduzir à obtenção de novos conhecimentos, o que se veio a verificar.

Tivemos de fazer um levantamento bibliográfico, entrando em contacto com pesquisas já efectuadas.

Embora a nível nacional, nesta área de cuidados haja já uma diversidade de artigos, quer da autoria de enfermeiros perioperatórios e da Associação dos mesmos, baseados em trabalhos desenvolvidos localmente e dirigidos às intervenções dos enfermeiros perioperatórios, constatamos que não havia um trabalho desta dimensão.

Tivemos a necessidade de conhecer a realidade internacional, nomeadamente a nível da Europa, dos Estados Unidos e Canadá, não só por terem múltiplos estudos já efectuados a nível dos cuidados perioperatórios, sendo a formação particular e específica nesta área, reconhecida já em muitos países, mas também pelo facto de haver uma vasta bibliografia, que, para além de nos ter permitido desenvolver uma pesquisa de caracter exploratório, ajudou-nos a recolocar a nossa problemática sob um novo prisma.

Nesta sequência de ideias, que resultaram da pesquisa bibliográfica, pensamos que a nossa problemática não deveria incidir somente sobre uma análise das necessidades. No estudo deveria estar bem visível a especificidade e a dimensão dos cuidados de enfermagem perioperatórios, para que pudesse ser um contributo o mais válido, fundamentado e documentado possível, que justificasse a necessidade da criação da especialização de enfermagem na área de cuidados perioperatórios.

Ligada à relevância teria de estar a **oportunidade** de desenvolvimento do estudo.

Numa altura em que a questão sobre a necessidade da criação de novas áreas de especialidade em enfermagem continua a ser actual, parece-nos que o nosso estudo contribui de uma maneira válida, fundamentada e pertinente para a criação da especialidade na área do perioperatório.
Associada a esta oportunidade, ligada ao possível contributo no desenvolvimento da profissão de enfermagem, estava aliada a oportunidade a nível pessoal de desenvolver um estudo para o qual nos sentíssemos motivadas e que nos realizássemos, através do conhecimento que iríamos desenvolver e transmitir. Esta dimensão bipolar estava em sintonia com a nossa filosofia de vida, que nos levou a optar e a comprometermo-nos com a nossa profissão – sermos enfermeira, defensora da qualidade de cuidados, empenhada numa colaboração atenta para que a enfermagem fosse considerada uma profissão autónoma, produtora de conhecimento científico, integrada numa equipa multiprofissional, cujo foco de atenção fosse a pessoa/família/comunidade.

Ao escolher esta temática, havia um **comprometimento** pessoal e profissional.
Este compromisso, tomado em consciência e em liberdade, teve como pressupostos:

- Querer desenvolver uma pesquisa em Ciências de Enfermagem, na área de cuidados de enfermagem, por sermos enfermeira;

- Optar por uma temática ligada aos cuidados de enfermagem, pela qual sentíssemos uma apetência/ligação, da qual já tivéssemos alguma experiência prática, que gostaríamos de aprofundar;

- Acreditar que a temática escolhida merecia um estudo aprofundado, para poder ser reconhecida e valorizada.

Se por um lado podemos constatar, que o aumento da esperança de vida, a descoberta de novas patologias, o avanço científico e tecnológico levou e

continuará a conduzir diariamente, ao aumento cada vez maior de intervenções cirúrgicas e procedimentos invasivos, por outro os doentes começam a não apresentar apenas uma patologia, mas um conjunto de situações associadas à patologia, tornando cada situação mais grave, o que por sua vez vai requerer uma intervenção do enfermeiro no BO mais exigente, podendo dar resposta eficaz, eficiente e adequada a cada pessoa e sua circunstância.

Não podemos no entanto esquecer que o tempo de internamento também tende a diminuir, não só por causas de razões economicistas, mas também para evitar nomeadamente um aumento exacerbado de infecções hospitalares.

O período pós-operatório tornou-se mais curto devido, aos avanços supra citados, assim como também ao empenho de todos os elementos da equipa cirúrgica em acompanhar essa mesma evolução, através da actualização constante que lhes é exigida.

A preocupação sentida pelos enfermeiros no aumento de conhecimentos e competências, tem conduzido a um profissionalismo e autonomia da enfermagem perioperatória provada no verdadeiro trabalho em equipa. Cada profissional da equipa perioperatória tem os seus saberes, conhecimentos, competências e procedimentos próprios. As suas barreiras são cada vez menos limitadas que se reflectem no respeito pela autonomia de cada um o que leva à optimização e excelência dos cuidados ao utente e família.

Pelo facto de não haver uma formação particular e especializada em cuidados de enfermagem perioperatória apraz-nos salientar a consciência profissional demonstrada pelo esforço que os enfermeiros perioperatórios têm despendido para manter um nível de formação de acordo com as necessidades que vão tendo, recorrendo para isso a jornadas, congressos e pesquisa bibliográfica.

A aprendizagem em conjunto e multiprofissional, através de reuniões científicas e de workshops, tem contribuído para o aumento da valorização do trabalho individual e em equipa onde o aspecto relacional é um dos suportes básicos.

Através do estudo que efectuamos podemos concluir:

- Do Curricula do Curso de Licenciatura de Enfermagem deveria estar incluída uma unidade curricular de cuidados perioperatórios;

- A integração de novos elementos, tem de ser repensada. Por ser determinante para e no sucesso da adaptação do indivíduo à organização/serviço e com consequências na eficácia do seu desempenho (Chiavenato,1991:2), neste caso particular da área perioperatória, haverá necessidade de uma atenção redobrada, já que o novo enfermeiro não possui conhecimentos de base, o que vai tornar este período mais longo.

O tempo considerado ideal vai de 12 a 18 meses, dependendo das áreas de especialidades cirúrgicas existentes no serviço de BO em causa (AESOP; EORNA; AORN).

Neste estudo podemos constatar que a nível nacional dos 1626 enfermeiros que afirmaram ter tido integração - apenas **24% teve uma integração superior a 6 meses** e **55% tiveram uma integração entre uma semana a 1 mês**. Foram ainda 170 enfermeiros, do total dos 1848 que responderam a o nosso questionário, que referiram não ter sido integrados.

Dos contributos de análise que forneceram algumas informações sobre a integração dos enfermeiros, a média de tempo gasto na mesma, foi de 4 semanas e considerada como uma integração *mínima aceitável.*

Podemos considerar que de uma maneira geral o tempo gasto na integração dos enfermeiros perioperatórios portugueses **não é suficiente**, havendo ainda enfermeiros que não tiveram qualquer tipo de integração em relação a outros

países onde há formação de base e especializada nesta área e a integração vai de 6 a 8 meses.

- A prática da enfermagem perioperatória assenta nos seguintes pressupostos:

Cuidados humanizados e individualizados;

Controlo da infecção;

Segurança do utente e da equipa cirúrgica.

- A enfermagem perioperatória intervém em três fases distintas e complementares: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória.

Pré-operatória - com a visita pré-operatória, o enfermeiro perioperatório estabelece o primeiro contacto com o utente e família e inicia o planeamento de cuidados a prestar tendo em conta a individualização dos mesmos à pessoa concreta e sua família, bem como a intervenção proposta.

Intraoperatória – o enfermeiro presta cuidados de enfermagem, como: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de apoio à anestesia, Cada BO, deverá ter protocolado, os diferentes tipos de intervenções dos enfermeiros perioperatórios, de maneira a poder responder às necessidades da doente, família e equipa cirúrgica. Para que o resultado seja positivo, pensamos que este documento seja do conhecimento de todos os elementos da equipa, de fácil acesso e avaliado periodicamente. No Anexo III exemplificamos um tipo destes protocolos.

Pós-operatória – Começa com a transferência do doente para a UCPA. Esta fase termina quando o utente transita para a responsabilidade de outro enfermeiro do serviço de internamento ou seja quando sai do BO.

No entanto torna-se fundamental a visita pós – operatória, através do contacto que restabelece com o utente e família, avalia os cuidados prestados, sendo um

momento aproveitado para reflexão sobre a prática de cuidados contribuindo para a reformulação de aspectos relevantes e denunciados pelos utentes e família, com a finalidade de garantir uma qualidade de cuidados cada vez maior.

- **As competências** dos enfermeiros perioperatórios generalistas e especialistas foram no decurso do nosso estudo definidas pela AESOP. O documento que nos foi facultado possibilitou-nos aprofundar e reflectir sobre cada uma delas: **Prestação de Cuidados, Comunicação, Educação /Formação, Advogada do Doente, Análise e Investigação, Gestão Desenvolvimento da pessoa como profissional e Liderança.**

No estudo de Investigação – acção podemos aplicar um modelo orientador da enfermagem perioperatória que ao longo do mesmo foi sofrendo modificações, tornando-se em concordância com a filosofia dos cuidados perioperatórios, das competências. Assim é um modelo circular, porque indica a complementaridade entre os enfermeiros que a integram (circulante, instrumentista, anestesia e UCPA) no cumprimento de cada uma das competências, cujo o centro é formado pelo foco de atenção dos cuidados perioperatórios: utente/família (respeitando a sua localização no ciclo vital). O circulo que envolve o modelo, é referente à dimensão do trabalho perioperatório, que é desenvolvido em trabalho de equipa multiprofissional. Este envolvimento que significa uma aliança, comprometimento, respeito por cada um dos componentes e pela função de cada um, acreditando que do empenho de todos é que há resultados positivos, no foco de atenção, que é o mesmo.

- A enfermagem perioperatória usa uma **metodologia científica**, na sua prática de cuidados, respeitando as fases do processo de enfermagem: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação, avaliação dos resultados, reavaliação. Ficou demonstrado não só pela pesquisa bibliográfica mas também no estudo investigação – acção, onde foram implementadas as visitas pré e pós - operatórias, possibilitando a utilização, com rigor, da metodologia científica.

As intervenções de enfermagem perioperatória, são autónomas e interdependentes, como podemos concluir através não só da pesquisa bibliográfica, dos contributos dos pequenos conteúdos de análise, do estudo nacional, do estudo investigação-acção.

- Os enfermeiros do perioperatório, querem ver reconhecida a especialidade nesta área de cuidados - **80% - 1486**.

Interessante, foi termos constatado que **dos 170 enfermeiros que tem uma especialidade de enfermagem numa outra área, 128 (75%)** gostariam de ter a especialidade na área perioperatória. Quando cruzamos estas duas variáveis, obtivemos um grau de significância estatística de **p=0.000.**

As razões apontadas dizem respeito à necessidade de formação especializada: para melhorar a qualidade de cuidados e porque o seu trabalho deve ser reconhecido pela instituição onde trabalham, pelos colegas e outros grupos profissionais.

Do cruzamento entre os enfermeiros perioperatórios que defendem a especialização nesta área de cuidados, com as razões que apresentam, obtivemos um grau de significância de **p=0.002**, o que nos revela ter significância estatística.

- Os cuidados ao doente durante o período perioperatório devem ser prestados só por enfermeiros - afirmaram – no, **a totalidade dos enfermeiros perioperatórios** que fizeram parte do nosso estudo.

Dos utentes que foram abordados com esta questão, **99,4%** foram a favor de só quererem enfermeiros no BO. Apenas **0.6%,** referiram não se importar que não fossem enfermeiros, "*desde que as pessoas que lá estivessem tenham formação – soubessem fazer as coisas direitas*"

- Os enfermeiros tem necessidade de conhecer quais os saberes que orientam os enfermeiros perioperatórios. Foi o que concluímos através da análise das respostas de: **97%,** dos 1848 enfermeiros do estudo nacional, **100%**, dos enfermeiros ligados aos dois primeiros contributos de análise, que se dedicaram a esta temática.

Dos enfermeiros que intervieram no estudo de investigação - acção, só 2 acharam não ser relevante. Os enfermeiros que participaram no I Curso, foram unânimes em afirmar ser indispensável para prestarem cuidados, individualizados e de qualidade.

- **98%** do total de enfermeiros que entreviram quer nos pequenos contributos de análise, nos estudos nacional, investigação – acção e I curso de Formação, defendem que os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios tem como foco de atenção o utente e família. Os **2%** que não concordaram com esta afirmação, referiam-se a enfermeiros que participaram no estudo nacional. As razões apontadas para esta escolha estavam ligadas com o facto de acharem que os cuidados eram facilmente tornados rotina e despersonalizados.

- As visitas pré e pós operatórias, só devem ser efectuadas pelos enfermeiros perioperatórios.

Quem o afirma são: **73%** dos enfermeiros perioperatórios que participaram nos pequenos contributos de análise e **100%** dos enfermeiros que intervieram no estudo de investigação – acção e no Curso de Formação. Achamos importante salientar que esta opinião só foi unânime no final destes dois momentos, em virtude de ter havido uma alteração das ideias dos enfermeiros perioperatórios, no decurso dos mesmos, após terem tido a possibilidade de realizarem as visitas e analisado os resultados obtidos.

A diferença está no facto de os enfermeiros do serviço onde decorreu a investigação - acção, terem realizado as referidas visitas a partir desse momento e

ainda as manterem. A razão mais salientada está ligada com o conhecimento prévio dos utentes, auxiliador no planeamento e avaliação dos cuidados, manifestação por parte dos utentes e família como momentos importantes e que diminuem a ansiedade.

A mesma opinião tem os utentes: **83%**, do total de utentes que participaram nos pequenos contributos de análise e **97%** dos que foram visitados pelos enfermeiros, durante o estudo investigação – acção.

"Através destas visitas conseguem diminuir a ansiedade dos doentes e família e a alta surge por vezes mais cedo"

Podemos afirmar através dos dados obtidos:

67%, nos pequenos contributos de análise, onde foi realizada a visita;

85%no estudo de investigação – acção;

O tempo de internamento dos doentes diminuiu em cerca de **3%** durante o estudo de investigação – acção para um grau de significância de **p=0.004**

A visita pré-operatória consegue diminuir/solucionar preocupações em 52% dos utentes e família.

As razões mais significativas estiveram ligadas ao ensino que foi possível desenvolver no pré operatório, tendo tornado o pós - operatório menos "tenso"

88% - 100% ligaram as visitas à realização profissional. Esta ligação deve-se ao facto de se ter desenvolvido um maior empenho profissional aliado ao investimento pessoal, bem como pelo reconhecimento manifestado dos outros elementos da equipa multiprofissional

- A formação dos enfermeiros perioperatórios foi e é uma necessidade por eles sentida e manifestada, tendo em vista contribuir para uma maior qualidade de cuidados – **80%** dos enfermeiros do estudo nacional, para **100%** do estudo investigação – acção e dos que frequentaram o I Curso.

- Os enfermeiros como membros de uma equipa, tem necessidade que lhes seja reconhecida a sua importância como prestadores de cuidados de enfermagem e membros imprescindíveis no bom funcionamento da equipa. Constatamos em:

75% dos enfermeiros perioperatórios do estudo nacional;

87% do pequeno contributo de análise referente ao enfermeiro perioperatório, inserido na equipa multiprofissional

98% dos enfermeiros que intervieram no estudo investigação – acção

99% dos enfermeiros que fizeram o I Curso de Formação.

Parece-nos poder concluir:

Que os cuidados perioperatórios só podem ser prestados por enfermeiros e com uma formação particular e especializada nesta área de cuidados.

Ao defendermos a necessidade de uma formação especializada em enfermagem perioperatória, temos presentes os seguintes objectivos, esquematizados no quadro seguinte:

DEFENDER	**O Exercício da Profissão e a Segurança do Doente/Cliente e Família**
PROMOVER	**A Qualidade dos Cuidados Perioperatórios e a Continuidade de Cuidados de Enfermagem**
REAGRUPAR	**Os Enfermeiros dos Cuidados Perioperatórios**
DESENVOLVER	**A Gestão e a Investigação em Cuidados de Enfermagem Perioperatória**
ASSEGURAR	**O Trabalho em Equipa, a Formação Contínua, o Desenvolvimento de Competências e a Qualidade de Cuidados**

Quadro nº 76 - 5 Razões para justificar a Criação dos Cuidados de Enfermagem Perioperatória

Face aos resultados apresentados leva-nos a poder propor intervenções a nível: **Formação, Prática de Cuidados e Investigação**

FORMAÇÃO

Básica:

A inclusão de uma unidade curricular de 60 horas - Cuidados de Enfermagem Perioperatória, na formação do enfermeiro generalista, no Curso de Licenciatura em Enfermagem.

A unidade curricular constituída por aulas teóricas, teórico práticas e por um estágio obrigatoriamente tutorado de pelo menos uma semana, deveria conter os seguintes conteúdos:

Filosofia da enfermagem perioperatória, circuitos no BO, assepsia no BO, intervenções de cada enfermeiro perioperatório e competências do enfermeiro perioperatório generalista. Comunicação com o utente e família, inter equipa de enfermagem e equipa multiprofissional. Segurança no BO.

Pós - Graduada

A criação da especialidade de enfermagem perioperatória.

Teriam a possibilidade de se candidatar à especialidade em cuidados de Enfermagem Perioperatória, enfermeiros que tivessem pelo menos dois anos de experiências de trabalho com resultados positivos.

Defendemos uma formação modular, por ser mais fácil de ser gerida e de adaptar aos diferentes modelos de formação. Tendo em conta a filosofia da EORNA e a livre circulação dos enfermeiros na Europa, defendemos que esta formação deve ser baseada no Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória.

Formação modular, composta por 4 módulos, com a duração 2 semestres.

Modelo de formação: escola /instituição hospitalar acreditados pela Ordem dos Enfermeiros, para desenvolver esta área de especialidade.

Apresentaremos os conteúdos que após análise do Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória, dos resultados obtidos nos estudos realizados: nacional, estudo de investigação-acção e I Curso de Formação para Enfermeiros Perioperatórios, através de um quadro.

DISCIPLINAS	CONTEÚDOS
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	Filosofia e Conceitos Aspectos éticos e legais da enfermagem perioperatória Ambiente Cirúrgico Assepsia e Controlo da Infecção Qualidade **Segurança em cada especialidade cirúrgica** Anatomia Equipamentos e Acessórios usados nas diferentes cirurgias Processo Perioperatório: Fases – Pré, Intra e Pós – Operatório Registos de Enfermagem Perioperatória Teoria e Prática de Técnicas Cirúrgicas nas diferentes especialidades (Enfermagem Instrumentista e Circulante) Gestão de risco **Cuidados de Enfermagem de Anestesia** (segurança, integridade e segurança do doente) Tipos de Anestesias Farmacologia Anatomia e Fisiologia (ligada com a Anestesia) Registos Equipamentos e Acessórios Recobro – Cuidados de Enfermagem da UCPA Registos **Comportamento Profissional e Disciplinar** Responsabilidade profissional e ser "perito" / Especialista em Enfermagem Perioperatória

Continua

Quadro nº 77 A – Proposta de Conteúdos teóricos para o Curricula do Curso de Especialização em Enfermagem Perioperatória

(continuação)

DISCIPLINAS	CONTEÚDOS
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	Novos desenvolvimentos teórico-práticos Crescimento e Desenvolvimento Pessoais Prática reflexiva; auto-estima e assertividade Qualidade Instrumentos para medir a qualidade
PSICOLOGIA	Comunicação e relação interpessoais Comunicação e considerações étnicas, culturais e profissionais Comunicação / Equipa Multiprofissionalr Resolução de Problemas e conflitos Comunicação / Equipa de Enfermagem Gestão do stress e Mecanismos de *coping*
INVESTIGAÇÃO	Métodos de pesquisa social
PEDAGOGIA	Processo ensino / aprendizagem Polivalência de funções Competências do tutor
GESTÃO	Liderança / delegação / orientação / supervisão Tomada de decisões Interligação entre serviços Aspectos económicos **Gestão da garantia de qualidade** **Gestão de recursos humanos** Teorias de Motivação Métodos de promoção da auto – estima (pessoal e da equipa) Avaliação de desempenho Distribuição e desenvolvimento da equipa Tomada de decisão / responsabilidade pessoal / competências de especialista Utilização de método de resolução de problemas

Quadro nº 77 B – Proposta de Conteúdos teóricos para o Curricula do Curso de Especialização em Enfermagem Perioperatória

A formação em Prática Clínica, pensamos ter de ser muito valorizada ocupando cerca de 70% do tempo destinado à formação.

Aconselhamos:

Uma metodologia acente no uso portefólios, e ou na **Carta de Navegação** (Le Boterf, 2000)

Definição dos tutores e sua finalidade, na formação especializada

Definição dos momentos de avaliação ou de acreditação das competências

Mestrado e Doutoramento na área de Cuidados Perioperatórios

Ainda dentro da formação pós – graduada , vemos com agrado e oportunidade a possibilidade do desenvolvimento de Mestrado e Doutoramento na área dos cuidados perioperatórios, pois há necessidade do aprofundamento constante e contínuo de saberes e de um maior envolvimento na investigação, tendo em conta as competências do enfermeiro especialista na educação/formação, na análise e investigação bem como no desenvolvimento da pessoa como profissional

PRÁTICA DE CUIDADOS

Dar especial atenção à integração do novo profissional, na área de cuidados perioperatórios.

Criação de um manual de integração.

Preparação especial de um grupo de enfermeiros com um perfil adequado, nomeados pela chefe de serviço, ou pelos pares, para serem responsáveis pela integração de novos elementos, ou da integração de enfermeiros do serviço a novas intervenções perioperatórias. Estes enfermeiros teriam a função de tutores, ajudando e motivando os colegas na aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro perioperatório.

Esta integração preferencialmente, propomos que seja feita através do uso de uma metodologia crítico – reflexiva, com a finalidade desenvolver no novo elemento capacidades necessárias à aquisição e desenvolvimento das competências.

A implementação das visitas pré e pós- operatórias, como sendo do âmbito e da responsabilidade dos enfermeiros perioperatórios, elementos importantes na metodologia científica, que pauta os cuidados de enfermagem, neste caso perioperatória, com vista a um planeamento individualizado dos cuidados, à diminuição da ansiedade do utente e família e à garantia da continuidade e excelência dos cuidados.

A criação da Consulta Pré – Operatória. Esta proposta emerge da necessidade sentida no estudo de investigação – acção. Uma vez que os utentes entravam no próprio dia da intervenção e a visita pré-operatória era muito reduzida em tempo, não havendo oportunidade de esclarecer alguns aspectos, que à partida poderiam parecer menos relevantes, mas que do contacto no intra e pós – operatório, não o eram.

Pensamos que esta consulta poderá ser importante em instituições que usem uma metodologia de internamento idêntica à do nosso estudo de investigação – acção ou na Cirurgia do Ambulatório.

Criação de reuniões de equipa de enfermagem perioperatória, dinamizada pelo enfermeiro chefe ou pelo enfermeiro responsável pela formação, com a finalidade de haver tempo para desenvolver a prática reflexiva.

Com a experiência que tivemos no estudo de investigação – acção, podemos afirmar que estes momentos são importantes para rever as práticas, propor alterações, compreender e aceitar propostas de mudança ou introdução de novas normas, protocolos, motivar e propor o envolvimento em trabalhos de investigação e desenvolver o espírito de equipa. Estes momentos ajudam a fazer o levantamento de necessidades que a equipa possa ter em relação a formação mais específica.

INVESTIGAÇÃO

Tendo chegado ao fim deste estudo achamos que outra investigação emerge desta e que gostaríamos de propor para ser feita quando existissem as primeiras enfermeiras com uma formação especializada nesta área de cuidados e que está ligada à qualidade de cuidados.

Que qualidade nos cuidados perioperatórios

pós formação de base e pós-graduada?

Foi para nós uma experiência impar e única com sentido, o termos desenvolvido um trabalho de doutoramento dirigido à prática de cuidados. Temos a certeza de que no Bloco Operatório são prestados cuidados de enfermagem, bem como, existe uma grande necessidade de haver uma formação específica, dado que este contexto de trabalho e os doentes assim o exigem.

Estamos certas de termos dado contributos válidos para a implementação da especialização da enfermagem perioperatória. Este trabalho foi possível graças ao empenho, esforço e dedicação de todos os que de uma maneira mais visível ou no anonimato, deram a sua preciosa ajuda, sem a qual, estamos certos, não teríamos conseguido chegar até aqui.

Terminamos com um pensamento de um autor, que muito apreciamos, e que define o estado de espírito que sempre nos acompanhou ao longo de todo o nosso percurso:

"na ciência a descoberta só acontece quando o investigador fica como que fascinado pela meta, absorto nela, não pensa em mais nada. É como se abanasse as grades do real esforçando-se por ver mais além. E então, a uma dada altura, milagrosamente, elas abrem-se. Não haveria arte, música, poesia, se o artista não aceitasse viver até ao mais profundo as suas emoções, também as dolorosas, também as lancinantes. Dante não teria escrito a Divina Commedia e Shakespeare as suas obras se tivessem medo dos sentimentos obscuros"

Francesco Alberoni in O Optimismo, 1995:114

BIBLIOGRAFIA REFERÊNCIADA E CONSULTADA

ABRANTES, A; TAVARES, A; GODINHO, J – *Manual de Métodos de Investigação em Saúde.* Lisboa: Edições Especiais, 1989

ABREU, W. C. – *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros.* Coimbra: Formasau, 2001

AESOP – *Enfermagem_Perioperatória.* Lisboa, Sinalgráfico, Lda., 1994.

AESOP – Princípios da Enfermagem Perioperatória. Lisboa, *Enfermagem*, Lisboa. 2 :2 (1996)

45-47

AESOP – *Enfermagem Perioperatória. Filosofia da Prática de Cuidados.* 2000, Não Editado

AESOP – *Competências dos Enfermeiros Perioperatórios* . Lisboa: 2004, (Não Editado)

AESOP - *Práticas Recomendadas para Enfermagem Perioperatória.* Lisboa: 2004, Não Editado

AFONSO, J. A.; ALMEIDA, A. M. L.; MENDES, A. M. O. C. – *Saúde e Desenvolvimento.* Coimbra: Formasau, 1996

ALARCÃO; Isabel (Org.) – *Formação Reflexiva dos Professores: Estratégias de Supervisão.* Porto: Porto Editora, 1996

ALARCÃO I.; TAVARES, J. – *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem.* Coimbra: Livraria Almedina, 2003

ALBERONI, Francesco – *O Optimismo.*2ª edição. Venda Nova: Bertrand Editora,1995

ALMEIDA, L; TAVARES, J (Org.) – *Conhecer, Aprender, Avaliar.* Porto: Porto Editora, 1998.

ALONSO, M. (Org) – *O Trabalho Docente. Teoria e Prática.* S. Paulo: Pioneira, 1999

AMOS, Julie-Ann – *Aproveitando ao Máximo seu Tempo.* São Paulo: Market Books, 2001

ANTUNES, Manuel J. – *A Doença da Saúde.* Lisboa,: Quetzal Editores, 2000

AORN – *Its Important for You to Know.* Denver: AORN 1995

AORN – *Perioperative Nursing Data Set. The Perioperative Nursing Vocabulary.* Denver: AORN, 2000

AORN – *Patient Care During Operative & Invasive Procedures.* Denver: AORN, 2000

AORN – *Standards, Recommended Practices, Guidelines.* Denver: AORN, 2000

AORN – *Ethics in Perioperative Practice - Study Guide & CD-ROM.* Denver: AORN, 2004

AORN - *Recommended Practices, and Guidelines.* Denver: AORN, 2004

ATKINSON, F. – *Técnicas de Quirofono.* Editiones Toronto: Elservier, 1998

ATKINSON, Lucy Jo; KOHN, Mariy Louise – *Técnicas de Quirofano.* 5ª Edição. México, 1984

ATKINSON, L. D; MURRAY, M.E – *Fundamentos de Enfermagem.* Rio de Janeiro: Koogan, 1989

AYLIFFE – *Control of Hospital Infection.* 4th editions. London: Hodder Headline Group, 2000

BAIO, M. G. A. S. O; MELO, E. C. O. T. D; RODRIGUES, M. A – *Como Elaborar um Relatório de Actividades e um Curriculum Vitae.* Coimbra: Formasau, 1997

BALLANTYNE, Garth H. – *Atlas of Laparoscopic Surgery – Illustrations.* Saunders, 2000

BARKER, Mike – Deve haver enfermeiros no bloco operatório. *Revista Nursing.* Lisboa. 115:10 (1997) 9-14

BASTO, M. I. – *Da Intenção de Mudar à Mudança. Um Caso de Intervenção num Grupo de Enfermeiras.* Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1998

BEESLEY, J.; REID, J.; WILLIAMS, M. – *Staffing for Patients in the Perioperative Setting.* Harrogate: NATN, 2003

BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito.* Coimbra: Quarteto Editora, 2001

BENNET, P.; MURPHY, S. – *Psicologia e Promoção da Saúde.* Lisboa: Climepsi Editores, 1999

BERLO, David K. – *O Processo de Comunicação.* 9ªedição. S. Paulo: Martins Fontes Lda, 1999

BERNARDES, Carla; MIRANDA, Filipa Bizarro – *Portefólio. Uma Escola de Competências.* Porto: Porto Editora, 2003

BERTON, A et al - Les transmissions en salle de rèveil. *Revista Soins*, França,146:4 (1993) 34-36

BESSA, Rosário – *Ruído no Bloco Operatório.* Porto, 2001

BILBAO, Mercedes – A enfermagem perioperatória – o desafio de hoje para a enfermeira de sala de operações, Lisboa, AESOP, 1987

BIREAUD, A – *Os métodos Pedagógicos no Ensino Superior.* Porto: Porto Editora, 1995

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari - *Investigação Qualitativa em Educação.* Porto: Porto Editora, 1994

BOUTINET, Jean-Pierre – *Antropologia do Projecto.* Lisboa: Instituto Piaget, 1996

BOYD, Carol; MAST, Deborah – *Watson's Model of Human Care* – in FITZPATRICK, Joyce J.; WALL, Ann L. – *Conceptual models of nursing; Analysis and application.* 2ª ed. Norwalk: Appleton and Lance, 1989

BOWDEN, J. – *Escrevendo Excelentes Relatórios.* São Paulo: Market Books, 2001

BOWDEN, J. – *Falando em Público* . São Paulo: Market Books, 2001

BRETT, Margaret – Quality and Nursing Care – In GREEK OPERATING ROOM NURSES. ANNUAL CONFERENCE, 1, Cyprus 1994

BRETT, Margaret – Justification for the role of specialist peri-operative nurse. In ENCONTRO AESOP. 2000, p. 1-25

BROWN, Sally; RACE, Phil, SMITH; Brenda – *Guia de Avaliação. Sugestões para Professores.* Lisboa: Editorial Presença, 2000

BRIZ, T – *Técnicas de Administração em Saúde Pública.* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 1991

BURESH, B; GORDON, S. – *Do Silêncio à Voz.* Coimbra: Ariadne Editora, 2004

BURR,B., GOOD, B. – *The Impact of Illness on the Family.* Nova York , 1978

CANÁRIO, Rui (Org.) – *Formação e Situações de Trabalho.* Porto: Porto Editora, 2003

CABRAL, Dinora - *A Enfermeira: Pessoa Que Cuida de Si?* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 1997. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

CABRAL, Dinora - A Enfermeira: Pessoa que Cuida de Si? - Capítulo I – A Enfermeira na Saúde e no Adoecer. *Revista (IN)Formar.* Porto. 5: 16 (1999) 4-13

CABRAL, Dinora - A Enfermeira: Pessoa que Cuida de Si? - Capítulo II – Tipo de Estudo, Colheita de Dados, Análise e Discussão dos Dados e Propostas. *Revista (IN)Formar.* Porto. 5 :17 (1999) 4 - 11

CABRAL, Dinora - A Enfermeira: Pessoa que Cuida de Si? - Capítulo III – Cuidar da Enfermeira no Ensino e no Exercício. *Revista (IN)Formar.* Porto. 5: 18 (1999) 4 - 10

CABRAL, Dinora A Enfermeira: Pessoa que Cuida de Si? - Capítulo III – Cuidar da Enfermeira no Ensino e no Exercício (cont.). *Revista (IN)Formar.* Porto. 5: 19 (999) 4 - 16

CABRAL, Dinora - Humanizar: entre o Projecto de Vida e o Dever Profissional: Uma reflexão. *Revista (IN)Formar,*: Porto. 6: 24 (2001) 14 - 17

CABRAL, Dinora – I Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Um Olhar Crítico. *Revista da AESOP.* Lisboa. 3: 7 (2002) 29 - 31

CABRAL, Dinora - Enfermeiros Perioperatórios Portugueses, Que Realidade, Que Expectativas?. *Revista da AESOP.* Lisboa. 3: 8 (2002) 7 - 11

CABRAL, Dinora - Enfermagem Perioperatória na Continuidade de Cuidados. *Revista (IN)Formar,* Porto. 7: 27 (2002) 31 - 35

CABRAL, Dinora – *Expectativas dos Enfermeiros Face à Formação Pós-Licenciatura*,. Porto: [s.n.], 2002. Dissertação apresentada à ESEIC, no âmbito de Provas Públicas para Professor Coordenador

CABRAL, Dinora – Expectativas dos Enfermeiros do Curso de Complemento em Enfermagem, Face à Formação Pós – Licenciatura. *Revista(IN)Formar*. Porto. 5: 32 (2004) 60 - 80

CADETE, Elvira et al. – A recepção do doente na sala de operações. *Revista AESOP*. Lisboa. 1:1 (2000) 23 - 25

CANÁRIO, R (Org) – *Formações e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 2003

CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento, 1993

CARNEIRO, A. V. – *Manual de Normas de Orientação Clínica*. Lisboa: Ministério da Saúde – Instituto da Qualidade em Saúde, 2001

CARVALHAL, R. – *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos*. Loures: Lusociência, 2003

CARVALHO, J. E – *Metodologia do Trabalho Científico*. Lisboa: Escolar Editora, 2002

CARVALHO, J. E. – *Produtividade*. Lisboa: Quimera Editores, 2004

CASE,R.B.,MOSS, A. J. – Living Alone after Myocardial Infarction: impact on prognosis. Lancet. New York. 50:103 (1992) 1350 - 1358

CHIAVENATO, Idalberto – *Administração nos Novos Tempos*. São Paulo: Editora MCGraw – Hill do Brasil Lda, 1998

CILLINS, J. – *Manual de Auto-Formação. Apresentações Perfeitas*. Lisboa: Livros e Livros, 2001

CLARKE, Philip; JONES; JosePhine – *Brigden's Operating Departement Practice, Churchil*. UK, 1998

CLEMONS B. Lister' Day in América. *AORN J*. 24: 47(1976) 32 - 40

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a Vida*. 3ª Edição. Lisboa: Lide Edições Técnicas, Lda., 1999

COLLIÉRE, Marie Françoise – *Cuidar... A Primeira Arte da Vida*. 2ª edição. Camarate: Lusociência, 2003

COMISSÃO EUROPEIA: DIRECÇÃO GERAL XV Bruxelas, 24 de Junho 1998 XV/E/8481/4/97 – PT Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem (*relatório e recomendação sobre as competências necessárias ao exercício da actividade de enfermeiro responsável por cuidados gerais na EU*)

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Especialidades em Enfermagem. Lisboa, *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. 4:10 (2001) 18-28

COSME, Ariana; TRINDADE, Rui – *Manual de Sobrevivência para Professores*. Porto: Edições Asa, 2002

COSTA, Maria Arminda Mendes – *Enfermeiros: Dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições, 1998

COSTA, Maria Arminda Mendes – Novos Desafios para a Excelência dos Cuidados de Enfermagem, *Revista Servir*. Lisboa 48: 1 (2000) 10 - 14

CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind – *Prática Baseada na Evidência* Loures: Lusociência, 2004

CRESPO, Vítor – *Ganhar Bolonha, Ganhar o Futuro. O Ensino Superior no Espaço Europeu*. Lisboa: Gradiva, 2003

D'ALFONSO, Jim – *Designing Competencies That Count Competency Assessment Module – Certification Board Perioperative Nursing*. EORNA, 2004

DARLEY, Mark, - *Managing Communication in Healthcare*. Toronto: Baillière Tindal, 2002

DAROVIC, Gloria O.; FRANKLIN, Cory M. – *Handbook of Hemodynamic Monitoring*. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1999

DE LA QUINTANA, G. LOPEZ, L. – *Compendio de Anestesiologia para Enfermeria*. Barcelona: Ediciones Elservier, 2001

DECI, E. L. – *Intrinsec Motivation*. New York: Plenium Press, 1975

DESHAIES, B. – *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa,: Instituto Piaget, 1997

DIAS, M. F. – *Construção e Validação de um Inventário de Competências* .Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem,

DIAS PINHEIRO, Maria José - Formação dos enfermeiros de Bloco Operatório – Lisboa; *Revista Enfermagem*, 1: 2 (1996)

DIAS PINHEIRO, Maria José - *Enfermagem Perioperatória na Europa*. Lisboa, 1998. Artigo não publicado

DIAS PINHEIRO, Maria José - *Os Registos de Enfermagem na Sala de Operações e a sua Importância na Continuidade de Cuidados no Pós Operatório Imediato*. Lisboa, 1998, Não Editado

DIAS PINHEIRO, Maria José - *Programa para Enfermeiros Perioperatórios*. Lisboa, 1999 . Artigo não publicado

DIAS PINHEIRO, M. José - *Enfermagem Perioperatória – Filosofia da Prática de Cuidados.* Porto: Janeiro 2003. artigo não publicado - 1º Curso de Formação para Enfermeiros Perioperatórios

DIRECTIVA EUROPEIA nº 89/391/CEE – *Normas de Segurança no Trabalho*

DIRECTIVA EUROPEIA/CEE, Norma ISO 8402

DOMINGUES; Frei Bernardo, Aulas de Psicologia do Curso de Enfermagem Geral 1977/1979

DONAHUE, M. Patricia - *Historia da Enfermaria.* Barcelona: Ediciones Doyma, 1985

DRISCOLL, J. – *Clinical Supervision: A Reflexive Approach.* London: Baillière Tindall, 2003

DUTIL, Brenda Kean – Le Caring – Otava; *L'infirmière Canadienne*, 89: 11, (1993)36-40

EORNA – *Currículo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória.* Edimburgo: EORNA,1997

ECO, Umberto – Como Se Faz Uma Tese em Ciências Humanas. 11ª Edição. Lisboa: Editorial Presença, 2004

ESCADA, A. – *Auto-Estima com Inteligência Emocional.* Porto: Raridade, 2003

ESTEBAN, B. L; MATEO, M. A. A; IZQUIERDO, M. G; MUNUERA, J. N – *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1995

EVERS, Alex S. – *Anesthetic Pharmacology & Physiology.* London: Churchill Livinstone, 2004

FAIRCHIL, Susan S. – *Perioperative Nursing; principles and practice.* 2ª Ed. USA: Little Brown and Company (Inc.). 1996

FARIA, José Forte - História da Enfermagem - *Revista de Profissões - Enfermagem.* 1, (1992) 7-9

FAWCETT, Jaqueline – *Conceptual Models and Rules for Nursing Practice* – in: CHASKA, Norma L. (Ed) – *The Nursing Profession. Turning Points.* - St. Louis; The C. V: Mosby Company, 1990

FAZENDA, Maria - Estudo do Modelo de Jean Watson – Lisboa, *Revista Nursing*, 6:67 (1993) 9-15

FERNANDES, A. J. – *Métodos e regras para elaboração de trabalhos académicos e científicos.* Porto: Porto Editora, 1994.

FERNANDES, Henriqueta Ilda V. M. - *Da Competência em Enfermagem Pediátrica: contextos e saberes.* Porto:, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 1999. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

FORTIN; Marie – Fabienne Ph. D. – *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização* – Camarate, Lusociência, 1999

FORTUNATO, N. – *Berry & Kohn's Operating Room Techenique..* USA: Mosby, 2004

FORMASAU (Org.) – *Percursos de Investigação I.* Coimbra: Formasau –Formação e Saúde Lda, 2004

FORMASAU (Org.) – *Percursos de Investigação II.* Coimbra, Formasau –Formação e Saúde Lda, 2004

FOWLER, Marsha - *Social Ethics and Nursing* - in CHASKA, Norma L. - *The Nursing Profession.* United States: Edited by Norma L. Chaska, 1990

FREINET, C. – *Pedagogia do Bom-Senso.* Lisboa: Moraes Editores, 1978

FREIRE, Paulo. – *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática Educativa.* São Paulo: Paz e Terra, 1996

FREIRE, Paulo. – *Política e Educação.* São Paulo: Cortez, 1995

FUDGE, Lesley – *Risk and Quality Management System. Quality Assurance Document. Risk Assessement Guidelines.* Harrogate: NATN, 2002

FUERST, Elinor V.; et al – *Fundamentos de Enfermagem. O Humanitarismo e as Ciências na Enfermagem.* Rio de Janeiro: Interamericana, 5ª ed., 1977

FULLER, Joana Ruth – *Instrumentación quirúrgica; Principios y práctica,.* México: Editorial Médica Panamericana, 1996

FULLER, Joana Ruth – *Instrumentación quirúrgica; Técnicas em Cirurgia General. México:* Editorial Médica Panamericana, 2000

GAUTIER, Benoît – *Investigação Social. Da problemática à Colheita de Dados.* Loures: Lusociência, 2003

GEORGE, B. Júlia; et al - *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional .* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

GHIGLIONE, Rodolphe – *O Inquérito: Teoria e Prática.* Oeiras: Celta Editora, 1993

GIL, A. C – *Pesquisa Social.* São Paulo: Editora Atlas, 1999

GIL DA COSTA, Dinora - (In)Segurança no Bloco Operatório. *Revista Divulgação.* Porto. 4: 15 (1990) 14 - 19

GIL DA COSTA, Dinora - Posicionamento do Doente na Sala de Operações. *Revista Divulgação.* Porto: 4: 15 (1990) 20 - 24

GIL DA COSTA, Dinora - Plano de Cuidados no Bloco Operatório. *Revista Divulgação.* Porto: 4:16 (1990) 17 - 21

GIL DA COSTA, Dinora - Integração de Novos Elementos no Bloco Operatório. *Revista Divulgação.* Porto: 5: 19 (1991) 37 - 39

GIL DA COSTA, Dinora - Registos de Enfermagem. *Revista Divulgação.* Porto: 8: 31 (1994) 12 - 14

GILMOUR, D. – *Challenging Behaviours in the Perioperative Environement.* Harrogate: NATN, 2002

GOLEMAN, D – *Inteligência Emocional.* Lisboa: Actividades Editoriais, Lda, 1999

GOLEMAN,D – *Trabalhar com Inteligência Emocional.* Braga: Circulo de Leitores, 1999

GOLEMAN, D. et al, - *Os Novos Líderes. A Inteligência Emocional nas Organizações.* Lisboa: Editora Gradiva, 2002

GOMES, Bárbara Pereira - *Enfermagem de Reabilitação: Das Práticas às Competências.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 1999. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem Denver: AORN

GRAU, Jordi – A importância do bloco operatório no conjunto do hospital. In FÓRUM: O HOSPITAL CIRÚRGICO. Organizado pela Unidade de Missão Hospitais SA, Lisboa, Setembro 2003.

GRINENWALD, M – *Enfermagem de bloco operatório e electrocirurgia.* Loures: Lusociência, 2001

GRISOP – *Les principes de base des soins infirmiers au bloc opératoire.* Suíça: GRISOP, 1991

GROAH, Linda – *Perioperative Nursing.* 3ª Ed. USA: Appleton & Langue, 1996

GRUENDEMANN, Barbara J; FERRNSEBNER, Billie – *Comprehensive perioperative nursing.* Boston: Jones and Bartlet Publishers. 1995.

GRUENDEMANN, Barbara; MAGNUM, Sandra, S. - *Infection Prevention in Surgical Settings*, W A Saunders (Harcout), 2001

GUPTA, V. – *SPSS for Beginners.* Vijay Gupta, 1999

HAMER, Susan; COLLINSON, Gill – Achieving Evidence – *Based Practice. A Handbook for Practitioners.* London: Elsevier Science Limited, 2003

HANCOK, Christine – Presidente do Conselho Internacional de Enfermeiros, in: CONSTRUINDO A EXCELÊNCIA ATRAVÉS DA EVIDÊNCIA". Genebra, 27/29 de Junho de 2003

HASBANI, G – *Fazendo Excelentes Apresentações.* São Paulo: Market Books, 2001

HENDERSON, Virginia - *The Nature of Nursing: a definition and its implications for practice, research and education.* New York: Macmillan, 1966

HENNESSY, B. – *Redigindo Ótimos Trabalhos.* São Paulo: Market Books, 2001

HESBEEN, W – *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar.* Loures:Lusociência, 2001

HILL, M. M; HILL, A – *Investigação por Questionário.* Lisboa: Edições Silabo, 2000

HINCLIFF, S.; NORMAN, S.; SCHOBEM, J. - *Enfermeira y Cuidados de Salud.* Barcelona: Doyma, 1993

HIND, Martin; WICKER, Paul – *Principles of perioperative practice.* London: Churchill Livingstone, 2000

HOBBS, P. – *Gestão de Projecto.* Lisboa: Livros e Livros, 2001

HODGE, D.(Org) – *Day Surgery. A Nursing Approach.* London: Churchill Livingstone, 2000

HOET, Thierry – *Le bloc operatoire contemporain.* Bruxelas: Edition de l'Université Libre de Bruxelles, 1985

HOLDEN, June – Theatre Opportunities. *Nursing Times.* 88: 22 (1992) 34 – 37.

HOLM, Rebecca, BAKEWWELL, Susan - Incident reports - Their purpose and scope. , *AORN Jornal.* 78:1 (2003), 45-66

HOLM, Rebecca, BAKEWWELL, Susan, Incident reports- Correcting process and reducing errors. *AORN Jornal*, 78: 2(2003) 211 - 238

HONORÉ, B. – *A Saúde em Projecto.* Loures: Lusociência, 2002

HORTON, R; PARKER, L. – *Informed. Infection Control Practice.* London: Churchill Livingstone, 2003

HUOT, R. – *Métodos Quantitativos para as Ciências Humanas.* Lisboa: Instituto Piaget, 2002

HUYS, J. – *Esterilización de Productos Sanitarios por Vapor.* Wageningen, Países Bajos: HEART Consultancy, 1999

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, Alexander M ; Runciman P, ICN *Framework of competencies for the generalist nurses* – report of the development process and consultation, standards and competencies series, Genebra, 2003

KÉROUAC, Suzanne; et al - *La Pensée Infermiére: Conceptions et Stratégies.* Laval-Québec: Editions Ètudes Vivantes, 1994

KETELE, J. M.; ROEGIERS, X. – *Metodologia da Recolha de Dados. Fundamentos dos Métodos de Observação, de Questionário, de Entrevistas e de Estudo de Documentos.* Lisboa: Instituto Piaget, 1999

KING, I. M. - *A Theory for Nursing: Systems, concepts, process.* New York: John Wiley and Sons, 1981

KNEEDLER, J.A.; DODGE, G.H. – *Perioperative patient care – the nursing perspective.* 3rd edition. London: Jones and Bartlett publishers, 1994

KOLCABA, K – *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Heath Care and Research.* London: Springer Publishing Company, 2002

KOST, Michael – *Moderata Sedation!Analgesia: Core Competencies for Practice. London:* W B Saunders (Harcourt), 2003

KRAMER, Maeona K. - *Holistic Nursing. Implications for Knowledge Development and Utilization* - CHASKA, Norma L. (ed) - *The Nursing Profession. Turning Points* - St. Louis: The C. V. Mosby Company,

KUMAR, Bakul – *Woking in the Operating Departement.* 2ª ed. USA: Churchill Livingstone, 1998

LAUTERBACH, Sarah Steen – Caring for Self: Becoming a Self-Reflective Nurse. *Holist Nurs Pract,* 10,:2 (1996), 57-68

LAVILLE, C; DIONNE, J – *A Construção do Saber. Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas.* Porto Alegre: Editora UFMG, 1999

LAZURE, Helen - *Vivre la Relation d'Aide - approche théorique e pratique d'un critére de competence de l'infirmiére* . Quebec: Décarie, 1987

LE BOTERF, Guy – *De la Competence – Essai Sur Un Attracteur Étrangee.* Paris: Editions d'Organizacion, 1994

LE BOTERF, Guy – *De la Competence à la navigation profissionelle*, Paris, Editions d'Organizacion, 1997

LE BOTERF, Guy - *Compétence et navigation professionnelle.* 3ª édition, Paris, Éditons d' Organization, 2000

LE BOTERF, Guy – *Développer la compétence, des Profissionnel: Construire des parcours de navigation profissionnelle.* 4 ème édition. Paris: Editions d'Organizacion 2002

LE BOTERF, Guy – *Ingénierie et Évaluation dés Compétences.* 4 ème édition Paris, Éditions d'Organization, Denver: AORN 2002

LE BOTERF, Guy – *Compétence et navigation professionnelle.* 3e édition. Paris: Editions d'Organizacion, , 2004

LE BOTERF, Guy – *Construire les compétences individuelles et collectives*, 3e édition Paris, Éditions d'Organisacion, 2004

LEITE, Carlinda, FERNANDES, Preciosa *Avaliação das Aprendizagens dos Alunos. Novos contextos, novas práticas. 2ª edição. Porto: Edições Asa* – 2003

LIMBORGH, Melanie van, Chairman, "Welcome to Congress" in The ANNUAL NATN CONGRESS, Harrogate, 2002

LITTLEJOHN, S. W. Q. – *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana,*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988

LOCSIN, Rozzano C. – Machine Technologies and Caring in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 27: 3, (1995) 201-203

LOPES, H. (Coord) – *Gestão da Doença & Qualidade em Saúde*. Lisboa,: Comissão Sectorial da Saúde do IPQ, 2000

LÓPEZ, E. L. – *Compendio de Anestesiologia para Enfermería*. Madrid: Ediciones Harcourt, 2001

LORD, Ellen V. – *Patient Positioning Competency Assessment Module*. Certification Board Perioperative Nursing, 2001

LUCAS, João Santos - A Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde: Teorias e Conceitos. Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2: 1, (1984) .63-68

LUCE M. The Duties of an Operating Room Nurse. *Am J Nurs*. 13: 688, (1993) 16 - 20

MACEDO, F. M. G. – *A Expertise em Enfermagem: Um Percurso Individual Socialmente Legitimado*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 1999. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem,

MALGLAIVE, G. – *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora, 1995

MANLEY, Kim; BELLMAN, Loreta – *Surgical Nursing: Advancing Practice* . London: Churchill Livinstone, 2000

MANLEY, Kim; BELLMAN, Loreta – *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusociência, 2003

MARRINER-TOMEY, A. - *Modelos y teorias en enfermaria*. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994

MARTIN, C. – *Soigner pour Apprendre. Acquerir un Savoir Infirmier*. Paris, Editions L.E.P- Loisirs et Pedagogie, 1991

MARUJO, H. A; NETO, L. M; PERLOIRO, M. F – Educar para o Optimismo – Lisboa, Editorial Presença, 2001

MEEKER, Margaret Huth; ROTHROCK, Jane C. – Alexander's care of patient in surgery. 9ª Ed. USA (Missouri), Mosby. 1995

MEEKER, Margaret H.; ROTHROCK, Jane C., Alexandre – *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1997

MERCADIER, Catherine – *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar* – Loures: Lusociência, 2004

METZGER RS. The Beginnings of OR Nursing Education. *AORN J*. 24: 80 (1976); 12 - 18

MEZOMO, J. C. – *Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos.* São Paulo: Editora Manolr, 2001

MIALARET, G – *As Ciências da Educação.* Lisboa: Moraes Editores, 1980

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direcção Geral de Saúde – Glossário de conceitos para a produção de estatísticas em saúde, 1ª fase, Lisboa, 2001, 20p.

MOORE, Patrícia – *Supporting Students in the Perioperative Environement* . Harrogate, NATN, 2002

MORGADO, J. – *Qualidade na Educação. Um Desafio para os Professores.* Lisboa: Editorial Presença, 2004

MORIN, EV. – *Ciência com Consciência.* Mem Martins: Publicações Europa-América, 1990

MYERS, D. G. – *Psicologia Social.* Rio de Janeiro: LTC Editora, 2000

NATN – *Principles of Safe Practice in the Perioperative Environement.* Harrogate:NATN, 1998

NATN – *Perioperative Nursing: The Future* – Harrogate: NATN, 1999

NATN - *Standards and Recommendations for Safe Perioperative Practice 2005.* Harrogate: NATN, 2004

NATIONAL HEATH SERVICE PAY – *Agenda for Change – Job Evaluation Handbook.* London: Department of Health UK, 2003

NATIONAL HEATH SERVICE PAY – *The NHS Knowledge and Skills Framework (NHS KSF) and Developemnt Review Guidance . Working Draft.* London: Department of Health, 2003

NEEDLEMAN, J et al – Nurse – Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. N Engl. J Med. New York. 346:22 (2002) 1715 - 1722

NETO, L. M; MARUJO, H. A. – *Optimismo e Inteligência Emocional. Guia para Educadores e Líderes.* Lisboa: Editorial Presença, 2001

NEVES, Augusto L.- *Motivação para o Trabalho.* Lisboa: Editora RH, 2002

NOGUEIRA, Manuel - *História de Enfermagem.* Porto: Edições Salesianas, 1990

NUNES, Jorge – *O Professor e a Acção Reflexiva. Portfolios, "vês" heurísticos e mapas de conceitos como estratégias de desenvolvimento profissional.* Porto: Edições Asa, SA. 2000

NUNES, Jorge - *O professor e a Acção Reflexiva.* Lisboa, 2001

NUNES, Lucília – *Um Olhar Sobre o Ombro.* Loures: Lusodidacta, 2003

NUNES, Rui; REGO, Guilhermina – *Prioridades na Saúde.* Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda, 2002

OBRA COLECTIVA – Histórias e Memórias da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. Loures: Lusociência, 2003

OGDEN, J. – *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem – *Divulgar Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem,* Lisboa, 2002

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Jurisdicional – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários.* Lisboa, 2003,

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem – *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor Enfermagem, Melhor Saúde*, Lisboa, 2003

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Conselho de Enfermagem: *Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999/2003).* Lisboa, 2004,

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.* Lisboa, 2004

PAJE, Soledad Pozuelo – *Enfermería de Quirófano: Conceptos Fundamentales* – Barcelona, Ediciones Toray,S.A. 1988

PAÚL, C.; FONSECA, A. M. – *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores, 2001

PECHOU, Georgette; MARINO-DIDIER, Catherine – *Pratiques et References de L´Infirmier(e) de Bloc Operatoire. Developper Une Culture Qualite,* Paris, Masson, 1999

PECHOU, Georgette; DEQUIDT A. (Org) – *Concours D'Entrée Infirmier de Bloc Opératoire:* Paris, Masson, 2000

PEREIRA, Alexandre – *SPSS: Guia Prático de Utilização. Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 5ª Edição Lisboa: Edições Sílabo, Lda,. 2004

PESTANA, M. H; GAGEIRO, J. N – *Análise de Dados para Ciências Sociais.* Lisboa: Edições Sílabo, 2000

PHANEUF, M. – *O Acompanhamento Sistemático das Clientelas. Um Sistema de Prestação de Cuidados para o Ano 2000.* Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica,1999

PHIPPEN, M. L.; WELLS, M. P. – *Perioperative Nursing Handbook* Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1995

PINTO, Fausto José Martins – A Problemática do Bloco operatório, Parte 1 - Lisboa; *Revista Nursing* 2:14 (2000) 12 - 14

PINTO, Fausto José Martins – A Problemática do Bloco Operatório, Parte 2 - - Lisboa; *Revista Nursing* 3:15 (2000) 12 - 16

PIRES, A. R. – *Qualidade. Sistemas de Gestão da Qualidade.* Lisboa: Edições Sílabo, 2004

PLOWES, DINA – *Back to Basics Perioperative Practice Principles.* Harrogate: NATN, 2000

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. - *Investigacion Cientifica en Ciências de la Salud.* 2ª Edição, Mexico; Nueva Editorial Interamericana, 1985

PORTUGAL, Regulamento Geral Sobre o Ruído, (Aprovação) Decreto Lei nº 251/87 de 24 de Junho e (Alteração) Decreto Lei nº 292/89, de 2 de Setembro

PORTUGAL, Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro – Responsabilidade da entidade patronal sobre segurança no trabalho dos seus funcionários.

PORTUGAL; Decreto-Lei nº 26/94 de 1 de Fevereiro

PORTUGAL, Decreto-Lei nº 63/94 do Diário da República nº 253 de 2/11/1994

PORTUGAL, Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro – REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Art.º 4º

PORTUGAL; Decreto-Lei nº 239/97 de 9 de Setembro; Portaria nº 819/99 Definição de Resíduos Hospitalares e Despacho 246/96 de 7 de Julho, sobre Classificação dos Resíduos

PORTUGAL, Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril, Pág. 9 – Aprovação da Ordem dos Enfermeiros e Estatutos

PORTUGAL, Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro de 1999

PORTUGAL, Decreto-Lei nº 488/99 de 17 de Novembro de 1999, Segurança Higiene e Saúde no Trabalho

PORTUGAL, Portaria nº1275/2002 de 19 de Setembro de 2002, publicada no DR 217-I-B Série, aprova as Normas de Segurança contra Incêndio.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – *Ética e Enfermagem.* Coimbra: Quarteto Editora, 2001

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan, - *Manual de Investigação em Ciências Sociais – Trajectos.* 3ª Edição. Lisboa: Gradiva, 2003

RANKIN, S. – *Recruitment and Retention Strategies for Perioperative Staff.* Harrogate: NATN, 2000

REBELO, F. – *Ergonomia no Dia a Dia.* Lisboa: Edições Sílabo, 2004

REGO, A. – *Comportamentos de Cidadania Docente: na Senda da Qualidade no Ensino Superior.* Coimbra: Denver: AORN Quarteto Editora, 2003

RED, Jane – *Future Ways of Working. Unleashing the Potential of Perioperative Practice.* Harrogate, NATN, 2001

REEDER, J. – *Patient Safety Competency Assessment Module – Certification Board Perioperative Nursing*: Harrogate: NATN 2002

REY, B. – *Les Compétences Transversales en Question.* Paris:ESF, 1996

RIBEIRO, L. F. – *Cuidar e Tratar.* Lisboa: Educa, 1995

RIBEIRO, José Luís Pais – *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde.* Lisboa: Climepsi Editores, 1999

RILEY, Julia Balzer – *Comunicação em Enfermagem.* Loures: Lusodidacta, 2004

RIOPELLE, L; GRONDIN, L; PHANEUF, M – Soins Infirmiers – Québec, McGraw-Hill: Éditeurs, 1988

ROBBINS, A. – *Poder sem Limites* . São Paulo: Editora Best Seller, 2002

RODRIGUES, A – *Psicologia Social.* Petrópolis,: Editora Vozes, 1994

ROEBUCK, C. – *Manual de Auto-Formação. Liderança Eficaz.* Lisboa: Livros e Livros, 2001

ROLDÃO, M. C. – *Gestão do Currículo e Avaliação de Competências. As Questões dos Professores.* Lisboa: Editorial Presença, 2003

ROLDÃO, M. C; MARQUES, R (Org) – *Inovação, Currículo e Formação.* Porto: Porto Editora, 2000

ROTHROCK, Jane – *Alexander's Care of the Patient in Surgery 12E and Instrumentation Room 6 E Package.* Mosby, 2003

SÁ-CHAVES; I. (Org.)– *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional.* Porto: Porto Editora, 1997

SÁ-CHAVES, I. – *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais.* Aveiro: Universidade de Aveiro, 2002

SALE; Diana – *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde. Para os profissionais da Equipa de Saúde.* Lisboa: Principia, 2000

SALGUEIRO, Nídia, Prefácio da Tradutora in *Práticas e Referências de Enfermagem de Bloco Operatório: Desenvolver uma Cultura da Qualidade* – Loures: Lusociência, 2001

SANTOS, N. C. M. – *Centro Cirúrgico e os Cuidados de Enfermagem.* São Paulo: Iátria, 2003

SANTOS, N. C. M. – *Enfermagem na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar* – São Paulo, Iátria, 2003

SANTOS, N. C. M. – *Clínica Médica para Enfermagem. Conceitos e Atuação para Profissionais de Enfermagem.* São Paulo: Iátria, 2004

SCHÖN, Donald - *Le Tournant Réflexif.* Québec, 1996

SERRA, Adriano Vaz – *O Stress na Vida de Todos os Dias* 2ª. Edição.Coimbra., 2002

SFEZ, L. – *A Comunicação* Lisboa: Instituto Piaget, 1993

SILVA, A. M. C. – *Formação, Percursos e Identidades.* Coimbra: Quarteto Editora, 2003

SILVA, A. S; PINTO, J. M. (Org) – *Metodologia das Ciências Sociais.* Porto: Edições Afrontamento, 1986

SILVA, M. H. R. – *Planificação Curricular em Enfermagem.* Lisboa: Roma Editora, 2004

SILVA, M. M. C. – *Vivências do Doente Cirúrgico no Perioperatório da Cirurgia Programada. Uma Abordagem Fenomenológica* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2002. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem,

SIMEÃO, Maria José - Análise do Modelo Conceptual de Jean Watson.; *Revista Servir.* Lisboa. 41: 5, (1993) 260-270

SIMÕES, A. et al (Org) – *Modelos e Práticas em Educação de Adultos.* Coimbra: Ediliber Editora de Publicações, 2001

SIMONSON, Carol L.S. – Teaching Caring to Nursing Students – *Journal of Nursing Education*, 35: 3 1(996) 100-104

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R.- *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista.* Loures: Lusociência, 2002

YEUNG R – *Liderando Equipes* . São Paulo: Market Books, 2001

YEUNG R – *Treinando Profissionais.* São Paulo: Market Books, 2001

TATE, C. W. – *Leadership in Nursing.* London: Churchill Livingstone, 1999

TAVEIRA, C. (Coord) – *Desenvolvimento Vocacional ao Longo da Vida. Fundamentos, Princípios e Orientações* – Coimbra: Livraria Almedina, 2004

TAYLOR, Marion – *Operating Deparyement Records* - Harrogate, NATN, 1999

THOMPSON, I. E; MELIA, K. M; BOYD, K. M – *Nursing Ethics* – New York: Churchill Livingstone, 1988

TIGHE, Shirley M. B. – *Instrumentation for the Operating Room.* Mosby (Harcourt) , 2003

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).* Loures: Lusociência, 2004

UNAIBODE – Union Nationale des Associations d' Infermiers de Bloc Operatoire Diplomés d'Étet – *L'infermiére de Bloc Operetoire.* Paris: Masson Ida, 1996

UNAIBODE – *Pratiques et Références de l' Infermier (e) de Bloc Operatoire, Dévelopment une Culture Qualité* . Paris: Masson Ida, 1999.

WALSH J. J.. - *History of Nursing.*New York, P.J. Kennedy; 1929

WATSON, Jean - *The Philosophy and Science of Caring Nursing.* Boulder: Colorado Associated University Press, 1985

WATSON, Jean; BEVIS, O – *Toward a Caring Curriculum: A new Pedagogy for Nursing.* New York: National League for Nursing, 1989

WATSON, Jean – *Enfermagem: Enfermagem Pós-Moderna e Futura.* Loures: Lusodidacta, 2001

WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem.* Loures: Lusociência, 2002

WILSON, J. – *Infection Control in Clinical Practice.* London: Baillière Tindall, 2001

ZIMMERMAN LM, Veith I. - *Great Ideas in The History of Surgery.* New York: Dover Publications; 1967

ANEXOS

ANEXO I

Ruído - Número de decibeis recomendados no BO

segundo Rosário Bessa, 2000

EXEMPLOS DE RUÍDOS E SEUS VALORES

Tipo de ruído	Medida em decibeis
Actividade anestésica	
Oximetria de pulso	60 a 70
Insuflação da manga de pressão	33 a 45
Ventilador	65
Alarme do ventilador desconectado	75
Sistema de exaustão de gases	75
Alarme de ECG	74 a 78
Alarme de falha de fornecimento de oxigénio	75 a 80
Actividade cirúrgica	
Amarrotar papel	70
Vácuo sem uso	73
Aspirador Ligado	75 a 80
Colocar instrumentos na cápsula	75
Manuseamento de material	80 a 85
Abrir pacote de luvas	86
Cair material ao chão	108
Posicionar instrumentos na mesa	60
Comunicação na sala de operações	
Conversa de fundo	60 a 66
Conversação / Instrução da equipa	66 a 72
Diálogo da equipa	
Normal	56 a 60
Alto	>67 em 50% do tempo

Tipo de ruído	Medida em decibeis
Outros	
Calçado do pessoal	68
Colocação de estrado	85
Transporte do aparelho de Rx	60 a 76
Transporte do macas, armários...	85 a 90
Sistema de ar condicionado	65

QUADRO In BESSA, Rosário - *Ruído no Bloco Operatório* - Porto, 2000

ANEXO II

Saúde Ocupacional no BO
Documento amavelmente cedido pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Instituto Português de Oncologia - Porto

SAÚDE OCUPACIONAL

Perigos e Factores de Risco no Bloco Operatório

- Gases anestésicos
- Vírus da Hepatite B
- Vírus da Hepatite C
- Óxido de etileno
- Formaldeído
- Gluteraldeído
- HIV
- Iluminação
- Laser
- Ambiente Térmico
- Radiações ionizantes
- Ondas rádio e micro-ondas
- Mycobacterium Tuberculosis
- Movimentação manual de cargas
- Raios ultravioleta
- Carga de trabalho

Vias de Exposição

- Inalação
- Pele/Olhos
- Ingestão

Protecção do colaborador:

- Métodos e práticas de trabalho
- Equipamento de Protecção individual:
    - Luvas;
    - Óculos de protecção;
    - Vestuário de protecção
    - Touca
    - Máscara

Sintomas e efeitos da exposição:

- Irritação da garganta e pulmões;
- Asma e dificuldades respiratórias;
- Irritação do nariz, espirros;
- Hemorragia nasal;

- Irritação dos olhos e conjuntivites;
- Erupções cutâneas e/ou dermatites alérgicas;
- Irritação da pele;
- Dores de cabeça;
- Náusea, etc...

Danos derivados do Trabalho

- acidentes de trabalho (acidentes em serviço, incidentes e acontecimentos perigosos).
- doenças profissionais

Vigilância da Saúde

O empregador deverá garantir a vigilância da saúde periódica em função dos riscos do local de trabalho.

- Assegurar a vigilância através de exames médicos periódicos anuais a todos os trabalhadores expostos a agentes cancerígenos (DL n.º 390/93).
- Assegurar a Vigilância adequada dos trabalhadores expostos a agentes biológicos em relação aos quais os resultados das avaliações revelem a existência de riscos para a sua segurança ou saúde através de exames de saúde de admissão, periódicos e ocasionais (DL 84/97 de 16-04).
- Submeter os trabalhadores a exames de saúde antes da exposição a agentes biológicos, competindo ao médico do trabalho determinar a periodicidade dos exames subsequentes, tendo em conta a avaliação de riscos e o disposto no n.º 2 e 4º. Do DL n.º 26/94 de 01-02 (DL n.º 84/97 de 16-04)
- Prever a vacinação gratuita dos trabalhadores não imunizados contra os agentes biológicos a que estão ou podem estar sujeitos - desde que existam vacinas eficazes contra esses agentes - devendo a vacinação obedecer às recomendações da Direcção Geral da Saúde.

ANEXO III

Normas de Actuação dos Enfermeiros Perioperatórios

Grelhas de Observação

(Resultado do estudo: "Saberes que orientam os Enfermeiros do Perioperatório" utilizadas como suporte no estudo Investigação-Acção)

Normas de Actuação dos Enfermeiros Perioperatórios

A Enfermagem Perioperatória compreende as actividades de Enfermagem desempenhadas nas fases pré, intra e pós-operatória da vivência cirúrgica do doente, sendo a sua prática definida como o conjunto de acções necessárias á avaliação das necessidades do doente cirúrgico e à resolução dessas necessidades.

No pré-operatório

O Enfermeiro:

- Toma conhecimento da programação operatória.
- Executa a visita pré - operatória (a fim de conhecer o doente, identificar as necessidades do doente, planear cuidados de acordo com os dados colhidos).
- Recebe o doente e faz a verificação pré - operatória.

No intra – operatório:

O Enfermeiro presta cuidados individualizados durante esta fase, tendo em atenção os seguintes pontos:

- Identificação do doente.
- Conforto e posicionamento.
- Manutenção de segurança.
- Prevenção da infecção.
- Alteração do nível de consciência e percepção da dor.
- Alteração das funções cárdio – respiratória e circulatória.
- Comunicação verbal e não verbal.

No pós – operatório:

O Enfermeiro inteira-se da situação pós – cirúrgica do doente, avalia o seu estado e mantém vigilância intensiva no sentido de prevenir complicações e estimular o doente a desenvolver as suas potencialidades.

É através do processo de Enfermagem que o Enfermeiro perioperatório melhor desenvolve essa actividade, sendo um processo intelectual metódico que

centraliza a sua acção no doente, conseguindo o Enfermeiro perioperatório, com os seus conhecimentos teórico – práticos, responsabilidade profissional e disponibilidade, basear as suas decisões de forma a dar resposta efectiva às necessidades do doente.

A AESOP (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses), com a qual nos identificamos, adoptou o conceito de Enfermagem perioperatória defendido pelas três grandes Associações Internacionais: AORN (Associação Americana de Enfermeiros de Sala de Operações); ORNAC (Associação Canadiana de Enfermeiros de Sala de Operações); e a EORNA (Associação Europeia de Enfermeiros de Sala de Operações).

Segundo a AORN, o Enfermeiro Perioperatório tem como funções :

> *«identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociológicas do doente , pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções da Enfermagem, baseadas no conhecimento das Ciências Humanas e da Natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia.».*

O Enfermeiro perioperatório, como já foi referido, membro da equipa de saúde (multidisciplinar) tem funções independentes, interdependentes e dependentes devendo colaborar ao nível da prática, da formação, da gestão e da investigação.

A Enfermagem perioperatória é muito complexa resultante da evolução tecnológica, das forças económicas e culturais, implicando uma formação própria e aprendizagem constante pelo que a prática dos cuidados na Sala de Operações só deve ser desempenhada por Enfermeiros perfeitamente integrados no perfil:

- Deve ter vontade genuína de aprender e interesse em melhorar a sua eficiência (aprendizagem contínua).

Não saber o quê, mas para quê.

- Deve seguir rigorosamente as regras que aprendeu.

Deve saber e não presumir.

- Deve ser criativo sem prejudicar as técnicas.
- Deve ser rápido, preciso e organizado.
- Deve ter espírito de equipa. Na sala de operações deve saber adaptar-se ao grupo em que no momento está inserido. Trabalhar com calma, eficiência e eficácia.
- Deve adaptar-se ao grupo em geral, ser discreto e ter grande sentido de colaboração.
- Deve ter orgulho na sua profissão e na área que escolheu, para prestar cuidados de Enfermagem.

O Enfermeiro perioperatório, obriga-se a cumprir normas de cuidados ao doente, única base sólida da prática uniforme de cuidados de Enfermagem perioperatória que permite a garantia de qualidade na assistência ao doente, na sua segurança e da própria equipa de saúde. Deve ter ainda, uma formação básica polivalente para, no âmbito da Enfermagem perioperatória poder exercer as diferentes funções como Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro Circulante, Enfermeiro Instrumentista e Enfermeiro de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA).

Através de Normas e Critérios de Actuação previamente definidos é possível garantir segurança ao doente e à equipa de saúde, minimizar o risco do doente cirúrgico, criar bases sólidas para a avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, servir como referência na orientação e integração de pessoal, reformular programas de ensino em serviço, ... Só a partir da prática sistemática de Normas e Critérios se poderá avançar para a criação de medidas de controle e de garantia de qualidade tão necessárias também para a satisfação e realização profissional de cada um de nós.

- Enfermeiro de Anestesia

Ao Enfermeiro de anestesia compete:

1- saber definir anestesia;
2- conhecer as diferentes técnicas anestésicas e os factores que influenciam a sua escolha;
3- dominar o funcionamento de todo o equipamento anestésico, bem como a de todos os circuitos de manutenção de gazes anestésicos;
4- conhecer a acção e mecanismos de interacção dos fármacos utilizados.

Ao colaborar com o Anestesista, o Enfermeiro é responsável pelo doente numa fase de dependência, devendo manter uma observação e vigilância constantes e capacidade de despiste de complicações que possam surgir. O Enfermeiro tem de estar preparado para actuar em situações de urgência.

Sendo o Enfermeiro que mantém uma relação privilegiada com o doente é o que poderá fazer a visita pré – operatória para estabelecer uma relação de confiança com o doente/ família, para que no momento do acolhimento no BO "**os seus medos**" e "**ansiedade**" estejam minimizados, podendo no entanto esta ser realizada pelos diferentes Enfermeiros do perioperatório, uma vez, como já referido eles rodam pelas diferentes funções que lhe são atribuídas.

NORMA I

O Enfermeiro de Anestesia acolhe o doente de forma personalizada e humanizada, faz a verificação pré- operatória.

Critérios:

1 Acolhe o doente à sua chegada.
2 Confirma com a Enfermeira do internamento se o doente é o esperado.
3 Relembra no esquema operatório a identificação do doente, a cirurgia proposta e equipa cirúrgica.
4 Apresenta-se ao doente sem máscara e identifica-se.

5 Trata o doente pelo seu nome, cria uma relação interpessoal, procura tranquilizá-lo, mantém uma atitude de escuta.

6 Explica os procedimentos que efectua:

6.1 – verifica se o processo individual obedece ao regulamentado;

6.2 – verifica se o consentimento operatório do doente está assinado;

6.3 - reidentifica o doente, lendo em voz alta o nome do doente escrito na sua pulseira de identificação;

6.4 - procede à transferência do doente, certifica-se de que o seu pudor é respeitado;

6.5 – cumpre normas de segurança e conforto;

6.6 – rubrica na folha própria que recebeu o doente;

6.7 - acompanha o doente até à sala de indução anestésica a que se destina e não o abandona.

NORMA II

O Enfermeiro de Anestesia planeia o trabalho para o dia seguinte na sala para que está destacado.

Critérios:

1 Consulta o plano de trabalho.

2 Consulta o plano operatório.

3 Reúne e/ou prepara material específico para as cirurgias do dia seguinte (carro de pediatria, tubos especiais, material de perfusão ...).

4 Repõe stocks globais.

NORMA III

O Enfermeiro de Anestesia prepara a anestesia do doente tendo em atenção as normas de segurança.

Critérios:

1 Confirma o plano de trabalho.

2 Confirma o plano operatório.

3 Verifica e testa o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos necessários para a anestesia:

3.1 – ventiladores;

3.2 – monitores;

3.3 – aspirador e exaustão.

4 Verifica stock de fármacos e material necessário.

5 Prepara fármacos de acordo com o protocolo e / ou indicação do Anestesista.

6 Prepara material para entubação endotraqueal:

6.1 – laringoscópio com boa luz;

6.2 - tubo adequado ao tipo de cirurgia (testar *cuff*);

7 Providencia a chegada do doente à sala depois de toda a equipe estar presente (quando é uma criança).

8 Acolhe o doente na sala de indução:

8.1 – identifica-se e trata o doente pelo seu nome.

9 - Verifica o processo clínico:

9.1 – confirma o nome do doente e tipo de intervenção;

9.2 – verifica se existem alterações no estudo clinico do doente.

10 - Executa punção venosa conforme a norma.

NORMA IV

O Enfermeiro selecciona o local a puncionar e material adequado, tendo em vista o tipo de cirurgia e as condições do doente.

Critérios:

1 Reúne o material necessário para:

1.1 - desinfecção;

1.2 - punção venosa;

1.3 - solução a administrar.

2 Elege a veia a puncionar.

3 Desinfecta a área a puncionar.

4 Utilizando técnica asséptica médica, punciona veia com catéter venoso periférico

(20 G no mínimo).

5 Verifica boa permeabilidade.

6 Fixa cateter venoso periférico.

7 Verifica débito do soro.

NORMA V

O Enfermeiro de anestesia prepara o doente explicando-lhe todos os passos (com a colaboração do Enfermeiro circulante).

Critérios:

1 Faz transfer do doente no tabuleiro para a sala de operações.

2 Monitoriza o doente e avalia parâmetros vitais.

3 Faz registos na folha de anestesia.

4 Assiste o Anestesista durante a indução e manutenção da anestesia.

5 Mantém silêncio na sala e evita que se mexa no doente durante a fase de indução.

6 Mantém vigilância do doente:

6.1 – assegura boa ventilação respiratória;

6.2 – mantém a permeabilidade das vias parentéricas;

6.3 – colabora no controlo do balanço hidro –helectrolítico;

6.4 – acompanha as necessidades relativas ao doente/anestesia.

7 Colabora, sempre que necessário com o Enfermeiro circulante.

8 Comunica antecipadamente à Enfermeira da UCPA, se o doente vai para a UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), a fim de ser pedida a cama para ser aquecida.

9 Assiste o Anestesista no "**acordar**" da anestesia.

10 Completa registos com doses totais de fármacos e soluções administradas.

11 Retira o tabuleiro da sala com o doente e acompanha-o, juntamente com o Anestesista à UCPA.

12 Transmite informações orais e escritas à Enfermeira da UCPA ou UCI.

13 Rejeita material infectado e coloca em contentor próprio o material para lavar.

14 Acondiciona objectos corto-perfurantes em recipiente próprio.

15 Alerta AAM (Auxiliares de Acção Médica) para determinados pormenores que possam passar despercebidos ao limpar e desinfectar a sala de operações.

16 Lava as mãos e prepara anestesia seguinte.

- **Enfermeiro Circulante**

É o elemento responsável por atender às necessidades do doente, da instrumentista e da restante equipa de saúde.

Deve ser:

1- calmo e eficiente;
2- dominar a técnica Asséptica Cirúrgica e ter conhecimentos de Anatomia e Fisiologia, que lhe permitam manter o doente bem posicionado e em segurança;
3- conhecer a técnica cirúrgica para prontamente responder ás necessidades da equipe que realiza a intervenção cirúrgica.

NORMA VI

Os Enfermeiros instrumentista / circulante planeiam o trabalho do dia seguinte para a sala de operações em que estão destacados.

Critérios:

1 Consultar o plano de trabalho.
2 Consultar o esquema operatório.
3 Preparar o(s) carro(s) com o material esterilizado necessário (na área de distribuição de esterilizados).
4 Identificar o(s) carro(s) com o número da sala de operações e tempo operatório, com cartão próprio.
5 Registar no esquema operatório de acordo com a legenda do quadro afixado:

- - carro preparado

V - carro enviado

6 Colocar o carro da 1ª cirurgia na área de sub - esterilização da respectiva sala de operações.
7 Completar o carro com o material de apoio necessário.
8 Repor stocks na sub - esterilização tendo em conta o plano operatório.

NORMA VII

O Enfermeiro circulante prepara a sala do operações tendo em conta as normas de segurança e controlo da infecção.

Critérios:

1 Confirma o plano de trabalho.
2 Confirma o esquema operatório.
3 Coloca a máscara e faz a lavagem higiénica das mãos antes de entrar na sala de operações.
4 Confirma a existência de carro preparado com todo o material necessário para a cirurgia prevista.
5 Verifica se a sala de operações está limpa e em condições de ser utilizada (temperatura e saturação de humidade).
6 Verifica luzes e testa aparelhos.
7 Coloca na sala de operações o carro e abre os materiais para o instrumentista pôr as mesas cirúrgicas.
8 Assiste o Enfermeiro instrumentista e fornece materiais necessários verificando a integridade da esterilização destes, antes de abrir.
9 Colabora com o enfermeiro de anestesia para fazer o transfer do doente para a sala de operações.
10 Identifica-se e identifica o doente confirmando com o plano operatório e processo.
11 Colabora no posicionamento do doente.
12 Está presente durante a indução para colaborar se necessário.
13 Coloca o éléctrodo neutro do aparelho de electrocoagulação, respeitando as normas de segurança.
14 Assiste a equipa cirúrgica durante a desinfecção e ao vestir.
15 Colabora na desinfecção do campo operatório.
16 Ajusta as luzes, mesa de instrumentos e procede à ligação dos aparelhos.
17 Vigia o comportamento da equipa, denunciando faltas e fazendo respeitar a técnica asséptica cirúrgica e regras estabelecidas.
18 Acondiciona, rotula e providencia o envio dos produtos colhidos para análises para os respectivos laboratórios.

19 Mantém a sala de operações limpa e em ordem e com as portas fechadas durante a cirurgia.

20 Faz registos em folha própria dos tempos operatórios.

21 Atempadamente, dá indicação ao Enfermeiro coordenador para preparar o próximo doente da sala.

22 Prepara o material para drenagens e penso e colabora na execução dos mesmos com o Enfermeiro instrumentista.

23 Colabora no transfer do doente.

24 Supervisiona a limpeza da sala pelas AAM.

25 Lava as mãos.

26 Confirma a existência de carro preparado na sub - esterilização, para a cirurgia seguinte.

27 Prepara a sala para a cirurgia seguinte.

- Enfermeiro Instrumentista

É o elemento que colabora directamente com o cirurgião e equipe cirúrgica. Deve:

1- ter conhecimento das técnicas cirúrgicas utilizadas;

2- domínio da Técnica Asséptica Cirúrgica;

3- grande capacidade de concentração, de autodomínio e resistência física.

NORMA VIII

O Enfermeiro instrumentista, aplica conhecimentos técnico científicos actualizados, de acordo com a intervenção cirúrgica programada.

Critérios:

1 Confirma o plano de trabalho.

2 Confirma o esquema operatório.

3 Conhece os tipos de intervenções programadas e as características dos diferentes intervenientes na cirurgia.

4 Colabora com o Enfermeiro circulante na selecção do material específico necessário, individualizando-o em relação ao doente, tipo de cirurgia e cirurgião que o vai utilizar.

5 Na zona de desinfecção coloca a máscara e faz a lavagem cirúrgica das mãos com soluto desinfectante próprio.

6 Prepara as mesas para a cirurgia.

7 Responsabiliza-se por todos os instrumentos, compressas e suturas procedendo à contagem, no início e no fim da cirurgia.

8 Ajuda a equipa cirúrgica a vestir-se.

9 Colabora na preparação do campo operatório.

10 Prevê e antecipa-se às necessidades dos intervenientes no acto cirúrgico.

11 Vigia para que não exerçam pressões sobre o doente (equipa e /ou materiais).

12 Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica.

13 Faz o penso operatório.

14 Acondiciona objectos corto-perfurantes em recipiente próprio.

15 Retira material das mesas operatórias e coloca-o em recipiente próprio fechado.

16 Providencia o seu transporte pelo circuito estabelecido para a sala de preparação de material.

17 Comunica às AAM, os cuidados a ter no tratamento de materiais específicos e /ou infectados.

18 Retira bata e luvas.

19 Responsabiliza-se pela preparação e esterilização de todo o material utilizado.

- **Enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)**

A Unidade de cuidados Pós – anestésicos faz parte do bloco operatório e destina-se à recuperação anestésica do doente submetido a anestesia geral.

O ambiente destas unidades caracteriza-se por uma actividade e pressão constantes, não só pelo elevado número de doentes que aí são admitidos, por curtos períodos de tempo (mínimo 30 minutos, máximo 3 horas), mas também pelo alto padrão de cuidados que necessitam. Assim o Enfermeiro deve:

saber responder com rapidez, eficácia e alta rentabilidade em todas as circunstâncias e muito particularmente perante situações de emergência;

1- conhecer e saber aplicar as etapas necessárias ao bom desempenho dos cuidados de Enfermagem ao doente;
2- ter sempre presente que a relação inter-pessoal que deve estabelecer com ele é a pedra angular da actividade do Enfermeiro da UCPA, (o doente encontra-se desorientado no tempo e no espaço, com os sentimentos conturbados, em hipotermia, ansioso, com limites de funções e provavelmente com dor).

Para o bom funcionamento da UCPA, o Enfermeiro responsável da Unidade tem, ainda, de saber orientar o seu pessoal (Enfermeiros e AAM) no sentido de manter todo o equipamento a funcionar em boas condições; os stocks de material e de medicamentos; tratamento adequado do material e equipamento, limpeza e desinfecção das unidades; drenagem de lixos e roupas; ambiente ordenado, calmo, acolhedor, aquecido e equipa técnica falando numa intensidade sonora baixa

NORMA IX

O Enfermeiro da U.C.P.A conhece os princípios base dos diversos tipos de intervenção de cuidados de Enfermagem ao doente no pós operatório imediato, aplica-os na planificação e prestação desses mesmos cuidados.

Critérios:

1 Faz o acolhimento do doente, inteirando-se junto da equipa anestésica da situação do
doente.

2 Faz uma observação cuidada do doente:

2.1 – pele e mucosas (coloração e temperatura);

2.2 – estado de consciência;

2.3 – sinais vitais;

2.4 – sinais de hemorragia;

2.5 – permeabilidade das vias respiratórias;

2.6 – permeabilidade das vias parentéricas;

2.7 – drenagens cirúrgicas, seus níveis e características;

2.8 – drenagem vesical, nível, características.

3 Cumpre os protocolos definidos:

ICBAS

3.1 – oxigenoterapia;

3.2 – monitorização;

3.3 – oximetria de pulso.

4 Mantém o equipamento de ressuscitação e de aspiração pronto a funcionar.

5 Assegura o correcto posicionamento do doente.

6 Aplica as medidas de segurança e de conforto.

7 Proporciona um ambiente calmo, acolhedor e aquecido.

8 Aborda o doente sempre de uma forma calma, educada, sem gestos bruscos e com o mínimo de perturbação para o doente.

9 Procura desenvolver uma boa relação interpessoal:

9.1– explica ao doente todos os seus actos;

9.2 – situa-o no tempo e no espaço;

9.3 – tranquiliza-o quanto ao seu estado;

9.4 – esclarece todas as dúvidas ou anseios;

9.1– mantém a família informada da situação.

10 Avalia o nível de dor e actua de acordo com a situação.

11 Faz registos precisos e completos que permitam a continuidade de cuidados.

12 Verifica as ordens terapêuticas pós operatórias e se os registos médicos estão completos.

13 Reorganiza o processo do doente.

14 Mantém vigilância constante do doente, reavaliando o seu estado e dando resposta imediata às suas necessidades.

15 No momento da alta solicita a presença do Anestesista (preferencialmente o que fez o acto anestésico) que confirma ou não a sua saída da Unidade. Informa o doente.

16 Chama o Enfermeiro do serviço de internamento do doente.

17 Completa a folha de registo.

Transfere o doente fazendo uma avaliação cuidadosa do estado do doente ao Enfermeiro que o vem receber.

– Actualização do Enfermeiro Perioperatório

O avanço científico e tecnológico da Anestesia e da Cirurgia nos últimos anos permitem intervenções cada vez mais complexas, em doentes também mais idosos que requerem tratamento não só da patologia específica, mas também com patologias associadas.

Tudo isto exige do Enfermeiro perioperatório uma atenção contínua, com uma prestação de cuidados intensivos altamente especializados, com uma dinâmica e esforço conjunto, muito próprios que representam para o doente uma garantia de qualidade e de segurança dos cuidados de saúde.

O Enfermeiro perioperatório, obriga-se a uma constante aprendizagem para poder assumir as suas responsabilidades, sendo o leque de conhecimentos de que necessita muito vasto e em permanente actualização.

NORMA X

O Enfermeiro perioperatório tem a responsabilidade de enriquecer os seus conhecimentos e a sua actuação de acordo com o seu projecto pessoal e profissional.

Critérios:

1 Conhece os seus direitos e deveres em matéria de formação contínua.
2 Participa em acções de formação.
3 Mantém os seus conhecimentos actualizados. Lê revistas da especialidade. Tem acesso à biblioteca.
4 Partilha com os colegas os seus conhecimentos, experiências e dúvidas.
5 Faz a análise de incidentes críticos.
6 Colabora na integração de outros Enfermeiros, AAM e outros Técnicos.
7 Identifica as suas necessidades de formação.
8 Integra na prática os seus conhecimentos adquiridos.

A nova forma de avaliação do desempenho da carreira de Enfermagem, mais do que avaliar o desempenho, procura geri-lo. Só através de uma avaliação contínua se conseguirá definir a qualidade do nosso trabalho e analisar o nosso

comportamento para proceder à sua melhoria, sempre com o objectivo final de "**Garantir a Qualidade de Assistência ao Doente Cirúrgico**", doente em circunstâncias de grande dependência e total entrega.

Quadro 1 - Grelha de Observação do Enfermeiro Perioperatório

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Inicio do dia de trabalho: • Mudar de roupa (retirar roupa, pulseiras, voltas), vestir farda própria; • Colocar barrete; • Calçar sapatos próprios, para entrar na zona limpa do BO	- A roupa da rua é considerada como suja na medida em que está em contacto com o ar exterior (poluição...). Ao entrar no BO, onde existem zonas limpas há que utilizar roupas próprias para estes locais, o mesmo acontecendo com os sapatos. Os cabelos devem ser protegidos para evitar a contaminação de material esterilizado. Os relógios e jóias podem ser locais de acumulação de microorganismos e portanto causadores de infecção.
- Confirmar o plano de trabalho, confirmar o esquema operatório, se existir alterações avisar a equipa.	- Preparar todo o material necessário para a cirurgia.
- Ter conhecimento das intervenções programadas e as características dos diferentes cirurgiões. - Na zona de desinfecção, colocar a máscara e proceder à lavagem das mãos com soluto desinfectante próprio.	- Reduzir tempo de espera. - Não haver gastos de material desnecessário. - Assépsia
- Verificar o funcionamento na sala de operações: • Limpeza; • Aspirador, bisturi eléctrico, focos, comandos na marquesa; • Funcionamento de todo o material para reanimação cardio – respiratória; - O ventilador e aspirador de secreções. - Verificar se o material que fica preparado no dia anterior, corresponde ao plano operatório previsto. Tendo em conta informações trazidas aquando da visita pré operatória. Colocar na sala de operações, todos os acessórios e aparelhos específicos para a cirurgia. - Dialogar com a equipe sobre a cirurgia que se vai desenrolar; quais os cirurgiões e anestesista que vão estar na sala.	- Evitar demoras e tempo de espera. - Não surgir nenhuma "surpresa" que vá prejudicar o doente (ambiente seguro/ segurança do doente e equipa) - Não haver atrasos na cirurgia; - Abrir apenas o material necessário; - Evitar gastos supérfluos. - Comunicação e continuidade nos cuidados prestados.

(continua)

Quadro 1 – Grelha de Observação do Enfermeiro Perioperatório

(continuação)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Acolhimento do doente: Cumprimentar, identificar e conversar com o doente, esclarecendo-o sobre a eventual técnica anestésica a utilizar (tudo isto deve ser feito sem máscara).	- Estabelecer relação de ajuda com o doente cirúrgico. - Legalização do processo.
- Verificar se o consentimento operatório do doente está assinado.	- Confirmação de dados.
- Confirmar a cirurgia com o doente, processo e plano operatório afixado	
- Explicar procedimentos que se vão efectuar.	- Diminuição da ansiedade do doente.
- Ajudar sempre que possível a equipe, naquilo que for necessário. Deixar o doente o mais confortável possível.	- Colaboração com a equipe de saúde. - Apoiar o doente, confortá-lo, diminuir a ansiedade.
- Supervisionar a limpeza e desinfecção da sala de operações pelos AAM.	- Formação contínua dos auxiliares dos AAM. - Evitar infecções, contribuir para a segurança na prestação de cuidados.
- Lavagem das mãos e preparação da cirurgia seguinte.	- Cumprir com as normas de higiene para evitar contaminação.
- Planear trabalho para o dia seguinte, na sala para que está destacado:	- Organização do trabalho para diminuir tempos mortos.
• Consulta do plano de trabalho; • Consulta do plano operatório; - Planeamento do material necessário para as diferentes cirurgias. - Reposição de stoks	- Organização do trabalho.

Quadro 2 – Grelha de Observação do Enfermeiro de Anestesia

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Colocar eléctrodos e monitorizar.	- A anestesia e a cirurgia podem provocar alterações hemodinâmicas que devem ser revertidas o mais rapidamente possível.
- Avaliar dados vitais (tensão arterial, frequência cardíaca), oximetria e estado de consciência.	- Idem
- Preparação de farmacos (de acordo com a patologia do doente e com o tipo de anestesia)	- Idem
- Preparar material de entubação endotraqueal de calibre adequado (número abaixo e acima do ideal) material para fixação de tubo e seringa de cuff.	- Evitar perdas de tempo. - Evitar complicações
- Puncionar uma veia para administração de fluídos. O soro será adaptado ao tipo de anestesia a que o doente vai ser submetido (soro adaptado às necessidades fisiológicas – controlo equilíbrio hemodinâmico do doente).	- Há farmacos que provocam hipotensão que deve ser imediatamente corrigida de forma a não conduzir a alterações hemodinâmicas graves. A hipertensão também deve ser controlada, na medida em que vai provocar maior perda de sangue.
- Registar doses totais de fármacos e soluções.	- Controlar balanço hídrico (e reposição de perdas). • Controlo dos farmacos administrados. • Prevenção de efeitos colaterais. • Aumento de vigilância no pré – operatório imediato.
- Promover aquecimento do doente	- Manter conforto do doente
- Comunicar, antecipadamente à Enfermeira da unidade de cuidados pós anestésicos, a transferência do doente e acompanhar o doente à UCPA.	- Haver continuidade de prestação de cuidados de forma a manter o conforto do doente.
- Transmissão de informações orais e escritas à cerca do doente, à Enfermeira da UCPA.	- Idem
- Visita pré – operatória do doente do dia seguinte.	- Diminuição da ansiedade do doente. - Observar o doente e fazer o levantamento de necessidades: • Do doente; • Do acto cirúrgico. - Explicar ao doente o que vai acontecer. Responder às questões levantadas pelo doente e família.

Quadro 3 – Grelha de Observação do Enfermeiro de Anestesia

Raqui Anestesia e Bloqueio Epidural

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Colocar o doente em maca dura	- Permite manter a coluna vertebral numa posição mais estável.
- Administrar Ionosteril Lactato 1000cc E.V.	- Antes de se iniciar a raqui anestesia devem ser perfundidos 500 a 1000cc de Lactato para preenchimento venoso, na medida em que esta técnica condiciona bloqueio simpático, podendo originar situações hipotensivas (baixo retorno venoso).
- Preparação de medicação: atropina, midazolam, fentanil e efedrina.	- Atropina = Vagolitico - Fentanil = Analgésico opiáceo - Midazolan =Sedativo = Benzodiazepina - Efedrina vasoconstritor Simpaticomimético de acção Indirecta
- Colocar máscara para preparação da mesa anestésica (com material esterilizado).Abrir campos esterilizados, agulha de raqui, Kit de epidural e anestésicos.	- Manipular material esterilizado obriga à utilização de máscara para evitar que gotículas de saliva, espirros e tosse contaminem o material (evitando possíveis infecções do sistema Nervoso Central – Meningites)
- Posicionar o doente e mantê-lo nessa posição enquanto o anestesista executa a técnica.	- O doente é colocado em decúbito lateral, em genoflexão para que haja maior abertura dos espaços intervertebrais.
- Após a injecção do anestésico no espaço intra-raquideo, avaliar ciclicamente de 3-5 minutos a TA.	- O anestésico, habitualmente utilizado, a MARCAÍNA, é vasodilatadora pelo que pode provocar hipotenção.

(continua)

Quadro 3 – Grelha de Observação do Enfermeiro de Anestesia

Raqui Anestesia e Bloqueio Epidural

(Continuação)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Fixar cateter epidural	- Para que não haja migração do cateter (intra-raquideo ou extra – epidural) e lesões subsequentes.
- Reposicionar o doente, caso seja necessário, tendo sempre em atenção a avaliação dos dados vitais especialmente as tensões arteriais.	- Contribuir para o conforto do doente - Manter um ambiente seguro.
- Em cirurgias prolongadas e em situações que requerem a avaliação de Balanço Hidrico (queimados e artroplastias,...), algaliar o doente, com técnica asséptica.	- O débito urinário constitui um indicativo indirecto do estado perfusional do rim, para além de que tanto a raqui anestesia como o bloqueio epidural podem condicionar, habitualmente, retenção urinária.
- Evitar mudanças bruscas de posicionamento, quando da transferência para a mesa operatória.	- Podem desencadear alterações hemodinâmicas (alterações do ritmo cardíaco) e tensionais.

Quadro 4 – Grelha de Observação do Enfermeiro de Anestesia

– Raqui Anestesia e Bloqueio Epidural com Garrote

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Na cirurgia com garrote, ter em atenção: • Pressão de insuflação; • Tempo de garrote; • Abertura do garrote: a) Posicionamento do doente em Trendlenburg b) Avaliação dos dados vitais de 2/2 minutos c) Aumentar perfusão dos soros	- Exsanguinação do membro. Facilita campo cirúrgico • Deve ser de acordo com a T.A. sistólica (200 a 250 mmHg acima da T.A. sistólica) • Não deve, idealmente exceder duas horas para que não haja isquemia permanente (observação constante do membro) • Diminuição do retorno venoso pela vasodilatação inerente à técnica utilizada.

Quadro 5 – Grelha de Observação do Enfermeiro de Anestesia – Anestesia Geral Balanceada

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Preparação de farmacos: atropina, midazolam (fentanil, remifentanil, sufentanil), analgésico opiáceo, hipnótico, relaxante muscular, descurarizante e antihemético.	- Atropina → Vagolitica - Midazolam → Sedativo (Benzodiazepina) - Tiopental, Propofol, Etomidato,... → Hipnótico - Vecuronio, Atracurium, Succinilcolina → Relaxamento muscular - Neostigmina → Descurarizante - Dehidrobenzoperidol, Metoclopramida e Ondancefron → Anti- heméticos.
- Monitorizar o estado de relaxamento muscular, para além da monitorização básica	- Não dar mais fármacos que o necessário
- Colaborar com o anestesista no decorrer da técnica anestésica	- Diminuir tempo de anestesia - Evitar Complicações
- Vigiar manutenção da anesthesia	- Despiste de complicações
- Preparar e implementar monitorização invasiva se necessário (a sua utilização depende da complexidade da cirurgia).	- Idem
- Preparar o despertar da anestesia: • Manter o aspirador de secreções ligado;	- A administração da neostigmina (descurarizante) proporciona um aumento de secreções.
• Descurarizar de acordo com a monitorização de relaxamento muscular: • a)Extubação • b)Colocar o doente em decúbito lateral de segurança	- Para evitar aspiração de vómito
- Acompanhar o doente à UCPA	- Despiste de complicações

Quadro 6 – Grelha de Observação do Enfermeiro de Anestesia – Bloqueio do Plexo Braqueal

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Preparação de farmacos: atropina, midazolam, analgésico opiáceo, tiopental.	- Tiopental → Hipnótico, para a eventualidade de administração do anestésico local por via E.V.
- Preparação de material: agulhas, compressas, neuro – estimulador e antisséptico.	- Evitar perdas de tempo
- Posicionar membro superior de acordo com a técnica a utilizar (inter- escalénica, infra -clavicular e axilar).	- Manter conforto do doente - Evitar perdas de tempo
- Administração do anestésico local lentamente e fracionadamente, com aspirações sucessivas e suaves.	- Despiste de complicações (através da administração do farmaco E.V.)
- Transferir doente para a sala de operações	- Evitar perdas de tempo
- Colocar garrote com pressão de 150 a 200 MmHg superior à T.A. sistólica	- Despistar complicações
- Após cirurgia, retirar garrote e avaliar dados vitais e estado de consciência	- Idem
- Acompanhar o doente à UCPA	

Quadro 7 – Grelha de Observação do Enfermeiro Circulante

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Assistir o Enfermeiro Instrumentista e fornecer os materiais necessários verificando a integridade da esterilização destes antes de abrir.	- Ajudar o Enfermeiro Instrumentista - Normas de segurança e técnica asséptica
- Abrir suturas e outro material descartável ou específico, só na altura exacta, a cirurgia pode não se efectuar.	- Evitar gastos desnecessários
- Depois de o doente anestesiado e com toda a equipe presente, retirar lençóis e bata ao doente, verificar ao mesmo tempo se foi feita a tricotomia correctamente e confirmar ao mesmo tempo o posicionamento.	- Manter a técnica asséptica - Normas de segurança - Pudor
- Colocar o eléctrodo neutro do aparelho de electrocoagulação, respeitando as normas de segurança. Assiste a equipe cirúrgica durante a desinfecção e ao vestir. Colabora na desinfecção do campo operatório; ajusta as luzes, mesa de instrumentos e procede à ligação dos aparelhos.	- Normas de segurança e controlo da infecção - Não fazer esperar - Estar inserida na equipe cirúrgica - Equilíbrio da equipe - Evitar tempos mortos e prolongamento da cirurgia.
- A circulante deve saber tanto como a instrumentista em relação à técnica cirúrgica, deve agir prontamente e de preferência antes de ser solicitada.	- Há certos actos que passam despercebidos à instrumentista (está atenta à cirurgia), chamar a atenção. - Evitar erros de assépsia. - Equilíbrio da equipe
- Vigiar o comportamento da equipe, denunciando faltas, fazendo respeitar a técnica asséptica cirúrgica e regras estabelecidas. Criar um ambiente calmo e agradável ("silêncio", música).	

(continua)

Quadro 7 – Grelha de Observação do Enfermeiro Circulante

(continuação)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Antecipadamente deve fazer-se a contagem de compressas e no fim da cirurgia confirmar se a contagem está correcta.	- Normas de segurança. - Evitar erros de negligência motivados por stress.
- Acondicionar, rotular e providenciar o envio dos produtos colhidos para análises, para os respectivos laboratórios.	- Colaborar com a equipe para o estudo da peça operatória, que contribuirá para uma decisão sobre o tratamento complementar a ser implementado no pós operatório.
- Avisar com antecedência o Enfermeiro de Gabinete do final da cirurgia, para que possa preparar o material e chamar o doente seguinte.	- Evitar tempos mortos
- Manter a sala de operações limpa e em ordem com as portas fechadas durante a cirurgia	- Normas de segurança e controle de infecção.
- Fazer registos em folha própria dos tempos operatórios.	- Estatística - Estudos - Segurança
- Preparar material para drenagens e penso, colaborar na execução dos mesmos com o Enfermeiro Instrumentista.	- Perda de tempos mortos. - Evitar que a ferida esteja exposta ao ar por tempo indesejado. - Segurança; trabalho em equipe
- Ajudar a transportar o doente para o recobro, verificar mais uma vez, à saída da sala de operações, o penso, os drenos, algália, ..., se estão bem.	- Apoio emocional. - Trabalho em equipa - Responsabilidade pelo conforto e segurança do doente

Quadro 8 – Grelha de Observação do Enfermeiro Instrumentista

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Preparar a mesa para a cirurgia (prepará-la sempre como nos foi ensinado, com os instrumentos nos respectivos sítios e outros materiais)	- Evitar perdas de tempo - Ter a mesa de forma a ser utilizada por qualquer outro elemento, se tiver que ser substituída
- Proceder à contagem das compressas e material cortante no início e final da cirurgia, bem como todo o restante material	- Evitar acidentes, durante e após a cirúrgia
- Ajudar a equipe cirúrgica a equipar-se	- Manter assépsia (evitar movimentos duvidosos) - Assépsia (manter o doente confortável)
- Colaborar na preparação do campo operatório	- Evitar perdas de tempo - Intervenções mais eficazes e eficientes
- Prever e antecipar as necessidades do cirurgião: • Ter conhecimento da técnica e tipo de cirurgia.	- Contribuir para a estabilidade e segurança de toda a equipe e doente. - Manter conforto do doente.
- Vigiar o derramamento de líquidos supérfluos sobre o doente.	- Manter conforto do doente.
- Evitar pressões desnecessárias	- Manter os tecidos em boas condições para contribuir para uma melhor cicatrização.
- Hidratação dos tecidos	- Assépsia
- Manter técnica asséptica durante toda a cirurgia (ter conhecimentos de assépsia)	

(continua)

Quadro 8 – Grelha de Observação do Enfermeiro Instrumentista

(continuação)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Fazer penso operatório de acordo com as necessidades.	- Manter o doente confortável; evitar Hemorragia: • Se penso compressivo • Boa colocação e fixação dos drenos - Manter assépsia da ferida operatória
- Acondicionar objectos corto – perfurantes em recipientes próprios.	- Evitar acidentes e riscos de infecção, aumentar a segurança no trabalho individual e de equipe.
- Retirar todo o material usado na cirurgia e acondicioná-lo em contentores apropriados.	- Evitar contaminação
- Providenciar o transporte do material utilizado, segundo o circuito estabelecido, para a sala de preparação de material.	- Evitar contaminação
- Comunicar às AAM, os cuidados a ter com os materiais específicos e ou infectados	- Protecção dos materiais - Controle da infecção
- Preparar para esterilizar todo o material utilizado	- Economia de tempo - Ter à mão o material se for necessário para outra cirurgia
- Reavaliar o bom funcionamento de todo o material cirúrgico e substituição do inadequado	- Providenciar o envio para os locais apropriados para a revisão e ou reposição de novos stocks

Quadro 9 – Grelha de Observação do Enfermeiro da UCPA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Acolhimento do doente: recebe informações da Enfermeira da sala, referentes à cirurgia e anestesia	- Promover continuidade de cuidados
- Observação cuidada do doente (pele, mucosas, dados vitais,...) e posicionamento do doente de acordo com a cirurgia e patologia.	- Prevenir complicações
- Comunicar com o doente de forma calma , com o mínimo de perturbação	- Verificar nível de consciência e analgesia
- Monitorização do doente: • Oximetria = oxigenoterapia (se necessário)	- Despistar complicações - Melhor saturação
- **VERIFICAR:** • **PENSOS** • **DRENAGENS**	- Despistar complicações
- **REGISTOS**	- Promover continuidade de cuidados
- Proporcionar ambiente calmo e acolhedor durante a fase de recobro anestésico: - Vigilância do doente (monitorização) - Despiste da dor - Vigilância do nível de consciência -	- Bem estar do doente - Prevenir complicações

(continua)

Quadro 9 – Grelha de Observação do Enfermeiro da UCPA

(continuação)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Vigilância de drenagens e penso operatório - Vigilância das perfusões - Administração de perfusões - Registos Chamar o anestesista ou cirurgião se necessário	- Prevenir complicações
- Procurar desenvolver boa relação interpessoal, explicando os seus actos, orientando-o no tempo e no espaço, esclarecer dúvidas e anseios e manter a família informada.	- Diminuir a ansiedade do doente e família
- Quando o doente tem alta do recobro: • Exigir a presença do anestesista • Verificar o penso, drenagens, sinais vitais, • Contactar o serviço • Completar registos	- Despistar complicações - Assegurar continuidade de cuidados
- Transferir o doente à Enfermeira do serviço, fazendo uma avaliação cuidadosa: - verificar o processo (ordens terapêuticas e registos médicos).	- Promover a qualidade e continuidade dos cuidados

ANEXO IV

Respostas do Enfermeiro Perioperatório às Necessidades da Pessoa durante os Cuidados de Enfermagem que prestam

(Resultado do estudo "A resposta que os Enfermeiros do Bloco Operatório dão às necessidades dos doentes no período perioperatório")

A Enfermagem Perioperatória e o Atendimento das Necessidades

Importa referirmos alguns aspectos genéricos da intervenção da enfermagem perioperatória ligada às necessidades preconizadas por Virgínia Henderson:

⇒ **Oxigenação** – é influenciada por um comportamento psicossocial –cultural. A ansiedade que o utente normalmente apresenta, devido a esta situação face à intervenção cirúrgica, faz aumentar a frequência cardíaca e respiratória que tem como resultado, poder alterar a oxigenação tecidular. Através da visita pré-operatória, do acompanhamento durante o período perioperatório, podemos ajudar a diminuir a ansiedade. A manutenção de uma boa permeabilização das vias aéreas, a vigilância da coloração da pele e das mucosas, a monitorização dos sinais vitais e a vigilância da quantidade de hemorragia, são alguns aspectos, de entre outros, que o enfermeiro perioperatório terá de ter em conta para poder responder a esta necessidades.

⇒ **Nutrição e de Hidratação** – Durante este período está alterada, porque o utente estará sujeito a um jejum, devido a intervenção cirúrgica e anestesia. Através da explicação da razão desta atitude o utente aceita-a. No entanto deveremos ter em atenção que não pode haver grandes períodos de pausa alimentar e que essa pode ser substituída por soroterapia, que não só vai satisfazer a necessidade calórica do organismo, bem como assegurar a hidratação temporariamente.

⇒ **Eliminação** – A ansiedade pode alterar os hábitos de eliminação do indivíduo, assim como o tipo de cirurgia. Durante a cirurgia deverá ter-se em conta a eliminação vesical, que muitas vezes deve ser monitorizada. No pré- operatório há necessidade de um bom esclarecimento acerca de todos os procedimentos que antecedem a cirurgia (enemas, necessidade de micção antes da cirurgia). No pós – operatório o enfermeiro, ainda na sala de recobro deve vigiar a primeira micção após a cirurgia e registá-la.

⇒ **Mover-se e Manter uma Boa Postura** - Sabemos do quanto muitas vezes é necessária posições específicas para um variado número de cirurgias. Também é verdade que essas posições que facilitam a abordagem cirúrgica, podem trazer sequelas para o utente, se não for mantido um bom alinhamento corporal e protegidas todas s partes do corpo passíveis de sofrer pressões ou outros traumatismos, independentemente do tempo demorado na intervenção. È ao enfermeiro do perioperatório que cabe a prevenção e a vigilância do utente sujeito a uma anestesia e por isso mesmo incapaz de manifestar dor ou incómodo em parte do corpo, que mais tarde vão provocar alterações a nível motor e ou sensorial.

⇒ **Descanso e sono** – a nível desta necessidade, a visita pré operatória e todo o acompanhamento do utente e família durante o período perioperatório, pode ajudar o utente a ter um maior relaxamento o que vai diminuir o número de insónias e mesmo pesadelos. Estudos por nós desenvolvidos e que serão apresentados posteriormente dão conta deste mesmo facto. Sabemos também, pela nossa experiência que o ambiente que é criado à volta do utente antes da indução anestésica pode influenciar o seu acordar e mesmo o sono pós-operatório.

⇒ **Usar poupa apropriada** – esta necessidade está salvaguarda nos nossos cuidados, uma vez já norma em praticamente todas as instituições do uso de batas próprias adaptadas às pessoas, quer em tamanho e às vezes até em cor, no caso de pediatria. O facto de o utente vestir uma bata especial para a sua estadia no Bloco Operatório, deve ser explicada, para que não seja mal interpretada e por mal aceite. A roupa para além de ser num tecido, que pela sua natureza evitará perigo de causar danos em contacto com correntes eléctricas, deverá ser confortável, amplo e que assegure a privacidade do utente.

⇒ **Termorregulação** – durante a intervenção cirúrgica o doente é mantido numa sala de operações cuja temperatura é baixa como uma medida de precaução contra o risco de infecção. O tempo de

exposição da ferida cirúrgica por vezes é demorado e a perda de sangue pode levar situações de hipotermias, com repercussões a outros níveis. A cobertura do utente com mantas isotérmicas, monitorização do doente, bem como evitar que outras partes do corpo estejam expostas para além da estritamente necessária, a vigilância para reposição atempada de fluidos, a administração de soroterapia aquecida, são cuidados que o enfermeiro do perioperatório deverá prestar tendo em conta esta necessidade.

⇒ **Evitar Perigos** – S segurança é uma das necessidades mais afectadas. É exigida da parte do enfermeiro uma atitude de "advogado" do utente e família. Todo o material que é usado na cirurgia tem de estar testado previamente e o enfermeiro tem de se certificar sobre o seu bom funcionamento. Os alarmes, devem estar ligados. O material de ressuscitação, traqueostomia e outro de emergência deve estar pronto a ser usado de imediato. A protecção contra possíveis lesões, por compressão humana ou material devem ser mantidas ao longo de todo o tempo. O enfermeiro do perioperatório tem como um dos principais deveres cuidar do utente em segurança.

⇒ **Higienização e protecção da pele** - esta necessidade está relacionada com todos os saberes que o enfermeiro do perioperatório deverá possuir sobre assepsia, infecção, esterilização, processo de cicatrização e as técnicas cirúrgicas. Toda a posição que o enfermeiro tomar para que a técnica asséptica seja garantida durante a cirurgia é de extrema importância e seguramente vai ter repercussões na recuperação do utente. Como as intervenções cirúrgicas são manobras altamente invasivas e por este motivo também potencialmente arriscadas, podendo criar infecções graves, toda a protecção que deve ser usada, tem de ser conhecida e reconhecida e defendida por todos. No entanto cabe ao enfermeiro, principalmente o que está com funções de circulante, ser o responsável pela sua vigilância, por ser o elemento em melhor condições para poder controlar.

⇒ **Comunicação** – Esta necessidade pode estar afectada quer pela sobrecarga sensorial existente, quer pela falta de condições ambiental. Como anteriormente já realçamos e voltaremos a abordar, a comunicação é fundamental. Durante todas as fases que constituem o período perioperatório, o enfermeiro deve manter uma comunicação atenta com o utente e família. Muitos são os que conseguem exprimir as suas ideias e transmitir as suas duvidas e medos, mas temos de não descorar aqueles que usam a comunicação não verbal como meio de comunicação. A manutenção de um ambiente calmo ajuda a comunicação.

⇒ **Viver segundo as suas Crenças e Valores** – As necessidades espirituais são muitas vezes desencadeadas com a doença. O enfermeiro perioperatório deve estar atento a esta necessidade e ajudar o utente e família. A presença de um objecto de fé até o utente adormecer e no pós operatório imediato pode ajudar a diminuir a ansiedade. O simples facto de manter o utente coberto até acabar a fase de indução é importante para manter a privacidade e respeitar o pudor da pessoa, afinal o corpo é aquilo que de mais "sagrado" e intimo cada um de nós possui e por digno de todo o respeito. São gestos pequenos, muitas vezes passam despercebidos e no entanto são muito valiosos. O enfermeiro, porque está habituado a ter uma visão holística do utente e tem conhecimentos na área da psicologia é a pessoa por vezes mais desperta para não esquecer esta necessidade.

⇒ **Trabalhar e se realizar** – O papel social numa situação de doença está muitas vezes alterado e representa uma ameaça, o que implica uma adaptação. A nível desta necessidade o enfermeiro do perioperatório poderá ajudar através das informações que poderá fornecer e estiver ao seu alcance sobre a perspectiva de evolução e apoios que serão necessários no pós-operatório para ajudar na recuperação e integração na sua vida "normal" da pessoa.

⇒ **Jogar e participar em actividades recreativas** – o convívio com outros doentes que já passaram por situações idênticas e com

experiências positivas podem ajudar o utente e família a poder ter uma visão mais optimista sobre a situação que estão a vivenciar. Se fosse norma haver uma consulta de enfermagem, no momento em que o cirurgião programa a intervenção cirúrgica o enfermeiro perioperatório poderia ter uma acção mais completa. Mas durante a visita pré operatória e juntamente com o enfermeiro do internamento podem programar uma intervenção de acordo com a necessidade e interesse do utente neste campo.

⇒ **Aprendizagem** – a ansiedade, o medo do desconhecido, pode impedir o utente de participar na promoção da sua saúde, mesmo que por um curto espaço de tempo. Pela experiência que temos, a visita pré operatória ajuda muito a ultrapassar esta situação. Sendo feita na véspera, de preferência na presença de um familiar ou pessoa significativa e se for possível com o enfermeiro do internamento, surte efeitos positivos, que poderão ser avaliados aquando da visita pós-operatória.

Quadro 1 - Funções a desempenhar pelo enfermeiro perioperatório, segundo as Necessidades descritas por Virginia Henderson

Necessidades	Funções a desempenhar pelo enfermeiro peri-operatório
1 ***MANUTENÇÃO DE UM AMBIENTE SEGURO***	**<u>Visita Pré-Operatória</u>** • Explicar a intervenção ao doente • Responder a todas as perguntas que o doente queira ver respondidas • Avaliar o grau de ansiedade do doente • Informar o doente sobre o local onde vai ficar no pós-operatório imediato **<u>O Doente no Bloco Operatório</u>** • Receber o doente quando este chega ao Bloco para ser admitido, avaliando o seu estado de consciência • Rever o Processo Clínico, verificando se encontra completo: - Consentimento Informado assinado - Exames complementares de diagnóstico • Observar se o doente se encontra com objectos pessoais: - Próteses dentárias e outras - Objectos de adorno • Explicar sucintamente as fases peri-operatórias ao doente, esclarecendo qualquer dúvida que o doente possa apresentar • Verificar se o doente se encontra em jejum **Enfermeiro de Anestesia** • Acompanhar o doente à sala de operações • Preparar todo o material inerente à tecnica anestésica assim como verifica o bom funcionamento de todo o equipamento(ventilador, monitores e aspiradores) • Informar o doente dos procedimentos a seguir • Monitorizar o doente • Observar alterações da zona puncionada por cateters

	• Preparar os fármacos adequados ao doente, ao tipo de cirurgia e patologias associadas • Verificar a integridade da mucosa nasal se o doente se encontrar com SNG **Enfermeira Circulante** • Posicionar o doente adequadamente segundo o tipo de cirurgia a efectuar, de modo a manter o alinhamento corporal evitando zonas de pressão. • Algaliar com técnica asséptica • Verificar o funcionamento correcto de todos os aparelhos electrocirúrgicos (colocação de placa de bisturi, bisturi de Argon, aspirador ultrassónico, afastador Robotrack,...) • Providenciar e preparar todo o material cirúrgico necessário • Manter ambiente asséptico na sala de operações (impedir a movimentação desnecessária do pessoal na sala de operações) • Receber as extremidades não estéreis do tubo de aspiração, fios eléctricos, etc., que vão ser conectados a unidades não estéreis **Enfermeira Instrumentista** • Vigiar e manter a técnica asséptica cirúrgica • Colocar os corto-perfurantes em local próprio • Responsabilizar-se por todos os instrumentos, compressas, fazendo a contagem destas no início da cirurgia e antes do encerramento da ferida operatória (a contagem das compressas depende do tipo de cirurgia a efectuar) • Colaborar na desinfecção do campo operatório e na colocação dos campos cirúrgicos

2 ***COMUNICAR***	**<u>Visita Pré-operatória</u>** • Diminuir a ansiedade do doente: - estabelecer relação de empatia - explicar o período intra-operatório • Complementar a informação necessária: - responder a perguntas - explicar a importância da pré-medicação e seus efeitos **<u>O Doente no Bloco Operatório</u>** **Enfermeira de Anestesia** • Informar o doente dos procedimentos a efectuar • Oferecer apoio emocional ao doente antes e durante a indução anestésica • Diminuir a ansiedade do doente acordar da anestesia de forma calma e serena: - chamá-lo pelo nome - informá-lo que já foi operado e que tudo decorreu bem - tranquilizá-lo acerca do êxito da intervenção cirúrgica • Deverá comunicar na transferência do doente para a UCPA à enfermeira as condições em que se encontra o doente : - diagnóstico pré-operatório - intervenção cirúrgica realizada - tipo de anestesia que foi efectuada

3 ***RESPIRAR***	***<u>Visita Pré-operatória</u>*** • Durante o diálogo com o doente deve-se verificar se: - apresenta obstrução das vias aéreas (existência de tumores, patologias associadas como asma, bronquite, etc.) - a existência de traqueostomia **Enfermeira de Anestesia** • Manter uma boa ventilação: - providenciar material necessário para entubação (tubos endotraqueais, laringoscópio, mascaras faciais, etc.) • Ventilador equipado adequadamente e testá-lo antes de iniciar a anestesia • Posicionar adequadamente o doente de forma a possibilitar uma boa expansão torácica • Vigiar sinais vitais • Manter permeabilidade das vias aéreas : - providenciar material para aspiração de secreções - tubo de mayo em SOS - se necessário colocar a cabeça em posição lateral de segurança • Providenciar para que os alarmes do ventilador e monitores estejam activados **Enfermeira Circulante** • Ajudar no posicionamento adequado para possibilitar uma boa expansão torácica **Enfermeira Instrumentista** • Evitar posicionamentos de pressão (do pessoal ou instrumentos cirúrgicos sobre o doente)

5 ***ELIMINAR***	**<u>Visita Pré-operatória</u>** • Responder a todas as dúvidas colocadas pelo doente • Durante o diálogo com o doente questioná-lo dos hábitos habituais de eliminação • Explicar a razão de urinar antes de ir para o bloco operatório • Verificar a existência de sonda vesical • Explicar a possibilidade de ficar com sonda vesical temporáriamente • Explicar a razão porque tem de fazer enemas no pré-operatório **Enfermeira de Anestesia** • Observar conteúdos eliminados na: - sonda nasogástrica - sonda vesical • Observar alteração nas características dos conteúdos **Enfermeira Circulante** • Verificar a existência de globo vesical no inicio e no final da intervenção cirúrgica **Enfermeira Instrumentista** • Nada a mencionar

6 ***HIGIENE PESSOAL E VESTUÁRIO***	**<u>Visita pré-operatória</u>** • Diminuir o risco de infecção intercorrente, logo deve-se: - explicar a necessidade de uma higiene pessoal e oral cuidada, antes da cirurgia,para prevenir o risco de infecção • Observar hábitos de higiene: - estado das mãos e unhas - " da boca e dentes - " da pele • Informar a necessidade de usar um "vestuário" próprio da instituição para entrar no B.O. **Enfermeira de Anestesia** • Colocar uma touca a proteger os cabelos do doente • Na passagem do doente para a ucpa, informar a enfermeira da ucpa, sobre alguma nota a valorizar sobre a higiene do doente (ex.: pediculose) **Enfermeira Circulante** • Manter o doente em boas condições de higieneapós a cirurgia **Enfermeira Instrumentista** • Providenciar para que o doente seja bem "limpo" no final da cirurgia

7 ***CONTROLAR A TEMPERATURA CORPORAL***	**<u>Visita Pré-operatória</u>** • Verificar se o doente se encontra normotérmico **Enfermeira de Anestesia** • Colocar aquecedores nos fluídos a administrar por via endovenosa de maneira a manter a normotermia • Monitorização térmica através de sondas de temperatura central • Aquecer o doente com coberta térmica de aminiato durante o acordar da anestesia • Verificar a coloração das extremidades **Enfermeira Circulante** • Manter o doente coberto depois de posicionado • Manter a temperatura e humidade ambiente adequada: - temperatura[18º a 23º] - humidade [50% a 55%] • Descobrir apenas a zona necessária à intervenção cirúrgica **Enfermeira Instrumentista** • Administrar solutos de lavagem (peritoneal, abdominal, cerebral, etc.) com temperatura adequada

8 ***MOBILIZAR***	**<u>Visita Pré-operatória</u>** • Verificar o grau de dependência/independência • Verificar se o doente tem próteses • Questionar sobre a necessidade de ajuda para a sua mobilização • Informar sobre uma possível "imobilidade" transitória no pós-operatório **Enfermeiro de Anestesia** • Posicionar correctamente o doente de acordo com as técnicas anestésicas (raqui, epidural, plexobraquial) que se vão efectuar • Zelar pelo bom posicionamento, para não comprometer a irrigação sanguínea e a ventilação **Enfermeiro Circulante** • Posicionar tendo em atenção o alinhamento corporal • Proteger as áreas mais sensíveis (áreas genitais e todas as proeminências ósseas) • Imobilizar correctamente os membros para evitar sequelas **Enfermeiro Instrumentista** • Chamar atenção aos cirurgiões para evitar posicionamentos traumáticos sobre o doente • Ter atenção aos instrumentos que coloca sobre o doente

9 ***TRABALHO E LAZER***	**<u>Visita pré-operatória</u>** • Questionar o doente acerca da possibilidade da existência de música na sala operatória, tendo em atenção as suas preferências • Face ao diagnóstico do doente, questionar sobre a sua actividade diária e informá-lo sobre as suas limitações e o tempo necessário para a sua reabilitação **Enfermeira de Anestesia, Enfermeira Circulante, Enfermeira Instrumentista** • Nada de importante a mencionar

10 ***EXPRESSAR A SEXUALIDADE***	**<u>Visita pré-operatória</u>** • Atender: - à idade do doente - à cirurgia programada - à importância do corpo para se relacionar com o meio social que o rodeia - à profissão - à alteração da imagem corporal • Avaliar as noções de pudor do doente **Enfermeiro de Anestesia** • Manter o doente coberto, pelo menos durante o período pré-anestésico **Enfermeiro Circulante** • Colaborar com o enfermeiro de anestesia em relação à medida anteriormente descrita • Providenciar para que o doente esteja coberto quando acordar da anestesia **Enfermeiro Instrumentista** • Nada a mencionar

11 ***DORMIR***	**<u>Visita Pré-operatória</u>** • Questionar o doente se já foi informado do tipo de anestesia a que vai ser submetido • Informar (no caso de anestesia geral) sobre a sensação que poderá vir a sentir, tanto no adormecer como no acordar da anestesia **Enfermeiro de Anestesia** • Informar o doente aquando do início da indução • Ter em atenção os efeitos colaterais dos fármacos usados na indução **Enfermeiro Circulante** • Colaborar com a enfermeira de anestesia, de forma a manter um ambiente calmo na sala, tanto na indução como na descurarização • Providenciar para que ninguém mexa no doente, até terminar a fase de indução **Enfermeiro Instrumentista** • Colaborar com o resto da equipa mantendo um ambiente calmo e tranquilo

12 ***MORRER***	**<u>Visita Pré-operatória</u>** Avaliar os seus medos e ansiedades Ajudar a esclarecer todas as suas dúvidas **Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro Circulante** Tranquilizar e não deixar o doente sozinho Dar a mão se for solicitado e se funcionar como agente tranquilizante

ANEXO V

Inquérito por questionário lançado a todos os enfermeiros do Perioperatório Portugueses

NOTA INTRODUTÓRIA

O instrumento de colheita de dados, para o preenchimento do qual lhe pedimos a sua colaboração, é um inquérito por questionário cujos objectivos principais são o de permitir caracterizar os enfermeiros do perioperatório, conhecer a realidade que vivem no dia a dia, bem como a suas expectativas.

Será utilizado este questionário enquadrado no âmbito da tese de doutoramento **"CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: UMA UTOPIA / UMA NECESSIDADE?"** elaborada por *Dinora Maria Guedes Gil da Costa Cabral,* Enfermeira, Mestre em Ciências de Enfermagem, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição - Porto e Doutoranda do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

O inquérito está dividido em três partes -*DADOS GERAIS; O SEU DIA A DIA COMO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO; AS SUAS EXPECTATIVAS COMO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO* - em função do tema e da necessidade de conhecer profundamente a realidade, podendo dar voz aos enfermeiros que trabalham nesta área dos cuidados perioperatórios.

Este estudo só terá interesse e validade, se quem preencher este inquérito for sincero e criterioso, tornando-se assim num precioso e indispensável contributo para a sua elaboração. Para garantir o **anonimato** do inquérito, solicita-se que proceda do seguinte modo: após o seu preenchimento introduza-o no envelope (que o acompanha); feche-o e entregue-o ao chefe do seu serviço até ao próximo dia _____.

Os resultados serão divulgados na tese, aquando a sua apresentação, podendo no entanto serem divulgados, se for pertinente e do interesse dos enfermeiros envolvidos, através de artigo publicado bem como da AESOP.

Grata pela sua colaboração

_____

(Dinora Maria Gil da Costa Cabral)

I

DADOS GERAIS

0. Sexo:

0.1 Feminino ☐
0.2. Masculino ☐

1. Idade:

1.1 20 - 24 anos ☐
1.2 25 - 29 anos ☐
1.3 30 - 34 anos ☐
1.4 35 - 39 anos ☐
1.5 40 - 44 anos ☐
1.6 45 - 49 anos ☐
1.7 igual ou superior a 50 anos ☐

2. Estado Civil:

2.1 Solteiro ☐
2.2 Casado ☐
2.3 Divorciado ☐
2.4 Viúvo☐
2.5 Outro ☐

3. Situação profissional actual:

3.1 Quadro:
3.1.1 Não ☐
3.1.2 Sim ☐

3.2 Especialidade: **3.2.1** Não ☐
3.2.2 Sim ☐ Qual ?_____

4. Anos de serviço

4.1 menos de 5 anos ☐
4.2 5 - 10 anos ☐
4.3 mais de 10 anos ☐

5. Instituição onde trabalha

5.1 Pública ☐

5.2 Privada ☐

6. Trabalha noutra instituição no serviço de Bloco Operatório?

6.1 Não ☐
6.2 Sim ☐

Se Sim, indique o tipo de instituição?

6.2.1 Pública ☐
6.2.2 Privada ☐

7. Localização da Instituição Hospitalar onde trabalha?

7.1 Norte ☐

7.2 Centro ☐

7.3 Sul ☐

7.4 Ilhas ☐

O SEU DIA A DIA COMO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

8. Integração no Bloco Operatório:

8.1.1 Não ☐
8.1.2 Sim ☐

Se respondeu Sim o que achou ?

8.2.1 Insuficiente ☐
8.2.2 Deficiente ☐
8.2.3 Suficiente ☐

9. Tipo de Integração:

9.1 Geral ☐

9.2 Específica para cada tipo de intervenções no Serviço ☐

10. Tempo gasto na sua integração:

10.1 menos de 1 semana ☐

10.2 1 semana a 1 mês ☐

10.3 mais de 1 mês a 6 meses ☐

10.4 mais de 6 meses ☐

11. Tipo de funções que tem :

11.1 Circulante ☐

11.2 Instrumentista ☐

11.3 Anestesia ☐

11.4 Cuidados Pós Anestésicos (recobro) ☐

11.5 Outra ☐ Especifique _____

12. Há rotatividade de funções?

12.1 Não ☐

12.2 Sim ☐

Se Sim indique como:

12.1.1 Temporariamente ☐

12.1.2. Conforme as Necessidades ☐

12.1.3. Outra ☐ Especifique _____

AS SUAS EXPECTATIVAS COMO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

13. Gostaria de poder efectuar a especialização em enfermagem perioperatória?

13.1 Não ☐

13.2 Sim ☐

13.1.1 Indique três razões que justifiquem a sua escolha

_____

_____

_____

14. Como gostaria que fosse desenvolvida a especialidade?

14.1 Escola / Instituição Hospitalar ☐

14.2 Só em Instituição Hospitalar ☐

14.3 Outra ☐ Especifique_____

15. Indique quais os temas que acharia indispensáveis no currículo da especialidade em enfermagem perioperatória:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANEXO VI

Pedido e autorização para o desenvolvimento do estudo de Investigação-Acção no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde

– Unidade da Póvoa de Varzim

Relatório elaborado pela Enfermeira Chefe do Bloco Operatório, onde o nosso trabalho foi referenciado como uma mais valia

DINORA M. GIL DA COSTA CABRAL
RUA PEDRO HISPANO, 148 4º C
4100-393 PORTO

Exmº Srº Presidente do
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde

DINORA MARIA GIL DA COSTA CABRAL, Enfermeira, Mestre em Ciências de Enfermagem, Professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição – Porto, doutoranda em Ciências Biomédicas do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, vem solicitar a V. Exª se digne autorizá-la a fazer nesse centro hospitalar o estudo experimental, elemento fundamental para a elaboração da sua tese.

O tema da tese é **"CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: QUE NECESSIDADES?"** sob a orientação do Senhor Professor Doutor Alexandre Moreira e cujo estudo experimental se pretende desenvolver durante pelo menos 6 meses consecutivos a partir do próximo mês de Novembro 2001, junto dos profissionais que prestem cuidados no Serviço Bloco Operatório.

Como poderá ser analisado pelo projecto anexo, onde estão descritos os objectivos do estudo, elegi esse Centro Hospitalar por reunir características indispensáveis ao desenvolvimento do mesmo: Conselho de Administração aberto à colaboração, equipe multidisciplinar motivada, empreendedora e ainda pelas características de hospital geral (diversificado tipo de cirurgia) sem contudo perder a identidade das grandes instituições.

Será da autora a inteira responsabilidade da divulgação dos resultados deste estudo, contudo os mesmos poderão ser apresentados à instituição em data oportuna, de acordo com V. Excia, havendo a possibilidade de se criar um espaço de debate sobre as conclusões obtidas.

O sigilo da instituição, bem como o anonimato dos participantes estão assegurados.

Grata pela atenção que, estou certa será dispensada, aguardo resposta para a percussão do trabalho, que integra o desenvolvimento de uma das fases indispensáveis na elaboração da tese de doutoramento que me propus fazer.

Porto, 15 de Outubro, 2001

Dinora Maria Gil da Costa Cabral

(Dinora Maria Gil da Costa Cabral)

CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM • VILA DO CONDE

Ministério da Saúde

Exmª. Senhora
Drª. Dinora M.Gil da Costa Cabral
Rua Pedro Hispano, nº.148 – 4º. C
4100-394 Porto

Data: 2001-10-22
N/Refª.: CA–235/2001
V/Refª:

Assunto: Pedido de estudo experimental para elaboração da tese "Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: Que necessidades?"

Informa-se que por despacho do Conselho de Administração de 17 de Outubro, foi autorizado o estudo experimental para elaboração da tese de doutoramento ***"Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: Que necessidades?"*** solicitado por V.Exª..

Para o efeito deverá contactar a Srª. Enfermeira Directora Clarisse Martins.

Com os melhores cumprimentos

O Conselho de Administração

Dr. Guerra e Paz
Director

Repercussões deste estudo no trabalho e planeamento do Serviço de Bloco operatório onde foi desenvolvido o estudo investigação - acção

UNIDADE CURRICULAR – **CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM**

RELATÓRIO

OBJECTIVOS:

Pretende-se com o desenvolvimento desta unidade curricular:

- Reflectir e questionar as práticas à luz das correntes de pensamento e enfermagem

Durante estes nossos cinco anos de serviço, fomos desenvolvendo e construindo saberes assentes em conhecimentos científicos adquiridos durante o Curso de Enfermagem de Base, que através da prática diária fomos sustentando, sedimentando e desenvolvendo.

O facto de trabalharmos num serviço de Cuidados Perioperatórios, requer grande envolvimento profissional e pessoal, actualização constante, pois sentimos que pouca preparação nos foi dada nesta área no Curso de Base. O serviço de Bloco Operatório é um serviço com características diferentes de outros serviços, que requer da parte dos enfermeiros que aí trabalham uma reflexão e um questionar constante sobre as suas práticas. O doente que entra numa instituição hospitalar tem de ser sentir que os cuidados que lhe são prestados são continuados.

Numa tentativa de dar uma resposta efectiva a uma melhoria dos cuidados de enfermagem, após algumas reflexões pessoais, intra equipa de enfermagem e até mesmo entre equipas multidisciplinares, o conceito de enfermagem perioperatória, veio sem dúvida "revolucionar" a nossa intervenção, deixando de ser "oculta" porque era feita num serviço "fechado ao exterior" para dar-se a conhecer como um serviço onde se prestam cuidados de enfermagem, inseridos num contexto de cuidados que o doente cirúrgico requer.

A humanização dos cuidados, o cuidar em enfermagem, correntes actuais que dirigem a nossa prática, vieram contribuir para que a nossa reflexão e alteração de comportamentos fosse uma realidade.

A necessidade de vermos o doente como o nosso objecto de cuidados, de irmos ao encontro da satisfação das suas e não das nossas necessidades, levou-nos a planear os nossos cuidados acentes em bases científicas e humanistas.

Os saberes empíricos transmitidos através de colegas e da experiência diária, necessitaram de ser e estar fundamentados em bases científicas, para isso envolvemo-nos no projecto de elaboração de normas e procedimentos, onde todas as nossas intervenções eram justificadas.

A humanização de cuidados, fez-nos sair do serviço "fechado" para irmos ao encontro do doente e família e do colega do internamento. Conhecer o doente, as suas necessidades, receios, esclarecer algumas dúvidas, fez-nos iniciar a visita pré- operatória. Esta intervenção levo-nos a dar o outro salto – a avaliação dos cuidados prestados, tendo em conta o doente em causa, mas também a reflexão constante sobre os nossos cuidados e necessidades de mudança.

Pressupõe obviamente uma certa dinâmica: início, sequência e um final, onde deve estar e ser acompanhado por um processo – **o processo de enfermagem** que orientará a prestação de cuidados e cujas fases já é tão sobejamente conhecida de todos:

- **Apreciação inicial**
- **Planeamento**
- **Execução dos cuidados**
- **Avaliação dos mesmos tendo em conta os resultados esperados e o obtidos.**

Mas todo este processo tendo em conta o doente como ser único, individual a viver uma experiência única, inserido numa família que tem um lugar próprio e essencial e muito importante. Ao falarmos de família podemos incluir a pessoa mais significativa para o doente.

Envolvimento no Estudo experimental que integra o Doutoramento da enfermeira Dinora Gil da Costa Cabral, bem como a adesão ao sistema de Informação suportados pela CIPE – inovador em cuidados perioperatórios.

Desenvolver competências ético – profissionais

Num serviço como o Bloco Operatório, o trabalho em equipa é fundamental e uma constante no nosso dia a dia.

O relacionamento com diversos grupos profissionais levam – nos a desenvolver competências em diferentes áreas nomeadamente na vertente ético profissionais.

No Código Deontológico:

Artº 78 – Princípios gerais

Artº 79 – Dos deveres deontológicos em geral – b e c

Artº 82 – Dos direitos à vida e à qualidade de vida

Artº 83 – Do Direito ao Cuidado

Artº 84 – Do dever de informação

Artº 85 – Do dever de sigilo

Artº 86 – Do respeito pela intimidade

Artº 88 - Da Excelência do exercício

Artº 89 - Da humanização dos cuidados

Artº 90 – Dos deveres para com a profissão

Artº 91 – Dos deveres para com as outras profissões

Trabalho em equipas multidisciplinares

Consentimento informado – instituído na nossa Instituição – verificado durante a Visita pré-operatória e acolhimento do doente

Sigilo profissional

Acolhimento personalizado e individualizado a cada doente e família.

Trabalhar as competências profissionais

Compreendemos as competências profissionais como um conjunto de saberes adquiridos em formação e postos em prática no momento certo, ao doente certo de forma a que a nossa intervenção seja eficaz e eficiente.

Envolvimento no Estudo experimental que integra o Doutoramento da enfermeira Dinora Gil da Costa Cabral, que nos fez reflectir sobre as nossas competências , preenchendo "Uma Folha De Bordo", onde justificávamos as nossa intervenções e avaliávamos as suas repercussões em diferentes âmbitos: pessoal, profissional, membro duma equipa...
Participação em reuniões mensais de serviço onde são debatidos temas de importância para o serviço e para a melhoria de cuidados.
Participação em Workshops para integração de novas técnicas cirúrgicas
Envolvimento em Circulos de Qualidade do serviço – formação em serviço
Participação em reuniões científicas da área
Organização das Jornadas Do CHPV / VC onde demos a conhecer o Serviço e o nosso trabalho.

Identificar áreas problemáticas na prática dos cuidados

Como os cuidados de enfermagem acentam em bases científicas, já atrás mencionadas – **Processo de Enfermagem** e a **Técnica de resolução de problemas**.
Foram criados os Círculos de Qualidade, que tem como objectivo detectar áreas onde há necessidade de formação, bem como desenvolver conhecimentos e transmitir conhecimentos novos ou reflectir sobre necessidade de reforçar ou alterar procedimentos ou normas já existentes.
Participação da enfermagem na Comissão de Bloco – cuja representante é a nossa chefe, que leva a debate assuntos de interesse multidisciplinar tendo em conta a melhoria na prática de cuidados, que como nós sabemos é importante a intervenção de cumplicidade de todos os membros da equipa multidisciplinar.

Contribuir para a formação de uma consciência critica na prática de cuidados de enfermagem de acordo com os critérios que respeitam os direitos e a dignidade da pessoa humana.

VISITA PRÉ OPERATÓRIA

Finalidades:

- Conhecer o doente que vai ser submetido à intervenção cirúrgica;
- Dar – se a conhecer como enfermeiro do Bloco Operatório;
- Certificar-se de que o doente está informado sobre intervenção cirúrgica proposta – verificar consentimento;
- Esclarecer todas as dúvidas do doente/família sobre a intervenção cirúrgica – (onde vai ficar depois da cirurgia, a possibilidade de ter entubação, cateter vesical, drenos, quando tiver dores deve comunicar, como a família pode obter informações, etc...);
- Avaliar as necessidades para um planeamento individualizado de cuidados na fase intraoperatória (material para o posicionamento, para a anestesia...)
- Informar os colegas que vão estar na intervenção sobre a avaliação que fez;

O preenchimento da folha não invalida a informação oral do resto da equipa de enfermagem.

VISITA PÓS – OPERATÓRIA

Finalidades:

- Avaliar como o doente se sentiu no Bloco Operatório;
- Ouvir com atenção e registar o que disser sobre tudo o que envolveu a sua estadia (importante para avaliarmos se a visita pré –operatória sortiu efeito;
- Avaliar os cuidados prestados no intraoperatório e no pós operatório imediato;

- Avaliar a nível da equipa de enfermagem se as informações dadas antes, foram importantes para a individualização dos cuidados – satisfação do doente/família /equipa de enfermagem.

Esta nossa experiência teve repercussões muito positivas na nossa prática. Desenvolveu o nosso espírito critico, a nossa criatividade, do valor do doente como ser único, a viver uma experiência pessoal e difícil por vezes de transmitir, pessoa que tem direito à sua individualidade e respeito.
A redescoberta da importância do silêncio, do toque, da palavra certa, do sorriso, do nunca ficar só "à espera da sua hora".
As Visitas levaram a mudanças significativas do nosso comportamento, quer em relação à importância e empenho que fomos pondo nelas, porque vimos o quanto são importantes para os doentes e planeamento das nossas intervenções.
Embora o nosso serviço seja pequeno, o silêncio e o valor do doente que espera pela intervenção começou a ser encarado de maneira diferente e melhorou a nossa intervenção significativamente, não permitindo longas esperas à porta das SO e sobretudo sozinho.

Adquirir competências no âmbito do saber e saber ser que lhe permitam identificar, analisar e procurar soluções criativas e potencializadoras da vida humana para as questões da bioética no âmbito das ciências de enfermagem

Tudo o que já foi descrito anteriormente, pensamos ser uma imagem bem concreta de tudo isto.
As competências que se vão adquirindo ao longo da vida e da prática diária são fundamentais na melhoria dos cuidados que prestamos.
Estamos conscientes de que trabalhamos num serviço onde o stress é uma presença constante e muitas vezes desgastante. Importa referir que somos

uma equipa jovem, com uma gestão muito dinâmica, o que contribui em muito para haver uma forte coesão entre o grupo e um forte espírito de equipa.
Temos reuniões periódicas, em momentos importantes da nossa vida que proporcionam um "carregar de baterias" – Natal, S. Martinho, Partida para Férias, e sempre que a Comissão de Festas, nomeada anualmente, assim achar conveniente. Achamos importante mencionar esta realidade porque nos relacionamentos humanos tem de haver estes espaços para vivermos outras dimensões da vida, que durante o dia a dia no trabalho, não está descorada, mas é necessária para descomprimir tensões e reforçar os laços do estar em equipa...

Do código Deontológico:

Artº 82 – a,b e c

Artº 88 – a, b, c, e d.

Artº 89 – a e b

Artº 90 – a, b, c e d.

As reflexões escritas na "Folha de Bordo", já atrás mencionada, e incluída no estudo experimental do trabalho de Doutoramento, tiveram uma grande importância: - pelo repensar sobre as intervenções concretas que tínhamos tido, o escrever e tentar justificar, comparar com as normas e procedimentos estabelecidos e o levantar dúvidas e propor alterações e actualizações e formação.
As reuniões mensais – onde há espaço para debater temas e ou situações detectadas que necessitam de intervenção...
Círculos de Qualidade – permite uma reflexão mais pormenorizada de cada um e detecção de situações possíveis de sofrer alterações, melhoria e atenção especial – propostas de formação...
Organização e envolvimento nas Jornadas, com apresentação de trabalhos....
Publicações de artigos feitos pelos Círculos em revistas de enfermagem – (IN)FORMAR da ESEIC....

ANEXO VII

Material utilizado no Estudo de Investigação-Acção no Contexto da Prática

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – DIÁRIO DE BORDO

FOLHA DE ANÁLISE CRITICA - PROPOSTAS

PESSOAIS – tipo diário de bordo, tendo em conta as normas de actuação – que devem conhecer sobre cada função que exercem, podendo sedimentar actuações, justificar ou questionar procedimentos .

RESPONSÁVEL DE CADA CIRCULO - tendo em conta as normas e o praticado na realidade – **importante** tentar encontrar uma justificação positiva ou negativa para o procedimento com o objectivo de manter a norma ou sugerir as alterações que se acharem necessárias e pertinentes.

FOLHA DE ANÁLISE CRÍTICA E PROPOSTAS – sempre que surgir qualquer dúvida, que deve ser analisada nas reuniões que forem planeadas tirando o maior partido de todo o trabalho que vamos ter, tornando-o sistematizado, criterioso e o mais real possível, esta folha tem uma importância relevante, acompanhando o preenchimento das anteriores sempre que se achar necessário e oportuno.

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – DIÁRIO DE BORDO

ENFERMEIRO CIRCULANTE

DIA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO/ OBSERVAÇÕES

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – DIÁRIO DE BORDO

ENFERMEIRO DE ANESTESIA

DIA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO/ OBSERVAÇÕES

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – DIÁRIO DE BORDO

ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA

DIA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO/ OBSERVAÇÕES

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – DIÁRIO DE BORDO

ENFERMEIRO UCPA

DIA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO/ OBSERVAÇÕES

FOLHA DE ANÁLISE CRITICA - PROPOSTAS

ENFERMEIRO _____

DIA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO/ OBSERVAÇÕES

FOLHA DE BORDO / NORMAS DO BLOCO OPERATÓRIO

Quando iniciamos o estudo investigação - acção, tivemos como objectivo principal, que os colegas participassem duma forma activa, livre, respeitando o ritmo de cada um, nunca pretendendo interferir na metodologia de trabalho e no funcionamento do serviço.

Ao termos escolhido e reflectido com todos os colegas, nas reuniões onde tivemos oportunidade de participar e abordar o desenvolvimento do estudo, foi distribuída uma pasta a cada um, com a finalidade de poderem, à luz das normas existentes no Serviço, bem como da experiência pessoal na prestação de cuidados na área perioperatória (nas diferentes funções) que todos desenvolviam, fossem fazendo a vossa folha de bordo.

Repensar a prática duma forma diferente, foi para todos um desafio, sabendo que poderíamos, em conjunto, contribuir para uma constante melhoria de cuidados, para uma reformulação das próprias normas e por fim contribuir para o desenvolvimento de um estudo que tem como objectivo mostrar que os cuidados perioperatórios são cuidados especializados, que requerem uma formação específica e constante. Só enfermeiros que prestam cuidados diários nesta área e empenhados por "fazer mais e melhor" é que podem demonstrar isto; daí a nossa escolha ter recaído nesta equipa tão dinâmica, nova, motivada, motivadora e aberta à mudança, bem como a desafios.

Constatando que vários colegas tem alguma dificuldade em preencher a folha de bordo, pensamos em criar uma nova, que não substitui a anterior, apenas a completa, e é mais dirigida facilitando a participação de todos.

Gostaríamos que tivessem alguma paciência e a preenchessem, com calma, com aquela exigência que vos é peculiar e se entendessem, completassem com os vossos comentários que serão sem dúvida uma mais valia para todos.

Pode ser anexada a folha de bordo que foram preenchendo e que terá elementos muito ricos. Até ao dia da vossa reunião –

Contamos apresentar os resultados, desta colaboração, logo que for possível, e claro em "primeira mão" à equipa que fez o favor de contribuir e penso irá continuar a fazê-lo através do seu contributo no I Curso de Formação para Enfermeiros do Perioperatório.

Grata pela vossa amizade, paciência, disponibilidade, frontalidade...

Dinora M. Gil da Costa Cabral

NORMA I – O Enfermeiro respeita e faz respeitar a área protegida do BO

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

NORMA II – O Enfº de Anestesia visita os doentes no internamento, em plano do seu turno

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

7. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

NORMA III – O Enfº de Anestesia conhece todas as precauções de segurança relativamente a fármacos e equipamentos usados em anestesia

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

7. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

8. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

9. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

NORMA IV – O Enfº de Anestesia acolhe o utente aplicando meios adequados de comunicação, estabelecendo uma relação de ajuda eficaz

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

7. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

8. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

9. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

10. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

11. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

12. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

13. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

NORMA V – O Enfº de Anestesia prepara o utente para a indução anestésica

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

7. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

8. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

NORMA VI – O Enfº de Anestesia observa o doente durante a intervenção

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

NORMA VII – O Enfº de Anestesia colabora com o anestesista no despertar do doente

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

NORMA VIII – O Enfº Circulante prepara a sala e o material necessário à cirurgia

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

NORMA IX – O Enfº Circulante colabora no acto cirúrgico

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

7. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

8. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

9. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

10. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

11. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

12. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

13. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

14. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

15. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

16. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

17. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

18. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

19. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

20. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

NORMA X – O Enfº Instrumentista consulta plano operatório

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

NORMA XI – O Enfº Instrumentista prepara-se e reúne todo o material para a intervenção

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

7. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

8. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

9. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

NORMA XII – O Enfermeiro Instrumentista participa no acto operatório

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

7. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

8. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

9. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

10. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

11. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

NORMA XIII – O Enfº Instrumentista responsabiliza-se pelo material no final da cirurgia

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

NORMA XIV – O Enfº Instrumentista responsabiliza-se pelo tratamento do material infectado

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

NORMA XV – O Enfº da UCPA prepara a unidade para receber o doente operado

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

NORMA XVI – O Enfº da UCPA recebe e acompanha o doente no pós operatório imediato

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário: _____

_____

_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário: _____

_____

_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário: _____

_____

_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário: _____

_____

_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário: _____

_____

_____

7. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário: _____

_____

_____

8. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário: _____

_____

_____

9. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário: _____

_____

_____

10. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

11. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

12. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

13. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

14. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

15. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

16. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____

_____

_____

NORMA XVII – O Enfº no final de cada sessão cirúrgica, prepara a sala e serviços de apoio para a sessão seguinte

1. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

2. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

3. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

4. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

5. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

6. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

7. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

8. Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

Comentário:_____
_____
_____

ANEXO VIII

Listagem dos Professores que colaboraram no I Curso de Formação para Enfermeiros Perioperatórios – Parceria: ESEIC-AESOP

Título dos Projectos de Melhoria Contínua de Qualidade desenvolvidos durante o Curso

PROFESSORES DO CURSO

Nome	Formação	Local de Trabalho
Enfª. Amélia José Monteiro	Licenciatura em Enfermagem Especialidade Médico - Cirúrgica Mestranda em Ciências de Enfermagem	Directora de Enfermagem da Hospital de Maria Pia Formadora do Instituto de Qualidade
Enfª. Anabela Santos Rodrigues	Licenciatura em Enfermagem Licenciatura em Psicologia Membro da AESOP	BO do Hospital de S. Marcos
Prof. Doutor Alexandre Moreira	Licenciatura em Medicina Especialista em Cirurgia Vascular Doutorado Membro da Equipe de Transplantes do HGSA	Director Clínico do HGSA
Enfª Célia Castanheira	Licenciatura em Enfermagem Membro da AESOP	BO – C. Ambulatória HGSA
Enfª. Dinora Gil da Costa Cabral	Licenciatura em Enfermagem Especialidade de Reabilitação Mestre em Ciências de Enfermagem Doutoranda em Ciências de Enfermagem Membro da AESOP	Enf. Perioperatória desde 1980 Prof. Adjunta da ESEnfIC
Enfª Eduarda Pinheiro	Licenciatura em Enfermagem Especialista em Médico – Cirúrgica Membro da Direcção da AESOP	BO - HUC
Enfª Emília Ramos	Licenciatura em Enfermagem Especialidade Médico – Cirúrgica Membro da AESOP	BO - Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde - Unidade da Póvoa
Enfª Filomena Tavares	Licenciatura em Enfermagem Especialista em Médico – Cirúrgica Mestre em Psicossociologia da Saúde Membro da Direcção da AESOP	BO – HUC
Enfª Graça Miguel	Licenciatura em Enfermagem Membro da AESOP	BO IPO Porto
Enfª. Helena Martins	Licenciatura em Enfermagem Especialidade Médico – Cirúrgica Membro da Direcção da AESOP	Chefe do BO do Hospital de S. Marcos
Enfª Isabel Rocha	Licenciatura em Enfermagem Especialidade Médico – Cirúrgica Membro da AESOP	Chefe do BO - Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde - Unidade da Póvoa
Enfº. Jorge Pontes	Licenciatura em Enfermagem Especialidade de Reabilitação	Enfermeiro Chefe do Serviço de Esterilização Hospital de Guimarães Auditor de Qualidade de Kings Found

Prof. Doutor Nuno Grande	Licenciatura em Medicina Doutorado Fundador e Reitor do ICBAS até 2002 Membro da Comissão Coordenadora do Mestrado em Ciências de Enfermagem ...	Jubilado Reitoria da Universidade do Porto ICBAS
Enfº José Gil	Licenciatura em Enfermagem Pós-Graduação em Anestesia	BO IPO Porto
Enfª. Maria Albertina Gomes da Cruz	Licenciatura em Enfermagem Especialidade Médico – Cirúrgica Especialidade de Gestão dos Serviços de Enfermagem Membro da AESOP	Ex – Chefe do BO do IPO do Porto Chefe do Seviço de Medicina do IPO
Drª Maria Fátima Sousa	Licenciada Em Medicina Especialidade em Anestesiologia	Maternidade de Júlio Dinis
Enfª. Maria Filomena Cardoso	Licenciatura em Enfermagem Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica Mestre em Ciências de Enfermagem	Directora de Enfermagem da Maternidade de Júlio Dinis Formadora do Instituto de Qualidade Auditora de Qualidade de Kings Found
Enfª. Maria Isabel Sequeira	Licenciatura em Enfermagem Especialidade Médico – Cirúrgica Especialidade de Gestão dos Serviços de Enfermagem Membro da Direcção da AESOP	Ex – Chefe do BO do IPO do Porto Chefe do Seviço de Cirurgia do IPO AESOP
Enfª. Maria José Dias Pinheiro	Licenciatura em Enfermagem Especialidade Médico – Cirúrgica Fundadora da AESOP Presidente da AESOP até 2002 Vice Presidente da AESOP desde 2002 Vice Presidente da EORNA	EORNA
Enfª. Maria Júlia Oliveira	Licenciatura em Enfermagem Pós-Graduação em Anestesia	BO Hospital de S. Marcos
Enfª. Maria Teresa Pinheiro	Licenciatura em Enfermagem Membro da AESOP	BO - Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde - Unidade da Póvoa
Enfª. Margarida Guia	Licenciatura em Enfermagem Especialidade Médico – Cirúrgica Presidente da AESOP desde 2002	Directora da Clínica de Todos os Santos - Lisboa
Enfª. Mercedes Bilbao	Licenciatura em Enfermagem Especialidade Reabilitação Membro da Direcção da AESOP desde a Fundação	Chefe do BO do Hospital de Sta Marta - Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM IMACULADA CONCEIÇÃO

CURSO DE FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS - 2002 / 2003
Módulo da Qualidade

FORMADOR: Jorge Pontes

TRABALHOS DOS PROJECTOS DE MELHORIA CONTÍNUA

Título	Autores
Verificação da funcionalidade dos equipamentos	Felícia Rocha Isabel Ferreira Manuela Veloso Sandra Alves
Lista de verificação pré – operatória	Anabela Oliveira Fátima Pires
Circuito interno do utente no bloco operatório do serviço de urgência	Ana Régua Patrícia Lencastre
Implementação de uma lista de verificação pré – operatória	Maria Dias Amorim
Satisfação dos utentes da UCA do HPB	Cristina Santos Raquel Guimarães
PMCQ – Monitorização dos instrumentos cirúrgicos reutilizáveis das caixas de instrumental	Ana Simões Teresa Silva
Higienização e preparação das salas nos diferentes tempos cirúrgicos	Élia Faria Estela
Monitorização de resíduos de risco biológico	Felícia Rocha Isabel Ferreira Manuela Veloso Sandra Alves
Plano de emergência no bloco operatório do IPO	Sílvia Ribeiro

efeita

BIBLIOTECA
DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
"ABEL SALAZAR"