



Paula Fernanda de Sá Pinto e Araújo **Relatório de Trabalho de Projeto**

**Plano de Integração de Novos
Enfermeiros do Bloco
Operatório II de um Centro
Hospitalar da Margem Sul**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob orientação científica da Professora Elsa Monteiro

Dezembro de 2015

“O rio atinge seus objetivos porque aprendeu a contornar obstáculos.”

Lao-Tsé

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento às orientadoras de estágio. À Sr.^a Professora Elsa Monteiro pela sua colaboração, disponibilidade e partilha de conhecimentos. À Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, T.A, pelo seu apoio, disponibilidade e colaboração.

A todos os participantes no projeto (equipa multidisciplinar do serviço), agradecemos a sua colaboração.

Aos amigos e colegas, pela motivação e apoio incondicional e ajuda em mais este percurso de vida.

Um agradecimento muito especial ao meu marido e aos meus pais, pela compreensão, disponibilidade, carinho e ajuda, bem como à colega e amiga Marta Estêvão, companheira inquestionável neste mestrado.

Por fim, à minha filha Sofia, pelo tempo que não lhe pude dedicar, mas também pela alegria que trouxe à minha vida e que me ajudou a superar os momentos difíceis.

Muito Obrigado!

**DECLARAÇÃO DO(S)
ORIENTADOR(ES)**

Declaro que a Dissertação / Relatório / Projeto intitulada Plano de Integração de Novos Enfermeiros do Bloco Operatório II de um Hospital da Margem Sul, do estudante Paula Fernanda de Sá Pinto e Araújo, n.º 130519023, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

Escola Superior de Saúde, 08-07-2015.

O(s) orientador(es),



(Elsa Monteiro)

ABREVIATURAS

AESOP -Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas

AORN- American Association of Operating Room Nurses

APA- American Psychological Association

CCI- Comissão Controlo da Infecção

CGR -Comissão de Gestão do Risco

CHKS -Caspe Healthcare Knowledge Systems

CHMS -Centro Hospitalar da Margem Sul

CIPE- Classificação Internacional para a Prática Enfermagem

CQSD - Comissão da Qualidade Segurança do Doente

DGS- Direção Geral Saúde

EMC- Enfermagem Médico -Cirúrgica

ESS -Escola Superior de Saúde de Setúbal

IACS- Infecção Associada aos Cuidados Saúde

IPS- Instituto Politécnico Setúbal

MEMC -Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NOC – Norma de Orientação Clínica

OE -Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial Saúde

PAC- Projeto de Aprendizagens Clínicas

PEI- Plano Emergência Interno

PIS- Projeto de Intervenção em Serviço

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats

UCPA-Unidade Cuidados Pós-Anestésicos

SIGLAS

BO - Bloco Operatório

Enf.^a - Enfermeira

P. - Página

Prof.^a - Professora

Sra. -Senhora

RESUMO

O presente relatório inclui-se no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, surgindo como um documento explicativo do desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e de um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), realizados durante os estágios I, II e III, no Bloco Operatório II de um Centro Hospitalar da Margem Sul, e visa descrever e expor uma reflexão crítica sobre: as Competências Comuns e Específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, as Competências Específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e as Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvidas durante os estágios e o curso supracitado.

No âmbito do PIS identificamos como problemática: A inexistência de documentos orientadores relativos ao Processo de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do Bloco Operatório II do Centro Hospitalar da Margem Sul. Pois todos "... os enfermeiros que vão ocupar um novo lugar ou função, independentemente da sua categoria, preparação ou experiência, necessitam de passar por um período de integração que facilitará a sua adaptação ao cargo que irão desempenhar." (AESOP, 2006, p.285)

Assim, através da utilização da metodologia de trabalho de projeto desenvolvemos o nosso PIS, com a finalidade de estruturar um novo Processo de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do Bloco Operatório II, materializado num Manual de Integração e num Procedimento de Integração dos Novos Enfermeiros no Bloco Operatório, o que nos permitiu adquirir um conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista.

O PAC foi direcionado para o desenvolvimento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa.

Palavras-Chave: Bloco Operatório; Manual de Integração; Processo de Integração; Metodologia de Trabalho de Projeto; Competências.

ABSTRACT

The present report includes the syllabus the third master's degree course in medical-surgical Nursing, the school of health of the Instituto Politécnico de Setúbal, emerging as an explanatory document on the development of an intervention project in service (PIS) and a Clinical Learning project (PAC), during the stages I, II and III, performed in the Operating Room of a Hospital Centre on the southern shore, and aims to describe and expose a critical reflection on: the Common and specific Skills in the Nursing Person in critical condition, the specific skills in nursing at Chronic and Palliative situation and the responsibilities of the master in medical-surgical Nursing, developed during the stages and the abovementioned course.

Under the PIS have identified as problematic: the lack of guidance documents related to the process of integration of new Nurses in the operating room service II from Central Hospitalar on the southern shore. Because all the "... nurses who will occupy a new place or role, regardless of their category, preparation or experience, need to go through a period of integration which will facilitate its adaptation to a position he will play. "(AESOP, 2006, p. 285)

Thus, through the use of design project work methodology we developed our PIS, with the purpose of structuring a new process of integration of new Nurses in service of surgery II, materialized in a Manual of integration and a Procedure for the integration of new nurses in the operating room, which allowed us to acquire a set of common skills of nurse specialist.

The PAC was directed to the development of specific competencies of Nurses Expert in Person in critical condition, chronic and palliative.

Keywords: Operating Room; Manual integration; Integration Process; Project Work Methodology; Skills.

INDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1 Padrões Qualidade dos cuidados de Enfermagem	14
1.2 Teoria das Transições de Meleis	17
1.3 Enquadramento Teórico	23
1.3.1 Integração de Enfermeiros em Contexto de Bloco Operatório	25
1.3.1.1 Fases do Processo de Integração do Bloco Operatório	27
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	34
2.1 Diagnóstico de Situação	36
2.2 Planeamento do PIS	39
2.3 Execução do PIS	42
2.4 Avaliação do PIS	47
2.5 Divulgação do PIS	48
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	49
3.1 Diagnóstico de Situação	49
3.2 Planeamento do PAC	53
3.3 Execução do PAC	56
3.4 Avaliação do PAC	63
3.5 Divulgação do PAC	64
4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS	65
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	65
4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	71
5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	84
6. REFLEXÃO FINAL	93
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

APÊNDICES

Apêndice I- Ficha Diagnóstico de Situação do PIS

Apêndice II- Questionário de Diagnóstico

Apêndice III- Consentimento Informado

Apêndice IV- Pedido de Autorização

Apêndice V- Tratamento Dados do Questionário de Diagnóstico

Apêndice VI- Análise Swot

Apêndice VII- Planeamento do Projeto do PIS/Cronograma

Apêndice VIII- Manual de Integração de Novos Enfermeiros no BO II do CHMS

Apêndice IX- Artigo Científico

Apêndice X- Diapositivos da Ação Formação sobre “Síntese dos aspetos teórico-prático sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco operatório do CHMS

Apêndice XI- Relatório Estágio da Comissão Gestão Risco

Apêndice XII-Plano da Sessão

Apêndice XIII-Plano do Exercício no Bloco Operatório II - CHMS Cenário de Incêndio

Apêndice XIV- Cartaz Divulgação da Ação de Formação

Apêndice XV- Avaliação da Formação

Apêndice XVI- Relatório Estágio da Comissão Controlo Infeção

Apêndice XVII- Poster “Mãos: Cuidar em Segurança

Apêndice XVIII- Planeamento do PAC/Cronograma Final

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), da Escola Superior de Saúde de Setúbal, (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS).

Assim, relatório enquanto derivado do verbo relatar, trata-se da ação e efeito de relatar e pode ser definido como um “ ... documento que se caracteriza por conter informação que reflecte o resultado de uma investigação ou de um trabalho, adaptado ao contexto de uma determinada situação.”

(<http://conceito.de/relatorio>)

Como nos diz Fortin (1999) “Os relatórios (...) são obras que dão conta dos principais componentes de uma investigação, tais como o problema, os objectivos, o quadro de referência, os métodos e os resultados de investigação”. (p.340)

Ainda segundo Ruivo & Nunes (2014) o relatório é um “processo mental através do qual o mestrando toma consciência dos diferentes momentos e aspetos da sua atividade cognitiva e o conjunto de ações autodirigidas e planeadas ou realizadas”. (p.3)

Assim, de acordo com o Plano de Estudos do Curso supracitado e como elemento de avaliação, realizaram-se três estágios articulados entre si, no Bloco Operatório (BO) II do Centro Hospitalar da Margem Sul.

Para acompanhamento e desenvolvimento deste trabalho de projeto, tivemos a orientação académica da Professora Elsa Monteiro, Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e da orientação no serviço da Enfermeira (Enf.ª) Especialista T.A.

O Estágio I e II decorreram no segundo semestre do curso, durante dezasseis semanas, cumprindo 167 horas de contacto efetivo, e 251 horas de trabalho do formando, entre 10 Março e 10 Julho de 2014, no contexto da Unidade Curricular Enfermagem Médico- Cirúrgica I. O Estágio III, decorreu no terceiro semestre do curso, durante dezasseis semanas, entre 29 Setembro de 2014 e 29 de Janeiro de 2015, no contexto da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II.

Os referidos estágios tiveram como objetivos principais, desenvolver um PIS e um PAC de acordo com a metodologia de projeto que possibilitassem o desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, recorrendo à Metodologia de Trabalho de Projeto que tem como objetivo principal “ ... centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real.” (Ruivo & Ferrito, 2010, p.3). Com vista à aquisição das Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Assim sendo, a temática do PIS recaiu na área da Integração de Novos Enfermeiros, pois a especificidade de um serviço de Bloco Operatório, com um contínuo avanço científico e tecnológico ao nível de técnicas cirúrgicas e anestésicas, requer como nos diz Macedo (2012,p.27) que, "...exista um programa bem definido, mesmo que possa vir a ser adaptado a cada situação específica, como as necessidades do novo elemento e/ou serviço", por forma, habilitar o enfermeiro perioperatório de competências que lhe permitam desenvolver um processo de enfermagem personalizado, com cuidados de enfermagem de qualidade, tendo em conta as características específicas de cada cliente. Com o desenvolvimento do PAC, tivemos oportunidade de trabalhar temáticas relacionadas com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica: Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. E as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa: Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas e Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida.

É expectável que o enfermeiro nesta fase, mediante os contributos adquiridos nas componentes teóricas dos vários semestres, seja capaz de os aplicar aquando a análise crítica das suas práticas, perspetivando uma eficiente prática de cuidados. Assim no que respeita ao presente relatório, este tem como objetivos:

- ✓ Fazer referência ao enquadramento conceptual que norteou o nosso trabalho desenvolvido ao longo dos estágios acima citados;
- ✓ Explicitar o desenvolvimento do PIS de acordo com as etapas que o constituem;
- ✓ Descrever o PAC;
- ✓ Fazer uma Análise reflexiva das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), e das Competências de Mestre em EMC desenvolvidas ao longo do 3º Curso de Mestrado em EMC.

O presente relatório apresenta assim um percurso teórico e reflexivo, e é estruturalmente organizado em seis partes essenciais.

Na primeira parte realizamos um enquadramento conceptual onde pretendemos descrever os conceitos que estão subjacentes ao trabalho desenvolvido e uma revisão da literatura em torno da

problemática em estudo desenvolvida no âmbito do PIS e ainda a abordagem à Teoria das Transições de Meleis.

Na segunda parte apresentamos o PIS (Diagnóstico de Situação, Planeamento, Execução, Avaliação e Divulgação) do projeto.

O PAC (Diagnóstico de Situação, Planeamento, Execução, Avaliação e Divulgação) do projeto é apresentado na terceira parte. Procederemos à análise descritiva e reflexiva das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica efetuadas na quarta parte, enquanto que, na quinta parte realizamos a análise das Competências de Mestre em EMC adquiridas/desenvolvidas no decorrer do 3º curso de MEMC.

Por último, na sexta parte faremos uma reflexão final sobre todo o trabalho desenvolvido, onde focaremos os aspetos mais relevantes e as dificuldades sentidas ao longo do curso supracitado.

É de referir que por questões éticas, e no sentido de proteger os direitos das pessoas que colaboraram neste projeto, bem como da instituição hospitalar em que mesmo foi aplicado, foi respeitado o anonimato, sendo as pessoas identificadas pelas iniciais do nome e a unidade Hospitalar designada com a nomenclatura de Centro Hospitalar da Margem Sul (CHMS).

No que concerne à redação do relatório de trabalho de projeto, seguimos a metodologia proposta pela escola através do documento: Guia para a elaboração do Relatório de Trabalho de Projeto/Estágio (ESS/IPS, 2015) e utilizamos a *American Psychological Association* (APA), 6ª Edição, para elaborar as referências bibliográficas e redigimos o relatório de acordo com o novo acordo ortográfico para a Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo apresentamos o enquadramento conceptual que norteou a nossa prática ao longo dos três estágios realizados. Nele fazemos uma breve conceptualização dos Padrões Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e apresentamos, de forma sumária, a Teoria das Transições de Meleis. Apresentamos, em seguida, o enquadramento de suporte que resultou da pesquisa bibliográfica realizada acerca da temática do projeto desenvolvido e que nos permitiu fundamentar as ações desenvolvidas. Corroboramos com a ideia que o enquadramento conceptual permite a elaboração de um conjunto de conceitos claros e organizados para documentar a temática em estudo, que fundamentam a pertinência no quadro de conhecimentos atuais. (Fortin, 1999)

1.1. Padrões Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, passa pela aplicação de uma metodologia de trabalho ou processo de enfermagem, associada a um modelo teórico.

A qualidade é definida de acordo como Biscaia (2001), por “Um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.” (p.11)

A necessidade de implementar sistemas de qualidade, está hoje em dia fortemente enraizada, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. (Ordem Enfermeiros, 2001) Segundo Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira (2006), “a qualidade nos cuidados de saúde justifica-se por várias razões, entre as quais destacam-se as de ordem social (existe cada vez maior exigência e expectativas por parte dos doentes), ética (exigência ao nível de formação e conhecimentos), profissional (desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados) e económicas (racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma Cultura da Qualidade na Saúde).” (p. 1)

No que diz respeito à Enfermagem, é à Ordem Enfermeiros (OE) que compete a definição de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, pelos quais os enfermeiros devem guiar as suas atividades diárias, tendo por base, os seus enunciados descritivos que devem ser cumpridos de forma a promover um exercício profissional de enfermagem que responda aos mais altos níveis de exigência. (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Os Padrões de Qualidade, foram elaborados tendo por premissa a obtenção da melhoria da qualidade dos cuidados e os ganhos em saúde, o que vai ao encontro do objetivo descrito no Estatuto da OE Decreto-Lei nº104 (1998) em que é fundamental “ ...promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.” (p.1741)

Assim os termos Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem são fenómenos de interesse na disciplina de enfermagem, sendo Pessoa definida como um ser social, com dignidade própria, dotada de valores e crenças que a tornam única, cujos comportamentos são influenciados pelo ambiente onde vive e se desenvolve, este Ambiente é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que influenciam os estilos de vida da Pessoa e que se repercutem no conceito da sua Saúde, estado da condição individual da pessoa e que representa o seu bem-estar físico, conforto emocional e espiritual e nos Cuidados de Enfermagem centrados na promoção de projetos de saúde, pessoais, familiares e comunitários. (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Ainda neste contexto surgem também os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, sendo eles, a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção das complicações; o bem-estar e o auto cuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Assim no sentido de disponibilizar à população cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da Pessoa e família, surgiram as Especialidades Clínicas em Enfermagem, cuja especialização das mesmas é feita de acordo com o alvo de intervenção dos cuidados e o campo de intervenção especializado. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

De acordo com artigo 78º do Código Deontológico Enfermeiro, é princípio orientador da atividade dos enfermeiros a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, sendo por isso fundamental que a sociedade conheça esse mesmo papel, assim o enfermeiro especialista é de acordo com o ponto 3 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), “...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.” (Ordem dos Enfermeiros,2012,p.15)

Deve possuir um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que deve mobilizar no contexto da sua prática clínica de

modo a avaliar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

O conjunto de competências atribuídas ao enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais traduzindo-se em competências comuns e específicas. As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e as competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e ao campo de intervenção definido para cada área de intervenção. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

As competências comuns são do domínio da: responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, enquanto que as competências específicas do enfermeiro especialista definem-se como as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde das pessoas/família no campo de intervenção definido para cada área da especialidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Deste modo, perante o aumento do número de doenças de início súbito, a agudização de doenças crónicas, a complexidade de acidentes e a probabilidade de catástrofes naturais, que podem conduzir à falência ou risco de falência de funções vitais da Pessoa, o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, crónica e paliativa, assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Os Padrões de Qualidade além de regularem toda a ação dos enfermeiros, são desde 2005 um dos objetivos da OE, para que os mesmos segundo OE (2006) possam “contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e da qualidade dos cuidados, através da apropriação, pelos enfermeiros, dos padrões de qualidade e do envolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional.” (p.1)

Por forma a dar cumprimento à referida meta, as instituições de saúde devem implementar e consolidar os enunciados descritivos, de forma a desenvolverem projetos e definirem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Estes indicadores permitem a reflexão acerca da prática dos enfermeiros em contextos de trabalho, contribuindo para a melhoria da qualidade e para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Muitos são os enfermeiros que têm vindo a receber formação dentro das instituições de saúde para dar cumprimento as premissas definidas nos Padrões de Qualidade. A formação sobre programas de melhoria contínua, e os Sistemas de Informação em Enfermagem são disso exemplo.

O Domínio da Melhoria da Qualidade de acordo com Nunes & Ruivo (2014) “inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência” e “integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”. (p.4)

Como um dos elementos dinamizadores da Comissão Qualidade Segurança Doente (CQSD) do CHMS, temos procurado motivar os enfermeiros do serviço a investir na área da melhoria de qualidade, em articulação com as chefias do serviço, contribuindo para a implementação de medidas de melhoria de qualidade dando resposta aos critérios para o processo de acreditação da qualidade, pois o Hospital Y onde se insere o BO II encontra-se acreditado pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS) desde 2008.

Para auxiliar na tomada de decisões, bem como decidir acerca daquilo que sabe e precisa saber, o enfermeiro dispõe de teorias de enfermagem que devem constituir a base da sua prática, uma vez que são estas que com base nos seus princípios possibilitam o crescimento do conhecimento da profissão, além de fornecerem uma identidade ao enfermeiro e permitirem aos clientes, outros profissionais de saúde e gestores das unidades de saúde reconhecerem a sua importância nos serviços de saúde (Colley, 2003).

Neste contexto e no sentido de melhorarmos a qualidade dos cuidados prestados ao cliente no BO, escolhemos como fio condutor e base teórica para os cuidados de enfermagem definidos, o modelo concetual da Teoria das Transições de Meleis que passaremos a descrever no subcapítulo seguinte.

1.2. Teoria das Transições de Meleis

Os elementos conceptuais que constituem a conceção de cuidados, e os modelos que os integram, normalmente, assemelham-se a mapas que raramente fornecem os detalhes todos, salientando somente as partes mais essenciais, justificando assim a escolha exata de um modelo que possibilite a simplificação da realidade, e a atenção para preocupações específicas, a fim de extrair significado. (Meleis, 1991)

No seu desenvolvimento enquanto disciplina, a enfermagem tem construído um conjunto de conhecimento interdisciplinar e de categorias operatórias de intervenção no campo clínico, articulando saberes científicos, éticos e processuais. Este conjunto de saberes transmite crenças que lentamente se traduzem no reconhecimento social da autonomia da profissão. (Abreu, 2008)

O autor acrescenta que existe um entendimento quase generalizado de que o metaparadigma da disciplina inclui os conceitos: cliente, ambiente, saúde e enfermagem. A utilização destes conceitos manifesta utilidade para a organização da disciplina e do saber em enfermagem. A prática profissional

e o contexto clínico constituem espaços de investimento integradores destes conceitos, na medida em que nele interagem pessoas em processo de mudança. (Abreu, 2008)

Na mesma perspectiva, Meleis (2010), acrescenta que ao lidarem com problemas reais e com pessoas em processo de transição, os enfermeiros podem refletir e escolher quadros teóricos tendo em vista a tomada de decisão de natureza clínica e a concretização de intervenções de enfermagem específicas.

Neste sentido como suporte teórico ao trabalho desenvolvido, adotamos a Teoria das Transições de Meleis, uma vez que o foco dos nossos cuidados é a Pessoa e família a vivenciarem situações particulares de transições, como a agudização de doenças crônicas, o aparecimento súbito de doença, ou acontecimentos traumáticos que conduzem à necessidade de intervenções cirúrgicas, o que levará a mudanças significativas no seu cotidiano e mesmo na sua vida.

A Teoria das Transições de Meleis foi desenvolvida pela autora com o objetivo de servir de suporte para compreender o fenômeno das transições e providenciar linhas orientadoras específicas para a prática de enfermagem e assim direcionar questões de pesquisa mais específicas. (Meleis, 2010)

As transições definem-se como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro, referem-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações pessoa-ambiente. Ou seja, as transições são períodos que se estabelecem entre estados de elevada estabilidade e caem no domínio da enfermagem quando dizem respeito à saúde ou doença, ou quando as respostas à transição são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde. (Meleis, 2010)

As mudanças na saúde e na doença da pessoa originam processos de transição, sendo que a pessoa a vivenciar estes processos tendem a encontrar-se num estado de maior vulnerabilidade aos riscos que podem afetar a sua saúde. (Meleis, 2010)

A Teoria das Transições de Meleis permite ao profissional de Enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia. (Meleis, 2010)

De acordo com Meleis (2010, cit. por Costa, 2013), "O princípio da Teoria das Transições surgiu no sentido de conceptualizar o potencial problema que a Pessoa pode sofrer se não estiver devidamente preparada para uma experiência de transição, bem como descrever medidas de prevenção e intervenções terapêuticas a desenvolver pelo enfermeiro.

A Enfermagem é a arte e a ciência que visa facilitar os processos de transição do Ser Humano, sendo missão da enfermagem promover uma transição saudável de forma a aumentar os ganhos em saúde,

focando as suas intervenções na prevenção, promoção e intervenção em todo o processo de transição. Neste sentido, cuidar significa o processo que facilita o sucesso das transições”. (p.24)

A transição do ponto de vista individual deve ser observada tendo em conta a Pessoa alvo de cuidados, na sua relação com o ambiente, a pessoa relaciona-se com a transição de diferentes formas, assim como eventos que tornam necessários esses processos de transição (ex. catástrofes naturais). Assim a natureza particular do ambiente em que a transição ocorre pode impedir ou facilitar a transição, como no caso do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde no decorrer de um internamento ou intervenção cirúrgica. (Chick & Meleis, 1986)

Verificamos que as transições estão presentes em todos os momentos da vida das pessoas e necessitam de ser enfrentadas, com comportamentos que facilitem o cuidado individualizado a cada situação.

Assim a transição só é possível após a pessoa alvo dos cuidados perceber que está num processo de transição e a percepção e conhecimento que tem dessa transição influi na mudança (consciencialização). (Meleis, 2010)

O empenhamento está relacionado com a vontade demonstrada pela pessoa em querer envolver-se no seu processo de transição e só se concretiza se existir a consciencialização dessa transição. As transições podem ser caracterizadas ao longo do tempo, essa duração temporal inicia-se na fase dos primeiros sinais de antecipação, período de instabilidade, angustia, confusão até à percepção com posterior demonstração da mudança terminando num novo período de estabilidade. (Meleis, 2010)

Ou seja, todas as transições envolvem mudança e a pessoa na transição acaba por alterar o seu papel na sua adaptação à nova condição e a sua percepção de estar diferente é importante para ocorrer mudança, pelo que nesta fase, o papel do enfermeiro de apoio à anestesia é de extrema importância pela forma como auxilia a pessoa e família a lidar com essa multiplicidade de mudanças, sendo este, um elo facilitador de todo este processo de transição.

A teoria das transições apresenta sete conceitos centrais que dão forma ao domínio da disciplina de enfermagem que são cliente, interação, ambiente, processo de enfermagem, saúde, terapêuticas de enfermagem e transições. (Meleis, 2010)

Quando se refere a cliente, Meleis define-o como sendo um ser humano com necessidades específicas e que está em constante interação com o meio envolvente, tendo a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio. Deste modo, o cliente é visto como um indivíduo com necessidades que está em interação permanente com o ambiente, sendo influenciado pelo estado de saúde. (Meleis, 2010)

A interação é um outro conceito central da teoria das transições, pois para Meleis sem interação os cuidados de enfermagem não poderiam existir, uma vez que estes concretizam-se na relação e interação entre a pessoa enfermeiro e a pessoa cliente dos cuidados, onde tem que haver uma troca constante de informação e energia. (Meleis, 2010)

Para além desta interação enfermeiro cliente, também existe uma interação com o ambiente, tal como se pode comprovar quando anteriormente falamos do conceito cliente. Assim o ambiente é visto como o contexto onde a pessoa se insere, nomeadamente, a família, as comunidades e as condições físicas, naturais e artificiais. (Meleis, 2010) Esta interação com o ambiente é influenciada por fatores internos (crenças culturais, estatuto socioeconómico, conhecimento) e por fatores externos (catástrofe natural, políticas sociais). (Meleis, 2010)

Meleis (2010) refere-se ao processo de enfermagem, como um método eficaz e sistematizado de estruturar os processos de pensamento para a tomada de decisão em enfermagem e para a resolução de problemas, mas para isso é necessário habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, isto é para que este processo seja operacionalizável, é necessário que o enfermeiro tenha competências de "...conhecimento, criatividade, adaptabilidade, comprometimento, confiança e liderança" (Doenges & Moorhouse, 1999, p. 15) de forma a concretizar as terapêuticas de Enfermagem.

Este processo de enfermagem faculta os fundamentos para as habilidades de pensamento crítico necessárias no exercício profissional da enfermagem de forma segura e eficiente. (Alfaro, 2005)

O conceito de saúde de acordo com OMS (2010) ultrapassa a simplicidade da ausência de doença, este traduz-se na homeostasia e adaptação da pessoa aos diversos contextos da vida ou seja refere-se a um estado total de bem-estar físico, mental e social. Meleis (2010), refere dentro desta perspetiva que a saúde manifesta-se pela consciencialização, *empowerment*, controlo e automestria na vida. Neste contexto, todas as transições necessitam obrigatoriamente de mudança, no entanto, nem todas as mudanças são consideradas como transição. (Meleis, 2010)

Ainda de acordo com Meleis, os conceitos de maior destaque para a compreensão do seu trabalho são: padrões de transição, propriedades das experiências de transição, condições de transição (enquanto facilitadoras ou inibidoras), processos indicadores, resultados indicadores e intervenções terapêuticas de enfermagem. (Meleis, 2010)

Como tipos de transições temos: desenvolvimental (processos de maturação que ocorrem no decurso do ciclo vital do ser humano); saúde/ doença (ocorrem quando existe uma alteração súbita ou gradual de um estado saudável para um estado de doença aguda ou crónica, processo de recuperação, alta hospitalar); situacional (incluem situações que requerem uma reorganização de papéis e comportamento por parte da pessoa e família como a morte de um familiar); organizacional

(referentes a mudanças de ambiente ou organizacionais). (Meleis, 2010) No que se refere aos padrões de transição, que Meleis reconheceu como detentores de multiplicidade e complexidade, podemos identificar padrões simples (ocorre apenas uma mudança na vida do indivíduo) ou múltiplos (quando ocorre mais do que uma mudança ao mesmo tempo). Os padrões múltiplos podem ser: sequenciais (quando existe uma ligação entre as várias mudanças, e uma mudança origina outra) ou simultâneos, que podem ser relacionados ou não relacionados, dependendo das mudanças estarem ou não relacionadas entre si. (Meleis, 2010)

Muitas pessoas experienciam múltiplas transições ao invés de experimentarem uma única transição que não pode ser facilmente distinguida do contexto da sua vida diária. (Meleis, 2010)

Todas as transições envolvem mudança e o indivíduo na transição acaba por alterar o seu papel e a sua adaptação, como quando vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica, pois a sua percepção da nova condição é importante para ocorrer a mudança.

As transições podem ser caracterizadas ao longo do tempo e essa duração temporal inicia-se na fase dos primeiros sinais de antecipação, período de instabilidade, angústia, confusão até à percepção com posterior demonstração da mudança terminando num novo período de estabilidade. (Meleis, 2010)

Indicadores de transições saudáveis estão definidos por Meleis como padrões de resposta da teoria de médio alcance. Os indicadores de processo incluem o sentir-se ligado (envolvido), o interagir, o estar situado (em termos de tempo, espaço e relações) e o desenvolver confiança e *cooping*.¹ (Meleis, 2010)

As intervenções terapêuticas de enfermagem são definidas por esta teórica como as três medidas ou fases de atuação amplamente aplicáveis durante as transições que valorizam o papel da enfermagem e a definem. A avaliação de prontidão é considerada a primeira medida como intervenção de enfermagem, devendo ser um esforço multidisciplinar requerendo a percepção abrangente da pessoa, o que implica a avaliação de todas as transições a que este está sujeito, de forma a criar um perfil de prontidão da própria pessoa, definindo-se ainda os vários padrões de experiências de transição. (Meleis, 2010)

A preparação para a transição é a segunda fase da intervenção de enfermagem. Esta inclui criar as condições ideais como a educação como forma de adquirir conhecimentos e competências para a preparação da transição. Em terceiro lugar está a suplementação de papel do cliente até este atingir a transição saudável. O bem-estar físico é também importante, uma vez que o incómodo físico como, o posicionamento, a que a pessoa fica sujeita durante o intraoperatório de uma cirurgia ortopédica,

¹ Coping é um conceito que não tem tradução na língua Portuguesa e é utilizado para descrever os esforços estratégicos de natureza cognitiva e comportamental para lidar com situações danosas, de ameaça ou de desafio. O indivíduo analisa o agente stressor e desenvolve atitudes conscientes e intencionais.

pode interferir negativamente numa passagem bem-sucedida pelo que a intervenção do enfermeiro de apoio á anestesia é crucial não só nesta fase mas durante toda a fase do intraoperatório. (Meleis, 2010)

A transição para Meleis tem características positivas, uma vez que no fim da transição a pessoa adquire maturidade e estabilidade pessoal. (Meleis, 2010)

A transição é mais bem-sucedida se houver uma antecipação dos eventos, se for tido em conta o motivo que desencadeou a mudança, a preparação para a transição e o conhecimento da existência de outras transições a ocorrerem em simultâneo. Durante o processo de transição ocorrem vários comportamentos como stresse, irritabilidade, ansiedade, depressão, alterações no autoconceito; e se o enfermeiro tiver conhecimento dessas alterações nos padrões comportamentais da pessoa, deve intervir com o objetivo de prevenir/criar estratégias facilitadoras da transição e logo adaptação à nova condição. (Meleis, 2010)

A adaptação à nova condição de acordo com Meleis, é um processo moroso que muitas vezes não é aceite de ânimo leve, podendo conduzir a reações inesperadas. (Meleis, 2010)

Cabe ao enfermeiro estar atualizado de forma a facilitar este processo de transição visto ser quem está mais próximo da pessoa, de forma a auxiliar e educar, como através do ensino à pessoa e família na fase do pós-operatório imediato.

O enfermeiro ao basear a sua prática na Teoria da Transição está a aumentar as possibilidades de ajuda à Pessoa enquanto ser holístico que é, não se focando apenas na cura. Conhecendo todos este aspetos o enfermeiro pode avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promover intervenções terapêuticas frente aos eventos de transição, com o objetivo de restabelecer a instabilidade gerada pelo processo de transição por forma a adaptar-se à nova condição. (Meleis,2010)

São os Padrões de resposta/indicadores de processo que caracterizam as respostas de saúde, mobilizam a pessoa na direção da saúde e permitem ao enfermeiro avaliar a vulnerabilidade da pessoa e assim poder intervir precocemente, durante a realização da visita pré-anestésico cirúrgica de enfermagem, no sentido de atingir resultados saudáveis. São considerados indicadores de processo o sentir-se ligado (família, profissionais de saúde, apoio social) a interação, o estar situado num determinado espaço e tempo e o desenvolvimento de confiança, pois o aumento dos níveis de confiança permitem à pessoa lidar com os processo de transição. Os indicadores de resultado por seu lado incluem a mestria, o bem-estar, e a integração da identidade, que refletem a capacidade em lidar com a transição. (Meleis, 2010)

Ainda de acordo com Meleis (2010), a teoria das transições facilita uma visão mais aprofundada sobre as transições, proporciona *guidelines* mais específicos para a prática e orienta questões de investigação mais sistemáticas e coerentes.

Assim sendo, podemos referir que a Teoria das Transições de Meleis permite aos enfermeiros uma melhor compreensão dos indivíduos, nomeadamente nas situações de transição que estes estão a vivenciar. Cabe aos enfermeiros providenciar as intervenções necessárias para ajudar os indivíduos neste processo de mudança. Deste modo, os enfermeiros que promovem o cuidado transacional humano estão a valorizar a pessoa, pois os cuidados prestados estão sempre relacionados, de alguma forma, com cada nível de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade. (Meleis 2010)

A transição pode ser ou não desejada, e resultar ou não de uma escolha pessoal, da mesma forma, uma preparação e conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar na gestão da situação, facilitam a experiência da transição, ao passo que o contrário prejudica todo este processo. (Meleis, 2010)

No presente estudo, será essencial a posição de Meleis nos cuidados à pessoa em situação crítica e o modo como o modelo das transições se aplica à pessoa/família, em que o família deverá ser parte integrante do plano de cuidados à pessoa em processo de transição. Este processo pode ser coadjuvado pelo enfermeiro perioperatório durante a realização da visita pós-operatória de enfermagem.

A escolha da Teoria das Transições de Meleis enquanto teoria de suporte, deveu-se ao facto de se tratar de uma teoria de médio alcance abrangente, o que proporciona a sua aplicação em todos os contextos de prestação de cuidados, nomeadamente no BO, para além de ser também, uma teoria inovadora e recente.

Finalizando o que foi o nosso olhar sobre a teoria de Enfermagem, faremos em seguida um aprofundamento da temática sobre a integração de novos enfermeiros no BO, como suporte teórico deste projeto.

1.3. Enquadramento Teórico

A praxis autónoma da enfermagem tem várias dimensões, sendo que a gestão é uma delas. Sendo a gestão de recursos humanos e mais especificamente a integração de novos enfermeiros num serviço, fundamental para o desenvolvimento do nosso trabalho, no que respeita ao tema a ser desenvolvido no PIS, enquadrar o acolhimento e/ou a integração e manual de integração de novos enfermeiros

num serviço de BO é o que faremos neste subcapítulo, através de uma revisão da literatura, que nos permitiu aumentar os nossos conhecimentos sobre o tema, explicar conceitos e as relações entre eles.

A palavra integração é oriunda do latim “*Integratio*” corresponde ao ato de integrar, integrar que significa incluir num todo; fazer-se parte de algo. (Lello & Lello, 1978)

A necessidade de integração em enfermagem segundo a Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (AESOP) (2006) “...remonta ao princípio do século XX, com a necessidade de se criarem escolas que formassem profissionais para executarem as tarefas hospitalares”. (284)

Ainda de acordo com a AESOP (2006) a integração representa uma das “... atividades básicas da administração de recursos humanos cujo objetivo visa o ajustamento adequado dos profissionais à instituição.” (284)

Também Meleis refere a teoria da integração, defendendo um padrão de progresso onde consigam estar reveladas as concretizações da enfermagem, suportada pela sua sólida base teórica, integrando processos como a acomodação, o refinamento e a coordenação entre pensamentos, ideias e indivíduos. Esta teoria inaugura a possibilidade de uma crítica cautelosa de tudo o que existe e do que já foi realizado, bem como do que ainda falta fazer. (Lopes, 1999)

Neste contexto, os enfermeiros hoje em dia devem estar conscientes da importância da sua profissão, e conseqüentemente, devem ter conhecimento das noventa e seis Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem, desenvolvendo a sua prática nos três grandes domínios: a Prática Profissional, Ética e Legal; a Prestação e Gestão de Cuidados; e o Desenvolvimento Profissional. Também a sua prática deve estar, em concordância com o Código Deontológico de Enfermagem, e com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), para poderem desempenhar com segurança as funções que lhe foram inculcadas.

Em contexto de Bloco operatório, competência de acordo com Gruendemann, (1995 cit. por AESOP 2006) “... representa o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório.” (p.172)

Atendendo a estas competências, importa referir Benner (2005), que desenvolveu o modelo de aquisição de competências através da Excelência e do Poder na Prática Clínica de Enfermagem, com o objetivo principal de conferir visibilidade à prática do cuidar. Considera que as práticas crescem através da aprendizagem experiencial, e conseqüentemente, da sua transmissão nos contextos de cuidados. (Benner,2005)

Por forma a dar resposta ao acima descrito, é preconizado pela AESOP (2006), que surge em Portugal em 1986,um modelo de formação avançada de Enfermagem Perioperatória. Em que o enfermeiro perioperatório utiliza a sua prática específica antes, durante e após a cirurgia,

desenvolvendo as suas funções do enfermeiro enquanto prestador de cuidados (responsabilidade de todas as atividades relacionadas com o cuidar), advogado do cliente (assegura um ambiente seguro e terapêutico), líder (mediador entre todos os elementos da equipa), investigador (preocupa-se em aumentar os seus conhecimentos, baseando-se na investigação científica), educador (participando não só no ensino dos colegas mas também dos clientes e família, desmistificando assim o rótulo tecnicista do enfermeiro perioperatório) e gestor (coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados). (AESOP, 2006).

Assim é importante como nos diz Macedo (2012,p.27) que, "...exista um programa bem definido, mesmo que possa vir a ser adaptado a cada situação específica, como as necessidades do novo elemento e/ou serviço ",por forma, habilitar o enfermeiro perioperatório de competências que lhe permitam desenvolver um processo de enfermagem personalizado, com cuidados de enfermagem de qualidade, tendo em conta as características específicas de cada cliente.

1.3.1. Integração de Enfermeiros em Contexto de Bloco Operatório

Os enfermeiros são o grupo profissional que tem o maior peso em termos de recursos humanos de uma instituição hospitalar, pelo que a rotatividade destes profissionais dentro da instituição é uma realidade que aliada à contratação de novos enfermeiros pode representar um problema no que se refere à qualidade dos cuidados. Por outro lado, a presente situação de crise económica do país exerce pressão nas instituições de saúde e obriga os gestores a imporem alguma agilidade nos processos de integração para maior rentabilização dos recursos.

Também a atual situação económica mundial, passa por um período de grande instabilidade, onde as respetivas políticas são direcionadas, cada vez mais para a redução de custos, onde direta ou indireta a saúde também é influenciada. Esta realidade traduz-se em repercussões ao nível dos recursos humanos das instituições, e quando diz respeito a estas, a contratação de profissionais de Enfermagem, estas instituições devem proporcionar uma integração adequada, com vista à otimização das suas competências.

Sendo assim, deparamo-nos com uma crescente complexidade nas integrações dos enfermeiros nos seus locais de trabalho o que representa de acordo com Macedo (2012), "um problema e desafio para as organizações e instituições de saúde, sentindo-se cada vez mais a necessidade de existirem protocolos e/ou programas de integração de profissionais de enfermagem". (p.1)

Assim, os instrumentos adequados para tal serão, os Manuais de Integração, por Manual entenda-se, segundo o volume XVI da Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira um "livro pequeno que resume uma ou mais matérias" (p.154),ou ainda de acordo com Torres & Silva (1999,p.19),

“...instrumentos de comunicação que contêm uma coletânea de informações/atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração ...” com os respetivos programas e objetivos delineados, pois embora os enfermeiros possuam qualificações, estes têm a necessidade de entender os procedimentos e políticas da organização, por forma a estarem bem preparados para cumprirem com as funções que irão desempenhar no Bloco Operatório. (Werther & Davis,1983)

Assim as instituições sentem quase como uma obrigação o uso de Manuais de Integração que, são documentos previamente estudados e perfeitamente identificados com os fins para os quais se destinam.

O modo como o novo enfermeiro é recebido no momento da sua admissão, será sempre um momento importante. Pelo que lhe deverá ser fornecido um conjunto de informações sobre a história da organização, sua estrutura física, funcional e organizacional, bem como a missão, visão e objetivos da organização e do serviço. Este irá conhecer a sua chefia direta, as instalações, o seu local de trabalho, o espaço físico e todos os locais destinados aos trabalhadores, para que se sinta como parte da organização.

No seu primeiro contacto com o serviço, o enfermeiro deverá ser informado sobre as tarefas que tem que desempenhar. (AESOP,2006)

Assim, um indivíduo quando entra numa organização, e enquanto não a conhece bem, acha que tudo é difícil e complicado. Tem, por vezes, a ansiedade de querer aprender com rapidez para causar boa impressão perante os pares e superiores.

O Manual de Integração é assim um documento importante que contem informações sobre a organização e deve ser colocado quando existe, à disposição dos trabalhadores recém-chegados. A informação presente deve ser indispensável para que o novo colaborador se integre com maior facilidade. O conteúdo de um Manual de Integração é variável, dependendo do setor de atividade do recém-chegado dentro da organização.

Assim definimos aquando da sua elaboração, que o Manual de Integração de Novos Enfermeiros do BO II de um CHMS deve ter na sua contextualização os seguintes objetivos:

- ✓ Proporcionar ao enfermeiro em integração, informações que lhe permitam conhecer a história, missão, objetivos e a dinâmica funcional da instituição e do BO II;
- ✓ Facilitar o processo de integração quer para o enfermeiro em integração e/ou o enfermeiro integrador;
- ✓ Conseguir a “melhor” integração possível ao novo enfermeiro no mais curto espaço de tempo;
- ✓ Informar o novo enfermeiro acerca do procedimento de integração vigente no serviço;

- ✓ Ajudar o enfermeiro em fase de integração, a consciencializar-se, da sua contribuição para alcançar os objetivos do programa de integração delineados no início do processo de integração entre a enfermeira coordenadora, enfermeiro integrador e enfermeiro em integração;
- ✓ Ajudar o enfermeiro em fase de integração, a consciencializar-se, da sua contribuição para alcançar os objetivos do serviço e da instituição;
- ✓ Facilitar a uniformidade de atuação durante o programa de integração ao novo enfermeiro;
- ✓ Proporcionar o mesmo nível de informação a todos os enfermeiros recém-admitidos no programa de integração do serviço;
- ✓ Servir como instrumento de consulta para esclarecimento de dúvidas e orientações durante o programa/processo de integração quer para o enfermeiro integrador, quer para o novo enfermeiro em fase de integração;
- ✓ Conter normas, critérios, padrões de qualidade de enfermagem e generalidades funcionais como (segurança no trabalho, saúde ocupacional, avaliação desempenho, entre outros);
- ✓ Proporcionar um clima de confiança ao novo enfermeiro.

O Manual de Integração do BO II é um documento, que não pretende substituir o papel desempenhado pelos enfermeiros integradores, devendo ser encarado como um complemento dos mesmos, auxiliando na dissipação de dúvidas e na minimização das consequências deste processo.

Também não deverá ser demasiado extenso, pois há o risco de se tornar pouco apelativo.

Este permitirá ao enfermeiro em integração encontrar os “caminhos” necessários para o desenvolvimento das suas Competências de Enfermeiro Perioperatório.

1.3.1.1. Fases do Processo de Integração no Bloco Operatório

O processo de integração deve pressupor um estágio, que surge como uma ocasião singular para obtenção de aprendizagens, consolidação dos conhecimentos adquiridos, e reflexão sobre a nossa prática profissional. Pressupõe, simultaneamente, o desenvolvimento de competências especializadas, colocando em prática, em determinadas situações profissionais, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidade e de atitudes passíveis de serem decompostos em saberes, saber fazer (capacidade de operacionalidade do saber teórico) e saber ser ou saber estar (também designado por “competências comportamentais”, constituído pelas capacidades que permitem a cooperação eficaz com o outro). (Carvalho,2003)

Um correto Programa de Integração apresenta vantagens como, a redução do período de adaptação, ou a diminuição da necessidade de penalizações, devido ao desconhecimento dos regulamentos das instituições. Outra vantagem é a fixação por vontade própria dos mesmos elementos nos seus locais de trabalho, pois altos índices de *turnover* revelam custos avultados para a instituição. (Chiavenato,1989)

Um processo de integração desenvolvido com base num plano estruturado que vá ao encontro dos objetivos institucionais e do enfermeiro recém-contratado e que tenha em conta as suas características pessoais e a sua experiência profissional, tem inúmeras Vantagens para a Instituição e para o Enfermeiro.

Segundo Silva & Carvalho (2002), as vantagens que advêm da implementação de um processo de integração bem planeado são:

- ✓ “Para a instituição: diminuição do tempo de integração que proporciona um aumento de eficiência do trabalho; redução dos custos face ao aumento da qualidade dos cuidados; melhoria da satisfação profissional dos enfermeiros e como consequência as suas relações profissionais e desenvolve um senso de responsabilidade para a organização devido à sua competência e informação.” (p.20)
- ✓ “Para o enfermeiro: diminuição do stresse, tensão, frustração e conflito; estimulação à autoconfiança e ao autodesenvolvimento; aumenta a satisfação no trabalho executado e satisfação das necessidades pessoais.” (p.20)

Em contexto de BO as integrações são mais complexas, uma vez que, os conteúdos a apreender pelo novo enfermeiro são muito específicos e estão particamente ausentes na sua formação de base. À complexidade alia-se maior morosidade no processo, o que o torna segundo a AESOP (2006) mais “...dispendioso, pois a rentabilidade de um elemento em integração é obviamente mais reduzida”. (p.287)

Sendo assim, ao integrarmos novos enfermeiros no BO “...devemos pensar sempre em estabilidade, de modo a garantir a segurança do doente....” (AESOP,2006,p.287).

Assim por forma a garantir a segurança do cliente cirúrgico surge a criação da *World Alliance for Patient Safety*, pela Organização Mundial de Saúde, em 2002, que promove a partilha e o desenvolvimento de normas baseadas na evidência para a prestação de cuidados mais seguros para o cliente, com o intuito de reduzir a percentagem dos casos em que a cirurgia levou a danos, considerados evitáveis (WHO, 2008).

Em Portugal, esta checklist foi recomendada pela Direção Geral saúde (DGS), na emissão de uma circular normativa em 2010, incentivando a adesão de todos os blocos operatórios ao projeto “Cirurgia

Segura Salva Vidas”, através do preenchimento da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (DGS, 2010).

Também Gruendemann (cit. por AESOP, 2006) diz que o enfermeiro deve ter sempre uma consciência cirúrgica, que representa “... um sistema de valores internos que motivam uma prática correta quer o profissional esteja só ou a ser observado” (p.109)

Mas foi com a *Association of Perioperative Registered Nurses AORN*, em (1978, cit. por AESOP,2006), que surgiu pela primeira vez em 1978, o conceito de enfermeiro perioperatório, que de acordo com esta associação “... Identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociologias do individuo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas acções... a fim de restabelecer ou conservar a saúde e bem estar do individuo, antes, durante e após a cirurgia”. (p.6)

As diversas referências teóricas ressaltam a importância de integrar os novos elementos, no BO de uma forma dinâmica e sustentada. Os cuidados em BO implicam uma integração eficaz por parte da equipa de enfermagem, pois a qualidade dos cuidados assenta neste princípio. Entende-se equipa como um agrupamento de pessoas, em contacto regular, que se envolvem numa ação coordenada, contribuindo de maneira empenhada para a realização de ações concretas. (Figueiredo,2010)

Ainda de acordo com AESOP (2006, p.288) os processos de integração devem ser flexíveis e dinâmicos, permitindo modificações e ajustamentos às características e objetivos do novo enfermeiro sem no entanto prescindir da integração do enfermeiro nas funções de Enfermeiro de Apoio à Anestesia, de Enfermeiro Circulante, Instrumentista e de Enfermeiro de UCPA ... ”.

O programa de integração em Bloco Operatório de acordo com a AESOP (2006) encontra-se dividido em quatro fases: Acolhimento/Observação, Enfermeiro de Apoio à Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista. (AESOP,2006)

Quando falamos em integração de enfermeiros, em contexto de BO, não nos podemos esquecer que, existem três categorias de enfermeiros que é necessário diagnosticar, por forma a estabelecermos um programa de integração ajustado às suas características profissionais. Assim temos que considerar: Enfermeiros sem experiência profissional; Enfermeiros com experiência profissional; Enfermeiros com experiência em BO. (AESOP,2006)

Similarmente, Benner (2005) observou nos seus trabalhos, as diferenças entre o conhecimento prático e teórico, e como estes eram incluídos na perícia. As conclusões indicaram que a experiência é condição necessária para a perícia, pois é necessário experimentar propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real, surgindo assim, o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem. O presente modelo determina que, na aquisição e no desenvolvimento de competências, o profissional atravessa cinco níveis sucessivos

de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis distintos precedem mudanças, em três aspectos gerais, que se apresentam quando da obtenção de uma competência. O primeiro diz respeito à transmissão de uma confiança em princípios abstratos, à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a alteração do modo como o profissional se apercebe de uma situação, integrando o processo como um todo; e o terceiro aspecto considera a passagem de observador desligado a executante envolvido. (Benner, 2005)

A progressão nos diversos níveis de competência é realizada através da experiência adquirida pelo profissional, sendo cada um dos estados (Benner, 2005):

Iniciado (primeiro estado) – O primeiro estado em que os profissionais de enfermagem não possuem nenhuma experiência quando em oposição com novas situações clínicas, podendo incluir-se os enfermeiros em integração. (Nunes, 2010);

Iniciado Avançado (segundo estado) – Os profissionais adquirem somente uma fração da experiência, revelando alguma insegurança, ainda com a necessidade de orientação no estabelecimento de regras e prioridades, embora consigam reconhecer situações e respectivos significados. (Nunes, 2010);

Competente (terceiro estado) – Os profissionais de enfermagem, trabalham por um período significativo no mesmo serviço, com consciência de um planejamento de cuidados capaz de dar resposta aos imprevistos, embora sem fluidez. (Benner, 2005);

Proficiente (quarto estado) – O profissional de enfermagem, tem como característica principal a percepção, com a capacidade de avaliação correta da situação como um todo, e facilidade na tomada de decisão, que aprendeu com a experiência. (Nunes, 2010);

Perito (quinto estado) – O enfermeiro sustenta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações, utilizando como paradigmas de base situações vivenciadas, e agindo diretamente sobre o problema em questão. (Benner, 2005)

O Modelo *Dreyfus*, mencionado por Benner (2005), considera, simultaneamente, que a mudança da área de cuidados por parte de um profissional de enfermagem, faz com que este volte a um estágio inferior de funções, não descurando a experiência adquirida até então, resultando numa evolução mais rápida para o estágio de perito. (Benner, 2005)

O desenvolvimento de competências, à luz do anterior modelo, no que respeita às diferentes funções do enfermeiro perioperatório, deve corresponder especificamente ao saber-fazer, saber-ser no bloco operatório, para conferir outra dimensão ao cuidar, que não se confina ao procedimento cirúrgico, mas a todas as etapas envolvidas. (Benner, 2005)

Assim o perito é o enfermeiro de referência para levar a cabo o processo de integração de novos enfermeiros, ou colegas sem experiência, pois este pode utilizar o seu conhecimento prático para ensinar outros, influenciando os mesmos a intervir em benefício dos clientes. (Nunes, 2010)

Similarmente e por forma a facilitar o processo de integração de novos enfermeiros, Gillies (1994), Azevedo (1996, cit. por Macedo, 2012), defendem um processo de integração faseado. O autor apresenta quatro fases, "...pelas quais os enfermeiros em integração devem passar, de modo a facilitar este processo." (p.25-26)

Essas fases são: indução ou introdução, orientação, acompanhamento e treino.

De acordo com Macedo (2012,p.25-26), na primeira fase, denominada por indução ou introdução, é facultada a informação essencial ao enfermeiro recém-admitido "...para que este se sinta bem no novo ambiente de trabalho reconhecendo-o como pertencente ao novo contexto físico e social." Esta fase é o momento ideal para que o integrando tenha contacto com o manual de integração. Este "...é um instrumento importante na medida em que fornece orientações, por escrito, aos elementos da equipa de enfermagem, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo o processo". (Macedo, 2012,p.25-26)

Em relação ao integrador, este desempenha um papel bastante ativo nesta fase. Pode ser incluída aqui a Fase de Acolhimento/Observação, preconizada pela AESOP para o programa de integração em Bloco Operatório.

Paralelamente à primeira fase desenvolve-se a fase da orientação, o integrador tem mais tempo para fazer uma orientação direta e esclarecer as dúvidas e preocupações do novo enfermeiro. As informações fornecidas são mais pormenorizadas de acordo com as necessidades do integrando.

Na terceira fase, ou acompanhamento, já está estabelecida uma relação de trabalho entre o novo enfermeiro e a restante equipa centrada nas relações humanas, no trabalho em equipa e no desenvolvimento do enfermeiro em integração.

Na última fase, treino, "...o novo enfermeiro já se encontra apto para prestar cuidados, apresentando uma interiorização das práticas a executar, onde o integrador tem a responsabilidade de se assegurar que o novo enfermeiro está suficientemente esclarecido, apoiar e transmitir confiança de modo a dissipar toda e qualquer insegurança no exercício das suas funções, com autonomia, maturidade, segurança e auto-confiança." (Macedo, 2012,p.25-26)

Apesar de todas as vantagens que advêm da aplicação de um processo de integração bem estruturado ao enfermeiro recém-admitido existem também, alguns aspetos que podem, dificultar o Processo de Integração e o cumprimento do programa de integração.

Não podemos esquecer que o enfermeiro a ser admitido trás consigo uma "bagagem" de conhecimentos, experiências, sentimentos e emoções que de certa forma influencia a facilidade com

que aprende, o relacionamento com a equipa, o ritmo e a duração da integração. É necessário considerar estes aspetos se queremos garantir o sucesso da integração e evitar segundo Silva & Carvalho (2002) "...a hostilidade para que o trabalhador se sinta motivado e se evitem conflitos." (p.20)

Silvestre (2012) apresenta, outros fatores que condicionam o processo de integração, tais como: o contexto social; custo financeiro da integração; estrutura organizacional e o estilo de liderança; disponibilidade dos intervenientes do processo de integração e falta de operacionalidade do processo de integração implementado. (Silvestre,2012)

Também o enfermeiro integrador pode, por vezes, ter uma influência negativa e representar um fator desmotivante, no entanto, é essencial para o sucesso da integração, que o enfermeiro integrador desempenhe de acordo com Coelho & Lourenço (2004) cit. por Fernandes, Geraldês, Batista, & Alves (2010,p.54) "... um papel importante, possuindo determinadas habilidades técnicas, humanas e conceptuais".

O Enfermeiro Chefe/Coordenador, ao selecionar o Enfermeiro Integrador entre os enfermeiros especialistas ou peritos do BO, deve, certificar-se que este apresenta: Motivação para aplicar o programa de integração; Brio profissional e boas relações interpessoais; Conhecimentos técnicos e científicos atualizados, bem como da estrutura organizacional; Disponibilidade e sentido de responsabilidade; Possuir as habilidades necessárias ao processo de ensino/aprendizagem; Possuir conhecimentos e competências na área de Enfermagem Perioperatória. (AESOP,2006)

O Tempo do Período de Integração deve ser corroborado particularmente, pois pode diferenciar-se consoante as competências e experiência contraída em contexto de trabalho, no exercício das suas novas funções. (AESOP, 2006).

O profissional de enfermagem é responsável pelo seu processo de integração, participando ativamente na sua aprendizagem, aumentando o espírito crítico, criatividade, e pedindo explicações quando necessário.

Terminada a integração, torna-se pertinente e essencial haver um momento de reflexão e avaliação. O Objetivo da avaliação é saber se o profissional alcançou destreza manual e intelectual que permitam a resolução de problemas básicos, bem como um bom desempenho profissional, assegurando uma prática segura e de qualidade nos cuidados de enfermagem prestados ao cliente.

As metodologias de avaliação deverão ser o mais objetivas possíveis, pelo que a utilização de fichas de acompanhamento e avaliação (grelhas de avaliação das etapas do processo de integração de novos enfermeiros do BO), e as entrevistas que ocorrem no final de cada fase de integração são aconselhadas de acordo com Cardoso. (2001) O enfermeiro chefe/coordenador deve estar presente em todos os momentos de avaliação. Os intervenientes no processo efetuarão em conjunto de acordo

com Azevedo (1996) cit. por Fernandes, Geraldes, Batista, & Alves (2010, p.54) "...avaliação dos conhecimentos adquiridos pelo novo enfermeiro e da sua aplicação no trabalho, assim como a contribuição do enfermeiro na melhoria dos cuidados prestados aos clientes."

O integrando deve, simultaneamente, sugerir alterações que possam ser acrescentadas, no sentido de melhorar o respetivo processo de integração de novos enfermeiros no serviço de BO. O objetivo principal do processo de integração como é referido pela AESOP (2006,p.291) deve ser o de "... integrar o melhor possível no mais curto espaço de tempo ...".

Na avaliação final é ainda efetuada uma reflexão sobre todas as fases do programa de integração através de: autoavaliação do elemento integrado; observação ou Hetero-avaliação do enfermeiro integrador e o parecer da enfermeira coordenadora.

Apesar deste processo só se encontrar concluído quando o integrando sentir que se encontra em condições de dar resposta aos objetivos estabelecido.

Podemos assim concluir após o exposto, que o processo de integração apresenta benefícios, quer para o trabalhador, quer para a organização. Para os primeiros permite uma redução dos níveis de ansiedade e de gestão do stresse, fornece suporte emocional e apoio técnico para um melhor desempenho profissional. A nível organizacional é a forma desta vincular o trabalhador aos seus valores, objetivos e cultura organizacional.

Não havendo uma resposta única para todas as situações, é no entanto necessário garantir sistemas de avaliação claros e objetivos.

O êxito da integração não poderá resultar de um ou outro ato isolado, mas depende de um conjunto de ações organizadas, envolvendo fatores de natureza psicológica, social, administrativa e pedagógica.

Explanada a teoria de enfermagem e enquadramento teórico que serviu de suporte ao desenvolvimento do nosso trabalho ao longo dos três estágios que fazem parte integrante do plano de estudos do 3º Mestrado em EMC, no capítulo seguinte apresentaremos o desenvolvimento do PIS.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) decorreu segundo a Metodologia de Trabalho de Projeto. Projeto de acordo com Ruivo & Ferrito (2010) é um plano de trabalho organizado para resolver/ estudar um problema que preocupa os intervenientes que o irão estudar. Esta metodologia de Trabalho de Projeto, tem como objetivo identificar no local do ensino clínico um problema/opportunidade, no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, e visa sobretudo a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a resolução do problema/opportunidade em contexto real e promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.

Esta metodologia divide-se em cinco etapas; diagnóstico de situação (que apresenta a importância da situação – problema); definição de objetivos; planeamento (relativamente a estratégias, atividades e meios); execução e avaliação (colocação em prática e avaliação de tudo o que foi planeado) e divulgação dos resultados obtidos.

Este capítulo pretende descrever o projeto de intervenção em serviço, realizado no âmbito dos estágios I, II, e III no decorrer do 2º e 3º Semestre do 3º Curso de MEMC da ESS,IPS.

Utilizando a metodologia de projeto, o PIS foi desenvolvido em três fases. No estágio I foram desenvolvidos o diagnóstico de situação, no estágio II o planeamento do projeto e no estágio III decorreram as fases de execução, avaliação e divulgação do mesmo. Todos os estágios foram realizados no BO II do CHMS.

Desta forma no decorrer dos estágios já referenciados desenvolvemos um PIS, na área temática, Processo de Integração de novos Enfermeiros no BO II, que iremos descrever de acordo com as etapas da Metodologia de Trabalho de Projeto.

Para tal, considera-se ser importante enquadrar a situação problemática para uma melhor compreensão da realidade onde se desenvolveu a ação, através da caracterização da Instituição onde se desenvolveu este projeto.

O CHMS escolhido para a realização dos campos de estágio e onde foi desenvolvido um PIS na área temática Processo de Integração de novos Enfermeiros no BO II, foi criado a 29 de Dezembro de 2005 pelo Decreto-Lei nº 233/2005, resultante da fusão de uma unidade cirúrgica (Hospital Y) e de uma unidade médico-cirúrgica (Hospital X). Tem como principal objetivo, “o reconhecimento como instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento.

Assume-se como uma instituição competente ao nível da organização assistencial, desenvolvimento e inovação nos cuidados de saúde e procura a diferenciação apostando na especificidade e acessibilidade e no compromisso com o cliente e como Missão a promoção da saúde a todos os

cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.” (CHMS,2011,p.1-2)

O CHMS visa ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional. Rege-se, nomeadamente, pelos seguintes princípios: Humanização e não discriminação; Respeito pela confidencialidade e dignidade individual da cada cliente; Promoção da saúde na comunidade; Atualização face aos avanços da investigação e da ciência; Excelência técnico-profissional; Ética profissional Promoção da multidisciplinaridade; Respeito pelo ambiente. (CHMS, 2011)

Por outro lado, os objetivos do BO II estão enquadrados nos objetivos gerais do Centro Hospital e encontram-se definidos no seu regulamento interno. Sendo estes: disponibilizar e fornecer serviços/condições para a realização da atividade cirúrgica com segurança e qualidade. (CHMS,2011)

O BO II esta situado no 1º piso, e está inserido no Departamento do Aparelho Locomotor do CHMS. Sofreu várias alterações na sua estrutura física e organizativa ao longo dos anos. Essas alterações visaram melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população e melhorar as condições de trabalho dos profissionais. Atualmente a área física do BO II é constituída por duas salas cirúrgicas que são apoiadas por uma sala de desinfeção e uma sala de indução. Possui ainda um espaço de armazenamento e uma área de sujios que dá apoio às salas de cirurgia; uma área de acolhimento onde se realiza a receção do cliente no BO, uma área logística constituída pelo gabinete médico, o gabinete da Enf.^a Coordenadora e da Assistente Técnica; a sala de reuniões e ainda uma sala do pessoal que inclui a copa, dois vestiários (masculino e feminino) e duas casas de banho.

Dentro do espaço físico do BO II encontra-se a Unidade Cuidados Pós Anestésicos II (UCPA), constituída por quatro camas e duas macas, possui uma área de sujios e de armazenamento próprias e independentes das do BO II.

O BO II tem ainda uma área de receção para a entrada de material “limpo” proveniente do exterior, bem como uma outra área separada da primeira para a entrega de material “contaminado”, armazenado em contentores próprio para o exterior. O serviço dispõe ainda de um espaço que permite realizar algumas esterilizações para colmatar situações urgentes, eventuais falhas, material delicado e quantidade insuficiente de instrumental cirúrgico.

Ao termos feito o enquadramento do local onde realizamos estágio e desenvolvemos um PIS, passaremos agora a descrever o desenvolvimento do mesmo de acordo com as etapas que constituem a metodologia de trabalho de projeto.

2.1. Diagnóstico de Situação

A primeira fase da metodologia de trabalho de projeto é o diagnóstico da situação (Apêndice I), que visa a descrição do local onde pretendemos implementar o projeto, fazendo parte desta fase da metodologia projeto, a identificação, a análise, contextualização do problema, com recurso a instrumentos de colheita de dados, a identificação dos problemas parcelares que constituem o problema identificado, a determinação de prioridades e a definição dos objetivos. (Nunes, Ruivo & Lopes, 2014)

Definir corretamente o que é um BO não é simples, nem linear. De acordo com a AESOP (2006,p.20) "O Bloco Operatório é uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, como o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida."

Um Bloco Operatório é constituído por Salas de Operações que, são as unidades imobiliárias com o fim de realizar intervenções cirúrgicas. Estas Salas de Operações são parte integrante de uma Suíte Operatória, juntamente com o local de desinfeção, salas de apoio e sala de indução anestésica. (AESOP, 2006)

A equipa de enfermeiros que exerce funções no BO II do CHMS é constituída por vinte e dois enfermeiros, em que um dos enfermeiros têm funções de gestão e os restantes prestam cuidados diretos e encontram-se distribuídos pelo Bloco Operatório II, Unidade Cuidados Pós-Anestésicos II e Unidade Cirurgia de Ambulatório II.

As atividades inerentes ao BO II do CHMS abrangem as fases pré, intra e pós operatórias das patologias do foro ortotraumatológico assim como as do foro médico associadas, e que tem que ver com lesões do sistema músculo-esquelético e correção de sequelas de diversas patologias inerentes a este foro.

No decorrer do nosso exercício profissional, temos colaborado na integração de enfermeiros, e nesta fase constatamos que não existem documentos orientadores, o que nos leva a pensar que pode comprometer a segurança dos cuidados, bem como a satisfação dos próprios profissionais.

Por outro lado, após entrevista exploratória que segundo Fortin (1999,p.245) é "... um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas", com a Sr.^a Enf.^a Coordenadora e também nossa Enf.^a Orientadora concluímos que, a mesma também manifestava preocupação relativamente a esta temática, e acrescentava que a existência de um documento orientador auxiliar ao processo de integração poderia facilitar a uniformização do mesmo, bem como a sua avaliação, e

por outro lado contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, o que nos levou a definir como problema a inexistência de documentos orientadores relativos ao processo de Integração de novos Enfermeiros no serviço do Bloco Operatório II do CHMS.

A procura da qualidade é uma questão atual e complexa, sendo uma prioridade para as instituições de saúde que a praticam e para os profissionais que as integram. Também o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001) nos diz que " ... a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem" ... constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros." (p.12)

Também na Política de Enfermagem do CHMS (2005,p.3), se destaca a importância do processo de integração de novos enfermeiros na instituição, onde se salienta a importância da "promoção dos processos de acolhimento institucional e integração de novos enfermeiros".

Segundo a AESOP (2006,p.13) " ... todas as pessoas que ingressam numa organização irão ser submetidas a um processo de socialização e de integração, fundamental para o desempenho adequado das suas actividades dentro da organização."

Para tal, e no sentido de melhor compreender o problema levantado, aplicamos um questionário (Apêndice II) construído para esse fim, pois o questionário segundo Fortin (1999,p.245), serve para "... colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes", que era composto por 7 questões fechadas.

No sentido de salvaguardar todas as considerações éticas inerentes à aplicação do questionário, fazia-se acompanhar do respetivo consentimento informado (Apêndice III), pois segundo Fortin (1999,p.120) " ... O consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida ... Para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação. A informação é a transmissão dos elementos essenciais à participação dos sujeitos ..." Sendo de realçar que o mesmo só foi aplicado aquando concedido o pedido de autorização (Apêndice IV) à Sr.^a Enf.^a Diretora do CHMS.

Foi aplicado no período de 12 a 13 de Maio de 2014.

Recolhidos os questionários procedemos ao tratamento de dados através do programa SPSS 20 (Apêndice V).

Assim, dos dados obtidos podemos constatar que, quando questionados sobre, se a duração do período de integração deveria ser de apenas 1 ano, 50 % considerou ser muito importante e 33,4% dos inquiridos considerou importante.

No que se relacionava com a possibilidade de incluir momentos de avaliação durante o período de avaliação, 100% dos inquiridos referiu ser bastante importante.

Quando colocada a questão “No final do período de integração o enfermeiro integrador e integrado devem preencher um documento e assinar como o processo de integração está finalizado?”, 33,4% dos enfermeiros considerou muito importante e 66,6% bastante importante.

Quando questionados sobre, ser sempre o mesmo integrador no decorrer de toda a integração, 100% dos inquiridos considerou ser bastante importante.

Relativamente às características que o enfermeiro integrador deve possuir, 100% dos inquiridos considerou ser bastante importante o enfermeiro integrador ser disponível e possuir conhecimentos. Mas quando questionados em relação ao enfermeiro integrador possuir experiência profissional, 33,4% dos enfermeiros considerou ser muito importante e 66,6% bastante importante, mas em relação à questão se este deve:” Ser um elemento com um papel significativo na equipa”, apenas 16,6% dos inquiridos considerou ser bastante importante, 33,4% considerou ser muito importante e 50% importante.

No que concerne às 2 questões da II parte do questionário, podemos inferir que, 100% dos inquiridos considerou que, deve existir no serviço um guia de integração com um plano de integração do serviço e procedimentos de atuação que possam ser consultados pelo enfermeiro no decorrer do período de integração.

No sentido de percebermos a viabilidade de um PIS na área de integração de novos Enfermeiros do BO II do CHMS construímos uma análise de Swot (Apêndice VI) que é uma etapa de análise, que consiste na conjugação das iniciais das palavras *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças), onde examinamos os fatores facilitadores e inibidores do projeto, sob uma leitura interna das nossas forças e fraquezas e uma externa das oportunidades e ameaças, dos quais podemos destacar como pontos fortes, ser este um projeto de todo o interesse para a chefia e equipa de enfermagem do serviço e não acarretar custos adicionais. Como oportunidades contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados, uniformizar o período de integração de novos enfermeiros e contribuir para um melhor desempenho da equipa de enfermagem. Como ameaças a desmotivação da equipa face conjectura sócio económica que o país atravessa, e como fraquezas a não entrada de novos enfermeiros para o serviço impossibilitando-nos a implementação do manual de integração.

Pela análise *Swot* é possível concluir que o desenvolvimento deste PIS era viável.

Assim pelo explanado o nosso problema inicial tinha que ver com a inexistência de documentos orientadores relativos ao processo de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do Bloco Operatório II do CHMS.

Esta problemática representa também um aumento do risco de erro por parte de elementos que já deveriam estar totalmente integrados. Os erros mais comuns no contexto perioperatório de acordo

com a AESOP (2010,p.63) estão relacionados, por exemplo, “ ... pessoal a trabalhar sem conhecimento e competências; falta de supervisão; falta de comunicação”. Também pelas suas características, o BO, “... é um dos locais onde, pelos factores ambientais, pelas técnicas utilizadas, que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, existem riscos potenciais elevados a que podem ser expostos doentes e profissionais”.

Também Fragata (2010,p.20) nos profere, que a equipa cirúrgica deve constituir uma própria coreografia, sendo composta por “... pessoas altamente treinadas, que se reúnem para realizar uma tarefa específica, potencialmente arriscada, a qual requer um nível máximo de interação e de responsabilidade partilhada entre os seus membros”.

Assim o processo de integração beneficia da utilização de ferramentas de apoio, tal como um Manual de Integração. Para Coelho & Lourenço, (2004,p.22) o manual de integração “é um instrumento importante na medida em que fornece orientações, por escrito, aos elementos da equipa de enfermagem, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo o processo.”

Pelo explanado foram identificados os seguintes problemas parcelares: Falta de um Manual de Integração; Falta de um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do BO II do CHMS; Elaborar um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do BO II do CHMS; Elaborar um Manual de Integração de Novos Enfermeiros no BO II.

Assim enunciados os problemas parcelares perspetivamos como prioridades: Elaborar um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do BO II do CHMS; Elaborar um Manual de Integração de Novos Enfermeiros no BO II.

E no sentido de resolver os problemas identificados traçamos como objetivo geral: Uniformizar o Processo de Integração de Novos Enfermeiros do BO II e como objetivos específicos: Elaborar um Manual de Integração dos Novos Enfermeiros no BO II do CHMS; Elaborar um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do BO II do CHMS, pois de acordo com a Metodologia de Projeto os objetivos, segundo Mão de Ferro (1999), indicam os resultados que se pretende adquirir, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico.

Delineados os objetivos, planeámos uma série de atividades que iremos agora descrever como foram executadas e avaliadas. Para aplanar a leitura iram ser descritas por objetivo.

2.2. Planeamento do PIS

Elaborado o diagnóstico de situação e definidos os objetivos que pretendíamos atingir, passámos à segunda etapa do projeto – o planeamento. Esta etapa consistiu na seleção dos meios e calendarização das ações a desenvolver, de forma a concretizar os objetivos.

Também Ruivo & Ferrito (2010), afirmam que na fase do planeamento são definidas as atividades e estratégias a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa, procede-se ao desenvolvimento do cronograma e realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do projeto.

Perante os objetivos apresentados elaborámos o planeamento do PIS, onde se encontravam descritas todas as atividades e estratégias a desenvolver para se atingirem os objetivos.

Como todo o planeamento decorre num determinado período de tempo, deve existir uma representação esquemática desse período, ou seja, um cronograma Ruivo & Ferrito (2010). O cronograma de todas as atividades encontra-se discriminado no (Apêndice VII).

Seguidamente apresentamos as atividades/estratégias a desenvolver, recursos e indicadores de avaliação inicialmente delineados para atingir os objetivos específicos anteriormente mencionados e ainda os principais constrangimentos e as formas de os ultrapassar.

Objetivo 1 - Elaborar um Manual de Integração dos Novos Enfermeiros no BO II do CHMS.

Atividades

Realização de pesquisa bibliográfica atualizada sobre: Manuais de integração; Fármacos mais usados em BO durante a indução anestésica; Posicionamentos em mesa ortopédica; Elaboração de um manual de Integração; Auscultação da opinião da Prof.^a Orientadora, Enf.^a Coordenadora e Orientadora no serviço e dos pares, no sentido de recolher sugestões e proceder às alterações, caso necessário; Submissão do Manual de Integração de Novos Enfermeiros do BO II à Enf.^a Coordenadora, para homologação e implementação pela Comissão de Qualidade e divulgação junto dos enfermeiros participantes no processo de integração do serviço.

Recursos Humanos

Prof.^a Orientadora, Enfermeira coordenadora do serviço, enfermeira orientadora, e os enfermeiros do serviço.

Indicadores de Avaliação

Manual Integração, para ser utilizado como ferramenta de apoio pelos enfermeiros (integrador/integrante) em processo de integração no serviço.

Objetivo 2- Elaborar um Procedimento de Integração dos Novos Enfermeiros no BO II do CHMS

Atividades

Realização de pesquisa bibliográfica atualizada sobre: a elaboração de procedimentos e os aspetos do processo de integração de novos enfermeiros num BO; Auscultação da opinião da Prof.^a Orientadora, Enf.^a Coordenadora e Orientadora no serviço e dos pares, no sentido de recolher sugestões e proceder às alterações, caso necessário; Submissão do Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros do BO II à Enf.^a Coordenadora, para homologação e implementação pela Comissão de Qualidade e Segurança do Doente e divulgação junto dos enfermeiros participantes no processo de integração e à restante equipa de enfermagem do serviço.

Recursos Humanos

Prof.^a Orientadora, Enfermeira coordenadora do serviço, enfermeira orientadora, e os enfermeiros do serviço.

Indicadores de Avaliação

Procedimento de Integração, para ser utilizado como ferramenta de apoio pelos enfermeiros (integrador/integrante) em processo de integração no serviço.

Recursos materiais

Suporte informático e Suporte bibliográfico.

Salientamos que projetámos a pesquisa bibliográfica como uma atividade transversal a todo o desenvolvimento do nosso PIS, pois segundo Fortin (1999) a pesquisa é uma etapa fundamental na investigação. De acordo com a mesma autora, a consulta de diversas fontes permite-nos verificar o estado dos conhecimentos a estudar, alargar o nosso campo de conhecimentos e estabelecer ligações entre o nosso projeto e trabalhos efetuados por outros investigadores.

Constrangimentos e forma de os ultrapassar

Durante a realização de um projeto de intervenção em serviço, surgem constrangimentos que muitas vezes podem colocar em risco a realização dos objetivos pensados inicialmente e, até mesmo,

comprometer a exequibilidade do projeto em execução, alguns dos quais difíceis de prever no início da execução do projeto.

Assim, havia sempre a risco de não concretizar todas as atividades do cronograma em tempo útil por: Não existir nenhum enfermeiro em processo de integração no serviço na fase de implementação e avaliação do projeto e dificuldades em obter bibliografia que fundamenta-se e desse credibilidade ao manual e procedimento de integração de novos enfermeiros no BO.

A forma de colmatar esses constrangimentos passou pela definição de atividades exequíveis, por forma a possibilitar a execução das atividades planeadas.

Orçamento

Para a exequibilidade de um PIS também é essencial prever os recursos financeiros, uma vez que segundo Ruivo & Ferrito (2010,p.22), os meios financeiros "... devem existir com elevado rigor e, também, com alguma margem de segurança os valores necessários para a concretização dos objetivos estabelecidos". Assim, planeadas todas as atividades, equacionámos inicialmente o orçamento para o nosso PIS de 40€.

2.3. Execução do PIS

No estágio III, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja na fase de execução foi materializado o planeado.

A etapa de execução da Metodologia de Trabalho de Projeto permite tornar realizável o que foi planeado, e que, segundo Ruivo & Ferrito (2010), "assume de uma importância significativa para os participantes no projeto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através da ações planeadas." (p.23)

De acordo com Carvalho (2001 cit. por Ruivo & Ferrito, 2010), "o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um "esboço de desejo", começa a tornar-se numa situação real construída". (p.23)

No sentido de tornar os objetivos do PIS exequíveis elaborámos um cronograma de atividades que nos auxiliou, enquanto orientação, para cumprir os tempos estipulados. O que realizámos inicialmente foi de acordo com os objetivos específicos delineados.

Diz-nos Ramos (2008, cit. por Ruivo & Ferrito, 2010), que se existirem alterações ao que foi planeado, estas poderão ser efetuadas, sem no entanto perder o horizonte do essencial e em especial os objetivos delineados.

Durante a fase de execução do trabalho houve um intenso contato com a realidade, associado a técnicas como a observação direta, ou análise de documentos, estas permitiram-nos o desenvolvimento das diferentes atividades que planeamos para a execução do projeto.

Seguidamente passaremos a analisar por objetivo específico as atividades delineadas no planeamento fazendo uma análise do executado.

Objetivo 1 - Elaborar um Manual de Integração dos Novos Enfermeiros no BO II do CHMS.

Atividades

Realização de pesquisa bibliográfica sobre como elaborar um Manual de Integração de novos enfermeiros num BO.

A questão de partida que norteou este trabalho foi “Processo de Integração de Novos Enfermeiros no BO II do CHMS”. Para realizarmos a pesquisa bibliográfica regemo-nos pelos mesmos princípios de uma revisão sistemática da literatura, que de acordo com (Sampaio & Mancini,2007) a revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, são “... uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.” (p.84)

Assim utilizamos como palavras-chave: Manual Integração; Bloco Operatório; Processo de Integração; Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Metodologia de Trabalho de Projeto. Seguiu-se as estratégias de busca, definindo as bases de dados e outras fontes de informação a serem pesquisados, nomeadamente bases de dados eletrónicas (SciELO Portugal, Google Académico, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e do IPS/ESS) e em catálogos e livros da biblioteca do IPS/ESS.

Segundo Sampaio & Mancini (2007), a busca em bases de dados eletrónicas e em outras fontes é uma habilidade importante no processo de realização de uma pesquisa, considerando que sondagens eficientes maximizam a possibilidade de encontrar artigos relevantes em tempo reduzido. Uma pesquisa eficaz inclui não só a escolha de termos adequados mas também a escolha de bases de dados que insiram mais especificamente o tema. (Sampaio & Mancini 2007)

Durante a seleção dos estudos, foi necessário avaliar os títulos e os resumos, identificados na busca inicial.

Os estudos sobre revisão sistemática da literatura preconizam que os artigos devem ser selecionados mediante critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. (Pereira&Bachion,2006)

Assim os critérios de inclusão e exclusão foram definidos com base na pergunta que norteou a pesquisa: “Processo de Integração de Novos Enfermeiros no BO”. Como variável de inclusão foi colocado: tempo de busca apropriado (preferencialmente 5 anos para artigos científicos e 10 anos para livros científicos); população alvo (enfermeiros de BO).Incluimos também, estudos que abordassem as fases do processo de integração num BO, nomeadamente as suas vantagens e desvantagens, bem como os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem e a metodologia de trabalho de projeto. Como variável de exclusão foi colocado: processo/programa de integração de novos enfermeiros noutros serviços que não num BO.

Estes documentos, recolhidos de bases científicas, foram escolhidos de acordo com a sua atualidade e pertinência dos seus conteúdos.

Assim a pesquisa bibliográfica estendeu-se ao longo do tempo (março de 2014 até janeiro de 2015), de um modo faseado, todas as fases contemplavam esta revisão.

Após efetuada a pesquisa bibliográfica considerou-se pertinente a elaboração de um Manual de Integração, com o objetivo de facultar aos enfermeiros que exercem funções no BO, informações sobre o plano de integração de novos enfermeiros no serviço, por forma a contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao cliente, pois pretendíamos que o manual fosse mais uma ferramenta pedagógica, a ser utilizada pelos enfermeiros integradores e integrandos durante o processo de integração no BO II.

O processo de integração assenta no manual de integração. Manual é definido segundo o volume XVI da Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira como um “livro pequeno que resume uma ou mais matérias” (pg. 154).

Ainda de acordo com a AESOP, (2006, cit. por Teixeira,1997) “ ...todos os enfermeiros que vão ocupar um novo lugar ou função, independentemente da sua categoria, preparação ou experiência, necessitam de passar por um período de integração que facilitará a sua adaptação ao cargo que irão desempenhar.” (p.285)

O processo de integração é materializado neste documento, que pretende ser um instrumento facilitador que contextualiza, orienta e descreve o período de integração de novos enfermeiros no BO e que de uma forma sumária, proporciona um conhecimento real do BO II, no que diz respeito aos recursos existentes, forma como o trabalho é realizado e apresenta as atividades e os objetivos previstos para o período de integração.

Incluso no Manual de Integração estão o Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II, o Manual de Posicionamentos em Mesa Ortopédica e o Manual dos Fármacos Mais Utilizados no Bloco Operatório II durante a Indução Anestésica.

Após a sua elaboração, o mesmo foi enviado à Prof.^a Orientadora, aos peritos do serviço no processo integração, à enfermeira orientadora e coordenadora do BO, para que fossem dados contributos de melhoria e de forma a obter validação pelos pares. Não se tendo verificado alterações a efetuar, cumprimos o prazo previsto em cronograma para a realização deste manual (Apêndice VIII).

Indicadores de Avaliação:

Os indicadores de avaliação integraram um *feed-back* positivo, da enfermeira orientadora e coordenadora da equipa de enfermagem do BO, assim como da docente responsável.

Por falta de calendarização no plano de formação do serviço em 2014, apresentamos o PIS à equipa de enfermagem, durante uma das reuniões semanais no mês de dezembro de 2014, com o objetivo de dar conhecimento do manual de integração a todos os elementos da equipa de enfermagem.

Este manual encontra-se homologado pela Diretora e Enfermeira Coordenadora do BO II.

O Manual de Integração ficou disponível em suporte papel no *dossier* dos manuais e procedimentos do serviço, para possibilitar a sua consulta por todos os enfermeiros do serviço quando necessário.

Objetivo 2- Elaborar um Procedimento de Integração dos Novos Enfermeiros no BOII do CHMS.

Atividades

O início da pesquisa bibliográfica necessária à elaboração do Procedimento de Integração dos novos Enfermeiros do BO II, como referimos anteriormente estendeu-se ao longo do tempo (março de 2014 até janeiro de 2015).

Podemos definir procedimento como " Uma acção de proceder ou o método de executar algumas coisas. Trata-se do conjunto sequencial de acções, que permitem realizar um trabalho de forma correcta e atingir uma meta." (<http://conceito.de/procedimento>)

Assim, iniciámos a nossa pesquisa bibliográfica, com a consulta de diversos Procedimentos de Integração de outros serviços do CHMS, disponíveis na INTRANET, em livros da Biblioteca da ESS/IPS, assim como na pesquisa *online* de artigos em bases de dados (Scielo Portugal, Google Académico, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e do IPS/ESS) na Internet.

Ou seja, foi elaborado um Procedimento de Integração com conteúdo atual, preciso sintético e claro, com uma linguagem acessível e facilitadora de leitura, e organizado tendo em conta a apresentação-tipo da instituição onde realizamos os estágios.

Para além dos objetivos do procedimento de integração, que consistiam em: Garantir a existência de um documento, no qual se encontre identificado quais os procedimentos corretos a seguir durante a integração de novos Enfermeiros no Serviço de BO II para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao cliente; Desenvolver a arte do saber fazer e Normalizar procedimentos que garantam as boas práticas, no decorrer da sua elaboração, também tivemos em consideração, os domínios ético-legais, realçando o direito à diferença, à individualidade de cada enfermeiro em processo de integração. Pois como nos diz Macedo (2012), deve existir "... um programa bem definido, mesmo que possa vir a ser adaptado a cada situação específica, como as necessidades do novo elemento e/ou serviço." (p.27)

A estrutura do respetivo procedimento de integração para além de contemplar, um breve enquadramento acerca do processo de integração, com algumas referências conceptuais, as informações gerais prestadas aos novos Enfermeiros durante a entrevista inicial com a enfermeira coordenadora do serviço, localização das áreas de trabalho que compõem o serviço, informação sobre regras de Higiene, Saúde e Segurança, informações como aceder e onde se encontra o Manual de Políticas e Procedimentos do serviço, informações pertinentes sobre: Avaliação de Desempenho; Gestão de Risco Geral; CCI; Formação e Educação Contínua e as várias etapas que constituem o programa de integração do serviço, e pelas quais o enfermeiro em integração terá que passar, e por último avaliação do programa de integração ao qual o novo enfermeiro foi sujeito, pretende ser um instrumento útil para profissionais em processos de integração, pois a pertinência deste procedimento manifesta-se na prioridade em "... adequar a pessoa ao seu posto de trabalho, porque, se tal não acontecer, o resultado será o insucesso e a frustração pessoal, reflectindo-se na qualidade dos cuidados prestados." (AESOP, 2006, p.285) As instituições hospitalares "... devem elaborar guias de informação que considerem importantes para facultar..., tendo em vista a aquisição/transmissão de toda a informação necessária e pertinente." (AESOP, 2006, p.285) O tempo necessário de integração dos enfermeiros é um processo demorado e dispendioso, tendo em conta a reduzida rentabilidade destes elementos, "... que envolve o conhecimento da estrutura física, ..., o inter-relacionamento com as estruturas da unidade e o conhecimento técnico e científico." (AESOP, 2006, p.290)

Indicadores de Avaliação:

Os indicadores de avaliação integraram um *feed-back* positivo, da enfermeira orientadora e coordenadora da equipa de enfermagem do BO, assim como da docente responsável.

Existência do Procedimento de Integração: este foi apresentado à equipa de enfermagem, presente durante uma das reuniões semanais no mês de dezembro de 2014, e posteriormente apresentado à restante equipa de enfermagem, durante o mês de janeiro de 2015, por forma, a que toda a equipa de enfermagem tivesse conhecimento da sua existência.

Este procedimento encontra-se homologado pela Diretora e Enfermeira Coordenadora do BO II.

O Procedimento de Integração ficou disponível em suporte papel no *dossier* dos manuais e procedimentos do serviço, para possibilitar a sua consulta por todos os enfermeiros do serviço quando necessário.

Nesta fase, é possível afirmar que os objetivos delineados no planeamento do PIS foram alcançados com êxito. A execução do PIS fomentou o pensamento crítico e reflexivo, exigindo uma revisão bibliográfica assente nas necessidades formativas, o que nos permitiu a definição de objetivos, atividades e estratégias, bem como critérios de avaliação, incitando a aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista.

Alguma calendarização não foi cumprida, por motivos de escassez de tempo. No entanto, não considerámos esta situação problemática, uma vez que não impediu que os objetivos fossem cumpridos. Sendo este processo dinâmico, foram efetuadas as respetivas alterações em termos de cronograma.

2.4. Avaliação do PIS

A avaliação é o momento de questionar o trabalho desenvolvido. (Ruivo & Ferrito, 2010) Ainda de acordo com as mesmas autoras um projeto integra um processo dinâmico, logo não sendo estático, é passível de alterar.

Assim, tendo como premissa a metodologia de projeto, consideramos que o nosso indicador de avaliação foi atingido com a realização do Manual e Procedimento de Integração. Muito embora os mesmos não tenham sido implementados no serviço, por até à data ninguém ter iniciado funções no BO, a equipa de enfermagem teve oportunidade de se pronunciar relativamente aos documentos elaborados e inclusivamente foram integradas algumas sugestões.

2.5. Divulgação do PIS

A divulgação dos resultados surge como o culminar de todas as etapas. Após a implementação de um projeto, é importante divulgar o mesmo.” Acreditamos que na área da saúde, a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade, da instituição ... assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes.” (Ruivo & Ferrito, 2010, p.31)

Segundo Fortin (1999) é necessário a divulgação do projeto e dos seus resultados, porque se não for realizado esta etapa, nenhuma profissão terá o seu contributo na investigação.

A divulgação constitui um dever ético do investigador. (Ruivo&Ferrito,2010) Perante isto, por forma a procedermos à divulgação do projeto na instituição, quer o Manual e o Procedimento de Integração, encontram-se disponíveis na Intranet do hospital, acessível a todos os profissionais do mesmo.

Para além dos documentos elaborados e divulgação do mesmo no seio da equipa de enfermagem do BO II, como forma de divulgação elaborámos um artigo científico (Apêndice IX), com o intuito de divulgar e dar a conhecer à comunidade científica, uma breve revisão bibliográfica sobre o tema que norteou o nosso PIS. Indo assim, ao encontro do recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2006), que refere que todos os enfermeiros nas várias áreas de atuação devem ter, espírito investigador, assim como, pensamento crítico e devem adotar uma postura de aprendizagem ao longo da vida.

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

O projeto de aprendizagem clínica (PAC) foi elaborado tendo como referencial orientador as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, crônica e paliativa, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Aquando o desenvolvimento de uma competência, segundo Benner (2005), atravessamos por cinco níveis sucessivos de proficiência, tendo como finalidade a aquisição do nível de proficiente ou perito.

O mesmo foi desenvolvido no BO II, serviço onde desempenhamos funções e no qual realizámos o conjunto de estágios (I, II e III), inseridos no 3º Curso de MEMC da ESS do IPS. O BO II é um serviço que permite consolidar todas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica e as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crônica e paliativa.

Como tal, e tendo em conta que o desenvolvimento do PIS nos permitiu desenvolver a competência cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, faltava-nos apenas projetar um conjunto de objetivos e respetivas atividades que no final nos permitisse ter desenvolvido as competências: dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e a competência maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. E as competências: cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e a competência estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e á morte.

À semelhança do que foi feito ao longo do PIS descrever-se-á o desenvolvimento do PAC por competência tendo em conta as etapas que constituem a Metodologia de Trabalho de Projeto.

3.1. Diagnóstico de Situação

O PAC foi desenvolvido no BO II do CHMS, os objetivos e atividades/estratégias que desenvolvemos, prenderam-se com as necessidades detetadas através da realização de entrevistas exploratórias com a Enfermeira coordenadora do BO II/ Enfermeira orientadora e Enfermeiros do serviço, o observado na nossa praxis diária de cuidados, com base na experiência vivenciada enquanto enfermeiras do BO II. As necessidades detetados estavam relacionadas com as competências K2 e K3, específicas do

Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) " a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, exigem observação, colheita e deteção precoce de complicações com vista à recuperação total da pessoa doente " (p.2)

Assim um dos problemas identificados no BO durante os estágios I e II foi a falta de conhecimento sobre o plano de evacuação em caso de emergência e catástrofe no serviço, pelo que nos propusemos a realizar uma ação de formação no serviço sobre o Plano de emergência interno (PEI) do BO/UCPA.

No decorrer do estágio de observação realizado na CGR, foi-nos possível verificar, que a ideia inicialmente proposta de realizar-mos uma ação de formação no serviço sobre o Plano de emergência interna do BO/UCPA, precisava de ser incrementada. Pelo que, após alguma reflexão optamos por elaborar uma ação de formação em serviço, baseada em aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório do CHMS. Na medida que uma das premissas emanadas pela Lei de Bases da Proteção Civil diz-nos que "... todos os trabalhadores estão obrigados a participar nos Planos de Emergência dos seus locais de trabalho", sendo que para tal é necessário que os mesmos tenham conhecimento do mesmo e saibam quais os procedimentos a adotar numa situação de emergência." (Decreto-Lei nº 27/2006 de 3 de julho da Lei de Bases da Proteção Civil, artigo 6º, p. 4697)

Esta hipótese foi aprovada pela enfermeira coordenadora do BO II, enfermeira orientadora, enfermeira responsável pela CGR, professora orientadora, assim como, avaliada como, pertinente pela equipa do serviço.

Neste sentido, é fundamental prevenir e divulgar procedimentos para que todos se sintam informados acerca do agir em situações de incêndio.

Como tal, achámos pertinente, nesta fase, realizar um breve suporte teórico sobre a temática referente a estas duas competências, que nos permitiu delinear os nossos objetivos específicos e auxiliou no planeamento e concretização das nossas atividades.

No que respeita à terminologia, catástrofe "é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional." (Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº 27/2006, de 3 de Julho, p.4696)

As equipas cirúrgicas poderão estar predispostas a uma situação de catástrofe, pois estão sujeitas a diversos riscos inerentes ao contexto de BO, e à cirurgia em específico a realizar. No caso de um

incêndio ou explosão, as consequências podem ser graves, devido à difusão do fumo que pode ser obscurecedor ou irrespirável, ou pelo movimento de pânico do pessoal, para além que “a dificuldade de evacuação dos doentes pacientes no decurso da intervenção é um problema real.” (UNAIBODE, 2001, p.29)

Uma catástrofe pode não se conseguir evitar, mas o seu impacto e a adequação da resposta incluem planos de emergência bem concebidos, divulgados e implementados mas sobretudo profissionais com formação e treino adequado que garantam uma atuação segura e eficaz com os meios disponíveis no mais curto espaço de tempo. (PEI, 2009)

Segundo Laranjeiro e Soldado (2012), “Um plano de emergência pode definir-se como a sistematização de um conjunto de normas e regras de procedimento, destinadas a minimizar os efeitos das catástrofes que se prevê possam vir a ocorrer em determinadas áreas gerindo, de uma forma otimizada, os recursos disponíveis. Assim, um Plano de emergência constitui um instrumento simultaneamente preventivo e de gestão operacional, uma vez que, ao identificar os riscos, estabelece os meios para fazer face ao acidente e, quando definida a composição das equipas de intervenção, lhes atribui missões.” (p.4)

Após alguma reflexão pelo tema proposto delineamos os objetivos gerais e específicos que pretendemos vir a desenvolver/adquirir com realização do PAC durante o estágio III.

Assim, propusemos como **objetivo geral**:

- K2 – “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação.”

Como **Objetivos Específicos**:

- Formar a equipa de enfermagem sobre a Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório do CHMS.

No que se refere à temática da infeção, também exporemos um breve suporte teórico.

De acordo com o Política do Controlo da Infeção do CHMS (2011), Infeção Associada aos Cuidados de Saúde é definida como: “Infeção adquirida pelos utentes ou os profissionais, associada à prestação de cuidados, no Hospital ou noutras Unidades de Saúde, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório ou domiciliários).” (p.2)

A infeção hospitalar é uma complicação real, sendo os profissionais de saúde os principais transmissores de microrganismos responsáveis pelas infeções adquiridas em meio hospitalar (DGS,

2010). Alguns dos principais riscos de infeções associadas aos cuidados de saúde, são: a presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e as infeções por microrganismos multirresistentes.

A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde. As ações de prevenção e controlo da infeção deverão fazer parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente. (Regulamento da CCI, 2011)

Assim o melhorar a higiene das mãos para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde, constitui-se como uma das soluções para a segurança do cliente, definida pelo programa de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde. (WHO, 2009)

A relevância da higienização das mãos enquanto precaução básica para reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde, tem vindo a ser alertada e divulgada ao nível das instituições, através de formação e da campanha de higienização das mãos desenvolvida pelas comissões de controlo de Infeção hospitalares.

Por forma a colmatar essa situação a Direção Geral de Saúde (DGS, 2010), implementou medidas preventivas, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), através da implementação do modelo conceptual dos “cinco momentos” para a higienização das mãos.

Nas observações realizadas durante os estágios I e II, foi possível perceber que profissionais de saúde do BO nem sempre seguem, as orientações propostas pela Organização Mundial de Saúde para a higiene das mãos, de acordo com o modelo conceptual dos “cinco momentos” para a higienização das mãos, antes, durante e depois de abordarem o cliente.

Pela importância crescente que as Infeções Associadas aos Cuidados de saúde (IACS) têm na prestação de cuidados e a necessidade de as prevenir, achamos pertinente apostar na formação/educação, de modo a contribuir para a adoção de comportamentos por parte da equipa de saúde do BO II que garantam a segurança e a qualidade dos cuidados.

Após alguma reflexão pelo tema proposto delineamos os objetivos gerais e específicos que pretendemos vir a desenvolver/adquirir com realização do PAC durante o estágio III.

Assim, propusemos como **objetivo geral**:

Adquirir e desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica de acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, de 2011.

- K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”

Como **Objetivos Específicos:**

- Elaborar um póster sobre o modelo dos “ Cinco Momentos” para a higienização das mãos intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança.

De seguida passaremos a descrever o objetivo para as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa que pretendíamos vir a desenvolver/adquirir com realização do PAC durante o estágio III

Assim, propusemos como **objetivo geral:**

Adquirir e desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa de acordo com a Lei nº 111/2009, de 16 de setembro.

- L5 –“Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida”.
- L6 -“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte”.

Como **Objetivo Específico:**

- Adquirir conhecimentos tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Após o diagnóstico do PAC passaremos, agora ao planeamento das suas atividades e estratégias.

3.2. Planeamento do PAC

Como já foi referido o PAC visava o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, deste modo foram igualmente enunciados objetivos que resultassem de uma necessidade vivenciada pelo serviço e que em simultâneo visassem o desenvolvimento das competências específicas. Assim, passaremos agora a descrever o planeamento por competência.

K.2 – “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à Ação.”

Com o intuito de desenvolvermos esta competência específica foram definidos os seguintes objetivos específicos, atividades desenvolvidas, indicadores de avaliação e constrangimentos:

Objetivo – Realizar uma ação de formação no serviço sobre a Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório do CHMS. (Apêndice X)

Assim para atingirmos o objetivo referenciado, planeamos como atividades e estratégias a desenvolver, a realização de um estágio opcional no gabinete de gestão de risco (Apêndice XI), pesquisa bibliográfica sobre esta temática, a construção de slides, (Apêndice XII) e do plano de sessão; plano do exercício no BO II - Cenário de Incêndio (Apêndice XIII), assim como a criação do cartaz de divulgação da formação (XIV). Por último, planejamos a ação de formação e a avaliação da mesma. (Apêndice XV)

No que confere aos recursos humanos, projetamos articular as atividades a desenvolver com a Enfermeira coordenadora e Orientadora do Estágio e a Enfermeira responsável pela formação no serviço. A nível de recursos materiais, projeta-se a utilização de computador; data show; plano de sessão; plano do exercício no BO II - Cenário de Incêndio; folhas de presença; folhas de avaliação; sala de formação do serviço.

Foram determinados como indicadores de avaliação: cartaz de divulgação da formação; plano da sessão; concretização da formação teórico-prática; presença de pelo menos 70% da equipa do BO II na formação e relatório de estágio opcional realizado no gabinete de gestão de risco.

Como, constrangimento ponderamos, não conseguirmos realizar a 2ª parte da formação- o simulacro no contexto de Bloco Operatório do CHMS, agendado, por falta de tempo no dia de realização da sessão. Uma vez que as formações teórico-práticas no nosso serviço, dependerem da articulação dos formadores, com a Enf.ª Coordenadora do BO II, e da Enf.ª Responsável pela formação do serviço. As formas pensadas como a ultrapassar consistiam em agendar novo simulacro, mas devido ao do plano do serviço já se encontrar planeado e aprovado com uma agenda muito preenchida, este só será possível de realizar em outubro 2015, ou depois do estágio ter terminado.

K.3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”

Objetivo – Elaborar um póster sobre o modelo dos “ Cinco Momentos” para a higienização das mãos intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança.

No âmbito do PAC, para atingirmos os objetivos enunciados para esta competência, decidimos realizar um estágio opcional na Comissão de Controlo da Infeção (Apêndice XVI), que decorreu no período de 06 e 07 outubro de 2014, num total de 16 horas.

Com a realização deste estágio foi possível conhecer os objetivos da CCI desta Instituição, onde exercemos funções como enfermeiros, onde destacamos, o objetivo de prevenir e implementar as ações necessárias para identificar e reduzir o risco de transmissão de infeções entre clientes e profissionais, diminuindo as taxas de infeção hospitalar ou mantendo-as a um nível aceitável. (Regulamento da CCI, 2011) Também a AESOP (2006), em relação às IACS, refere que estas consistem em infeções adquiridas pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados sendo essencial para a prevenção destas, que o enfermeiro perioperatório aplique as precauções necessárias.

Assim, com vista a tornar este objetivo exequível também propusemos o desenvolvimento das seguintes atividades desenvolvidas, indicadores de avaliação e constrangimentos:

Além da realização de pesquisa bibliográfica sobre esta temática, realizamos a elaboração do póster; discussão do póster com a Enfermeira orientadora e Professora Orientadora; procedemos às alterações propostas; divulgação do Póster (Apêndice XVII) em local visível no serviço.

No que concerne aos recursos humanos, planeamos articular-nos com a Enf.^a Coordenadora, Enf.^a Orientadora do Estágio e Enf.^a da CCI. Como recursos materiais expusemos a impressão do póster, e explicitamos indicadores de avaliação que nos permitissem concluir que atingimos os objetivos, tais como: *feed-back* positivo dos pares, e da equipa multidisciplinar do serviço; relatório de estágio opcional realizado na CCI e a afixação do póster no serviço.

L5 –“Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida”.

L6 -“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte”.

Objetivo – Adquirir conhecimentos tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

No âmbito do PAC, para atingirmos os objetivos enunciados para estas competências, decidimos realizar um curso de formação sobre Dignidade em Fim Vida no dia 9 de outubro de 2014 no CHMS e um Curso de Formação Profissional sobre Cuidados Paliativos nos dias 9, e 12 de dezembro de 2014 no CHBM.

Com a participação nestes cursos, foi-nos possível adquirir/aprofundar conhecimentos sobre os principais princípios e filosofia dos cuidados paliativos, sobre considerações éticas e os aspetos psicológicos da doença terminal e da família do doente em fase terminal, como comunicar e cuidar do doente em fase terminal (tratamento, obstinação terapêutica, sofrimento versus dor), controlo e sintomas, encaminhamento para a rede de cuidados paliativos, a morte e o processo de luto e o papel dos profissionais de saúde.

Assim, com vista a tornar este objetivo exequível, propusemos o desenvolvimento das seguintes atividades desenvolvidas, indicadores de avaliação e constrangimentos:

Além da realização de pesquisa bibliográfica sobre estas temáticas, realizamos um estágio no BO II /UCPA II do CHMS, elaboramos uma reflexão crítica sobre “ Ver a Morte no BO” e procedemos às devidas alterações propostas pela professora orientadora.

No que concerne aos recursos humanos, planeamos articular-nos com a Enf.^a Coordenadora e Enf.^a Orientadora do Estágio. Como recursos materiais salientamos a inclusão da reflexão crítica “ Ver a Morte no BO” no relatório final de estágio, bem com o *feed-back* positivo, da enfermeira orientadora, assim como da docente responsável.

Com vista a tornar o PAC exequível num determinado período de tempo elaboramos um cronograma inicial do PAC, flexível de modo a podermos reagendar e calendarizar algumas das atividades, em caso de necessidade, como se veio a verificar.

3.3. Execução do PAC

Depois de realizado o planeamento e tendo por base a metodologia de Projeto passamos à fase de execução que exigiu um conjunto de atividades que cronologicamente se foram realizando no sentido de atingir os objetivos definidos com o intuito de desenvolver as competências específicas de Enfermeiro Especialista em EMC, que iremos de seguida glosar individualmente:

K2- “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.”

Para desenvolver esta competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, foi definido o seguinte objetivo:

- **Realizar uma ação de formação no serviço sobre a Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório do CHMS.**

Assim, para atingirmos os objetivos referidos, além da realização de pesquisa bibliográfica, que assistiu toda a execução e elaboração do PAC, sobre esta temática, considerou-se importante a realização de um estágio opcional de observação na Comissão Gestão Risco (CGR), durante o estágio III, que decorreu nos dias 29 e 30 de setembro de 2014, com a duração de 16 horas, sob a orientação da Enfermeira SP. Este tempo de observação teve como finalidade conhecer a CGR mais pormenorizadamente, os projetos que desenvolve e integra, assim como, recolher contributos que permitissem realizar a atividade proposta.

A CGR é responsável pela implementação das políticas de gestão do risco, gestão de incidentes, gestão de resíduos, segurança de pessoas e bens, saúde e segurança e pela operacionalidade do Plano de Emergência Interno (PEI).

É de referir que o estágio realizado no gabinete de gestão de risco foi de extrema importância, pois para além de nos ter facultado bibliografia, para adquirir conhecimentos base sobre esta área, também serviu de oportunidade para conhecermos os recursos existentes, nesta área, dentro da Instituição onde exercemos funções, pois tivemos também a oportunidade de assistir a uma ação de formação obrigatória no âmbito do programa de acreditação da qualidade do CHMS, ministrada pela Sra. Enfermeira SP, subordinada ao tema: Plano de Emergência Interno.

Esta formação constituiu-se como uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência, pela riqueza de conteúdos abordados e a sua aplicabilidade em caso de necessidade.

Tivemos ainda a ensejo de reler o Plano de Emergência Interno por forma a ter algum aporte teórico sobre a organização e funções do Gabinete de Gestão do Risco e relembrar conceitos a utilizar em caso de emergência, fundamentais a ter presente para o caso de ser necessário colocá-los em prática, de forma a assegurar a segurança dos clientes, profissionais e bens da instituição.

Foi ainda realizado um pequeno exercício durante a formação, de como devemos executar uma evacuação em caso de catástrofe ou emergência. Fazia ainda parte deste módulo de formação o

Manuseamento de extintores no combate a incêndios. O que nos permitiu adquirir as unidades de competência, “Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.”

Para dar resposta ao objetivo delineado para esta competência, elaboramos um conjunto de slides que foram analisados pela professora orientadora e Enf.^a orientadora e alterados de acordo com as suas sugestões. Posteriormente foi definida, com a Enf.^a Coordenadora e Enf.^a Responsável pela Formação, a data de apresentação da ação de formação, de modo a não coincidir com as restantes formações previstas, o que foi um pouco difícil, visto estarem programadas muitas ações de formação para o mesmo período de tempo.

A divulgação do cartaz a informarmos sobre a realização da ação de formação foi afixado na sala de pausa, de modo a que um maior número de profissionais do serviço tivesse conhecimento da ação. Para além do plano de sessão, onde identificámos os conteúdos a expor, elaboramos também, um plano do exercício no Bloco Operatório II – CHMS, cenário de incêndio.

A ação de formação decorreu no dia 22 de janeiro de 2015, na sala de reuniões/formação do BO II, pelas 17h, tendo assistido 21 profissionais da equipa multidisciplinar, entre enfermeiros e assistentes operacionais. A ação de formação teve uma duração de aproximadamente de 35 minutos, e não de 2 horas como estava planeado na consequência de, por falta de tempo, no dia de realização da sessão, não nos ter sido possível realizar a 2^a parte da formação, ou seja o simulacro no contexto de Bloco Operatório, por estar também agendada outra ação de formação para o mesmo dia com já referido anteriormente. Tendo o mesmo sido programado, e incluído no plano de formação do serviço para Outubro 2015. No entanto, tentamos junto da Enf.^a Coordenadora, alterarmos o agendado e realizarmos o simulacro antes, não se tendo obtido resposta até ao término do estágio.

Em relação ao plano de apresentação da ação referida, nos 2 primeiros minutos fizemos uma apresentação do tema e objetivos da formação, nos 23 minutos seguintes, procedemos ao desenvolvimento da ação de formação, onde apresentámos os seguintes temas: Normas gerais de evacuação; Responsabilidade pela decisão de evacuação de clientes; Exemplo de caso de catástrofe- o que fazer? E apresentação da situação fictícia para a execução do simulacro. Procedemos à conclusão da formação nos últimos 5 minutos, expondo a síntese dos aspetos mais significativos e colocando um período para questões e esclarecimento de dúvidas.

Durante a sessão os profissionais demonstraram interesse nos conteúdos expostos, evidenciando uma participação ativa, na partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas. Após a formação, foi realizada a sua avaliação escrita, durante 5 minutos, através do modelo instituído no núcleo de investigação e formação em enfermagem. Da análise das folhas de avaliação, podemos concluir que

relativamente à adequação da formação às necessidades e expectativas 61,9% dos participantes referiu estar muito satisfeito. No que se refere, ao item qualidade dos conteúdos, 72,9% dos participantes demonstraram-se muito satisfeitos. Relativamente à possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho, 60,1% referiram estar satisfeitos. No que se refere à prestação do formador, no item dos conteúdos/competências técnico científicas 73,7% mencionaram estar muito satisfeitos. Sobre a metodologia da transmissão de conhecimentos 71,9% também referiram estar muito satisfeitos. Assim sendo, podemos concluir da análise geral da formação o aproveitamento positivo da sessão.

A avaliação da formação, teve ainda como indicadores, o feedback positivo da Enf.^a Orientadora, Enf.^a Coordenadora, e equipa multidisciplinar do BO II, que referiu a importância para o serviço de realizar este tipo de formações com mais frequência.

No final os slides da formação ficaram disponíveis na unidade, em suporte informático, para que todos os profissionais do serviço que não tiveram oportunidade de assistir à ação de formação, a possam consultar.

A realização da atividade possibilitou a colaboração na implementação do plano de emergência e catástrofe do BO II permitindo, conseqüentemente, o desenvolvimento da competência, “Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.”

Durante a realização do estágio tivemos oportunidade de realizar outras atividades que de certo modo contribuíram para o desenvolvimento da competência K2, nomeadamente ao participar nas 2.^a Jornadas de Enfermagem do CHS, nos dias 27 e 28 de novembro de 2014 onde um dos temas apresentados foi o da importância do enfermeiro no PEI. Ainda como estudante do 3.^o MEMC participamos e fizemos parte da comissão organizadora do Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS, IPS nos dias 3 e 4 julho de 2014, onde alguns dos temas ministrados foram: Emergência e Catástrofe.

Elaboramos ainda com o PIS, um procedimento de integração Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS, onde incluímos um capítulo sobre gestão risco e plano de emergência interna.

Pelo que descrevemos consideramos ter atingido os objetivos acima referidos, apesar de estarmos conscientes que nem todas as atividades foram desenvolvidas no tempo planeado e disponível.

Assim por forma a garantirmos concretização dos objetivos específicos definidos, foi necessário reformular cronologicamente estratégias, pelo que o cronograma inicial sofreu algumas alterações, dando origem a um cronograma final. (Apêndice XVIII)

K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. “

Com o intuito de desenvolvermos esta competência específica definimos os seguintes objetivos:

- **Elaborar um póster sobre o modelo dos “ Cinco Momentos” para a higienização das mãos intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança.**

Sendo o controlo de infeção uma das áreas importantes a ter em conta quando se exerce funções em contexto de BO, torna-se pertinente a aquisição de competências nesta área.

Assim e por forma a facilitar uma melhor aquisição desta competência realizamos um estágio opcional de observação na Comissão Controlo de Infeção (CCI), durante o estágio III, sob a orientação da Enfermeira FB. Este tempo de observação teve como finalidade, realizar-mos pesquisa bibliográfica e ter-mos acesso, a normas, procedimentos, protocolos, políticas e legislação, que foram essenciais para a elaboração do nosso póster e que assistiu toda a execução e elaboração do PAC, sobre esta temática.

Por forma a contribuirmos para estabelecer estratégias pró-ativas a implementar e visando a prevenção e controlo da infeção no serviço, e para darmos comprimento à unidade de competência, Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, elaboramos conjuntamente com uma colega do serviço e também do 3ºMestrado EMC, um póster intitulado: Mãos: Cuidar em Segurança, dada a importância desta temática, enquanto medida primordial para a redução de IACS e com o objetivo de Melhorar a prática de higienização das mãos da equipa da UCPA.

No póster constam aspetos relacionados com: Higienização das mãos; Tabela comparativa por momento, dos resultados obtidos por grelha de observação da prática da higienização das mãos dos Enf.º e AO da UCPA que prestam cuidados ao cliente internado da UCPA em maio de 2014, comparativamente com os institucionais de 2013 fornecidos pela CCI; Apresentação do modelo dos “ Cinco Momentos” para a higienização das mãos com imagens alusivas do nosso contexto/realidade da UCPA CHMS.

Este foi colocado pela Enf.^a Coordenadora do serviço, em local visível, o que nos permitiu, receber por parte dos pares, e da equipa multidisciplinar do serviço um *feed-back* bastante positivo.

Durante a realização do estágio tivemos oportunidade de realizar outras atividades que contribuíram para o desenvolvimento da competência K3, nomeadamente ao participar nas 2.^a Jornadas de

Enfermagem do CHS, nos dias 27 e 28 de novembro de 14 onde um dos temas apresentados foi o do Controlo de Infeção nos serviços e a importância da higienização das mãos nos mesmos.

Segundo Wilson (2003), as mãos dos profissionais são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de cliente para cliente, e estão frequentemente implicadas como via de transmissão de surtos de infeção. Este procedimento constitui uma ação simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS em todo o mundo.

Ainda como aluna do 3º MEMC participei e fiz parte da comissão organizadora do Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS, IPS nos dias 3 e 4 julho de 2014, onde alguns dos temas abordados foram no âmbito da Intervenção em situação complexa: cuidados especializados- controlo de infeção.

Assistir a estas ações de formação permitiu-nos refletir e consciencializarmo-nos desta problemática, pois todos estamos implicados no controlo de infeção.

Elaboramos ainda de acordo com o PIS, um procedimento de integração Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS, onde inclui um capítulo sobre CCI.

A elaboração da presente atividade, promoveu o estabelecimento de estratégias no BO II, com vista a prevenção e controlo da infeção do serviço, tendo a oportunidade, através da estudo, presenciar o cumprimento do modelo “ Cinco Momentos” para a higienização das mãos na prática, por parte da equipa do serviço. Como tal, esta atividade teve contributo na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Pelo que descrevemos consideramos ter atingido os objetivos acima referidos.

L5 –“Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida”.

L6 -“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte”.

Com o intuito de desenvolvermos estas competências específica definimos o seguinte objetivo:

- Adquirir conhecimentos tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Assim, para atingirmos o objetivo referido, para além da realização de pesquisa bibliográfica, que assistiu toda a execução e elaboração do PAC, sobre esta temática, consideramos importante a realização de um Curso de Formação Profissional sobre Cuidados Paliativos que decorreu nos dias 9, e 12 de dezembro de 2014 no CHBM. Da nossa participação, resultaram momentos importantes de aprendizagem e de reflexão em grupo. Este curso teve como finalidade adquirir/aprofundar conhecimentos teóricos e assumiu-se como uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência, pela riqueza dos conteúdos abordados e pela sua aplicabilidade em caso de necessidade.

Também por forma a conhecermos os recursos existentes, nesta área, dentro da Instituição onde exercemos funções, tivemos a oportunidade de assistir a um curso de formação sobre Dignidade em Fim Vida no dia 9 de outubro de 2014 no CHMS.

Durante a realização do estágio tivemos oportunidade de realizar outras atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências L5 e L6. Assim uma das atividades desenvolvidas foi a da realização de colheita de dados, por forma a identificar-mos as necessidades físicas, emocionais e espirituais do cliente e da sua família. Realizamos estas colheitas de dados na fase do acolhimento do cliente, através de uma breve “colheita de dados” check-list de verificação antes da “entrada” do cliente no BO II.

Sendo a comunicação um dos pilares essenciais dos cuidados ao cliente em Cuidados Paliativos, esta é ferramenta terapêutica que exige por parte do profissional de saúde treino e formação, pois a adaptação do cliente à sua situação e a capacidade de reorganizar a sua vida dependem da eficácia deste processo. (Alvarenga 2009)

Também por forma a dar-mos resposta ao objetivo delineado para esta competência, realizamos uma reflexão crítica sobre “ Ver a Morte no BO” não só, por nos possibilitar a aquisição destas competências, mas também, pela necessidade de adquirir-mos “ferramentas” que nos possibilitassem de futuro lidar empaticamente, com os clientes e suas famílias a vivenciarem processos de doença crónica incapacitante e terminal. Pois a comunicação da má notícia em saúde constitui uma das maiores dificuldades de saúde, nomeadamente para os enfermeiros. De acordo com Costa (2009), “... a experiência de perda e luto de um familiar é um momento de crise..., daí que após a perda de um ente querido, a família deveria tornar-se no centro dos nossos cuidados,...pois esta é uma das experiências mais intensamente dolorosas que um ser humano pode sofrer.” (p.36)

Pelo que descrevemos consideramos ter atingido os objetivos acima referidos.

3.4. Avaliação do PAC

Assim, após análise pormenorizada, da forma como desenvolvemos as atividades para cada objetivo específico definido, assim como cada um deles foi sendo atingido, podemos concluir que desenvolvemos a competência K2- “Dinamiza a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação.” Este pequeno projeto teve como principal objetivo a implementação do plano de emergência e catástrofe do BO II. Com esse intuito, realizamos a ação de formação e o respetivo plano da formação, sobre aspetos teórico-práticos relacionados com a evacuação de clientes do BO II, tendo ficado por realizar, por falta de tempo no dia da formação, e por falta de oportunidade à posteriori, o simulacro no contexto de Bloco Operatório.

A competência K3- “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, foi por nós desenvolvida com a elaboração do póster sobre o modelo dos “ Cinco Momentos” para a higienização das mãos intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança. Com a elaboração deste póster estabelecemos estratégias pró-ativas para implementarmos no serviço, tendo em conta a prevenção e controlo da infeção, através modelo dos “ Cinco Momentos” para a higienização das mãos, de forma a contribuirmos para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem que prestamos à pessoa em situação crítica. Por tudo isto pensamos ter atingido com sucesso esta competência.

A competência L5 –“Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida”, e L6 –“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte”.

Assim da elaboração da reflexão crítica realizada, emergiram um conjunto de sugestões que expusemos à Enfermeira Coordenadora do serviço, como a participação no futuro de outros elementos da equipa em ações de formação nesta área, ou a partilha de experiências similares nas reuniões de serviço semanais, sempre que a equipa considere pertinente, ou a criação de um grupo de trabalho, para a elaboração de um procedimento sobre como transmitir más notícias, por constatarmos, na equipa multidisciplinar, a necessidade de se uniformizar todo o processo de transmissão de más notícias à família de clientes com doença crónica, incapacitante e terminal, por forma a contribuirmos para melhorarmos a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Pelo que descrevemos consideramos ter atingido os objetivos acima referidos.

3.5. Divulgação do PAC

A divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir estratégias adotadas na resolução de problemas. Assim, através da formação em serviço que ocorreu no dia 22 de janeiro de 2015, já houve lugar para a difusão e discussão do projeto. Identicamente, também a fixação do pôster no serviço e a divulgação dos documentos no seio da equipa de enfermagem do BO II, contribuiu para a divulgação do PAC. A difusão permite garantir a segurança dos cuidados. Segundo a OE (2006) os enfermeiros têm o dever da excelência e, conseqüentemente assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro.

As atividades delineadas convergiram para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos nas áreas definidas no PAC.

As competências não se desenvolvem por acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas sim através da reflexão crítica sobre as práticas. Assim, o capítulo seguinte é dedicado à reflexão sobre a aquisição de competências comuns do especialista e das específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas ao longo deste projeto

4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDA

No decorrer dos estágios I, II e III desenvolvidos no serviço onde desempenhamos funções e no qual realizamos os estágios (I,II,III), procuramos desenvolver e adquirir as Competências Comuns, Específicas e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica através da realização do PIS:Plano de Integração de Novos Enfermeiros do Bloco Operatório II de um Centro Hospitalar da Margem Sul, assim como através do PAC. Um enfermeiro especialista segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2011) “...é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem ...”. O domínio do enfermeiro especialista envolve as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação. Aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar, levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem.” (p. 8648)

Assim os estágios desenvolvidos no BO II do CHMS, permitiram-nos desenvolver as Competências Comuns, Específicas e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que passamos a apresentar.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

O PIS anteriormente descrito contribuiu para o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, (Ordem Enfermeiros, 2011), Decreto-lei n.º35/2011, são descritas como “ (...) demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 8649).

São quatro os Domínios das Competências Comuns: da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, da Melhoria Contínua da Qualidade, da Gestão dos Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Para o desenvolvimento e aquisição desta competência no âmbito do PIS foi importante os aportes lecionados no 1º e 2º semestre, nomeadamente na unidade curricular Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem pois permitiram a discussão, reflexão e resolução de situações problemáticas vivenciadas na nossa prática para além de proporcionarem um exercício seguro, profissional e ético,

empregando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Ainda durante o estágio foi-nos permitido melhorar as práticas ao cliente, promovendo e gerindo a proteção dos direitos humanos dentro da equipa multidisciplinar.

Segundo Fortin (1999), qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético e os valores de relacionamento humano deverão ser protegidos.

Deste modo, a investigação, quando aplicada a seres humanos, exige da parte do investigador, o respeito pelos cinco princípios determinados pelos códigos de ética, e que se revelam basilares para proteger a liberdade e os direitos dos sujeitos que participam nas investigações. (Fortin, 1999).

Assim, a ética assume cada vez mais a centralidade das decisões nas quais os enfermeiros se vêm envolvidos, com o objetivo de garantir uma prestação de cuidados de qualidade às pessoas. “Quando um enfermeiro decide e age, o seu procedimento reflete a intersecção entre a esfera profissional singular (dos saberes, capacidades e competências científicas, técnicas e humanas) e a esfera da vida de Outro, sendo que o próprio cuidado que presta, na sua dimensão temporal, acontece num hoje, assumindo-se como concordante com o melhor estado de arte”. (Nunes, 2011, p. 24)

Durante a elaboração do PIS, os aspetos éticos foram tidos em conta quando da realização da entrevista exploratória à Sra. Enf.^a.Cordenadora, onde foram garantidos os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Pois de acordo com França (2012) o princípio da autonomia refere-se “... ao respeito pelas suas escolhas e decisões verdadeiramente livres, isto é, conscientes e sem qualquer espécie de coação.” (p.177); enquanto que o Princípio da beneficência “... impõe uma obrigação de ajudar os outros a promover os seus importantes e legítimos interesses”. (Beauchamp & Childress, 1999 cit. por França, 2012, p. 175); e o da não maleficência obriga a “... não fazer mal, a não provocar dano de modo intencional.” (França, 2012, p. 176). Foi ainda garantido o princípio da justiça, pois “situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças”. (Nunes, 2008, p.44)

Com o objetivo de corroborar a opinião da equipa de enfermagem, do serviço, acerca da pertinência do PIS, aplicamos um questionário, com o respetivo consentimento informado, para esse fim, de forma a garantir todas as questões éticas aos enfermeiros envolvido no processo, pedimos a devida autorização à Sr.^a Enf.^a Diretora do CHMS.

Segundo Deodato (2008), o pesquisador deverá obter um consentimento informado do possível sujeito a ser pesquisado. Este consentimento tem que ser dado de forma livre e esclarecida. Posto isto, às pessoas que responderam ao questionário foi-lhes dada previamente informação adequada quanto ao objetivo e à natureza do estudo, e informado que poderiam revogar livremente o seu consentimento. Deste modo, foi cumprido outra diretriz, que consiste em garantir e proteger a

confidencialidade, na medida em que se estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade de dados de pesquisa. (Santos, 2004)

Demonstrámos assim que tivemos em conta todos os preceitos ético-legais que refletem o direito à informação, confidencialidade e segurança dos dados.

Por tudo o explanado anteriormente, consideramos que alcançamos este domínio de competências comuns.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma ação prioritária, na qual as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Para a aquisição desta competência, foram importantes os aportes teóricos lecionados no 1º semestre nos módulos Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem, uma vez que abordaram assuntos importantes que contribuíram para a aquisição de conhecimentos nestas áreas.

Enquanto que, o desenvolvimento do PIS surge como um aspeto motivador para a qualidade, pelo facto de representar uma iniciativa estratégica institucional que visa não só ser um programa de melhoria contínua, mas ao mesmo tempo assegurar a minimização do erro, proporcionando um ambiente seguro. A criação de um procedimento – procedimento de integração de novos enfermeiros no BO II, responde à identificação de uma oportunidade de melhoria de um processo. Ou seja, suportamos o nosso agir de acordo com os padrões de qualidade da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2002) A qualidade em saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e exigência na perspetiva de vários intervenientes; clientes, prestadores de cuidados, gestores e políticos. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Também o desenvolvimento do PAC apresentado, só por si representa um projeto de melhoria contínua, na área da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade. Assim como, a nossa colaboração com outros colegas da equipa na implementação dos seus projetos na área do controlo de infeção e prevenção do risco podem igualmente ser consideradas relevantes para aquisição desta competência.

Ainda durante a elaboração do PIS, foi necessário reconhecer oportunidades de melhoria, designar prioridades e planear as estratégias para os objetivos definidos. Na fase de diagnóstico foram utilizadas ferramentas de gestão como a Swot que evidenciaram a importância do PIS na melhoria contínua da qualidade no serviço.

O planeamento da elaboração do manual de integração de novos enfermeiros no BO II permitiram o desenvolvimento das competências associadas à manutenção de um ambiente terapêutico seguro através de uma atualização constante de conhecimentos. Também ao transmitirmos ideias e informações atualizadas estamos a prover os enfermeiros de conhecimentos capazes de garantirem cuidados seguros e com qualidade aos clientes/família.

Por fim, mas não menos relevante, salientamos o nosso contributo, como membros efetivos da Comissão da Qualidade Segurança do Doente (CQSD) da nossa instituição, onde colaboramos "... na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional". (Ordem dos Enfermeiros, 2010,p.6)

Por tudo o explanado anteriormente, consideramos que alcançamos este domínio de competências comuns.

Domínio da Gestão dos Cuidados

No que respeita a esta competência e na continuidade do anteriormente exposto, pensamos tê-la desenvolvido de forma maioritária através do PIS enquanto orientador de boas práticas.

Para a aquisição desta competência foram importantes os aportes teóricos lecionados nos módulos de Gestão dos Cuidados de Enfermagem e de Liderança de Equipas e Gestão, que nos permitiram o desenvolvimento de competências enquanto líder de equipa, fornecendo valiosos instrumentos com vista à melhoria da qualidade na gestão de cuidados. A realização do Manual e procedimento de integração de novos enfermeiros no BO II, representam também um importante contributo para a organização e gestão dos cuidados de enfermagem.

Paralelamente, fomos gestores de todo o nosso projeto. Delineamos estratégias, estabelecemos prioridades, recuamos e avançamos, sempre com vista ao atingimento dos nossos objetivos.

Para Nunes (2006) "de forma análoga à prestação de cuidados aos clientes, gerir os recursos humanos visa otimizá-los, conduzir ao máximo potencial possível tornando realidade". (p. 432)

O principal recurso existente num grupo laboral é o ser humano, onde a sua motivação assume grande importância para o seu nível de eficiência. A liderança assume assim, um papel mais importante do que a gestão, uma vez que liderança é o processo interpessoal que envolve motivação e orientação dos outros para atingir os objetivos propostos. (Grimm, 2010).

Desse modo, "gestão" será o concretizar das tarefas, seja pelo próprio ou por outros. Assim para se ter sucesso enquanto líder é necessário um bom planeamento, boa capacidade de organização, capacidade de incentivar os outros, boa capacidade de controlo situacional e por último, boa

capacidade de decisão. No entanto sem uma liderança eficaz não será possível motivar e inspirar os outros para o alcance dos objetivos estabelecidos. (Lourenço & Trevizan, 2002)

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram a realização do PIS e do PAC na medida em que os recursos humanos e materiais envolvidos se tornam indispensáveis para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Assim, foi possível saber a quem apelar aquando do planeamento das atividades, que visam a obtenção dos objetivos, colocando assim à prova as nossas competências de liderança, na mobilização e gestão desses mesmos intervenientes para conseguirmos realizar os objetivos propostos no PIS e no PAC. O que nos permitiu desenvolver a competência: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados prestados.”

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Para a aquisição desta competência foram importantes os aportes teóricos lecionados no 1º semestre na unidade curricular de Investigação, nos módulos de Métodos de Tratamento de Informação e Trabalho de Projeto e os aportes teóricos lecionados nos módulos Relação de Ajuda e Aconselhamento, Psicossociologia das Organizações e Liderança de Equipas.

No domínio das aprendizagens profissionais, as competências concentraram-se no desenvolvimento do auto-conhecimento e a assertividade, assim como numa praxis clínica especializada, sustentada em válidos padrões de conhecimento. Ainda no que concerne a esta competência, podemos dizer que, durante todo o nosso percurso profissional sempre consideramos importante ter uma conduta assertiva, saber reconhecer os nossos limites, admitir os nossos erros, quando estes acontecem, e nunca permitir que a nossa vida pessoal e ou relações profissionais, ponham em causa ou interfiram na nossa praxis diária.

Através da aquisição de novos conhecimentos científicos, tendo por base a investigação e os seus resultados, aprendemos a fundamentar as ações de enfermagem que aplicamos no decorrer da nossa prática diária, e que também devemos não descurar a sua divulgação, pois a produção de conhecimento em enfermagem deve ser acompanhada pela sua publicação ou transmissão aos pares, contribuindo ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este aspeto foi-nos recordado no módulo Investigação. Ainda dentro deste âmbito contribuiu a realização de um artigo sobre o PIS, assim como a realização das pesquisas bibliográficas realizadas para a execução dos projetos apresentados.

Ainda de acordo com a AESOP (2006) a formação contínua é “... um dos meios de garantir a qualidade dos cuidados no bloco operatório”. (p. 11) e deve ter como objetivo major, melhorar

conhecimentos e competências profissionais, a nível do saber-ser, saber-fazer, saber-estar, que permite aos enfermeiros, responder às constantes mudanças que atravessa a prestação de cuidados de saúde. (AESOP, 2006)

No que concerne a competência D1-“ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, na unidade de competência D1.2-“Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.” Como nos é referido por Carroll (2007), não existe um estilo de gestão de conflitos que seja universalmente eficaz. Em algumas situações um estilo competitivo ou de acomodação poderá ser eficaz, enquanto noutras um estilo que evite o conflito, que force um compromisso ou inicie uma colaboração será mais eficaz. (Carroll,2007)

O ambiente hospitalar torna-se propício à ocorrência de conflitos. Estes, nem sempre são inevitáveis pelo que se torna pertinente adquirirmos competências para as saber gerir.

Assim por forma a darmos resposta a esta unidade de competência, desenvolvemos, ao longo dos três estágios, realizados no BO II, os critérios de avaliação, D1.2.4 –“Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade” e D1.2.5 –“Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.”

A gestão de conflitos no BO é complexa, requerendo um elevado conhecimento pessoal para conseguirmos manter uma relação cordial. É como enfermeiro de apoio à anestesia, que ficamos mais sujeitos aos conflitos. Essa gestão começa muitas vezes, durante o acolhimento do cliente no BO, quando temos de fornecer determinadas informações ou explicar o funcionamento do BO aos familiares e ou cliente, que exibem elevados níveis de ansiedade.

Assim ao demonstrarmos disponibilidade para escutar tanto os familiares como a pessoas alvo de cuidados cirúrgicos, diminuimos a carga negativa inerente à situação de possível conflito. Mas, o estabelecimento de uma relação empática não se inicia apenas aquando do início do conflito, mas sim desde o primeiro contacto, quando realizamos a visita de enfermagem pré-anestésico cirúrgica, na enfermaria, no dia anterior ao da intervenção cirúrgica do cliente, pois o cuidar não pode ser visto como um ato isolado. Cuidar é “o conjunto de um processo de discernimento de necessidades de saúde indispensáveis à vida de alguém ou de um grupo; ou seja, uma interrogação, um diagnóstico, relativos às necessidades vitais, sejam de ordem biológica, afetiva, social e económica, assim como das inter-relações e das influências que se estabelecem entre elas”. (Collière, 2003, p.241)

Os enfermeiros não devem ser meros fatores de produção ou executores de técnicas mas sim pessoas, que sentem, pensam e desejam obter do seu trabalho satisfação.

Desta forma salientamos a competência D2 –“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, na unidade de competência D2.1 –“Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.”

Nesta unidade de competência, atuamos “ como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais”, através da realização das sessões formativas sobre evacuação de clientes, e na orientação de estudantes em contexto de ensino clínico. Tal representa um desafio pessoal, pois exige tutelar a prestação de cuidados de enfermagem do estudante, orientando o seu crescimento e maturação profissional.

Esta competência foi desenvolvida ao longo dos três estágios e é aquela que nos permite agora refletir acerca das aprendizagens no que respeita à consciência daquilo que éramos enquanto pessoa/enfermeiro, e a transformação a que fomos sujeitos ao longo deste tempo.

Este crescimento advém da aprendizagem contínua ao longo da vida, apoiada pela Andragogia, lecionada no módulo modelo de formação contínua aplicada à enfermagem, através da aplicação de questionários de avaliação da formação, ministrada sobre a Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, do BO II, tivemos oportunidade de avaliar o impacto da formação.

E por último o conhecimento Pessoal – representa o autoconhecimento, a autoconsciência e a sabedoria pessoal, relacionado com o seu existencial, a sua integridade e a sua autenticidade, que requer capacidade de reflexão, oportunidade para a relação e capacidade de analisar e sintetizar o conhecimento. (Carper, 1978)

Descritas as competências comuns do enfermeiro especialista, iremos agora fazer uma análise reflexiva das competências específicas de enfermeiro especialista em EMC adquiridas no decorrer dos estágios que realizamos.

4.2 Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

É o momento de realizarmos um exercício de reflexão e de análise das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica desenvolvidas durante os estágios I, II e III.

No decurso dos estágios que realizámos, ao elaborarmos o PIS, possibilitou-nos aprofundar as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica K1- “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”.

Com a realização do PAC era pretendida a aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica K2 e K3.

Assim, após a realização dos estágios e com a realização do PIS e do PAC tivemos oportunidade de adquirir e desenvolver um conjunto de competências específicas as quais passaremos agora a descrever e analisar.

Tendo em conta a nossa área de intervenção do PIS, desenvolvemos a competência Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica ao longo do PIS em uniformidade com as competências comuns.

Para desenvolver esta competência prestamos cuidados no BO II a clientes submetidos a intervenções cirúrgicas do foro ortopédico.

O cliente com lesões do foro ortotraumatológico ao ser submetido a uma intervenção cirúrgica está exposto a inúmeros riscos de complicações quer cirúrgicas e/ou anestésicas.

Durante o estágio, consideramos ter aprofundado, enquanto enfermeira de apoio à anestesia, a competência **K1- “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.”**

Para o desenvolvimento desta competência, contribuíram imensamente os aportes lecionados no módulo de intervenções de enfermagem em situação de emergência, e no módulo seminário de peritos, que nos permitiram consolidar conhecimentos, associados à pessoa em situação crítica

Adquirimos a unidade de **competência K.1.2.- “Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos “ e K.1.3.- “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas”**, com a elaboração do Manual de Integração novos enfermeiros do BO II.

Em contexto do BO, observamos muitas vezes as dificuldades sentidas, pelos profissionais, na avaliação da dor, no período intraoperatório.

A importância pela temática da dor, considerada como o 5º Sinal Vital, tendo vindo a ser crescente, com particular interesse no âmbito das políticas estratégicas nacionais e internacionais para o controlo desta, sendo validado em 2008, através de uma circular normativa no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004/2010, divulgando a Estratégia Nacional para o Controlo da Dor (DGS, 2008). No decurso do estágio pudemos perceber que os enfermeiros na UCPA II, procedem à avaliação da dor dos clientes no período pós-operatório, através de escalas de comportamentos faciais, por se tratar de pessoas com dificuldade em comunicar devido à sua situação crítica, no entanto, pareceu-nos que ainda existe falta de sensibilização para a problemática do cliente anestesiado/sedado com dor no intra-operatório.

Assim, tendo em conta o observado, resolvemos durante a realização do PIS incluir em apêndice, no Manual de integração de novos enfermeiros do BO II, um Manual sobre os fármacos mais usados em

BO durante a indução anestésica onde se incluem também os fármacos de combate à dor no período intra-operatório.

Em relação às medidas não farmacológicas para o alívio da dor este critério também foi cumprido com a realização do PIS, pois o Manual de Integração também incluiu em apêndice, um Manual de posicionamento em mesa ortopédica.

De acordo com a AESOP(2006,p.71-72), “posicionamento é a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que permita ... um mínimo de compromisso das funções fisiológicas.

...A responsabilidade do posicionamento...é do Enfermeiro ... de modo a prevenir qualquer tipo de lesão...”. Ainda de acordo com a AESOP (2006), um bom posicionamento promove medidas de conforto bem-estar e alívio da dor ao cliente e contribuem para a diminuição da ansiedade e do medo vivenciados pela pessoa em situação crítica.

K.1.4 – “Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”.

Os aportes teóricos que foram lecionados na unidade curricular: cuidados em situação de crise: cliente/família, contribuíram grandemente para o desenvolvimento desta competência.

É de considerar que esta competência tenha sido adquirida. Na prática, acontece quando efetuamos a visita de enfermagem pré-anestésico cirúrgico, pois esta permite ao cliente expressar-se em relação aos seus temores, às suas dúvidas. Mostramo-nos disponíveis, transmitimos-lhe segurança e o nosso papel enquanto futuros mestres e especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Enquadrando na teoria que escolhemos para orientar a nossa prática Meleis (2010) defende que, as transições são acompanhadas por uma vasta sucessão de emoções, muitas devidas a dificuldades encontradas durante a mudança. O bem-estar físico é também importante, uma vez que o incómodo físico pode interferir negativamente numa passagem bem-sucedida. Todas as situações de doença assumem-se como ameaçadoras do bem-estar do cliente/família. O enfermeiro funciona como um elemento facilitador/fornecedor de estrutura, para ajudar o outro a gerir a crise que se instalou nas suas vidas e das suas famílias. (Meleis 2010)

Na unidade de competência **K.1.5. - “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** esta competência foi adquirida durante o estágio e com a ajuda dos aportes teóricos lecionados nas aulas de relação de ajuda e aconselhamento em enfermagem que nos permitiu planearmos os cuidados de enfermagem numa perspetiva relacional. No domínio do relacional salientamos a relação terapêutica, como a interação particular entre duas pessoas, o enfermeiro e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Uma relação terapêutica tem início num pedido de ajuda, que o outro nos faz. (Chalifour,2008)

Refletindo-se na prática durante o acolhimento do cliente no BO, pois permite-nos a transmissão de informação de forma clara, adequada e compreensível, de forma e mostrar disponibilidade na relação, comunicando respostas aos objetivos da pessoa.

Uma vez explanadas as competências desenvolvidas/ adquiridas com a realização do PIS, apresentamos agora as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica que adquirimos com a realização do PAC.

K2 – “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.” Segundo a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2011), o enfermeiro deverá intervir na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima; Gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência pronta, diante da complexidade de um cenário de multi-vítimas. No decorrer do estágio III, de forma a aumentar os conhecimentos sobre planos de emergência, mais especificamente sobre o PEI do hospital onde decorreram os estágios, realizamos um estágio de observação no Gabinete da CGR.

Durante o estágio de observação, tivemos a possibilidade de frequentar uma ação de formação de caris obrigatório no âmbito do programa de acreditação da qualidade sobre o PEI, Saúde e Segurança.

A realização com sucesso da formação interna do PEI – com a utilização adequada do uso de extintores, foi de extrema utilidade, tendo fornecido os princípios de atuação em situações de catástrofe e permitido a distinção entre os vários tipos de catástrofe e as suas implicações para a saúde. Como curso teórico-prático, com uma elevada componente prática, que envolveu um simulacro que nos permitiu o treino e reforço da aquisição de capacidades relativas à sistematização das ações a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência, permitindo-nos adquirir não só a unidade de competência K.2.1; mas também a unidade de competência K.2.2.

Os cuidados em Bloco Operatório implicam uma integração eficaz por parte da equipa de enfermagem, pois a qualidade dos cuidados assenta neste princípio. Entende-se equipa como um agrupamento de pessoas, em contacto regular, que se envolvem numa ação coordenada, contribuindo de maneira empenhada para a realização de ações concretas (Figueiredo, 1997). Enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, todos devem de agir de forma a prestar ao cliente, cuidados de excelência.

Os profissionais em situações emergentes, tomam as decisões com bases em guidelines/algoritmos permitindo ao profissional decidir de forma rápida, com menos riscos, e maior probabilidade de êxito (Nunes, 2007). A verificação do funcionamento das salas, assim como do seu material de apoio,

como por exemplo, do carro de emergência, com a respetiva check-list de verificação diária, permitiu-nos adquirir a unidade de competência **K.2.2- “Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.”**

No que respeita à competência **específica K.2.3. – “ Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe “**, considero que a mesma foi desenvolvida com a realização do PAC.

Também os aportes lecionados em sala de aula nomeadamente as unidades curriculares Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação de Urgência, com a realização do curso de Suporte Avançado de Vida, do Seminário de Peritos – Abordagem ao Politraumatizado e o módulo de segurança e gestão de risco nos cuidados de enfermagem, foram fulcrais para o aprofundamento de conhecimentos nesta área e a aquisição desta competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”. De acordo com a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2011) “o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo da infeção”. Também as IACS têm vindo a assumir uma preocupação cada vez maior. Para dar resposta a esta competência consideramos pertinente a realização de um estágio opcional de observação na CCI do CHMS, o que sucedeu durante o estágio III.

Durante a realização deste estágio, foi nossa premissa, implementar medidas práticas no serviço, por forma a prevenirmos as infeções associadas aos cuidados de saúde quer através da lavagem das mãos, quer através do uso do equipamento de proteção individual, nos procedimentos invasivos, entre outros.

Assim, para darmos cumprimento a uma dessas premissas, durante o PAC, elaboramos um póster sobre o modelo dos “ Cinco Momentos” para a higienização das mãos intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança.

Foi também nosso objetivo com a realização deste estágio, realizar pesquisa bibliográfica, conhecer os objetivos da CCI, onde destacamos, o objetivo de prevenir e implementar as ações necessárias para identificar e reduzir o risco de transmissão de infeções entre clientes e profissionais, diminuindo as taxas de infeção hospitalar ou mantendo-as a um nível aceitável. (Regulamento da CCI, 2011) Também a AESOP (2006), em relação às IACS, nos diz que estas consistem em infeções adquiridas

pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados sendo essencial para a prevenção destas, que o enfermeiro perioperatório aplique as precauções necessárias, quer durante o uso do equipamento de proteção individual, quer quando executa procedimentos invasivo, cumprindo as corretas normas de assepsia, de acordo com as “Práticas Recomendadas”.(AESOP, 2006)

Também as temáticas lecionadas em sala de aula: Cuidados ao Cliente com múltiplos sintomas, ajudaram na aquisição desta competência. Dos conteúdos lecionados apreendeu-se que o enfermeiro especialista tem responsabilidades redobradas para questionar, ponderar e procurar constante atualização na área de prevenção e controlo da infeção perante as vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica. Apenas cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas poder-se-á contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a estas pessoas. Desta forma, considera-se ter desenvolvido a unidade de competência K.3.1.

Em relação à unidade de competência **K.3.2. - ” Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”**, podemos verificar, durante a realização dos estágios no BO II, que “A infeção tem importante impacto no doente e nos serviços de saúde, sendo uma complicação comum, mas, em grande parte, evitável.” (AESOP 2006, pag.51)

Assim, a profilaxia antibiótica como é preconizada pela AESOP (2006.p.56), “... recomendada nas cirurgias associadas a alto risco de infeção, em cirurgias onde são colocados implantes...” tal como acontece nas cirurgias do foro ortotraumatológico é executada no BO II.

De acordo com a OE (2011) “O risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo da infeção”. (p.8657)

Também os clientes no BO II, quer pelas suas patologias, situações de fragilidade, perfil farmacológico e exposição a procedimentos invasivos, tornam-se clientes acessíveis para a aquisição de infeções cruzadas, apesar do ambiente estéril que é exigido existir num BO, pelo que as IACS têm vindo a assumir uma preocupação cada vez maior, sendo esta também, uma preocupação para a equipa do BO II.

Assim atestamos ao longo dos estágios realizados no BO II, a crescente preocupação por parte destes profissionais no cumprimento de forma consciente e correta dos procedimentos e normas,

como o da higienização das mãos, que contribuem para diminuir as IACS, bem com as medidas de prevenção e controle de infeção associada aos cuidados de saúde, pois as infeções causadas por agentes resistentes, resultam da colonização e infeção cruzada, em que o principal veículo de transmissão são as mãos dos profissionais de saúde. (DGS 2007)

Por tudo o referido anteriormente julgamos que este percurso formativo contribuiu para a aquisição das competências exigidas ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, nas unidades de **competência K.3.1 – “Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”** e K.3.2 – “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”, de modo a melhorarmos a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e tornar mais evidentes os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

De seguida abordamos as atividades desenvolvidas para a aquisição da Competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

A área da especialização em Enfermagem em pessoa em situação crónica e Paliativa de acordo com a OE (2011, p.1) ” toma por alvo de intervenção a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo da vida ...,bem como aos cuidadores, à sua família ..., preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa multidisciplinar.”

É o momento de realizarmos uma reflexão e análise das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica desenvolvida durante o estágio III.

Competência L5 – “Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida”, este é sem dúvida a insígnia dos cuidados paliativos. Tal como Neto, Aitken, & Paldron (2004, p. 15) referem “os cuidados paliativos promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessário formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem – física, psicológica, social e espiritual.

Competência L.5.2. - “Identificar as necessidades e promover intervenções junto das pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares”.

É indiscutível que toda a situação de doença acarreta sofrimento físico e psicológico para a pessoa que a vivência, por outro lado o sofrimento psicológico, também se estende à família que acompanha a pessoa neste processo. Uma das atividades que desenvolvemos para atingir esta competência foi efetuada na fase do acolhimento do cliente ao BO II, onde através de uma breve “colheita de dados” check-list de verificação antes da “entrada” do cliente no BO II- conseguimos identificar as suas necessidades físicas, emocionais e espirituais quer do cliente como da sua família.

Por forma a conseguirmos planejar estas intervenções de enfermagem específicas, para além dos módulos lecionados em sala aula, que forneceram aportes para a realização em contexto académico de um trabalho na Unidade Curricular Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, permitiu-nos também, uma consolidação de conhecimentos com a abordagem das aulas às diferentes unidades existentes em Portugal, com ênfase na temática do sofrimento e nas suas diferentes dimensões, assim como, ao recurso a terapias não farmacológicas nos cuidados aos clientes.

A reflexão em sala de aula, assim como aquela que foi feita individualmente, permitiu a aquisição de conhecimentos do cliente terminal e da família.

Também os aportes lecionados no módulo Espiritualidade e Ciências de Enfermagem, contribuíram para aquisição das competências **L5.1 –“Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares” ; L5.3 –“Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica incapacitante e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades” e L5.4 – “Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio”**.

Participamos também em formações como a ministrada pelo CHMS, sobre Dignidade em fim vida no dia 9 de Outubro de 2014, e num Curso de Formação Profissional sobre Cuidados Paliativos que decorreu nos dias 9 e 12 de Dezembro de 2014 no CHBM. Do plano curricular do curso, para a aquisição desta competência contribuíram os ensinamentos sobre os principais princípios e filosofia dos cuidados paliativos; Considerações éticas; Aspectos psicológicos da doença terminal; A família do doente em fase terminal e comunicação com o doente em fase terminal. Da nossa participação, resultaram momentos importantes de aprendizagem por forma à aquisição de aportes teóricos, pouco trabalhados e abordados na minha praxis diária. O que nos leva a concluir que adquirimos esta competência.

Competência **L6-“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte”**, muitos aspetos foram já abordados nas competências anteriores, no entanto será feita uma reflexão. Para além dos clientes, existem sempre cuidadores e

familiares que igualmente sofrem com todas as alterações que rodeiam o núcleo e interferem no equilíbrio familiar. Muitas vezes, é possível controlar os sintomas do cliente e proporcionar-lhe alguma qualidade de vida e medidas de conforto, contudo é esquecida a família/cuidadores que são simultaneamente prestadores de apoio/suporte e alvo de cuidados.

Para a aquisição das competências, **L6.1 - Promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família e L6.2 – “Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas a processos de morrer e de luto”**, contribuíram os aportes lecionados em sala aula, que nos facultaram conhecimentos, para a realização em contexto académico, de um trabalho, no módulo Intervenções ao cliente com dor, onde salientamos as intervenções do Enfermeiro no cuidado à pessoa e família em sofrimento, como um dos temas abordados.

Participamos igualmente em formações como a ministrada pelo CHMS, sobre Dignidade em fim vida no dia 9 de Outubro de 2014, e num Curso de Formação Profissional sobre Cuidados Paliativos que decorreu nos dias 9 e 12 de Dezembro de 2014 no CHBM. Do plano curricular do curso, para a aquisição desta competência contribuíram os ensinamentos sobre Cuidar do doente em fase terminal (tratamento, obstinação terapêutica, sofrimento versus dor);Controlo e sintomas; A morte e o processo de luto; Papel dos profissionais de saúde e encaminhamento para a rede de cuidados paliativos.

Da nossa participação, resultaram momentos importantes de aprendizagem e de reflexão em grupo. Assim sentimos a necessidade de realizar uma reflexão crítica sobre um dos aportes lecionados, não só, por me possibilitar a aquisição desta unidade de competência, mas também, pela necessidade pessoal sentida de adquirir “ferramentas” que nos possibilitem de futuro lidar empaticamente, com os clientes e suas famílias a vivenciarem processos de doença crónica incapacitante e terminal que passaremos a referenciar.

Foi num serviço de BO de um hospital cirúrgico (ortotraumatológico) que fizemos praticamente todo o nosso percurso profissional.

Neste serviço, crescemos como pessoas e como enfermeiros. Isto é, vivemos praticamente todas as nossas situações profissionais. É nesta qualidade que fazemos a presente reflexão.

Ver a morte no BO! Pensamos longamente sobre a abordagem que faríamos.

O BO o que é? O BO não é simples, nem linear. De acordo com a AESOP (2006),”O Bloco Operatório é uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, como o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.”

(p.20). Ao longo desta reflexão, quando nos referimos ao BO, não temos em mente o serviço de prestação de cuidados que aparece na literatura internacional, nem sequer a das definições oficiais que vigoram em Portugal, como a que acabamos de descrever. Referimo-nos àquele lugar onde encontramos o primo do amigo da tia da sogra de um funcionário hospitalar, ou de alguém que conhecemos e por aí fora.

Quem são os atores? De acordo com Fragata (2010) a equipa cirúrgica deve ser composta por “ (...) pessoas altamente treinadas, que se reúnem para realizar uma tarefa específica, potencialmente arriscada, a qual requer um nível máximo de interação e de responsabilidade partilhada entre os seus membros”. (p.20)

Enquanto que, a pessoa que morre, o enfermeiro que cuida da pessoa que morre, a sua família e a restante equipa multidisciplinar do BO, serão os atores participantes desta reflexão.

É certo que a morte, devido às características específicas deste BO, raramente ocorre. Uma vez que os clientes aqui intervencionados são clientes do foro ortotraumatológico com cirurgias programadas, ou seja os riscos de ocorrer uma morte neste BO são Muito Baixos, mas esta pode ocorrer.

A **Morte** o que é? “ A morte é uma realidade inexorável da existência de cada um. O facto é que todos os seres vivos nascem, crescem e morrem, estas são etapas presentes e inevitáveis. (Thomas, 1995,p.504) Também a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) nos facultava uma definição de morte baseada em fatores meramente biológicos, sem complementar fatores psicológicos ou sociais” ... cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da atividade cerebral. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2002,p.47) No entanto, apesar de sujeita a outras interpretações, nesta reflexão, escolhemos ver a morte na sua visão mais espiritual, que nos indica que a morte é uma passagem para outra vida em que existe uma continuidade da mente ou espírito. Ross (1996, Cit.por Oliveira, 1998,p.20) diz-nos que” ... a morte não é o fim da existência mas apenas uma passagem para uma outra forma de vida, numa frequência diferente.”

Ver a morte no BO: Modo de atuar

Começamos agora por contar uma “história” que vivenciamos neste BO, já há alguns anos. Naquela altura, nós já não eramos umas enfermeiras “iniciadas”, pois já trabalhávamos no BO há muitos anos, ou seja eramos umas das enfermeiras “peritas” do serviço. Mas, por mais experientes/peritos que sejamos num BO, nunca, se está preparado para a morte de uma criança na “mesa” cirúrgica.

Lembramo-nos desse dia como se tivesse sido hoje, embora já tivessem passado uns 10 anos.

Foi durante o turno da tarde que esta história ocorreu, nós estávamos a exercer as funções de enfermeira de apoio à anestesia nesse dia, pelo que fomos nós, quem fez o acolhimento no BO à

Maria, vamos chamar-lhe assim, e à sua família. A Maria era uma menina de 12 anos, já com várias intervenções cirúrgicas no nosso BO, pois tinha uma dismetria dos membros inferiores o que a obrigava a várias intervenções cirúrgicas corretivas, por forma a melhorar a sua qualidade de vida, pelo que o “medo” de ir ao BO para ela e para a sua família não existia. Nessa tarde a equipa multidisciplinar da sala cirúrgica era uma equipa experiente. Todos os procedimentos estavam a correr de acordo com o preconizado e estabelecido no plano cirúrgico traçado inicialmente, tendo sido cumpridos todos os procedimentos de segurança, e realizadas as check-list respetivas, aos aparelhos antes do início da cirurgia. Mas, eis que quase na fase final da cirurgia o inevitável acontece, Maria é vítima de uma embolia maciça irreversível, o que lhe provocou uma paragem cardíaca e conseqüentemente a sua morte, sem que a equipa presente por mais que tenta-se reverter a situação com manobras de reanimação o conseguisse fazer.

No nosso contexto não existia e ainda não existe treino de comunicar más notícias. Mas a morte aconteceu. E agora surge o dilema, o que fazer? Como e quem deve comunicar aos pais da Maria a sua morte. Não foi uma decisão fácil, pois a morte da Maria provocou em todos nós, equipa, sentimentos de impotência, frustração, tristeza, dor, e angústia. Ficou então assente pela equipa que, a notícia iria ser comunicada aos pais da Maria pelo cirurgião responsável, pelo anestesiolologista e pelo enfermeiro de apoio à anestesia, ou seja por nós. Enquanto a restante equipa preparava o corpo para poder ser visto pelos pais se estes assim o desejassem. Pois é importante como nos diz Silva (2006) “ ... que seja permitido aos conviventes significativos a visualização do corpo. Há instruções sobre o modo como se devem preparar os corpos, para que logo que acabam de falecer possam ser vistos e tocados pelos conviventes significativos.

A visualização do corpo é um momento de enorme importância para o processo de luto das pessoas que têm laços de maior intimidade com o defunto.” (p.51)

Assim os pais de Maria que se encontravam à porta do BO foram chamados, e conduzidos à sala dos Anestesiologistas por nós. Mas, logo no primeiro instante em que nos viram, os pais da Maria, aperceberam-se que algo não estava bem, sexto sentido? Talvez! Ou então a nossa expressão de consternação difícil de disfarçar naquele momento.

E agora como dizer aos pais? Perder um filho talvez seja o mais absoluto absurdo. Não há dúvida nenhuma de que qualquer mãe ou pai, perante a iminência da morte de um filho, trocaria esse momento. Não hesitaria, se tal fosse possível, em restituir o curso natural dos acontecimentos, ou seja: primeiro morrem os pais e só muitos anos mais tarde os filhos. Mas, por mais que queiramos, tal não é possível.

Então, o que fazer? O que se espera de nós? A nossa arte está em fazê-los compreender que esse momento não é passível de ser trocado. Partilhar esse momento respeitando o sofrimento que ele inflige, será sem dúvida a melhor postura a adotar.

Assim, perante o anúncio da morte da sua filha, comunicado pelo cirurgião, os pais fixaram-se na negação deste tempo de morrer, Não! Não! Não! Não pode ser! E logo a revolta, a negociação, a depressão, assumiram tremenda intensidade. Como nos diz Ross (1996), no seu trabalho, onde identificou cinco estádios que qualquer pessoa confrontada com uma situação de perda atravessa ou pode atravessar. São eles: o da negação, o da revolta, o da negociação, o da depressão e o da aceitação.

Mas há que saber respeitar os sentimentos da família e a forma como os manifestam. Embora o nosso coração de mãe, perante outra mãe em sofrimento, nos disse-se exatamente para fazer o contrário. Mas é importante sabermos dar espaço para todas as manifestações de perda, medo ou revolta.

Saber ouvir, estar presente, compreender a dor nas suas mais variadas manifestações e também saber ficar em silêncio, são virtudes essenciais do enfermeiro para a prática de cuidados humanizados. (Silva, 2006) Foi o que fizemos naquele momento, pois apercebemo-nos que eles precisavam de nós como enfermeira para os ajudar a dar o próximo passo, e não como mãe e amiga. Assim uma das funções que desempenhamos, enquanto enfermeiras portadoras da má notícia, foi de acompanhar-mos a família da Maria, a atravessar um período de luto recente pela morte prematura da sua filha com compaixão, humanidade e atenção às suas necessidades. Em alguns dos momentos que passamos com aquela família, foi-nos difícil encontrar palavras de conforto, embora nem sempre seja necessário dizê-las. O facto de termos ficado presente enquanto os outros membros da equipa optaram por ir embora, significou tanto ou mais do que muitas palavras e o facto de demonstrar-mos a nossa solidariedade naquela altura foi mais que suficiente para aqueles pais, que posteriormente nos pediram para os acompanhar na altura de ver o corpo da Maria.

A morte em pediatria leva-me muitas vezes a pensar a morte no tempo de ser criança, principalmente quando já se é mãe como nós o somos – ou seja, entender o “tempo de acabar” como o “tempo de começar”. Este tempo de morrer do meu filho é, assim, plenamente, não o meu tempo de morrer, mas “o meu tempo de morrer” também, já que é uma extensão do “meu tempo de viver” que agora se acaba. Estranha forma de vida esta que me não deixa distinguir do ser que de mim se distinguiu! Estranha forma de vida esta que, no meu “eu” feito “distância e projeto”, agora se finda! (Almeida, 2006,p.15)

A morte de uma pessoa jovem pode ser comparada a uma luz que se apaga subitamente ou a um fruto arrancado à força de uma árvore, por ser normalmente inesperada, gerar sentimentos muito

fortes e provocar muita tristeza, raiva e até um maior ou menor grau de revolta. Estas reações surgem provavelmente, em grande parte, precisamente pelo facto de pensarmos que é uma vida que se apaga antes do tempo. De forma idêntica, acontece no que se refere à morte de uma criança. “ ... Se ela ainda nos pode aparecer como companheira inevitável da idade adulta ou da velhice, quando a morte interrompe a vida no seu começo é o grande absurdo, porque surge num momento a que desde sempre esteve reservado um futuro terreno.” Afirma-o Jorge Biscaia (1996, p. 47)

Da experiência vivenciada com este pai e esta mãe, acrescentaríamos que muito temos caminhado, desde essa altura, mas temos, ainda um longo caminho a percorrer no sentido de melhor gerir a comunicação da má notícia à família. Com a realização desta reflexão, apreendemos que, não existe uma norma para comunicar más notícias, pois cada pessoa tem as suas características e a nossa atuação deve ser a adequada a cada situação. A notícia deve ser comunicada de forma gradual, clara e aberta, adaptada à vontade e necessidade de saber, manifestada pela família. Cabe ao enfermeiro ter a sensibilidade e perspicácia para poder responder ao que a família quer saber e falar e deve estar preparado para ouvir, sem infantilizar, eufemizar, ou banalizar o momento e finalmente sem lhes retirar a esperança.

Hoje passados uns anos pensamos que fomos aprendendo a ser capazes de cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e á morte.

Após termos apresentados as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, o capítulo seguinte é dedicado à reflexão sobre a aquisição de Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA

O Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que é dotado de competências profissionais diferenciadas para intervir em ambiente complexo, mas sobretudo capaz de suportar na evidência, o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos na área da Enfermagem Médico - Cirúrgica (Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica, ESS/ IPS. (2013)

Desta forma, será realizada uma descrição analítica e reflexiva sobre o trabalho desenvolvido ao longo do curso supracitado, que nos permitiu que fossem desenvolvidas as competências de Mestre em EMC.

1-Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:

Os contributos teóricos adquiridos em cada um dos módulos lecionados contribuíram para a compreensão e a resolução de problemas do âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica com o recurso à implementação das etapas do processo de enfermagem, como: no módulo Cuidados em Situação de Crise; no módulo Cuidados ao Cliente com falência Multiorgânica, onde foi fundamental a identificação das principais situações de falência orgânica e na criação de um diagnóstico de enfermagem e planeamento de intervenções de enfermagem especializadas.

No módulo Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Dor; no módulo Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, através da identificação das necessidades do cliente em fim de vida e das intervenções de enfermagem especialista em pessoa em situação crónica e paliativa; no módulo Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, no desenvolvimento da capacidade de dar significado à experiência do cuidar e integrar a espiritualidade, a reflexão sobre a temáticas das aulas permitiram a compreensão que, por vezes, a raiva do cliente, não é dirigida ao profissional, mas sim à sua situação clínica, sendo importante a gestão desses casos, em contexto de BO, a empatia deve ser ainda mais enraizada.

No módulo Intervenções em situação de urgência, foi importante para a identificação de necessidades e do planeamento de intervenções de enfermagem; no trabalho realizado no módulo Supervisão de Cuidados, com recurso ao instrumento de trabalho CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), a discussão em grupo das intervenções necessárias à resolução dos problemas identificados, foi essencial no equacionamento entre os cuidados planeados, e os que foram efetivamente prestados, permitiu ainda a apresentação, análise e reflexão em sala de aula de um problema ético, que foi analisado sob o ponto de vista ético, legal e jurídico.

A resolução desse problema seguia o processo de enfermagem, devidamente fundamentadas em princípios científicos, éticos, jurídicos e deontológicos, para o qual mobilizámos os aportes adquiridos nos módulos: Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, Ética em Enfermagem, Direito em Enfermagem e Análise do Código Deontológico, pois o processo de enfermagem possibilita a continuidade dos cuidados prestados ao cliente/família. De acordo com (Anderson, Yoder & Kaufman, 1990, p.61) “O Processo de Enfermagem é uma maneira de pensar sobre os cuidados de enfermagem. Fornece uma base crível para a prática da enfermagem mais do que intuitiva. Proporciona ainda um método capaz de estabelecer normas de cuidados de enfermagem. Estas normas podem ainda constituir um meio de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes. Assim, a qualidade dos cuidados de enfermagem é verificada a partir de uma base de dados objetivos e de critérios científicos.”

Similarmente, também a aplicação dos questionários aos participantes, nos permitiu o planeamento das atividades, como a execução e avaliação, etapas estas semelhantes às preconizadas para o processo de enfermagem.

Também a elaboração do PIS e do PAC, permitiu-nos desenvolver as competências específicas no âmbito da liderança na gestão de recursos e tempo, através de uma adequada gestão do nosso tempo, para a execução de todas as atividades delineadas, na fase de planeamento, de forma a cumprirmos com o estabelecido no cronograma inicial.

As necessidades formativas desenvolvidas no PIS e no PAC, bem como, a fundamentação das mesmas através da utilização de argumentos rigorosos, contribuíram para o aumento do desenvolvimento da nossa tomada de decisão. Em simultâneo ao longo de todo este processo de tomada de decisão segura, foram considerados os aspetos éticos e deontológicos, de forma a assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

Essa tomada de decisão como futuras especialistas e mestres deverá socorrer-nos da evidência científica para avaliar a pessoa em situação crítica, crónica e paliativa, através de uma metodologia que procure sistematizar os cuidados prestados.

Esta competência do MEMC, permite que para além do enfermeiro prestar cuidados à pessoa em situação crítica, crónica e paliativa, também capacitar o cliente e a sua família para a recuperação dos níveis de bem-estar, de acordo, com a sua situação e garantir a continuidade dos cuidados com outros profissionais, através da sua referenciação. Esta referenciação deve ter em conta as disponibilidades do cliente de forma a garantir qualidade e igualdade dos cuidados, tal como é referido no artigo 83º do CDE (2009, pág. 6548), do direito ao cuidado, na sua alínea b) o enfermeiro assume o dever de “orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência” bem como na sua alínea d)

“assegurar a continuidade dos cuidados, registrando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

No que respeita ao processo de supervisão dos cuidados e enquanto futuros enfermeiros especialistas, consideramos que desenvolvemos esta competência na prática diária, ainda que de forma informal, com os pares com menos experiência em determinadas áreas. Também a orientação de alunos em estágio no serviço, contribui para adquirirmos esta competência.

Paralelamente a uma formação teórica ajustada ao estadió de aprendizagem do estudante, a supervisão clínica em ambiente de ensino clínico ou estágio, assume uma abordagem pedagógica frequente na formação de enfermeiros. (Deodato, 2010)

Segundo Benner (2001), faz parte do enfermeiro perito a capacidade de intuição que cada situação clínica exige para apreender os reais problemas do cliente, sem se perder por um largo leque de soluções e diagnósticos estéreis, porque age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

2-Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:

Esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o curso, pois a formação poderá ser entendida, como um conjunto de atividades organizadas e desenvolvidas, que proporcionam aos indivíduos oportunidades de adquirirem conhecimentos e capacidades e atitudes que lhes permitem “Saber e Evoluir” (Mão de Ferro, 1999).

A formação ao longo da vida dá-nos alicerces sustentáveis para que cada um de nós construa o seu próprio caminho, pois o modelo de formação/aprendizagem está ancorado no referencial da Andragogia.

Esta formação contínua teve o propósito de aprofundar e desenvolver conhecimentos, assim como a auto e hétero-formação, enquanto componente essencial do desenvolvimento e levou-nos a este curso de mestrado, que teve como principal objetivo, apostar na formação para aliar à prática, o autoconhecimento e a assertividade, ajudando assim a basear a prática clínica enquanto enfermeira especialista em conhecimentos sólidos e válidos.

Segundo Mendonça (2009), os enfermeiros são profissionais em formação contínua, porque a saúde exige profissionais detentores de competências multidimensionais, capacidades de interação, adaptação e readaptação. (Mendonça 2009)

A elaboração do PIS e do PAC permitiu-nos identificar as nossas próprias necessidades formativas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, através do diagnóstico da situação e planeamento no

estágio I e II e da execução e avaliação das atividades planeadas durante o estágio III, com a finalidade de adquirir novos saberes.

A realização do PIS também nos possibilitou a aquisição de novas aprendizagens, o que nos permitiu desenvolver capacidades de análise e de reflexão através das etapas que constituem a metodologia de projeto

3-Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:

Ao desencadearmos atividades, de forma proactiva, para resolver o problema detetado e ao liderarmos o PIS e o PAC, no sentido de motivar e conduzir a equipa de enfermagem para elevados padrões de qualidade, e a participarem nas nossas atividades, mobilizámos esta competência.

Tivemos sempre presente um enquadramento teórico e conceptual do presente relatório, através do qual os cuidados de enfermagem foram orientados, funcionando também como fio condutor para a tomada de decisão, o modelo concetual de Meleis, pois temos consciência que é através da implementação de modelos teóricos, que orientam os cuidados de enfermagem, que conseguimos visibilizar os mesmos e assim mostrar a sua evidência perante equipas multidisciplinares.

Consideramos que de alguma forma nos constituímos elementos de referência, consultores para outros profissionais de saúde quando apropriado.

No Módulo Seminário de Peritos, a temática convergiu em torno do conceito de catástrofe, com o levantamento de questões acerca dos planos de emergência internos, tais como: se todos os elementos conhecem o plano de emergência interno da instituição e do próprio serviço? Quais os locais de reunião mais próximos em caso de Emergência/Catástrofe? Onde se localizam os extintores no serviço? Quando e como devem ser usados? Os conteúdos programáticos, assim como a sua discussão em contexto de aula, permitiu-nos mobilizar conhecimentos para a sessão formativa que realizamos sobre a evacuação de clientes em contexto de BO. No Módulo de Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas, foi possível verificar a função e importância das Comissões de Controlo de Infeção no plano organizacional hospitalar, retirando saberes para a prevenção do controle de infeção, ao longo da implementação do PIS. Com a concretização do PIS, desenvolvemos estratégias para que o problema potencial de infeção não se tornasse real e contribuimos assim para a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente no BO.

4-Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:

A tomada de decisão é um fator preponderante na qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes áreas de atuação.

De acordo com enunciado pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 10) “ ... a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática ... ”

Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo. Após efetuar a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001)

No desenvolvimento do PIS esteve implícita a tomada de decisão no sentido de se desenvolverem estratégias para atingir os objetivos propostos. Estabelecemos metas para a resolução de um problema detetado, que estava relacionado com a não Uniformização do Processo de Integração de Novos Enfermeiros do BO II, tendo sempre presente a perspetiva ética e deontológica.

O nosso PIS teve como principal objetivo contribuir para a qualidade do exercício profissional, no entanto é necessário uma avaliação da ação após a implementação do projeto, (por exemplo daqui a alguns meses, por não existir ninguém atualmente no serviço em processo de integração), para que sejam avaliadas as consequências deste trabalho. Foram traçadas metas/estratégias ao longo do projeto para que efetivamente os objetivos possam ser alcançados.

A concretização do PIS e do PAC de acordo com a metodologia de projeto foram fundamentais para o desenvolvimento desta competência. A fase de diagnóstico de situação, a fase de definição de objetivos, a fase de planeamento, as fases de execução/avaliação e a respetiva divulgação foram realizadas tendo sempre presentes a capacidade de interpretação, análise, inferência e autorregulação assim como raciocínio lógico, tendo desta forma permitido a sua realização.

O processo de tomada de decisão encontra-se desenvolvido num enfermeiro proficiente, mas é típico de um enfermeiro perito, permitindo a gestão de situações complexas de uma forma notável. (Benner, 2001)

5-Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:

Esta competência foi adquirida ao longo do desenvolvimento da metodologia de projeto, que se baseou na investigação e intervenção para resolver o problema detetado. Tal como nos refere Fortin (1999) ” A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos”. (p.15)

O desenvolvimento deste trabalho de mestrado, como já referimos, foi assente na metodologia de trabalho de projeto, desde a fase de diagnóstico da situação até à execução, a elaboração do PIS e do PAC foi norteadas em conhecimentos baseados na investigação, uma vez, que recorreremos às tecnologias da informação.

Para tal, foram mobilizados os conhecimentos teóricos lecionados na Unidade Curricular Investigação, bem como, no módulo Trabalho Projeto que permitiram o desenvolvimento da metodologia de projeto, e contribuíram para a realização das diferentes etapas que o caracterizam, desde o diagnóstico da situação até à divulgação.

Após o diagnóstico de situação com a aplicação de ferramentas diagnósticas (questionário) e de gestão (SWOT) foi identificado o problema, definindo-se objetivos e estratégias, entre elas a pesquisa, para os alcançar.

Assim, o PIS teve como ponto de partida, uma necessidade/problema, observado no serviço (falta de uniformização no processo de integração de novos enfermeiros no BO II), que foi convertida numa questão, formulada de um modo claro e exequível.

Foi com base na necessidade de informação que surgiu a pesquisa bibliográfica assente nos princípios da revisão sistemática da literatura. Essa busca teve início na definição de palavras-chave, seguida das estratégias de busca, onde foram definidas as bases de dados e outras fontes de informação a serem pesquisados.

Foram sendo selecionados estudos obedecendo a métodos de exclusão e inclusão, definidos no protocolo de pesquisa. Os critérios de inclusão foram definidos com base na pergunta que norteou a pesquisa, nomeadamente o tempo de busca, entre outros elementos de interesse.

De acordo com Ferrito (2007), não podemos exercer a prática clínica baseada em tradições e rotinas. É necessário fundamentar as nossas atividades em informação científica válida e eficaz, como a que se verificou na pesquisa bibliográfica efetuada no decorrer do PIS.

Esta pesquisa bibliográfica, assente em princípios da revisão sistemática da literatura, teve como principal objetivo aplicá-la à prática de enfermagem, facilitando a tomada de decisão, acerca dos cuidados a prestar a cada cliente. A utilização da evidência também contribuiu para provar com bases sólidas e credíveis as nossas ações, de modo a implementar as mudanças nas organizações.

É importante uma cultura da prática baseada na evidência e na informação científica, onde as preferências dos clientes, os recursos disponíveis e a competência clínica são incluídos no processo de tomada de decisão. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Foi com base nestes pressupostos que foi realizado o PIS. A melhoria da qualidade é apontada como uma meta a atingir tanto para os enfermeiros como para as instituições de saúde, contudo é essencial

que as instituições envolvam os profissionais nesses programas de qualidade, e os profissionais ao mesmo tempo se deixem envolver com a realização deste tipo de projetos.

A realização do PIS irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no BO, no âmbito da prática especializada da pessoa em situação crítica.

A utilização da metodologia de projeto juntamente com os contributos das evidências mais recentes na temática em questão permitiu-nos a elaboração de um PIS atual e pertinente, com um claro contributo para a prática.

De igual forma, a sua divulgação, através da difusão dos manuais de integração pelo serviço, baseado em fontes de conhecimento credíveis, assim como, a tentativa de publicar um artigo acerca do tema do projeto, numa revista de Enfermagem, será uma importante forma de contribuição para a prática de enfermagem baseada na evidência.

Segundo Ferrito (2007), a prática baseada na evidência ao permitir a revisão e a reconstrução do exercício profissional de enfermagem fundada em provas válidas, úteis e procedentes da investigação, constitui um instrumento facilitador para a melhoria da eficiência.

Gostaríamos ainda de salientar que durante a elaboração do PIS e PAC cumprimos com o descrito no artigo 78º do CDE (2009, p. 6547) “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade humana e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”

6-Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular:

Esta competência foi desenvolvida com a elaboração do PIS e do PAC, onde seguimos a metodologia de trabalho de projeto e que, portanto, engloba as fases acima descritas.

Além da frequência do MEMC foi importante, avaliarmos a pessoa em situação crítica, diagnosticarmos problemas, prescrevermos intervenções de enfermagem, aquando da sua avaliação, analisarmos os cuidados de enfermagem prestados e os problemas detetados, diagnosticando assim necessidades formativas da equipa.

Assim, durante a fase de diagnóstico do PIS aplicámos um questionário à equipa de enfermagem e observámos as suas práticas, detetando assim necessidades formativas.

Durante a execução do PIS e por forma a darmos resposta a uma das premissas enumeradas no Regulamento do MEMC, elaboramos um artigo sobre o Processo de Integração de Novos Enfermeiros do BO II de um Centro Hospitalar da Margem Sul, no âmbito da temática desenvolvida

no PIS no sentido de darmos a conhecer os conhecimentos adquiridos aquando da pesquisa bibliográfica efetuada para sua realização.

O desenvolvimento do PAC e a formação direcionada à equipa multidisciplinar foi um momento marcante, pois com as observações realizadas até ao momento, constatamos, existir maior rigor no que diz respeito aos “Cinco Momentos” de higienização das mãos, com a afixação no serviço, do póster sobre o modelo dos “Cinco Momentos” para a higienização das mãos intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança, dando assim, cumprimento à Circular normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010, que preconiza que “os profissionais de saúde devem proceder à higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), designado por os “Cinco Momentos ...”. (p.1)

Também a formação sobre a Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes que efetuámos à equipa multidisciplinar do serviço foi norteadada com o recurso à pesquisa bibliográfica baseada em trabalhos científicos, no sentido de melhorar a qualidade e segurança dos profissionais e clientes do BO II.

Assim aferimos que, as formações realizadas, formal ou informalmente, e promovidas no contexto do MEMC, foram pontos essenciais para as mudanças de comportamentos dos elementos das equipas a quem foram direcionados.

Com o trabalho desenvolvido no PIS e no PAC consideramos ter contribuído para a formação dos nossos pares, uma vez que em ambos os projetos foi realizada: análise diagnóstica da situação e identificadas as necessidades formativas, tendo estas sido ajustadas às necessidades dos profissionais de saúde, pois é necessário adequar a formação dos indivíduos às responsabilidades a que cada um é exigido. (Mão de Ferro, 1999)

A conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem encontram-se evidentes no processo de enfermagem da pessoa submetida a cirurgia, tendo o cuidado de potenciar esta como parte integrante do seu percurso, incorporando cuidados de enfermagem, tanto interdependentes como independentes.

Este mestrado revelou-se um investimento no domínio da atualização de conhecimentos necessários, à manutenção da apreciação por parte das equipas multidisciplinares, como sendo um elemento pró-ativo na consultadoria perante os restantes colegas, na resolução de eventuais situações problemáticas.

A análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação e pedagogia, foi bem clarificada ao longo do desenvolvimento do PIS assim como do PAC, bem como na orientação de estudantes em contextos de ensino clínico no nosso contexto laboral. Nestes papéis procuramos integrar não só os contributos da formação, mas igualmente as políticas de saúde inerentes ao local

onde ocorre o exercício de funções, de forma a ser alcançado o nível de excelência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, crónica e paliativa.

O presente mestrado cumpriu o desafio de anular as barreiras entre a prática profissional e o conhecimento académico, tal como evidenciado na conexão das atividades desenvolvidas, com as respetivas competências.

Por tudo o que desenvolvemos na área do PIS, PAC e pelo percurso formativo desenvolvido, consideramos ter adquirido as Competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

6. REFLEXÃO FINAL

Quando chegamos à fase da reflexão, sem dúvida vivenciada intensamente e em que, aprendemos muito, reafirmamos que, o concretizar objetivos e metas é sempre gratificante.

Assim, procuramos transmitir de forma clara, crítica e reflexiva as atividades que desenvolvemos durante os estágios a que nos propusemos.

Concretizar os momentos de aprendizagem no serviço onde trabalhamos parecia mais cómodo à primeira vista, porque não saímos da nossa área de conforto, embora corrêssemos o risco, de nos irmos “acomodar” o que não se veio a verificar, pois, constatámos que era necessário “acordar”, para novos processos de intervenção, suportados em evidências científicas atualizadas. Contudo a realização de um projeto no serviço onde gostamos de trabalhar deu-nos alguma motivação.

O enfermeiro que exerce funções no contexto de BO tem, necessidade de obter conceitos fundamentais para a sua prática, tais como, o saber-fazer e o saber-ser, promovendo um cuidar com qualidade e segurança inerente. Neste contexto, a contribuição para a integração dos enfermeiros no BO II, floriu como objetivo no desenvolvimento do PIS, afim de objetivar a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia do foro ortotraumatológico.

Como refere Mão de Ferro (1999) “É preciso adequar a formação dos indivíduos às novas exigências do mundo do trabalho, ao desafio das novas tecnologias e às novas responsabilidades que a cada um são exigidas” (p.15).

Os projetos desenvolvidos assentaram nos conhecimentos produzidos pela Teórica de Enfermagem Afaf Meleis e a sua Teoria das Transições, que se revelou adequada, no sentido em que os seus pressupostos permitiram uma consideração fundamentada da prática de enfermagem em ambientes complexos, como aquele em que decorreram os estágios.

A elaboração do PIS foi explanada de acordo com a metodologia de projeto, desde a avaliação diagnóstica da realidade do local de intervenção, ao planeamento das atividades, à sua execução e finalmente à avaliação, que neste caso em particular não foi concretizada, pela inexistência de enfermeiros em processo de integração no serviço na fase final da execução do PIS.

Como constrangimentos para a realização do PIS podemos apontar a gestão do tempo, no entanto, a perseverança sempre se manteve e as limitações foram-se superando com resiliência. Por outro lado, o facto de não termos muitos conhecimentos sobre investigação no que concerne à elaboração de questionários, análise de projeto -SWOT, bem como em relação à estrutura da metodologia de projeto, diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação e também em relação às questões éticas da investigação que daí surgiram como o consentimento informado e

pedidos de autorização, levou-nos a que tivéssemos que desenvolver uma pesquisa mais exaustiva do que a prevista inicialmente.

Todavia, a ajuda da professora orientadora e da enfermeira orientadora, assim como os aporte teóricos das aulas foram essenciais para percorrer esse “longo” caminho. Pois de acordo com Fortin (1999) “ A investigação científica é em primeiro lugar ... um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. “ (p.17) “...serve para descrever acontecimentos, verificar dados ou hipóteses... O rigor e a sistematização devem estar presentes em qualquer investigação. ” (p.23)

Os objetivos estabelecidos para os estágios, foram alcançados, através da realização da descrição crítica e reflexiva de cada uma das etapas do PAC, excetuando a realização da formação sobre o simulacro no contexto de BO, por falta de tempo e de agendamento no plano de formação do serviço. Com a implementação do PIS no BO foi dada uma resposta válida a um problema identificado e corroborado pela equipa de enfermagem, “Falta de Uniformização no Processo de Integração de Novos Enfermeiros do BO II”, através da elaboração de um Manual e Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no BO II.

A frequência do MEMC foi estimulante para o nosso crescimento pessoal e profissional, enriquecido pela componente teórica, que reflete o virtude das matérias herdadas nas diversas unidades curriculares sem as quais esta reflexão ficaria empobrecida, mas também pelos momentos de aprendizagem em estágio e pelo incitamento para a realização da revisão da literatura, demonstrando a execução de um dos objetivos deste relatório, o de efetuar a ligação entre a componente teórica e a prática.

Assim no presente relatório, encontra-se descrita a reflexão acerca do contributo da componente teórica dos módulos lecionados nas unidades curriculares que constituíram os três semestres do MEMC, para fundamentação da prática profissional. Evidenciamos também os módulos lecionados no último semestre, desde os módulos cujos conteúdos proporcionaram luz sobre a metodologia de projeto, passando por aqueles que objetivaram o desempenho técnico junto da pessoa em situação crítica ou ainda os que levaram à compreensão dos processos de crise e de maior sofrimento, onde é imprescindível um maior comparsaria quer do próprio quer da família.

Ao longo deste mesmo relatório, apresenta-mos uma situação-problema, através de um diagnóstico de situação, pertinente na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como o respetivo mapa de planeamento, com as melhores estratégias definidas para solucionar essa situação, tendo em conta os recursos necessários. Nos capítulos finais do presente relatório, foi possível fundamentar as atividades desenvolvidas no processo de aquisição de competências, desenvolvendo o sentido crítico perante as situações vivenciadas.

Consideramos como outro objetivo deste processo, a descoberta do perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crônica e Paliativa e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, identificando como características principais, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem; na capacidade de desenvolver de forma autônoma processos de aprendizagem ao longo da vida, na dinamização da equipa multidisciplinar com a intenção da resolução de problemas dentro da área de competência, para desenvolver a capacidade de tomada de decisão e raciocínio através da argumentação ética, legal e científica fundamentada em evidência científica, um espírito contínuo de liderança, bem como a promoção do pensamento reflexivo e crítico, que o mestre deve contribuir, sustentar e promover.

Neste contexto o presente percurso formativo formalizou o desejo de elaborarmos um artigo que correspondesse ao tema do projeto desenvolvido. Sendo assim, o artigo foi designado como “Processo de Integração de Novos Enfermeiros do Bloco Operatório de um Centro Hospital da Margem Sul”, que apresentamos em apêndice e que resultou da pesquisa desenvolvida para a compreensão e contextualização destes fenômenos no âmbito do PIS e que vamos tentar publicar numa revista de enfermagem.

Apesar de reconhecer que foram atingidas as competências enunciadas e apresentadas, sinto que a ambição é promotora do êxito, existindo por isso motivação para a continuidade da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica. Pois é através da formação que conseguimos adquirir competências e tomar decisões de forma assertiva, realizarmos processos de empreendedorismo e proatividade, de forma a atingirmos Cuidados de Enfermagem de Qualidade e Excelência.

Nesse âmbito e como entende-mos que a formação conduz à mudança, a realização deste relatório foi essencial para o nosso crescimento pessoal e profissional, pelas reflexões críticas acerca da praxis diária, dos saberes e experiências adquiridas em contexto de estágio, tendo contribuído para o aprofundamento das Competências do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. De acordo com o explanado, consideramos cumpridos os objetivos delimitados para o presente trabalho de projeto.

Esperamos que este nosso trabalho, ajude a compreender, o nosso percurso ao longo da frequência do 3º Mestrado em EMC e por outro lado, que o mesmo, após a sua discussão através de Provas Públicas, nos permita adquirir o Título de Mestre em EMC.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W., C. (2008). Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Coimbra: Formasau.
- AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2005). Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda
- Alfaro, R. (2005). Aplicação do processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Alvarenga, R. (2009). Cuidados paliativos domiciliar: percepções o Paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá.
- Andreson, J.E., Yoder, K.K., Kaufman, J.S. (1990). In Phipps, Sands & Marek Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. (pp.61-72). Loures: Lusociência
- AORN - Association of Perioperating Registered Nurses (2004). Standards, recommended practices, and guidelines. USA: AORN
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Biscaia, J. (1999). A morte no recém- nascido. Cadernos de Bioética. 12, p.47.
- Biscaia, J. (2000). Qualidade em saúde uma perspetiva concetual. Revista Qualidade em Saúde Pública.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in Nursing. Gathersburg: Advances in Nursing Science.vol.1.
- Carroll, T. (2007). Manage yourself for a more Fulfilling Career. In Jones, R., Leadership and Management: theories, processes and practice, 22 (pp.360-374). Philadelphia: F.A.Davis Company.
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica - os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidata.
- Chiaveneto, I. (1989). Recursos humanos na empresa. São Paulo: Atlas.
- Chick, N., Meleis A., A (1986) Transitions a nursing concern. In Meleis, A. (2010) Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Nova lorque: Springer Publishing.
- CHMS, EPE (2011). Política da Comissão de Controlo da Infeção.
- CHMS, EPE (2011). Regulamento da Comissão de Controlo da Infeção.
- Colley, S (2003). Nursing Theory: its importante to practice (pp.17-46). Nursing Standard.
- Collière. M. F., (2003). Cuidar... A primeira arte da vida. (2ª ed.). Loures: Lusociência

- Costa, D. (1990). Plano de Cuidados no Bloco Operatório. Divulgação. Porto. Ano IV: 16.
- Costa, M. (2009). Refletindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. *Revista Nursing* vol.251 (pp.36-42).
- Costa, P. L. M. (2013). Relatório de Trabalho de Projeto- Intervenções em Enfermagem na Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (Relatório de trabalho de projeto para obtenção de Grau de Mestre). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal, Portugal.
- Deodato, S. (2008). Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra: Almedina.
- Diário da República, Código Deontológico Enfermeiros. Ministério da Saúde (1998). Decreto- Lei nº 104/98 de 21 de Abril. Diário da República nº 93 – I Série A. Lisboa.
- Diário da República nº 35 – II Série nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Dicionário Básico Ilustrado Da Língua Portuguesa (2013). Porto, Portugal: Porto Editora, Lda.
- Direção Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: PNCI.
- Doenges, M., Moorhouse, M. (1999). Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- ESS/IPS. (2014/2015). Guia para a elaboração do Relatórios de Trabalho de Projeto/Estágio: 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Setúbal: Departamento de Enfermagem.
- ESS/IPS. (2014/2015). Guia de Curso: 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Setúbal: Departamento de Enfermagem.
- Fernandes, A.P.G., Galdes, J.P.M., Batista, M.P.J., & Alves, P.M.S. (2010). Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Sinais Vitais*, 92,50-55.
- Ferreira, J. M. C., Neves, J., & Caetano, A. (2001). Manual de Psicossociologia das Organizações. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Ferrito, C. (2007). Enfermagem baseada na evidência: Estudo piloto sobre Necessidades de Informação Científica para a prática de Enfermagem. *Revista Percursos*, 3, 36-40.
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M.A. & Estudantes, 7º CLE (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percurso*, 15,2-22.
- Figueiredo. (1997). Trabalho em equipa, o contributo dos enfermeiros. *Revista Sinais Vitais*: 10.p.19
- Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures, Portugal: Lusociência.

- França, A. P. (2012). A consciência Bioética e o Cuidar. Coimbra: Formasau.
- Gameiro., M. G. L. (2011). Balanced Scorecard em Instituições Hospitalares: Esboço para o Bloco Operatório (Dissertação para obtenção do Grau de Mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Lello, J., Lello, H. (1978). Dicionário Ilustrado. Porto: Edições Lello & Irmãos Editores
- Lopes, M. (1999). Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: alguns dados e implicações. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Mão., F. A. (1999). Na Rota da Pedagogia. Lisboa: Edições Colibri.
- Meleis, A. (1991). Theoretical nursing: Development & Progress. (2ª ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Meleis, A. I. (2010). Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing: Deveolpment& Progress. 5ªed: Pennsylvania
- Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano & J. Vala. Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas. 3ª Edição. Lisboa: Editora RH.
- Neto, I. G., Aitken, H. H., & Paldron, T. (2004). A Dignidade e o Sentido da Vida (1ª ed.). Cascais: Editora Pergaminho.
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. Nursing:219 (pp. 7-11).
- Nunes, L. (2011). Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Nunes, Ruivo, A., Lopes, J. (2014). Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres. 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Departamento de Enfermagem: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola superior de Saúde, Setúbal, Portugal.
- Nunes., Ruivo, A., Lopes, J. (2014). Guia para a elaboração do Relatório de Estágio I e II. 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Departamento de Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Portugal.
- Nunes., Ruivo, A., Lopes, J. (2014). Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres. 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Departamento de Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal, Portugal.
- Nunes., Ruivo, A., Lopes, J.(2014). Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Departamento de Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados descritivos. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006a). Tomada de posição sobre a segurança do doente.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006b). Tomada de posição sobre investigação.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª série, nº35, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº124/2011: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República, 2ª série, nº35, 8656-8657.
- Ordem Dos Enfermeiros (2011). *CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 2*. Portugal. Estúdios Lusodidacta, Lda.
- Ordem Dos Enfermeiros (2012). Repe e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: Ordem dos Enfermeiros.
- Pisco, L., Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático n.º 2.
- Ross,E.,K. (1996).Sobre a Morte e o Morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiros,religiosos,e aos seus próprios parentes (7ª ed.).São Paulo, Brasil: Martins Fontes Editora, Lda.
- Santos, A. (2004). A importância da Ética na Investigação. (pp.627-644).
- Silva, A. M. B., Carvalho, C. M. G. (2002). Integração do enfermeiro numa organização hospitalar. *Nursing*. Ano 14:164. p. 16-20.
- Thomas,L.,V. (1995). Antropologia: Paisagens e rios Selvagens. Porto: Porto Editora.
- UNAIBODE (2001). *Práticas e referências de enfermagem de Bloco Operatório*. Loures: Lusociência.
- Wilson, J. (2003). Controlo de Infeção na Prática Clínica. (2ª ed.) Loures: Lusociência.
- WHO - World Health Organization (2009). World Alliance for Patient Safety. 1ª Edição. Geneva: Forward Programme.

ELETRÓNICAS

- Almeida, F. (2006). A Morte no Ciclo Vital-Morte em Pediatria (pp.14-15). VI Seminário do Conselho Jurisdicional, 20: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
 - http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf
- CHMS, EPE (2011). Regulamento CHMS, EPE. Disponível em <https://www.hsb-setubal.min-saude.pt>
- Conceito. de. Disponível em <https://www.conceito.de/integracao>.
- Conceito. de procedimento. Disponível em <http://conceito.de/procedimento>
- Conceito. de relatório. Disponível em <http://conceito.de/relatorio>
- Conceito. de Saúde. Disponível em: <http://conceito.de/saude>
- Deodato, S. (2010). Supervisão de Cuidados: Uma Estratégia Curricular Em Enfermagem: Revista Percursos, 18,3-7. Disponível em: http://www.ips.pt/ess_si/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=5563
- Direcção Geral Saúde (2003). Circular Normativa N.º9/DGCG de 14/06/2003: *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Disponível em <http://www.esscvp.eu-LinkClick.aspx?fileticket=ZF-As0HboZY%3D&tabid=193&mid=1377>.
- Direcção Geral da Saúde (2009). Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009. [em linha]. (s.l.): 2010b. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=1631>
- Direcção Geral da Saúde (2010). Orientação N.º07/2010. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Disponível em <http://www>
- Esteves, A.M.T. (2012). A construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Ciências Empresariais, Setúbal, Portugal. Recuperada de <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4647>
- Esteves, A.M.T. (2012). A construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Ciências Empresariais, Setúbal, Portugal. Recuperada de <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4647>
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol.10 (pp.17-26). Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/pdf/13189855/H300/>
- Grimm, J., W. (2010). Effective Leadership: Making the Difference vol.36(pp.74-77): Journal of Emergency Nursing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2008.07.012>

- Infopédia. Enciclopédia e Dicionários: Porto Editora. Recuperado de <https://www.infopedia.pt/pesquisa-global/empreendedorismo>
- Laranjeiro,A.Soldado,J. (2010). Plano de Emergência: Colégio N.ª Sra. Da Apresentação. (5.ª Ed.).Calvão: Vagos. Acedido em 30 janeiro 2015 em: <http://colegiocalvao.ccems.pt/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=15>
- <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/circulares/circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqdsd-de-14-de-junho-pdf.aspx>.DGS 2010
- Lourenço,M.R.&Trevizan,M.A. (2002).Liderança situacional: Análise de Estilo de Enfermeiros-Líderes vol.15, (pp.48-52) Paul Acta. Enf. Disponível em: <http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo143fin.pdf>
- Macedo, M.R. (2012). Supervisão na Integração de Enfermeiros à Luz do Modelo Bioecológico (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado em 30 de Dezembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- Nunes, L. (2006).II Congresso Ordem dos Enfermeiros: Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 29 de janeiro de 2015,em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_29_mai_2008.pdf.
- Nunes, L. (2008). Fundamentos Éticos da Deontologia Profissional. Disponível em:https://www.academia.edu/3510428/Fundamentos_eticos_da_deontologia_profissional
- Oliveira,J.,B.,H. (1999). Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis personologias e representação da morte, “ Psicologia Educação e Cultura vol.II,2.Porto:Carvalhos.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos.* Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros (2004). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 124/2011de 18 de Fevereiro de 2011.* Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Ordem Dos Enfermeiros (2004). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21-04.* Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Ordem Dos Enfermeiros (2004). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011.* Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

- Ordem dos Enfermeiros (2006). Desenvolvimento profissional - que futuro? certificação de competências e especialidades. Lisboa: Portugal. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ExpressOE_Set_2006.Pdf
- Ordem Dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de posição da OE sobre Consentimento informado*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros - Comissão de Formação. (2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados.
- Ordem Dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/projectos/Paginas/Padr%C3%B5esdeQualidadedoscuidadosdeEnfermagem.aspx>
- Ordem Dos Enfermeiros (2011). Carreira de enfermagem. Decreto-Lei n.º 437/91 de 08-11. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica>.
- Pereira, A.L., Bachion M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, Brasil. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4633/2548>.
- Pinto, P. (2008). A Gestão Integrada dos Recursos Humanos: Integração e Acolhimento (Relatório de Estágio para obtenção de Grau de Mestre). Instituto Politécnico de Coimbra, Instituto Superior de Engenharia de Coimbra, Departamento de Engenharia Química e Biológica, Coimbra, Portugal. Disponível em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/.../DM-SPJSB-2013.pdf>
- Ribeiro, O. P., Carvalho, F.M., Ferreira. M., Ferreira, P.J.M. (2006). Qualidade dos Cuidados de Saúde Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>.
- Sampaio, R. F., Mancini, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para a síntese criteriosa da evidência científica: vol. XI (pp. 83-89).Revista Brasileira de Fisioterapia. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>

- Silva, A., M., V., A. (2006). A Morte vista da Urgência (pp.46-51). VI Seminário do Conselho Jurisdicional, 20: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf
- Silva, J.M.S.G. (2013). Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um hospital (Relatório de trabalho de projeto para obtenção de Grau de Mestre). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal, Portugal. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4757>
- Silvestre, M.C.J. (2012). Integração de Enfermeiros em Instituições Hospitalares: Estudo de Caso (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/10448>
- Who. (2009). Disponível em: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

(Ficha Diagnóstico de Situação do PIS)

Definição do Problema

Estudante: Paula Fernanda de Sá Pinto e Araújo
Instituição: Centro Hospitalar da Margem Sul.
Serviço: Bloco Operatório II /Unidade Cuidados Pós-Anestésicos II
Título do Projeto: Processo de Integração de Novos Enfermeiros do Bloco Operatório II de um Centro Hospitalar da Margem Sul
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha Inserido no estágio I e II do 3º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pretendemos desenvolver um projeto de intervenção em serviço (PIS) no Bloco operatório II (BO) de um Centro Hospitalar da Margem Sul (CHMS), no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I. Pretendemos desenvolver um PIS na área de integração de novos Enfermeiros do BO II do CHMS. As razões da escolha por esta área, prendeu-se com o facto de após alguma reflexão sobre a dinâmica do serviço, pensar que a inexistência de uma ferramenta de apoio, (procedimento e manual de integração), para a realização das integrações aos novos enfermeiros do serviço, possam conduzir a integrações incompletas e mal planeadas o que pode condicionar a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e a própria satisfação profissional da equipa multidisciplinar. Esta problemática representa também um aumento do risco de erro por parte de elementos que já deveriam estar totalmente integrados. O processo de integração beneficia da utilização de ferramentas de apoio, tal como um manual de integração. Para Coelho & Lourenço (2004) o manual de integração <i>“é um instrumento importante na medida em que fornece orientações, por escrito, aos elementos da equipa de enfermagem, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo o processo.”</i> (p.22) Com a realização deste Projeto propomo-nos a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem porque, ao integrar novos enfermeiros no BO “...devemos pensar sempre em estabilidade, de modo a garantir a segurança do doente e a satisfação profissional do novo elemento.” (AESOP, 2006, p.287) Esta também é uma área de interesse para mim, uma vez que, como também exerço funções de gestão no serviço também coadjuvo nos processos de integração de novos enfermeiros.
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema A inexistência de documentos orientadores relativos ao processo de integração de novos enfermeiros no serviço do Bloco Operatório II do CHMS.
Análise do problema O Hospital y é um hospital vocação cirúrgica e está dependente de serviços de apoio sediados no Hospital x que se localiza a cerca de 10 km de distância. Tem como missão, disponibilizar serviços/condições para a realização da atividade cirúrgica com segurança e qualidade, no âmbito das patologias do foro ortotraumatológico do aparelho locomotor, à população da área influência do CHMS (CHMS, 2010,p.6). O BO II do CHMS sofreu várias alterações na sua estrutura física e organizativa ao longo dos anos. Estas alterações visam melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população e melhorar as condições de trabalho dos profissionais. A equipa de enfermeiros que exerce funções no BO II do CHMS é constituída por vinte e dois enfermeiros, em que dois dos enfermeiros têm funções de gestão e os restantes prestam cuidados diretos e encontram-se distribuídos pelo Bloco Operatório, Unidade Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA II) e Unidade Cirurgia de Ambulatório (UCA II). As atividades inerentes ao BO II do CHMS abrangem as fases pré, intra e pós operatórias das patologias do foro ortotraumatológico assim como as do foro médico associadas, e que tem que ver com lesões do sistema músculo-esquelético e correção de sequelas de diversas patologias inerentes a este foro. No âmbito do nosso exercício profissional, temos colaborado com a integração de enfermeiros, e constatamos que neste processo não existem documentos orientadores. O que nos parece que pode comprometer a segurança dos cuidados, bem como a satisfação dos próprios profissionais. Por outro lado, após entrevista exploratória que consiste <i>“ (...) um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.”</i> Fortin (1999,p.245) com a Sr. ^a Enf. ^a Coordenadora e também nossa Enf. ^a Orientadora concluímos que a mesma também manifesta preocupação relativamente a esta lacuna, e acrescenta que a existência de um documento orientador auxiliar ao processo de integração poderia facilitar a uniformização do processo de

integração, bem como a sua avaliação, e por outro lado contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

A procura da qualidade é uma questão atual e complexa, sendo uma prioridade para as instituições de saúde que a praticam e para os profissionais que as integram. Também o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em 2001 nos diz que " (...) a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem (...) constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros." (p.12).

A importância do processo de integração de novos enfermeiros nas instituições também é salientada pela Comissão de Enfermagem do CHMS (2005) que nos diz que a "promoção dos processos de acolhimento institucional e integração de novos enfermeiros;" (p.3).

Segundo a Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2006) " (...) todas as pessoas que ingressam numa organização irão ser submetidas a um processo de socialização e de integração, fundamental para o desempenho adequado das suas actividades dentro da organização." (p.13).

Com o objetivo de conhecer a opinião da equipa de enfermagem acerca da pertinência deste tema, aplicamos um questionário para esse fim e que consiste em "...colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes." Fortin (1999, p.245), com o respetivo consentimento informado pois segundo o mesmo autor, " (...) O consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida (...) Para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação. A informação é a transmissão dos elementos essenciais à participação dos sujeitos. (...)" (p.120), de forma a garantir todas as questões éticas, aos enfermeiros envolvidos no processo (enfermeiros do serviço intervenientes no período de integração que decorreu entre 2013-2014), que após pedido de autorização à Sr.ª Enf.ª Diretora do CHMS, foi aplicado no período de 12 a 13 de Maio de 2014. O mesmo era composto por 7 questões fechadas, foi utilizada uma escala de likert para 5 das questões fechadas e questões do tipo dicotómicas para as restantes 2 perguntas do questionário e visava envolver a equipa, pois qualquer projecto realizado, só terá sucesso se a equipa estiver motivada e envolvida no mesmo.

Recolhidos os questionários procedemos ao tratamento de dados através do programa SPSS 20 (Apêndice I).

Assim dos resultados obtidos podemos constatar que quando colocada as questões: "O período de integração no BO deve decorrer num período de 1 ano?", 16.6% dos enfermeiros considera bastante importante, 33.4% importante e 50 % muito importante. - "O período de integração deve ter momentos de avaliação onde possam ser debatidos alguns aspetos significativos?", 100% dos enfermeiros considera ser bastante importante. - "No final do período de integração o enfermeiro integrador e integrado devem preencher um documento e assinar como o processo de integração está finalizado?", 33.4% dos enfermeiros considera muito importante e 66.6% bastante importante. - "O integrador deve ser sempre o mesmo no decorrer da integração?", 100% dos enfermeiros considera ser bastante importante. - "O enfermeiro integrador deve: Ser disponível", 100% dos enfermeiros considera ser bastante importante. - "O enfermeiro integrador deve: Possuir conhecimentos", 100% dos enfermeiros considera ser bastante importante. - "O enfermeiro integrador deve: Possuir experiência profissional", 33.4% dos enfermeiros considera ser muito importante e 66.6% bastante importante. - "O enfermeiro integrador deve: Ser um elemento com um papel significativo na equipa", 16.6% dos enfermeiros considera ser bastante importante, 33.4% muito importante e 50% importante. A questão da parte II do questionário "Acha que um guia de integração com um plano de integração melhora o período de integração do profissional?", 100% dos enfermeiros considera que sim. - "Considera importante haver procedimentos de actuação que possam ser consultados pelo enfermeiro no decorrer do período de integração?", 100% dos enfermeiros também consideram que sim. Assim face aos resultados obtidos podemos inferir que a equipa considera importante que haja documentos orientadores para a integração dos novos enfermeiros admitidos no serviço.

No sentido de perceber a viabilidade de um PIS na área de integração de novos Enfermeiros do BO II do CHMS construímos uma análise de Swot que é uma etapa de análise, que consiste na conjugação das iniciais das palavras Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças), onde foram examinados fatores facilitadores e inibidores do projeto, sob uma leitura interna das nossas forças e fraquezas e uma externa das oportunidades e ameaças, dos quais temos a destacar como pontos fortes ser um projeto do interesse da chefia e equipa de enfermagem e não acarretar custos adicionais. Como oportunidades contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados, uniformizar o período de integração de novos enfermeiros e contribuir para um melhor desempenho da equipa de enfermagem. Como ameaças a desmotivação da equipa face conjuntura sócio económica do país e como fraquezas a não entrada de novos enfermeiros para o serviço impossibilitando a implementação do manual de integração. Assim pela análise Swot é possível concluir que a intervenção em serviço é viável.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

- Falta de um Manual de Integração;
- Falta de um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do BO II do CHMS.

Determinação de prioridades

- Elaborar um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do BO II do CHMS;

- Elaborar um Manual de Integração de Novos Enfermeiros no BO II.

OBJETIVO GERAL

- Uniformizar o Processo de Integração de Novos Enfermeiros do BO II.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar um Manual de Integração dos Novos Enfermeiros no BO II do CHMS;
- Elaborar um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do BO II do CHMS.

Referências Bibliográficas

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda

Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2010). Plano Acção do Bloco Operatório II, Ano 2010.

Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2005). Política de Enfermagem.

Coelho, R.M.A, & Lourenço, A.R. (2004). Integração dos Enfermeiros na equipa de saúde. *Nursing*. Ano 15:192.p.16-23.

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Divulgar Ano 2001: p.12.

Data: 15/05/014

Assinatura: Paula Araújo

APÊNDICE II

(Questionário de Diagnóstico)

QUESTIONÁRIO

No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico- Cirúrgica I, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde integrada no Instituto Politécnico de Setúbal, pretendo desenvolver um PIS na área da integração de novos enfermeiros. Sob orientação da Sra. Enf.^a Teresa Anjos (Enfermeira do CHS, EPE) e Prof. Elsa Monteiro (docente da ESS do IPS).

Para realizar este projeto, considero de extrema importância auscultar a opinião dos enfermeiros intervenientes no período de integração que decorreu entre 2013-2014 relativamente a este processo.

Para tal, torna-se crucial a sua colaboração no que concerne ao preenchimento do questionário que se segue e que visa conhecer a sua opinião acerca do processo de integração. A primeira parte do questionário é constituída por um conjunto de perguntas do tipo fechado, que pretende conhecer, a sua opinião em relação a como o período de integração no BO deve decorrer e quais as características que o enfermeiro integrador deve ter.

A segunda parte do questionário também é constituída por questões fechadas do tipo dicotómicas, onde se pretende conhecer, a sua opinião, relativamente à existência de guias orientadores facilitadores ao período de integração.

Desde já me comprometo que Será respeitada a livre opinião de cada um dos entrevistados e assegurada a total confidencialidade das respostas obtidas.

As informações obtidas através deste questionário serviram exclusivamente para a realização deste projeto.

PARTE I

Numa escala do tipo Likert em que 5 corresponde a bastante importante e o 1 nada importante assinale com um X o grau de importância que atribui relativamente ao período de integração:

1 - O período de integração no BO deve decorrer num período de 1 ano?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito Importante	Bastante importante
-----------------	------------------	------------	------------------	---------------------

2 - O período de integração deve ter momentos de avaliação onde possam ser debatidos alguns aspectos significativos?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito Importante	Bastante importante
-----------------	------------------	------------	------------------	---------------------

3 - No final do período de integração o enfermeiro integrador e integrado devem preencher um documento e assinar como o processo de integração está finalizado?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito Importante	Bastante importante
-----------------	------------------	------------	------------------	---------------------

4 - O integrador deve ser sempre o mesmo no decorrer da integração?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito Importante	Bastante importante
-----------------	------------------	------------	------------------	---------------------

5 - O enfermeiro integrador deve:

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito Importante	Bastante importante
Ser disponível					
Possuir conhecimentos					
Possuir experiência profissional					
Ser um elemento com um papel significativo na equipa					

PARTE II

Esta parte do questionário é constituída por perguntas do tipo fechado e pretende conhecer a sua opinião relativamente à existência de guias orientadores facilitadores ao período de integração.

1 -Acha que um guia de integração com um plano de integração melhora o período de integração do profissional?

Sim _____

Não _____

2 - Considera importante haver procedimentos de actuação que possam ser consultados pelo enfermeiro no decorrer do período de integração?

Sim _____

Não _____

Muito obrigado pela sua colaboração e tempo despendido.

APÊNDICE III

(Consentimento Informado)

Consentimento Informado

Caro colega:

Sou Paula Araújo, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico Setúbal, e pretendo desenvolver um projeto de intervenção em serviço no Bloco operatório II CHMS subordinado ao tema “Processo de integração de novos Enfermeiros no Bloco operatório II”, inserido no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico- Cirúrgica I. Para tal, torna-se crucial a sua colaboração no que concerne ao preenchimento do questionário que se segue e que visa conhecer a sua opinião acerca do processo de integração. A sua participação é crucial para saber o que pensa acerca da pertinência desta temática, e as suas informações são estritamente confidenciais na medida que os seus resultados serão codificados e somente utilizados neste projeto. Como tal, a sua participação será voluntária, e caso o entenda poderá interrompê-lo a qualquer momento.

Depois de ler as explicações acima referidas, declaro que (assinale a opção):

Aceito responder a este questionário. _____

Não aceito responder a este questionário. _____

Desde já o meu muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,
Paula Araújo

APÊNDICE IV

(Pedido de Autorização)

Exma. Sr.^a Enfermeira Diretora do

Enfermeira OF

Eu, Paula Fernanda de Sá Pinto e Araújo, a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico Setúbal, encontro-me a realizar estágio no Bloco Operatório II do Hospital Y.

Como tal, após validada temática com a Enf.^a Chefe do serviço supracitado pretendo realizar um PIS na área do Processo de Integração de novos Enfermeiros do Bloco Operatório II, sob a orientação da Sra. Enfermeira TA e da Prof. Elsa Monteiro (docente da ESS do IPS).

Neste, sentido, pretendo conhecer a opinião da equipa de enfermagem do Bloco operatório II do CHMS através da aplicação de um questionário.

Por esse motivo, venho solicitar autorização deste instrumento e respetivo consentimento informado que se encontra em anexo, comprometendo-me desde já a respeitar todas as questões éticas inerentes a um estudo desta natureza.

Sem outro assunto

Os meus respeitosos cumprimentos

Setúbal, 5 de Maio de 2014

Atenciosamente,

(Prof.^a Elsa Monteiro)

Contacto da Escola: 265 709395

(Paula Araújo)

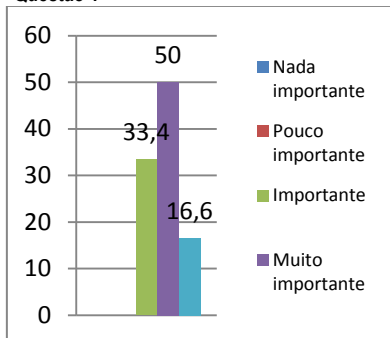
Contacto Pessoal: 963428748

APÊNDICE V

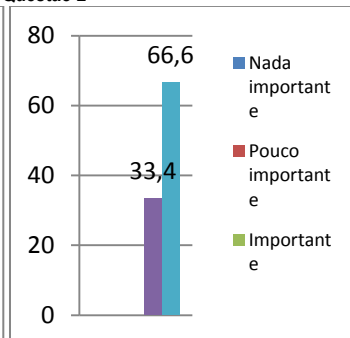
(Tratamento Dados do Questionário de Diagnóstico)

Parte I do Questionário

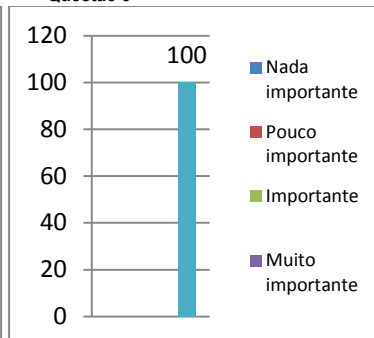
Questão 1



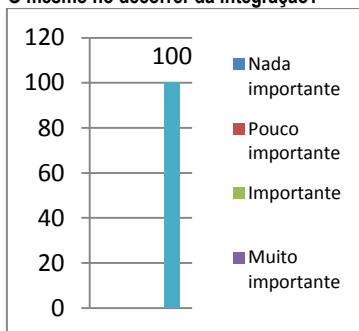
Questão 2



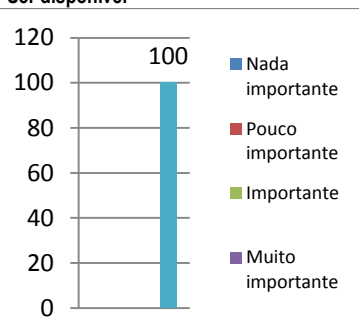
Questão 3



Questão 4- O integrador deve ser sempre O mesmo no decorrer da integração?



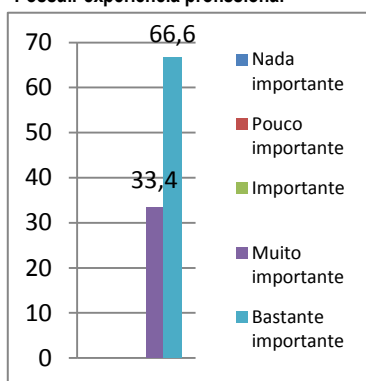
Questão 5- O enfermeiro integrador deve: Ser disponível



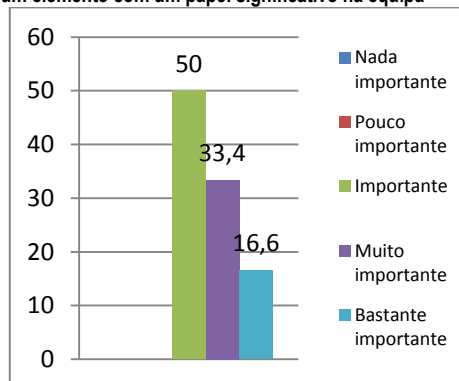
Questão 5- O enfermeiro integrador deve: Possuir conhecimentos



Questão 5- O enfermeiro integrador deve: Possuir experiência profissional

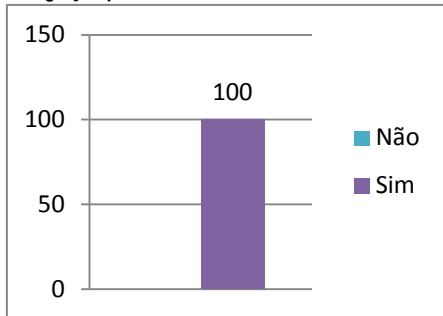


Questão 5- O enfermeiro integrador deve: Ser um elemento com um papel significativo na equipa

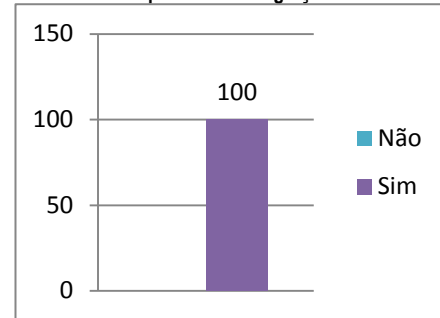


Parte II do Questionário

Questão 1 – Acha que um guia de integração com Um plano de integração melhora o período de Integração profissional?



Questão 2- Considera importante haver procedimentos de atuação que possam ser consultados pelo enfermeiro No decorrer do período de integração?



APÊNDICE VI

(Análise Swot)

ANÁLISE SWOT

Pontos Fortes <ul style="list-style-type: none">-Projeto do interesse da chefia e equipa de enfermagem;-Não acarretar custos adicionais.	Fraquezas <ul style="list-style-type: none">-Não entrada de novos enfermeiros para o serviço impossibilitando a implementação do manual de integração.
Oportunidades <ul style="list-style-type: none">-Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados;-Uniformizar o período de integração de novos enfermeiro;-Contribuir para um melhorar desempenho da equipa de enfermagem.	Ameaças <ul style="list-style-type: none">-Desmotivação da equipa face à conjetura sócio económica do país.

SWOT

APÊNDICE VII

(Planeamento do Projeto do PIS/Cronograma)

Planeamento do Projeto

Estudante: Paula Fernanda de Sá Pinto e Araújo	Orientador: Prof. Elsa Monteiro e Enf. ^a TA
Instituição: CHMS, E. P.E-Hospital Y	Serviço: BO II
Título do Projeto: Processo de Integração de Novos Enfermeiros do Bloco Operatório de um Centro Hospitalar da Margem Sul	
Objetivos: <u>OBJETIVO GERAL</u> - Uniformizar o processo de integração de novos enfermeiros do BO II do CHMS. <u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> - Elaborar um Manual de Integração dos Novos Enfermeiros no BO II do CHMS; - Elaborar um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no serviço do BO II do CHMS.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção	
Para a execução do projeto será necessário articular com: - Prof. ^a Elsa Monteiro, como docente - Sra. Enfermeira Coordenadora do serviço do Bloco operatório II do CHMS – Enf. ^a TA - Sra. Enfermeira Orientadora do estágio – Enf. ^a TA - Equipa de Enfermagem do BO II do CHMS	

Data: 30/06/2014

Assinatura : Paula Araújo

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Objetivo 1 Elaborar um Manual de Integração dos Novos Enfermeiros no BO II do CHMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Manuais de integração; - Fármacos mais usados em BO II durante a indução anestésica; - Posicionamentos em mesa ortopédica; • Elaboração de um Manual de Integração de novos enfermeiros no serviço; • Apresentação do Manual de Integração à Prof. Orientadora, Enf.ª Coordenadora e Orientadora no serviço a fim de recolher sugestões; • Introdução de alterações, caso necessário; • Realização do pedido de implementação do Manual de Integração de novos enfermeiros no serviço; • Apresentação do Manual de Integração aos enfermeiros que participam no processo de integração do serviço como integradores, • Implementação do Manual de Integração de novos enfermeiros no serviço. 	<p>Professora orientadora e Enf.ª Orientadora; Enfermeiros do serviço.</p>	<p>Suporte informático; internet; base de dados. Suporte bibliográfico; livros; artigos; revistas científicas.</p> <p>Suporte informático, impressora e suporte papel.</p>	<p>Vai de Março de 2014 a Janeiro 2015.</p>	<p>Manual Integração, para ser utilizado como ferramenta de apoio pelos enfermeiros (integrador/integrante) em processo de integração no serviço</p>

<p>Objetivo 2 Elaborar um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço do BO II do CHMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre a elaboração de procedimentos e os aspetos do processo de integração de novos enfermeiros num BO. • Elaboração de um Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço; • Apresentação do Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros à Prof. Orientadora, Enf.^a Coordenadora e Orientadora no serviço a fim de recolher sugestões; • Procede às alterações, caso necessário; • Realização do pedido de implementação do Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço; • Apresentação do Procedimento de Integração aos Enfermeiros que participam no processo de integração do serviço como integradores; • Implementação do Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço. 	<p>Professora orientadora e Enf.^a Orientadora; Enfermeiros do serviço</p>	<p>Suporte informático; internet; base de dados. Suporte bibliográfico; livros; artigos; revistas científicas. Suporte informático, impressora e suporte papel. Suporte informático, impressora e suporte papel.</p>	<p>Vai de Março de 2014 a Janeiro 2015.</p>	<p>Procedimento de Integração de novos enfermeiros no serviço, para ser utilizado como ferramenta de apoio pelos enfermeiros (integrador/integrante) em processo de integração no serviço</p>
---	--	--	---	---	---

Realização pedido implementação Procedimento Integração													
Apresentação Procedimento Integração aos Enf.º integradores do BO II													
Implementação Procedimento Integração no serviço													

Orçamento: O orçamento estimado para a realização deste projeto é de aproximadamente 40€ e inclui:

- Papel;
- Tinteiros para a impressora.

Recursos Humanos: Não se prevêem custos adicionais para a instituição com a implementação deste projeto.

Recursos Materiais: Material didático em suporte papel para ser distribuído aos enfermeiros em processo de integração no serviço.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Durante a realização de um projeto de intervenção em serviço, surgem constrangimentos que muitas vezes podem colocar em risco a realização dos objetivos pensados inicialmente e, até mesmo, comprometer a exequibilidade do projeto em execução, alguns dos quais difíceis de prever no início da execução do projeto. Um bom planeamento é fundamental para antever e tentar diminuir possíveis constrangimentos.

Assim, quando da execução do cronograma poderá haver alguns prováveis constrangimentos como: -Dificuldade em concretizar todas as atividades do cronograma em tempo útil. -Não existir nenhum enfermeiro em processo de integração no serviço na fase de implementação e avaliação do projeto, pelo que a definição de atividades deve ser exequível para possibilitar a execução das atividades previstas. -Dificuldade em obter bibliografia que fundamente e dê credibilidade ao manual e procedimento de integração de novos enfermeiros num BO.

Data: 30/06/2014

Assinatura: Paula Araújo

Docente: Elsa Monteiro

APÊNDICE VIII

(Manual de Integração de Novos Enfermeiros no BO II do CHMS)



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de Saúde

**MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS
NO BLOCO OPERATÓRIO II DO CHMS**



Fonte: Imagem 1 - Anjos, M.T., 2012

3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Professora Orientadora: Elsa Monteiro

Orientadora do Estágio: Enf.^a TA

Elaborado Por: Paula Araújo

SIGLAS/ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa

AORN-Association of Operating Room Nurses²

AO – Assistente Operacional

AT – Assistente Técnica

BO – Bloco Operatório

CHMS – Centro Hospitalar Margem Sul

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

EPE – Entidade Pública Empresarial

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCM – Unidade Cuidados Médicos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

² Associação de Enfermeiras Perioperatórias Registadas

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Planta do Bloco Operatório II do CHMS

INDICE GERAL

0- INTRODUÇÃO	5
1- HOSPITAL Y	7
1.1 - Breve Historial do Hospital Y	7
1.2 - Caracterização do Centro Hospitalar Margem Sul	8
1.3 - Bloco Operatório	9
1.3.1 - Caracterização do Bloco Operatório II	9
1.3.1.1 - Missão do Bloco Operatório II	10
1.3.1.2 – Visão do Bloco Operatório II	10
1.3.2 – Recursos Humanos	10
1.3.3 – Funcionamento do Bloco Operatório II	11
1.3.3.1 – Acessibilidades/Vestuários	12
1.3.3.2 – Circuito do Cliente	13
1.3.3.3 – Agendamento Cirúrgico	14
2 – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	15
2.1 – Referencial Conceptual	15
2.2 – Processo de Integração	19
2.2.1 – Fase de Acolhimento/Observação	19
2.2.2 - Programa de Integração do Bloco Operatório II	23
2.2.2.1 – Fase do Enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos	24
2.2.2.2 – Fase do Enfermeiro de Apoio à Anestesia	27
2.2.2.3 – Fase do Enfermeiro Circulante	29
2.2.2.4 – Fase do Enfermeiro Instrumentista	31
2.2.2.5 – Avaliação do Programa de Integração	33
3 – NOTA CONCLUSIVA	35
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

APÊNDICES

APÊNDICE I - Grelhas de Avaliação das Etapas do Processo de Integração de Novos Enfermeiros do Bloco Operatório II do CHMS

APÊNDICE II - Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS

APÊNDICE III – Manual de Posicionamentos em Mesa Ortopédica

APÊNDICE IV - Manual dos Fármacos Mais Utilizados no BO do CHMS Durante a Indução Anestésica

ANEXOS

ANEXO I – Programa de Integração de Novos Funcionários no Serviço

0-INTRODUÇÃO

O processo de integração deve pressupor um estágio, que surge como uma ocasião singular para obtenção de aprendizagens, consolidação dos conhecimentos adquiridos, e reflexão sobre a nossa prática profissional. Pressupõe, simultaneamente, o desenvolvimento de competências especializadas, colocando em prática, em determinadas situações profissionais, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidade e de atitudes passíveis de serem decompostos em saberes, saber fazer e saber ser ou saber estar (Carvalho,2003).

Inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), no decorrer do Estágio no Bloco Operatório (BO) II do Centro Hospitalar Margem Sul (CHMS), Hospital Y. Um dos objetivos específicos do nosso PIS prendia-se com a elaboração de um Manual de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço.

Por Manual entenda-se, segundo o volume XVI da Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira um “livro pequeno que resume uma ou mais matérias” (pg. 154).

Assim, um indivíduo quando entra numa organização, e enquanto não a conhece bem, acha que tudo é difícil e complicado. Tem, por vezes, a ansiedade de querer aprender com rapidez para causar boa impressão perante os pares e superiores.

O modo como o novo enfermeiro é recebido no momento da sua admissão, será sempre um momento importante. Pelo que lhe deverá ser fornecido um conjunto de informações sobre os objetivos da organização e do serviço. Este irá conhecer a sua chefia direta, as instalações, o seu local de trabalho, o espaço físico e todos os locais destinados aos trabalhadores, para que se sinta como parte da organização. No seu primeiro contacto com o serviço, o enfermeiro deverá ser informado sobre as tarefas que tem que desempenhar. (AESOP,2006)

O novo enfermeiro, deverá sentir-se útil na instituição, e deverá compreender as implicações que o seu desempenho profissional terá dentro do conjunto de funções da organização e acima de tudo para com os clientes. Assim as organizações deverão oferecer as melhores condições de acolhimento e integração aos seus indivíduos. Ainda de acordo com a Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (AESOP), (2006, cit. por Teixeira,1997) “...todos os enfermeiros que vão ocupar um novo lugar ou função, independentemente da sua categoria, preparação ou experiência, necessitam de passar por um período de integração que facilitará a sua adaptação ao cargo que irão desempenhar.” (p.285)

Foi com este intento que elaborámos este Manual que tem como objetivo geral facilitar a Integração de Novos Enfermeiros no Bloco Operatório II do CHMS. E como objetivos específicos definimos:

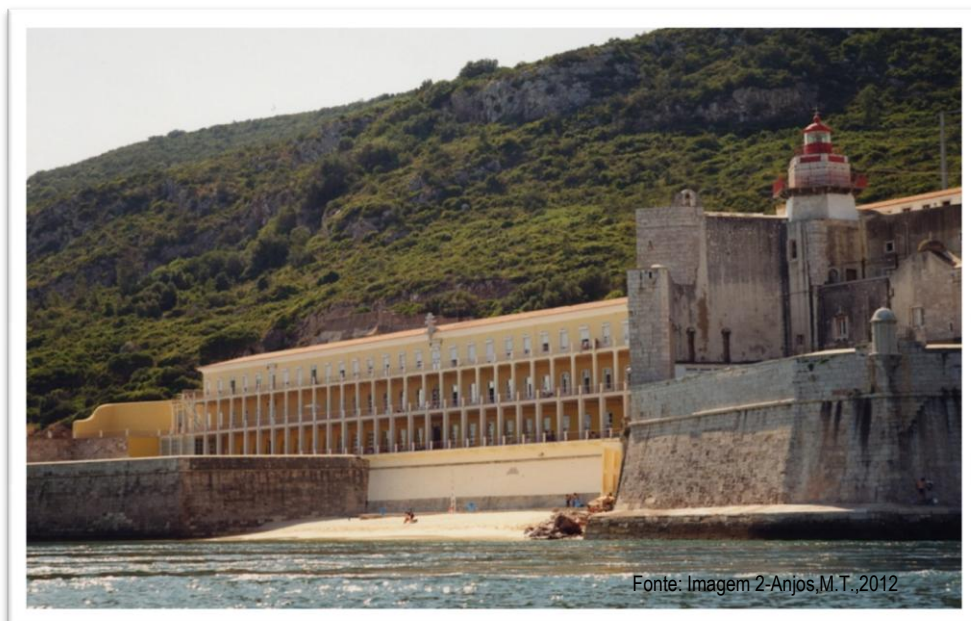
- Fazer uma breve caracterização do Hospital Y do CHMS;
- Fazer uma Breve Caracterização do BO II;
- Dar a conhecer o funcionamento do BO II;

- Apresentar o Programa de Integração para os Novos Enfermeiros do Bloco Operatório II do CHMS;
- Mostrar o Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no serviço de Bloco operatório II do CHMS;
- Apresentar a Grelha Avaliação das Etapas do Processo de Integração de Novos Enfermeiros no BO II do CHMS.

A estrutura do presente Manual encontra-se dividida em três capítulos, sendo que no primeiro capítulo podemos encontrar descrito, um breve historial sobre o Hospital Y, uma breve caracterização do CHMS e a caracterização e funcionamento do Bloco Operatório II. Salientamos a parte dois, onde é apresentado um enquadramento acerca do Processo de Integração de Novos Enfermeiros, com algumas referências conceptuais e o Programa de Integração, que descreve as várias fases do mesmo. Terminamos com uma breve nota conclusiva.

No entanto, este Manual não substitui o contacto com os outros profissionais, nem tão pouco irá transmitir todo o conhecimento necessário a uma boa prática de enfermagem Perioperatória. Pretendemos sim, que este Manual seja um instrumento facilitador e orientador para o período de Acolhimento/Integração e de Boas Vindas ao Novo Enfermeiro.

1- HOSPITALY DO CHMS



1.1 - Breve Historial do Hospital Y

As origens do Outão remontam, pelo menos, à época romana. Com efeito, nas obras seiscentistas de ampliação da fortaleza, foram encontrados vestígios de um templo romano dedicado a Neptuno, deus dos mares. Noutros pontos da costa de Setúbal, Arrábida, e Tróia, também têm sido identificadas numerosas estações arqueológicas o que nos permitiu reconstituir o grande centro industrial romano de produção de preparados de peixe e dos respetivos contentores (ânforas) que ocupavam as margens do estuário do Sado e em que se integrava o santuário existente no Outão.

Em 1390 D. João I, interessado na defesa das barras dos rios Tejo e Sado, mandou edificar uma torre para vigilância da entrada do rio. Na mais antiga planta conhecida de Setúbal, desenhada pelos engenheiros militares Filipe Terzi e Giacomo Frantino, por volta de 1582, figura a fortaleza do Outão com a Torre medieval.

Em 1643, foi lançada a primeira pedra da ampliação da fortaleza, ordenada pelo Governo Restaurador de D. João IV, tendo em vista a longa guerra com Castela que se prolongaria até 1688. Na sequência destas obras seiscentistas remodelou-se a Capela dedicada a Sant'Iago, patrono da Fortaleza, tendo recebido no primeiro quartel do século XVIII, o notável revestimento azulejar em azul e branco, que ainda hoje se conserva, alusivo à vida e milagres do orago, e incluindo painéis de devoção a diversas aparições de Nossa Senhora. Da mesma época é o singelo trabalho em talha dourada que ornamenta o altar.

Em finais de oitocentos, como o forte deixasse de ter importância estratégica de outrora, pensaram os reis D. Carlos e D. ^a Amélia transformá-lo em residência de Verão. Gorados os planos do régio casal devido à oposição republicana dominante em Setúbal, decidiu a rainha D. ^a Amélia oferecer o edifício para

instalação de um sanatório. Nasce assim o Sanatório Marítimo do Outão que foi o primeiro estabelecimento da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

O Sanatório começou a funcionar no dia 06 de Junho de 1900 com 35 crianças do sexo feminino, as quais foram instalados provisoriamente em salas da antiga fortaleza adaptadas para esse fim.

Os elementos caracterizadores do clima do Outão – ventos oceânicos, estabilidade térmica, luminosidade intensa, quase ausência de nevoeiros e regime de chuvas com predominância noturna – tornam-no uma estação excelente para a cura marítima, em que a helioterapia se pode praticar durante todo o ano, circunstância indispensável para a eficácia destes tratamentos nas tuberculoses óssea e ganglionar, cuja evolução era muito arrastada.



Fonte: Imagem 3- Araújo,P.F.S.P.,2014

O Sanatório passou posteriormente a receber crianças do sexo masculino, e numa terceira fase, também mulheres. Os clientes internados não pararam de aumentar tendo, pelos anos quarenta, atingido os quinhentos.

Nos finais da década de sessenta o Sanatório, devido aos progressos da terapêutica que levaram a uma grande diminuição da tuberculose osteoarticular, passou a tratar também outros clientes do foro ortopédico. Em 1971 é integrado na organização da Direção Geral dos Hospitais e classificado como Hospital Central Especializado em Ortopedia. (Marques,R.,Veiga,F.,2002)



Fonte: Imagem 4- Arquivo Fotográfico do HOSO, cedido em Dezembro 2014

1.2 - Caracterização do Centro Hospitalar da Margem Sul

De acordo com o Regulamento Interno do CHMS, EPE (2011),” o Centro Hospitalar Margem Sul, Entidade Pública Empresarial foi criado a 29 de Dezembro de 2005 pelo Decreto-Lei nº 233/2005 e resulta da fusão do Hospital X e do Hospital Y É designado como pessoa coletiva de direito público, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.” (p.1).

Baseando-nos no decreto-lei referido anteriormente, podemos afirmar que o Centro Hospitalar Margem Sul (CHMS), Entidade Pública Empresarial (EPE) tem como objetivo o reconhecimento como instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento; assume-se como instituição competente ao nível da organização assistencial, desenvolvimento e inovação nos cuidados de saúde e procura a diferenciação apostando na especificidade e acessibilidade e no compromisso com o cliente.

Como Missão e ainda de acordo com o Regulamento Interno do CHMS, EPE (2011), centra-se na “ ... promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa. ... Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de

referenciação, cumprindo os contratos e programas celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde ... desenvolve ainda actividades complementares, como as de ensino pré e pós graduado, de investigação e de formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que reja a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde ,...” (p.2).

O Hospital Y é um hospital vocação cirúrgica e está dependente de serviços de apoio sediados no Hospital X que se localiza a cerca de 10 km de distância.

1.3 - Bloco Operatório

Definir corretamente o que é um Bloco Operatório (BO) não é simples, nem linear. De acordo com a AESOP (2006),”O Bloco Operatório é uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, como o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.” (p.20)

Um Bloco Operatório é constituído por Salas de Operações que, são as unidades imobiliárias com o fim de realizar intervenções cirúrgicas. (AESOP,2006). Estas Salas de Operações são parte integrante de uma Suíte Operatória, juntamente com o local de desinfeção, salas de apoio e sala de indução anestésica. (AESOP, 2006)

1.3.1 – Caracterização do Bloco Operatório II

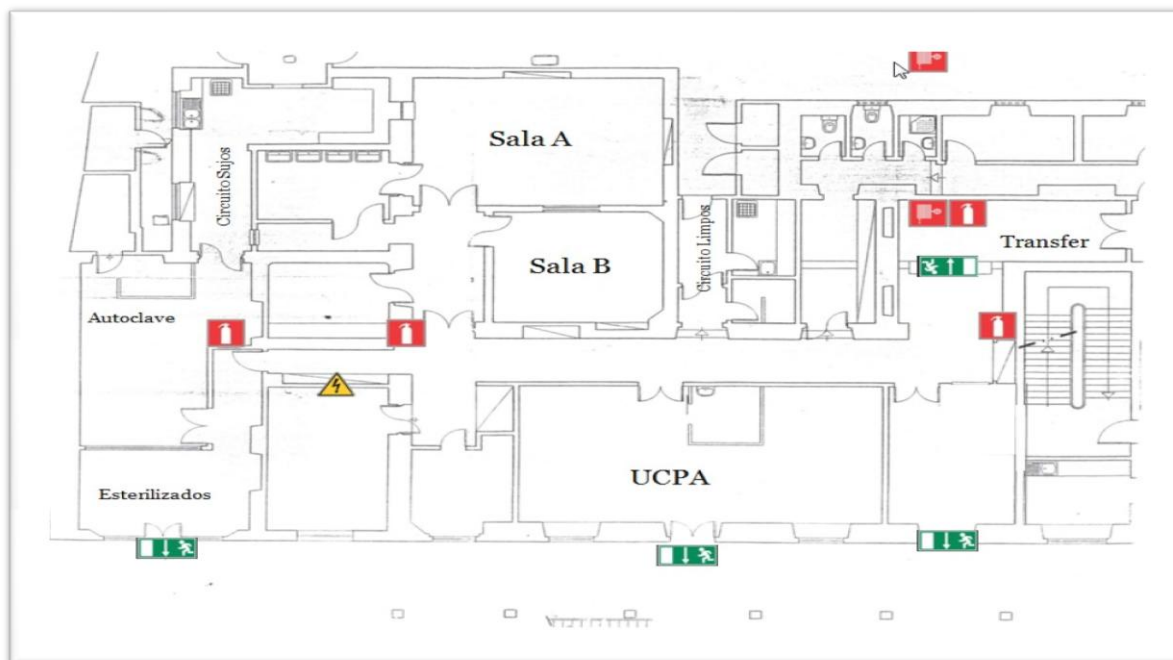
O BO II do CHMS situa-se no 1º piso, e está inserido no Departamento do Aparelho Locomotor do CHMS. Sofreu várias alterações na sua estrutura física e organizativa ao longo dos anos. Essas alterações visaram melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população e melhorar as condições de trabalho dos profissionais. Atualmente área física do BO II é constituída por duas salas cirúrgicas que são apoiadas por uma sala de desinfeção e uma sala de indução. Possui ainda um espaço de armazenamento e uma área de sujos que dá apoio às salas de cirurgia; uma área de acolhimento onde se realiza a receção do cliente no BO, uma área logística constituída pelo gabinete médico, o gabinete da Enf.^a Coordenadora e da Assistente Técnica; a sala de reuniões e ainda uma sala do pessoal que inclui a copa, dois vestiários (masculino e feminino) e duas casas de banho.

Dentro do espaço físico do BO II encontra-se a Unidade Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), constituída por quatro camas e duas macas, possui uma área de sujos e de armazenamento próprias e independentes das do BO II.

O BO II tem ainda uma área de receção para a entrada de material “limpo” proveniente do exterior, bem como uma outra área separada da primeira para a entrega de material “contaminado”, armazenado em

contentores próprio para o exterior. O serviço dispõe ainda de um espaço que permite realizar algumas esterilizações para colmatar situações urgentes, eventuais falhas, material delicado e quantidade insuficiente de instrumental cirúrgico.

Figura 1: Planta do Bloco Operatório II



Fonte: Imagem 5- SIE,2012

1.3.1.1 - Missão do Bloco Operatório II

O BO II do CHMS, (hospital de vocação cirúrgica), tem como missão disponibilizar e fornecer serviços/condições para a realização da atividade cirúrgica com segurança e qualidade. O BO II dá resposta ortopédica a todos os clientes que a ele recorrem, tendo como área de influência a do CHMS. A área de influência traumatológica é a do CHMS. (Plano Ação BO II,2010)

1.3.1.2 – Visão do Bloco Operatório II

Perspetiva-se a continuidade da prestação de cuidados de saúde de qualidade, com infraestruturas adequadas e recursos humanos com formação ajustada. A Ortopedia, toda ela programada, é efetuada após se dar prioridade à traumatologia

Tendencialmente a traumatologia será resolvida na urgência do Hospital X. Os clientes remanescentes, ou seja, os clientes com patologia associada incompatível com o ato anestésico urgente e com cirurgias mais complexas e/ou com necessidade de algum instrumental específico, continuam a ser transferidos e tratados no BO do Hospital Y.

1.3.2 – Recursos Humanos

O Bloco Operatório II é constituído por uma equipa multidisciplinar, comportando:

- **Staff fixo:**
 - Enfermeiros (22 Enf.º);
 - Anestesiologistas (3);
 - Assistentes Operacionais (11 AO);
 - Assistente Técnica (1 AT);
- **Staff rotativo:**
 - Médicos (Ortopedistas)
 - Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

Quando falamos em pessoal fixo consideramos todos os profissionais que estão afetos ao serviço, isto é, que estão registados no centro de custos desse serviço, exercendo as suas funções exclusivamente no Bloco Operatório. No BO II, embora os Anestesiologistas pertençam ao Departamento de Anestesiologia, como exercem as suas funções principais exclusivamente no BO II, fazem por isso, parte do *staff* fixo do serviço.

Ao contrário do pessoal fixo, os profissionais que são considerados como pessoal rotativo pertencem a outro departamento ou serviço, como por exemplo, os Ortopedistas que estão afetos ao Departamento do Aparelho Locomotor do CHMS.

O pessoal rotativo no Bloco Operatório é destacado em determinados dias da semana para dar continuidade ao trabalho realizado nos outros locais, exercendo assim as funções que lhe competem dentro do Bloco Operatório, podendo ser considerados como “utilizadores do Bloco Operatório”, são distribuídos pelos dias úteis da semana, de acordo com uma escala pré – definida, pelo Diretor de serviço. A gestão das listas de espera dos clientes depende do Diretor de Serviço. Todavia, a atividade do BO só poderá contribuir para a sua resolução, se existir, uma boa articulação entre os Serviços e o BO, nomeadamente no planeamento de cirurgias, através de uma boa gestão do tempo de funcionamento, permitindo que as salas atribuídas aos cirurgiões, possam ser aproveitadas na sua rentabilização máxima (Pegado,2010)

1.3.3 – Funcionamento do Bloco Operatório II

Segundo o Regulamento do BO II do CHMS (2010, p.1), a Direção do BO II é da responsabilidade do Director do BO e da Enfermeira Coordenadora.

Este serviço tem uma direção e gestão funcional própria, regendo-se no seu funcionamento interno e na articulação com os outros serviços, de acordo com normas, procedimentos e princípios pré-definidos.

A qualidade, o dinamismo e o nível de resultados obtidos pelos serviços da área cirúrgica, são considerados vitais, pelos órgãos gestores, no processo de desenvolvimento, visibilidade e afirmação do hospital. (REG.BOP2.01,2010)

À Enfermeira Coordenadora compete-lhe dirigir, planear e coordenar o trabalho da equipa de enfermagem e das Assistentes Operacionais.

Os enfermeiros da sala operatória desempenham funções Perioperatórias. A equipa de enfermagem realiza um horário semi-rotativo de manhãs e tardes de acordo com as necessidades do serviço.

O BO II também recebe Internos de Ortopedia e Anestesiologia, que participam regularmente nos programas cirúrgicos, tutelados por um especialista responsável. Relativamente à enfermagem, cada vez mais este serviço serve de campo de estágio para alunos da Licenciatura e Mestrados da Especialidade, que contam com a tutela dos enfermeiros do serviço dando assim resposta aos objetivos propostos pelas diferentes escolas.

O BO II como já referido anteriormente noutro capítulo deste Manual, é constituído por duas salas de operações e uma sala de indução.

Ambas as salas de operações ou suites cirúrgicas, estão vocacionadas para a cirurgia orto-traumatológica programada. Funcionando todos os dias úteis da semana em regime de jornada contínua. (REG.BOP2.01,2010)

Horário do BO II:

- **Período da manhã** – Das 8.30 às 15.30 horas
- **Período da tarde** – Das 15.30 às 19.00 horas
- **Produção Adicional** – Das 16.00 às 21.00 horas

1.3.3.1 - Acessibilidades/Vestuário

O acesso ao BO II é restrito, tem o seu acesso limitado por uma porta que é aberta mediante a introdução de um código.

Sempre que se encontrem pessoas “estranhas” ao serviço dentro da área restrita do BO II, a equipa cirúrgica, bem como a Enfermeira Coordenadora e Diretora do BO II devem ser informados.

Todas as pessoas que entram na zona restrita do BO II devem vestir roupa própria para ser usada em ambiente cirúrgico-roupa de circulação.

O uso de roupa exclusiva no BO II pretende promover um elevado nível de higiene, o controlo da contaminação do ambiente cirúrgico e proteger os profissionais dos diversos riscos a que estão expostos. Também os adornos e joias devem ser retirados antes da entrada no BO. (AESOP,2006)

De acordo com as recomendações da AESOP o vestuário recomendado para os profissionais do BO, deve ser constituído por:

- Fato (calças e blusa);
- Touca ou barrete;
- Socas;
- Máscara (para quando existem materiais estéreis abertos ou na presença de profissionais desinfetados). (AESOP,2006)

Dentro das salas ou suites cirúrgicas deve ainda usar:

- Máscara (usar sempre);
- Óculos de Proteção ou máscara com viseira;
- Barreiras protetoras (Avental, colar cervical, óculos de proteção radiológica e dosímetro). (AESOP,2006)

Sempre que o fardamento do Bloco se apresentar sujo, molhado ou rasgado, deverá ser substituído.

É vedada a entrada de telemóveis nas salas de operações, devendo fora delas o seu toque não ser perturbador nem para os clientes nem para os profissionais.

1.3.3.2 – Circuito do Cliente

Compete ao Enfermeiro de Apoio à Anestesia no início de cada turno, confirmar os clientes agendados no plano cirúrgico para esse dia.

Quando o cliente chega ao “Transfer dos doentes” é acolhido e identificado de forma personalizada, pela enfermeira de apoio à anestesia. O cliente deve ser acolhido num ambiente agradável, calmo e seguro por forma a permitir uma tomada de confiança em relação ao pessoal do BO. (AESOP,2006)

A espera do cliente dentro do BO (sala de indução),até à sua entrada na sala de cirurgia, deve ser reduzida ao mínimo, por forma a não aumentar a sua ansiedade. Para minimizar esse fator, o Enfermeiro de Apoio à Anestesia da respetiva sala deve assegurar a chamada do “cliente seguinte”, depois de oscultadas as previsões para o fim da cirurgia em curso, quer pelo cirurgião quer pelo anestesista.

Terminada a cirurgia, o cliente é transferido para a UCPA acompanhado pela Enfermeira de Apoio à Anestesia, sob a responsabilidade clínica do Anestesiologista e do Ortopedista, sendo a colaboração deste último fundamental na mobilização do cliente submetido a artroplastia da anca e nos politraumatizados.

O cliente após um período de permanência na UCPA (definido pelo Anestesiologista), tem alta clínica, atribuída pelo Anestesiologista, para o internamento ou Unidade Cuidados Médicos (UCM), de acordo com os procedimentos e critérios existentes no serviço.

1.3.3.3 - Agendamento Cirúrgico

O agendamento cirúrgico das cirurgias programadas é comunicado ao BO II através de Planos cirúrgicos em formato de papel, que deverão ser entregues no serviço, à Assistente Administrativa com pelo menos 48 horas de antecedência. Qualquer alteração feita posteriormente após, a entrega do plano, deve ser comunicada em impresso próprio, à enfermeira coordenadora do serviço, ou na sua ausência à enfermeira responsável de turno a qual procederá à sua respetiva alteração no plano cirúrgico afixado, e terá de comunicar essas mesmas alterações aos restantes intervenientes no processo cirúrgico. (REG.BOP2.01,2010)

Assim todos os enfermeiros deverão estar integrados em todas as funções que são desempenhadas no Bloco Operatório, por forma a ser mais fácil a sua distribuição e rotatividade, não havendo assim qualquer prejuízo para o cliente nem para o normal funcionamento do serviço.

2 – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

A atual situação económica mundial, passa por um período de grande instabilidade, onde as respetivas políticas são direcionadas, cada vez mais para a redução de custos, onde direta ou indireta a saúde também é influenciada. Esta realidade traduz-se em repercussões ao nível dos recursos humanos das instituições, e quando diz respeito a estas, a contratação de profissionais de Enfermagem, estas instituições devem proporcionar uma integração adequada, com vista à otimização das suas competências. Os instrumentos adequados para tal serão os manuais de integração, com os respetivos programas e objetivos delineados, pois embora os enfermeiros possuam qualificações, estes têm a necessidade de entender os procedimentos e políticas da organização, por forma a estarem bem preparados para cumprirem com as funções que irão desempenhar. (Werther&Davis,1983)

Um correto programa de integração apresenta vantagens como, a redução do período de adaptação, ou a diminuição da necessidade de penalizações, devido ao desconhecimento dos regulamentos das instituições. Outra vantagem é a fixação por vontade própria dos mesmos elementos nos seus locais de trabalho, pois altos índices de turnover, revelam custos avultados para a instituição (Chiavenato, 1989).

Durante a nossa vida vamos pertencendo a várias organizações, sendo estas, a escola onde estudamos ou o clube desportivo onde treinamos ou o hospital onde trabalhamos deparamo-nos sempre, com uma estrutura e cultura organizacional. Os indivíduos ao ingressarem numa organização têm objetivos que pretendem atingir, no entanto, têm também o dever de interiorizar a visão e missão da organização e desempenhar as funções para as quais foram contratados. (AESOP,2006)

Segundo a Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (2006) “...todas as pessoas que ingressam numa organização irão ser submetidas a um processo de socialização e de integração, fundamental para o desempenho adequado das suas actividades dentro da organização” (p.282).

2.1– Referencial Conceptual

A palavra integração tem origem no termo latim “integratio” e está relacionada com a ação e efeito de integrar ou integrar-se. (conceito de) Tornar (-se) parte de um conjunto ou de um grupo. Incluir, incorporar, adaptar (-se), combinar (-se). (Priberam: Dicionário)

A necessidade de integração em enfermagem segundo a AESOP (2006) “...remonta ao princípio do século XX, com a necessidade de se criarem escolas que formassem profissionais para executarem as tarefas hospitalares”. (p.284)

Ainda de acordo com a AESOP (2006) a integração representa uma das “... atividades básicas da administração de recursos humanos cujo objetivo visa o ajustamento adequado dos profissionais à instituição.” (p.284)

Integração é o conceito que representa admissão de um indivíduo no seio de uma organização e o processo, pelo qual, irá apreender os valores, as normas e a sua função na organização, acabando por adotar a visão e missão desta. Para que a integração dos novos enfermeiros seja mais fácil e célere a adoção de manuais orientadores do processo de integração é decisiva. Estes Manuais orientadores devem conter informações sobre: a instituição (história, missão, objetivos); o regulamento e objetivos do serviço; os procedimentos e os padrões de qualidade, as normas e critérios para os cuidados de enfermagem, levando a uma mudança de atitudes e comportamentos de forma a adquirir novas competências. (AESOP,2006)

Hoje em dia os enfermeiros devem estar conscientes da importância da sua profissão, e conseqüentemente, devem ter conhecimento das noventa e seis Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem, desenvolvendo a sua prática nos três grandes domínios: a prática profissional, ética e legal; a prestação e gestão de cuidados; e o desenvolvimento profissional. Também a sua prática deve estar, em concordância com o Código Deontológico de Enfermagem, e com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), para poder desempenhar com segurança as funções que lhe foram inculcadas.

Atendendo a estas competências, importa referir Benner, que desenvolveu o modelo de aquisição de competências através da Excelência e do Poder na Prática Clínica de Enfermagem, com o objetivo principal de conferir visibilidade à prática do cuidar. Considera que as práticas crescem através da aprendizagem experiencial, e conseqüentemente, da sua transmissão nos contextos de cuidados. (Benner,2005)

Em contexto de BO as integrações são mais complexas, uma vez que, os conteúdos a apreender pelo novo enfermeiro são muito específicos e estão particularmente ausentes na sua formação de base. À complexidade alia-se maior morosidade no processo, o que o torna segundo a AESOP (2006) mais "...dispendioso, pois a rentabilidade de um elemento em integração é obviamente mais reduzida." (p.287) Sendo assim, ao integrarmos novos enfermeiros no BO "...devemos pensar sempre em estabilidade, de modo a garantir a segurança do doente..." (p.287) Também a Association of Perioperative Registered Nurses AORN, em (1978, cit. por AESOP,2006),enuncia pela primeira vez em 1978, que o enfermeiro perioperatório "... Identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociologias do individuo, põe em pratica um plano de cuidados individualizado que coordene as suas acções...a fim de restabelecer ou conservar a saúde e bem-estar do individuo, antes, durante e após a cirurgia". (p.6)

Ainda de acordo com AESOP (2006) os processos de integração devem ser flexíveis e dinâmicos, permitindo modificações e ajustamentos às características e objetivos do novo enfermeiro sem no entanto prescindir da integração do enfermeiro "...nas funções de enfermeiro de apoio à anestesia, de enfermeiro circulante, instrumentista e de enfermeiro de UCPA. ... Assim, ao falarmos em integração de novos elementos em bloco operatório, temos que fazer um correcto diagnóstico da situação, distinguindo três categorias:

- Enfermeiros sem experiência profissional;
- Enfermeiros com experiência profissional;
- Enfermeiros com experiência em bloco operatório.” (p.288)

Similarmente (Benner,2005) observou nos seus trabalhos, as diferenças entre o conhecimento prático e teórico, e como estes eram incluídos na perícia. As conclusões indicaram que a experiência é condição necessária para a perícia, pois é necessário experimentar propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real, surgindo assim, o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem. O presente modelo determina que, na aquisição e no desenvolvimento de competências, o profissional atravessa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis distintos precedem mudanças, em três aspetos gerais, que se apresentam aquando da obtenção de uma competência. O primeiro diz respeito à transmissão de uma confiança em princípios abstratos, à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a alteração do modo como o profissional se apercebe de uma situação, integrando o processo como um todo; e o terceiro aspeto considera a passagem de observador desligado a executante envolvido (Benner,2005).O Modelo Dreyfus, mencionado por (Benner,2005), considera, simultaneamente, que a mudança da área de cuidados por parte de um profissional de enfermagem, faz com que este volte a um estágio inferior de funções, não descurando a experiência adquirida até então, resultando numa evolução mais rápida para o estágio de perito.

Assim os cuidados em BO implicam uma integração eficaz por parte da equipa de enfermagem, pois a qualidade dos cuidados assenta neste princípio. Entende-se equipa como um agrupamento de pessoas, em contacto regular, que se envolvem numa ação coordenada, contribuindo de maneira empenhada para a realização de ações concretas. (Figueiredo, 1997). Enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, devem todos agir por forma a prestarem ao cliente, cuidados de excelência.

É importante que de acordo com Macedo (2012) que, “exista um programa bem definido, mesmo que possa vir a ser adaptado a cada situação específica, como as necessidades do novo elemento e/ou serviço.” (p.27)

Baseando-se em Gillies (1994), Azevedo (1996, cit. por Macedo, 2012)) defende um processo de integração faseado. O autor apresenta quatro fases, “...pelas quais os enfermeiros em integração devem passar, de modo a facilitar este processo.” (p.25-26). Essas fases são: indução ou introdução, orientação, acompanhamento e treino.

De acordo com (Macedo, 2012) na primeira fase, denominada por indução ou introdução, é facultada a informação essencial ao enfermeiro recém-admitido “...para que este se sinta bem no novo ambiente de trabalho reconhecendo-o como pertencente ao novo contexto físico e social.” (p.25-26) Esta fase é o momento ideal para que o integrando tenha contacto com o manual orientador da integração. Este “...é um instrumento importante na medida em que fornece orientações, por escrito, aos elementos da equipa

de enfermagem, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo o processo”. (p.26). Em relação ao integrador, este desempenha um papel bastante ativo.

Paralelamente à primeira fase desenvolve-se a fase da orientação, o integrador tem mais tempo para fazer uma orientação direta e esclarecer as dúvidas e preocupações do novo profissional. As informações fornecidas são mais pormenorizadas de acordo com as necessidades do integrando.

Na terceira fase, ou acompanhamento, já está estabelecida uma relação de trabalho entre o novo enfermeiro e a restante equipa centrada nas relações humanas, no trabalho em equipa e no desenvolvimento do enfermeiro em integração.

Na última fase, treino, “...o novo enfermeiro já se encontra apto para prestar cuidados, apresentando uma interiorização das práticas a executar, onde o integrador tem a responsabilidade de se assegurar que o novo enfermeiro está suficientemente esclarecido, apoiar e transmitir confiança de modo a dissipar toda e qualquer insegurança no exercício das suas funções, com autonomia, maturidade, segurança e auto-confiança.” (p.26).

Terminada a integração, torna-se pertinente e essencial *haver* um momento de reflexão e avaliação do processo de integração. Os intervenientes no processo efetuarão em conjunto de acordo com (Azevedo, 1996 cit. por *Fernandes, Geraldés, Batista, & Alves, 2010*) “...avaliação dos conhecimentos adquiridos pelo novo enfermeiro e da sua aplicação no trabalho, assim como a contribuição do enfermeiro na melhoria dos cuidados prestados aos clientes.” (p.54)

O tempo do período de integração deve ser corroborado particularmente, pois pode diferenciar-se consoante as competências e experiência contraída em contexto de trabalho, no exercício das suas novas funções. (AESOP, 2006). O profissional de enfermagem é responsável pelo seu processo de integração, participando ativamente na sua aprendizagem, aumentando o espírito crítico, criatividade, e pedindo explicações quando necessário.

No final de qualquer uma das fases de integração, como por exemplo no final do período de instrumentação, devem ser preenchidas as grelhas de avaliação das etapas do processo de integração de novos enfermeiros do BO II (Apêndice I) para saber se o profissional alcançou destreza manual e intelectual que permitam a resolução de problemas básicos bem como um bom desempenho profissional. O integrando deve, simultaneamente, sugerir alterações que possam ser acrescentadas, no sentido de melhorar o respetivo procedimento de integração de novos enfermeiros no serviço de BO II (Apêndice II). O objetivo principal do processo de integração como é referido pela AESOP (2006)

deve ser de “... *integrar o melhor possível no mais curto espaço de tempo* ...”(p.291). Apesar deste processo só se encontrar concluído quando o integrando sentir que se encontra em condições de dar resposta aos objetivos estabelecido.

Por forma a dar resposta ao acima descrito, é preconizado pela AESOP um modelo de formação avançada de Enfermagem Perioperatória, que vai necessitar de uma interação de funções do enfermeiro

enquanto prestador de cuidados, advogado do cliente, líder, investigador, educador e gestor. (AESOP, 2006)

Também Gruendemann (cit. por AESOP, 2006), diz que o enfermeiro deve ter sempre uma consciência cirúrgica, que representa "... um sistema de valores internos que motivam uma prática correta quer o profissional esteja só ou a ser observado".(p.109) As diversas referências teóricas, ressaltam a importância de integrar os novos elementos, de uma forma dinâmica e sustentada. A integração de acordo com a AESOP (2006) representa uma das "... atividades básicas da administração de recursos humanos cujo objetivo visa o ajustamento adequado dos profissionais à instituição." (p.284)

Ainda de acordo com a AESOP o programa de integração em Bloco Operatório encontra-se dividido em quatro fases: Acolhimento/Observação, Enfermeiro de Apoio à Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista, que passamos a descrever no próximo capítulo.

2.2 – Fases do Processo de Integração

O programa de integração de um Bloco Operatório, deve estar bem estruturado, e como preconizado pela AESOP, este deve ser dividido em quatro fases. Cada uma das fases deve conter os objetivos que se pretendem atingir no final de cada uma delas, bem como as atividades do enfermeiro integrador e integrando, o tempo de integração em cada uma das fases com a data do início e término da mesma. (AESOP,2006)

O Programa é de acordo com a AESOP (2006) "...um programa extenso e pormenorizado, devido à complexidade e especificidade dos procedimentos que são realizados no bloco operatório." (p.292)

2.2.1 – Fase de Acolhimento/Observação

A AESOP preconiza que esta fase tenha a duração de um mês, e o seu objetivo é a adaptação e socialização do novo enfermeiro ao BO. (AESOP,2006) No entanto cabe às chefias dos BO, estabelecer o tempo que esta fase deve durar.

No BO II, o tempo que a enfermeira coordenadora do serviço preconizou para esta fase foi de dois dias.

Dentro desta fase existe várias etapas como:

❖ **Entrevista Inicial, pelo seu superior hierárquico e ou integrador, que inclui:**

- Recepção;
- Recolha de informação relativa a expectativas do profissional em relação ao serviço;
- Experiência profissional;

- Entrega do Procedimento de Integração de novos Enfermeiros no BO II de forma a planificar a sua integração;
- Visita ao Serviço e apresentação a todos os membros da Equipa Multidisciplinar.

❖ **Informações Gerais:**

- Apresentação da missão e objetivos do Serviço, de acordo com o plano de ação;
- Apresentação do organigrama do Serviço de BO II;
- Identificação do horário de trabalho, processo de pedido de férias e justificação de faltas;
- Apresentação das atividades de formação e investigação planeadas;
- Informação sobre os postos de trabalho e descrição de funções a eles respeitantes;
- Informação sobre recursos disponíveis, designadamente: Serviço de Transportes, Serviço de Imagiologia, Serviço de sangue, Serviços de Internamento, Serviço Aprovisionamento, entre outros;
- Informação das normas de segurança referentes ao serviço, nomeadamente Segurança contra Incêndio, Avaria de Equipamentos e normas específicas do serviço;
- Identificação e localização dos equipamentos / materiais existentes para o funcionamento do serviço em causa;
- Apresentação do Manual de Políticas e Procedimentos do serviço e outros documentos importantes para o seu posto de trabalho;
- Informação sobre os métodos utilizados na Avaliação de Desempenho.

❖ **Localização das áreas de trabalho que compõem o serviço.**

- Outros aspetos a evidenciar dado o trabalho específico em causa são:

❖ **Informação sobre regras de Higiene, Saúde e Segurança:**

A política de Saúde Ocupacional assenta no pressuposto de que a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, são parte integrante da Política de Gestão do CHMS, e promove a Saúde, Segurança e Higiene no Trabalho, com a participação e envolvimento de todos os profissionais, por forma a minimizar os riscos associados às suas tarefas. O Serviço de Saúde Ocupacional engloba as atividades de Medicina do Trabalho, Enfermagem do Trabalho e Segurança e Higiene no Trabalho e estrutura a sua atividade em articulação com a Comissão de Gestão do Risco e a Comissão de Controlo da infeção. (SOC,2011)

Ao novo enfermeiro deverá ser dado conhecimento dos seguintes documentos em vigor no Hospital e no BO II e o local onde estes podem ser consultados:

- Política de Gestão de Risco Clínico e Não Clínico;
- Política de Saúde Ocupacional;
- Política de Controlo da Infeção;
- Deverá ter conhecimento de algumas regras e equipamentos relacionados com as normas de segurança referentes ao BO II, nomeadamente Segurança contra incêndio, inundações, avaria de equipamentos, ou outros e o Procedimento em vigor para Relato de Incidentes/Acidentes.

❖ **Manual de Políticas e Procedimentos do serviço:**

Considerando a importância de um serviço sem papel e valorizando um recurso existente – os computadores, o novo enfermeiro pode encontrar todos os procedimentos com os quais tem que se familiarizar na INTRANET ou na pasta departamental do BO II. O acesso a Intranet/pasta departamental do BO II pode ser feito em qualquer computador do serviço.

❖ **Avaliação de Desempenho:**

A avaliação do desempenho rege-se por grupo profissional, com base na legislação indicada, o pessoal de Enfermagem: Portaria nº 242/2011, que adapta a avaliação dos trabalhadores da administração pública (SIADAP 3) aprovado pela Lei nº 66-B de 28 de Dezembro dos trabalhadores integrados na carreira especial de Enfermagem estabelecida pelo Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de Setembro.

❖ **Gestão do Risco Local:**

A Gestão do Risco Local encontra-se enquadrada na “Política de Gestão de Risco”, existindo Circular Normativa sobre este assunto (Circular Normativa nº 40/06). Foi nomeado, pela Direção do Serviço, um Gestor de Risco Local, cujas funções se encontra definidas na Circular Normativa nº3/07. (GRI,2009)

No Bloco Operatório a Gestão de Risco é uma peça fundamental no funcionamento harmonioso deste serviço e permite aos profissionais que nele trabalham uma segurança face aos riscos que todos os dias se deparam.

Uma política de gestão de risco, segundo AESOP tem como objetivos:

- Minimizar os riscos para os profissionais e clientes;
- Garantir as condições máximas de segurança dos profissionais, clientes e visitas;
- Promover a saúde e segurança dos profissionais e Clientes;
- Alertar os profissionais para a problemática do risco;
- Reduzir os custos derivados dos problemas, produzindo ganhos em saúde. (AESOP, 2006)

Numa política de qualidade e melhoria contínua dos cuidados prestados pelos profissionais, é crucial trabalhar utilizando ferramentas e metodologias de gestão de risco, diminuindo a probabilidade de acidentes ou erros derivados de procedimentos menos corretos.

❖ **Formação e Educação Contínua:**

Deverá ser dado a conhecer ao novo enfermeiro:

- Responsável pela Formação no BO II;
- Programa de Formação vigente no BO II, assim como o processo de avaliação anual das necessidades formativas;
- Dossier da Formação, onde podem ser consultados os resumos das Ações Formativas já ocorridas e o balanço da participação de todos os profissionais nas mesmas;
- Política de Formação do Hospital e o Programa de Formação transversal previsto para os enfermeiros do serviço.

❖ **Comissão de Controlo de Infeção:**

A infeção associada aos cuidados de saúde é uma consequência da prestação de cuidados, que se relaciona com a gravidade da doença e a presença de comorbidades, sendo maior o risco nos clientes com internamento prolongado ou submetidos a técnicas mais invasivas. Conduz a aumento da morbilidade e mortalidade hospitalar, aumento do tempo de internamento e dos custos com a saúde. Por tudo isso, deverão ser criadas condições que reduzam a sua ocorrência ao mínimo. A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

As ações de prevenção e controlo da infeção deverão fazer parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do cliente. (CIF,2011)

Deverá ser dado a conhecer ao novo enfermeiro:

- Enfermeiro Dinamizador da Comissão do Controlo de Infeção no serviço;
- Procedimentos de prevenção da infeção usados no BO II, assim como os processos utilizados para monitorização da sua aplicação e eficácia.

O Controlo de Infeção é uma área em constante desenvolvimento e atualização. De acordo com a AESOP as práticas recomendadas pela AESOP para a prevenção do Controlo de Infeção no BO são:

- Desinfecção Cirúrgica das mãos;

- Vestuário do BO ;
- Uso de Luvas no BO;
- Técnica Asséptica Cirúrgica;
- Desinfecção do campo operatório;
- Tratamento de Instrumentos Cirúrgicos;
- Desinfecção de Material – Uso de Desinfetantes no BO. (AESOP,2006)

No final desta fase deverá ser decidido de acordo com as características do integrando, a necessidade ou não, de alterar o programa traçado inicialmente pela enfermeira coordenadora e enfermeira integradora, procedendo-se à respetiva adaptação se necessário. (AESOP,2006)

2.2.2 - Programa de Integração do Bloco Operatório II

O programa de Integração é um processo adaptativo, interativo e dinâmico que envolve o Integrando e Integrador, bem como toda a equipa multidisciplinar, devendo por isso serem utilizados todos os recursos disponíveis do serviço, por forma a permitir ao Integrando aprofundar conhecimentos e adquirir experiência. (AESOP,2006)

A integração do novo enfermeiro é realizada por um enfermeiro com experiência em BO. Durante o período de integração o novo enfermeiro deve estar supra numerário e sempre acompanhado pelo integrador.

O enfermeiro integrador deve:

- Acompanhar e supervisionar o novo enfermeiro durante o período de Integração;
- Estabelecer com o integrando, uma relação interpessoal facilitadora da aprendizagem;
- Proporcionar um ambiente de aprendizagem ao novo enfermeiro, permitindo a maior diversidade de experiências possível;
- Ter capacidade de supervisão e orientação de uma forma assertiva.

Também o novo enfermeiro é responsável pela sua própria integração, participando ativamente na sua aprendizagem, desenvolvendo espírito crítico, colocando dúvidas e pedindo esclarecimentos quando necessário. (AESOP,2006)

❖ **1º Dia de integração** (após entrevista com a Enfermeira Coordenadora do serviço):

O enfermeiro integrador deve:

- Dar a conhecer a estrutura física e funcional do serviço e da organização;

- Informar sobre as normas de segurança, protocolos e procedimentos específicos referentes ao serviço;
- Esclarecer com é realizada a articulação do BO II com os outros serviços;
- Informar sobre o fardamento a ser utilizado no BO II e comportamento a ter dentro de um BO II;
- Explicar sobre o Circuito de sujos e limpos;
- Explicar o Circuito do pessoal e dos clientes desde a admissão até à alta;
- Apresentar as normas de funcionamento do serviço como o regulamento, o manual de procedimentos e organigrama do serviço;
- Entregar ao novo enfermeiro toda a informação/documentação, necessária para o desempenho das suas funções.

A partir do segundo dia e de acordo com o programa de Integração, o enfermeiro passa a acompanhar o enfermeiro responsável pela sua integração, seguindo para esse efeito, o horário do enfermeiro integrador. O programa de Integração do BO II estabelece que, o novo enfermeiro inicie o seu programa de integração pela UCPA. No caso de ser um enfermeiro já com experiência em BO, o programa de integração será alterado, e o novo enfermeiro no serviço iniciará a sua integração como enfermeiro de apoio à anestesia, e só depois, de estar integrado nas três funções de enfermeiro de sala operatória, é que inicia a sua integração na UCPA.

Sendo o BO um serviço de grande complexidade que exige um longo período de integração por parte do enfermeiro, para que este fique dotado do máximo de competências possíveis na prestação de cuidados específicos e de excelência, nas três fases do percurso cirúrgico: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório e como membro da equipa multidisciplinar, o Enfermeiro de BO tem funções independentes e interdependentes da restante equipa, nomeadamente as funções de Enfermeiro da UCPA, Enfermeiro de Apoio à Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista.

Sucintamente, serão apresentadas nos próximos capítulos as principais funções dos enfermeiros na UCPA e sala operatória.

2.2.2.1 – Fase do Enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

A UCPA é um espaço concebido para o cuidado ao cliente submetido a um ato anestésico. Pelo que a atuação do enfermeiro na UCPA segue a metodologia do processo de enfermagem e exige competências específicas na área da enfermagem Perioperatória. (AESOP,2006)

O enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos é responsável pelo cliente numa fase de grande dependência, pelo que:

- Deve fazer uma observação e vigilância constantes;
- Estar atenta a sinais e sintomas e possíveis complicações que possam surgir;

- Estar apto a atuar em situações de urgência. (AESOP,2006)

De acordo com o programa de Integração do BO II o enfermeiro que está a iniciar o seu processo de integração no serviço, permanecerá desde o segundo dia e até ao final do terceiro mês na UCPA.

Durante esse período o enfermeiro desempenhará as funções de acordo com a descrição de funções existente no serviço (DF BOP2.02), que compreendem:

- Preparar antecipadamente a unidade para receber o cliente;
- Verificar se os equipamentos e as unidades dos clientes estão preparados para os receber ao longo do turno;
- Verificar diariamente se o desfibrilhador está ligado à corrente elétrica e carregado. Fazer o teste de verificação do desfibrilhador e respetivo registo em impresso próprio;
- Verificar e fazer o registo das temperaturas do frigorífico dos medicamentos e dos sangues;
- Programar de acordo com o plano cirúrgico para o dia o número de camas da Unidade de Cuidados Médicos, que vai precisar, para que a Assistente operacional (AO) de apoio à UCPA as possa pedir com antecedência;
- Receber e registar as unidades de sangue e hemoderivados provenientes do serviço de sangue do Hospital X, para as cirurgias programadas, de acordo com o protocolo existente no serviço;
- Verificar e registar no início e no final de cada turno o nível de estupefacientes existentes em impresso próprio e elaborar o pedido dos mesmos sempre que estes sejam necessários, ou então no dia estipulado pelos serviços farmacêuticos para enviar este tipo de pedidos;
- Colaborar juntamente com o Enf.º Apoio à Anestesia e a AO na transferência do cliente do Transfer para a cama;
- Ouvir as informações que o Enf.º de Apoio à Anestesia tem para transmitir sobre o cliente e colocar questões ao colega, se achar necessário, de forma a estabelecer um plano de cuidados individualizado para esse cliente;
- Fazer o acolhimento ao cliente e posicioná-lo em função do seu estado clínico e da cirurgia efetuada;
- Monitorizar os sinais vitais durante a permanência do cliente na UCPA, para a deteção precoce de alterações hemodinâmicas;
- Realizar os registos escritos sobre o cliente em suporte papel;
- Prevenir as complicações mais comuns no pós-operatório imediato tais como:
 - Alterações do estado de consciência;
 - Dor aguda;
 - Hipotermia;
 - Hemorragia;

- Obstrução das vias aéreas.
- Administrar as prescrições e proceder à fármaco-vigilância;
- Monitorizar a dor do pós-operatório do cliente e fazer o respetivo registo na folha de enfermagem da UCPA;
- Providenciar para que a AO traga o “lanche” para os clientes que após a realização da cirurgia se podem alimentar;
- Preparar a alta do cliente quando tiver tido alta anestésico-cirúrgica.

Se a alta for para a UCM o Enfermeiro deve:

- Comunicar ao Enf.º da UCM que tem um cliente para transferir, para este o informar do número da cama afim da Assistente Técnica do BO II, proceder á sua transferência informática;
- Acabar de fazer os registos de enfermagem e verificar se o processo clínico do cliente está devidamente preenchido e completo;
- Informar o Enf.º da UCM que vai transferir o cliente, para que o enfermeiro da UCM possa vir receber o cliente, e ouvir toda a informação pertinente sobre este presencialmente.

Se a alta for para a Enfermaria o Enfermeiro deve:

- Acabar de fazer os registos de enfermagem e verificar se o processo clínico do cliente está devidamente preenchido e completo;
- Comunicar ao Enf.º do serviço para onde o cliente vai ser transferido, que vai haver uma transferência dum cliente, para que o colega da enfermaria, o possa vir receber ao BO II onde lhe seram transmitidas todas as informações presencialmente.

O Enfermeiro da UCPA tem ainda como funções:

- Preparar a unidade para a chegada do próximo Cliente;
- Relatar junto da enfermeira Coordenadora ou quem a está a substituir qualquer inconformidade com os equipamentos ou ruturas de *stocks* existentes;
- Arrumar em colaboração com AO os medicamentos no dia em que são fornecidos;
- Ler as políticas e procedimentos relevantes ao serviço;
- Colaborar no levantamento e prevenção de riscos locais;
- Assumir a responsabilidade da sua formação e desenvolvimento contínuo.
- Verificar mensalmente o carro de urgência e a mala de transporte existentes no BO;
- Verificar mensalmente o carro de urgência.

No final do dia deve:

- Proceder à organização e verificação do equipamento;

- Fazer a reposição de stocks, e preparar as unidades para o dia seguinte em colaboração com a AO.

Terminada esta fase segue-se o momento da avaliação e preparação para a fase seguinte.

2.2.2.2 – Fase do Enfermeiro de Apoio à Anestesia

Esta fase tem a duração de dois meses e tem como objetivo principal, desenvolver competências como Enfermeiro de Apoio à Anestesia, cumprindo para isso várias etapas parcelares de acordo com a descrição de funções existente no serviço (DF BOP2.02).

O integrando inicialmente, deve apresentar uma postura de observação e escuta ativa, passando gradualmente a colaborar com o enfermeiro integrador na execução das funções inerentes a esta etapa de integração, sempre supervisionado pelo enfermeiro integrador. (AESOP,2006)

Funções do Enfermeiro de Apoio à Anestesia:

No da Cirurgia:

- Verificar e testar o funcionamento de todos os equipamentos de Anestesia juntamente com o Anestesiologista, seguindo todos os passos descritos no Procedimento Verificação do Material de Anestesia. Depois de a folha estar devidamente preenchida e assinada pelos dois intervenientes a mesma é guardada em dossier próprio existente no serviço;
- Verificar e registar o nível de Estupefacientes existentes no início do turno em formulário próprio;
- Verificar se houve alguma alteração no plano cirúrgico do dia;
- Assegurar a existência do sangue e dos hemoderivados que foram requisitados previamente para as cirurgias desse dia;
- Preparar os fármacos, conhecer as suas ações, interações e utilizações nos vários tipos de anestesia (Apêndice IV);
- Conhecer o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia;
- Conhecer as diferentes técnicas anestésicas;
- Tomar conhecimento do tipo de Anestesia programada, para aquele cliente com o Anestesista da sala cirúrgica, com antecedência e providenciar seguidamente a “entrada” do cliente no BO e posterior colocação na sala cirúrgica;
- Fazer o acolhimento do cliente à chegada ao BO, apresentar-se, avaliar o seu estado físico e emocional, as expectativas face à intervenção cirúrgica, procurar criar um clima de empatia e segurança;
- Acabar de preencher a folha de registo da visita pré-operatória anestésico cirúrgica de enfermagem (a primeira parte da folha é preenchida pelo Enf.º que realiza a visita pré-

anestésico cirúrgica na véspera da cirurgia), na presença do cliente e valida com o próprio os seguintes dados:

- Identidade, intervenção cirúrgica e lateralidade;
 - Alergias a medicamentos, alimentos, ou outras;
 - Jejum, prótese e ortóteses;
 - Verificar processo clínico (exames complementares, consentimento informado e processo passivo se for necessário);
- Preservar a dignidade e o pudor do cliente evitando exposição desnecessária;
 - Encaminhar o cliente para a sala de cirúrgica e proceder à sua monitorização (ECG, TA, Oximetria de Pulso) e cateterização de veia periférica e posicionamento em mesa operatória;
 - Manter o cliente informado sobre os procedimentos a realizar e promover um ambiente calmo e seguro, especialmente antes da indução anestésica,
 - Iniciar o preenchimento da Cirurgia Segura informaticamente, se o programa informático não o permitir, fazer o seu preenchimento manualmente conforme procedimento da Cirurgia Segura do CHMS;
 - Cooperar com o Anestesista na indução anestésica e manutenção da anestesia e na vigilância dos sinais vitais;
 - Colaborar no posicionamento do cliente, mantendo o alinhamento correto do corpo com especial atenção às zonas de proeminências ósseas;
 - Auxiliar na colocação de garrote pneumático, se necessário, estar atento a alterações que possam surgir. Regista a hora de início e fim do garrote;
 - Manter a vigilância do cliente (permeabilidade das vias aéreas, sinais vitais, cor da pele e mucosas, parâmetros de ventilação, perdas sanguíneas, etc.);
 - Monitorizar a dor em todos os clientes no intra- operatório e proceder ao seu registo na folha de registos intraoperatória de enfermagem;
 - Comunicar ao Anestesiologista da sala as alterações, se existirem, verificadas após a aplicação da escala da dor ao cliente a ser intervencionado;
 - Despistar precocemente qualquer complicação;
 - Colaborar com o Anestesista no “acordar” do cliente nas anestésias gerais ou máscaras laríngeas;
 - Fazer os registos da cirurgia em impresso próprio do serviço e terminar o preenchimento da Cirurgia Segura;
 - No final da cirurgia acompanhar o cliente à UCPA com o auxílio da AO de apoio à sala cirúrgica;
 - Colaborar na transferência do cliente para a UCPA, transmitir informações orais e escritas que permitam a continuidade dos cuidados ao Enf.º da UCPA;

- Planear em conjunto com o Anestesiologista e Ortopedista da sala a “chamada” do próximo cliente, antes do final da cirurgia que está a decorrer, de forma a ser feita uma planificação dos clientes a operar, e para não haver tempos “mortos” e atrasos entre cirurgias;
- Manter a mesa de anestesia sempre preparada para receber o cliente seguinte.

No Final do Dia:

- Reorganizar a sala operatória e proceder à sua reposição;
- Verificar e registar o nível de Estupefacientes existentes no final do turno em formulário próprio;
- Fazer o pedido dos estupefacientes em falta, para que o nível estabelecido pelos Serviços Farmacêuticos e o BO II esteja sempre mantido.

Terminada esta fase, segue-se o momento de avaliação e preparação para a fase seguinte.

2.2.2.3 – Fase do Enfermeiro Circulante

Esta fase tem a duração de três meses e inicia o integrando no desenvolvimento da segunda função da Enfermagem Perioperatória.

À semelhança da fase anterior, a postura do enfermeiro em integração deve ser inicialmente de observação e colaboração com o integrador e, posteriormente, de desempenho das funções, sob a supervisão do enfermeiro integrador. (AESOP,2006)

O objetivo principal é desenvolver competências como Enfermeiro Circulante de acordo com a descrição de funções existente no serviço (DF BOP2.02).

Na Véspera da Cirurgia:

- Deve tomar conhecimento do programa cirúrgico;
- Preparar todo o material, individualizando-o em relação ao tipo de cirurgia e cirurgião que o vai utilizar.

No Dia da Cirurgia:

- Confirmar se houve alguma alteração ao programa cirúrgico;
- Preparar a sala cirúrgica com todo o equipamento necessário à cirurgia proposta com a colaboração da AO de apoio às salas;
- Verificar com o Enfermeiro Instrumentista se todo o material que preparou no dia anterior é o suficiente para a intervenção proposta;
- Providenciar as condições de higienização e climatização da sala cirúrgica antes do início de cada cirurgia;

- Verificar, testar e preparar todo o equipamento (aspiradores, eletrobisturi, garrote pneumático, luzes dos pantoffes, etc.) necessário à cirurgia;
- Colaborar no acolhimento do cliente;
- Colaborar com o Enfermeiro Instrumentista na preparação da mesa cirúrgica, cumprindo a técnica asséptica cirúrgica;
- Assegurar o posicionamento do cliente (Apêndice I), em colaboração com o Enfermeiro de Apoio à Anestesia, Anestesiologista, cirurgião e da AO de apoio à sala, respeitando o alinhamento corporal e protegendo as zonas de pressão;
- Monitorizar a colocação da placa de neutro, quando na cirurgia vai ser utilizado um eletrobisturi, proceder ao registo das características da pele e o local onde a placa de neutro vai ser colocada e registar na folha de registos intraoperatórios de enfermagem;
- Colocar o garrote pneumático no cliente quando necessário, respeitando sempre as normas de segurança vigentes;
- Colaborar no vestir da equipa cirúrgica;
- Assistir a equipa cirúrgica durante a desinfeção do campo operatório;
- Ajustar as luzes, mesa de instrumentos e procede à ligação dos aparelhos que vão ser utilizados durante a cirurgia respeitando sempre as normas de segurança dos mesmos;
- Estar atenta a possíveis complicações que possam surgir, dando-lhe resposta;
- Fornecer os materiais necessários ao Enfermeiro Instrumentista, respeitando a técnica asséptica cirúrgica;
- Manter a disciplina, o silêncio, o número de pessoas na sala que deve ser limitado e manter a sala limpa e em ordem e com as portas sempre fechadas durante a cirurgia;
- Vigiar o comportamento da Equipa, observar faltas, fazer respeitar a técnica asséptica cirúrgica e normas estabelecidas;
- Prevenir acidentes no cliente e equipa cirúrgica;
- Dar resposta às situações de urgência que possam surgir;
- Acondicionar, rotular e providenciar o envio de peças para anatomia patológica e/ou laboratório;
- Preparar material para drenagens, pensos e gessos;
- Proceder à contagem com o enfermeiro instrumentista dos instrumentos cirúrgicos, colaborar no “levantar” dos instrumentais cirúrgicos e respetivo acondicionamento em contentor próprio no final da cirurgia, para este ser depois transportado pela AO de apoio à sala, para a área de sujos do serviço;
- Fazer os registos do material implantado no cliente, na folha de enfermagem;
- Preencher as folhas de esterilização das caixas cirúrgicas;
- Entregar os gastos de todo o material implantado com os respetivos dados do cliente à Enfermeira de apoio à gestão;

- Manter a comunicação entre os membros da equipa da sala e outros profissionais de saúde;
- Preparar a sala e material para a cirurgia seguinte;
- Relatar junto da Enfermeira Coordenadora ou sua substituta qualquer inconformidade com os equipamentos ou ruturas de stocks existentes;
- Colaborar na saída do cliente para a UCPA.

No Final do Dia:

- Proceder à ordenação e verificação do equipamento;
- Proceder à reorganização da sala e reposição de stocks de modo a ficar pronta a funcionar para o dia seguinte em colaboração com o Enfermeiro de Apoio à Anestesia;
- Preparar o material cirúrgico necessário para o dia seguinte conforme plano cirúrgico previamente entregue pela A. Técnica.

No final desta fase, procede-se à avaliação do integrando, à continuação da mesma se houver necessidade, ou à preparação da fase seguinte.

2.2.2.4 – Fase do Enfermeiro Instrumentista

Esta fase tem a duração de apenas quatro meses e não, os seis meses, como preconizado pela AESOP, pelo facto do BO II, só contemplar uma única especialidade Cirúrgica a Ortopedia/ traumatologia.

Esta fase apresenta dois objetivos principais que são: a transmissão de alguns princípios básicos sobre instrumentação e o desenvolvimento de competências como enfermeiro instrumentista.

Numa primeira fase o enfermeiro integrando observa e realiza procedimentos básicos inerentes ao desempenho de um enfermeiro instrumentista. (AESOP,2006)

O conteúdo teórico e prático desta área prende-se principalmente com:

- Lavagem cirúrgica das mãos;
- Vestir bata cirúrgica estéril;
- Calçar luvas cirúrgicas;
- Princípios básicos de colocação de mesas cirúrgicas;
- Conhecer os procedimentos da colocação de campos estéreis;
- Conhecer as regras de movimentação da equipa cirúrgica;
- Conhecer os princípios de passagem de instrumental cirúrgico ao cirurgião;
- Conhecer as normas de organização e manutenção de uma mesa cirúrgica;
- Reconhecer os diferentes tipos de sutura e a sua aplicação;
- Saber os procedimentos de retirar campos, batas e máscaras cirúrgicas após a intervenção;
- Saber os procedimentos de retirar os materiais contaminados da sala cirúrgica no final das cirurgias. (AESOP,2006)

Na segunda etapa desta fase o enfermeiro integrador e integrando invertem as funções, realizando este último a função de enfermeiro instrumentista sob a observação, colaboração e supervisão do enfermeiro integrador. Pretende-se que no final desta fase o integrando desenvolva conhecimentos teórico-científicos que lhe permitam prever e antecipar as necessidades do cliente e cirurgião. (AESOP,2006)

Para atingir os objetivos propostos este deve:

- Conhecer atempadamente o plano operatório e planejar os cuidados;
- Colaborar com o Enfermeiro Circulante na preparação de todo o material cirúrgico necessário individualizando-o em relação à cirurgia.

No Dia da Cirurgia:

- Confirmar se houve alterações do programa cirúrgico;
- Certificar-se da existência de todo o material necessário, em conformidade com o cliente, tipo de cirurgia e cirurgião que o vai utilizar;
- Confirmar o tipo de cirurgia a executar e a lateralidade, se for o caso;
- Realizar a lavagem cirúrgica das mãos, vestir bata e calçar luvas, de acordo com o procedimento;
- Preparar a mesa com todo o material cirúrgico necessário para aquela cirurgia;
- Responsabilizar-se pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica durante a preparação da mesa, assim como durante toda a cirurgia;
- Responsabilizar-se pela contagem de todo o material cirúrgico, incluindo corto-perfurantes, (proceder à sua contagem com a colaboração do Enfermeiro Circulante no início e no final da cirurgia);
- Colaborar com a equipe cirúrgica na preparação do campo cirúrgico;
- Executar em colaboração com o Enfermeiro Circulante, as ligações de todos os dispositivos médicos estéreis aos respetivos aparelhos;
- Conhecer com segurança os tempos operatórios de modo a antecipar-se às necessidades do cirurgião;
- Estar atenta para que não seja feita pressão sobre o cliente (material cirúrgico e/ou equipamento, ou cirurgião);
- Efetuar com segurança a passagem dos instrumentos cirúrgicos;
- Realizar a manutenção intraoperatória do instrumental cirúrgico;
- Manter a organização da mesa cirúrgica;
- Providenciar com antecedência as soluções de irrigação;
- Proceder à substituição das luvas de toda a equipe cirúrgica nas situações previstas e sempre que se verifique ser necessário;

- Estar atento as perdas hemáticas, ao número de compressas com sangue gastas e quantidade de soro de irrigação utilizado e alertar o Anestesiologista da sala;
- Recolher os produtos orgânicos para análise e transmitir informação sobre eles ao enfermeiro circulante;
- Preparar o material de penso e de drenagem;
- Colaborar na colocação de sistemas de drenagem e na realização do penso operatório;
- Separar material cortante e perfurante e coloca-o em recipiente próprio no final da cirurgia;
- Separar o material limpo do sujo e contaminado;
- Retirar o material cirúrgico da mesa operatória, coloca-o em “caixa” própria e fechada mas só depois de devidamente limpo da maior parte do sangue ou material orgânico, com a colaboração do Enfermeiro Circulante e da AO;

- Informar a AO que já pode levar o material para o acondicionar em contentor próprio para mais tarde ser transportado para a Unidade Esterilização do CHMS e dos cuidados a ter com determinado material cirúrgico específico, ou qualquer outro tipo de recomendação que ache apropriada em relação ao material cirúrgico.

No Final do Dia:

- Colaborar com o Enfermeiro Circulante na reposição dos consumíveis.

Terminada esta fase, realiza-se a sua avaliação/apreciação por parte do enfermeiro integrador e integrando.

A integração de novos Enfermeiros no serviço como já foi referido noutros capítulos deste manual, é um processo evolutivo, pelo que a realização de um plano de integração deve ser dinâmico e flexível sem um carácter rígido e fixo. No entanto, se houver necessidade, o plano de integração pode sofrer alterações em conformidade com as exigências, oportunidades e possibilidades do desempenho que surjam ao longo da integração.

2.2.2.5 – Avaliação do Programa de Integração

O processo de avaliação é contínuo e resulta do contato entre enfermeiro integrador e elemento a ser integrado, no entanto existem momentos de avaliação formais que ocorrem no final de cada fase de integração, ou seja o enfermeiro em integração, antes de passar para a fase seguinte do programa, realiza uma avaliação.

Durante a realização dessa avaliação com a Enfermeira Cordenadora e com o Enfermeiro integrador de cada fase do programa de integração, (se for esse o caso) é preenchida, pelos elementos intervenientes

no processo, a grelha de avaliação das etapas do processo de integração de novos enfermeiros do BO II (Apêndice I).

Nesta reunião é ainda realizada uma análise do tempo decorrido, tendo por base os objetivos pré estabelecidos para cada fase. É também solicitado ao integrando que manifeste a sua opinião quanto ao programa e quanto ao integrador, indicando ou sugerindo alterações que possam ser introduzidas, no sentido de melhorar o programa de integração.

A conclusão da integração fica registada no Serviço (Anexo I). Na avaliação final é ainda efetuada uma reflexão sobre todas as fases do programa de integração através de:

- Autoavaliação do elemento integrado;
- Observação ou Hetero-avaliação do enfermeiro integrador;
- Parecer da enfermeira coordenadora.

3 - NOTA CONCLUSIVA

A pertinência deste manual manifesta-se na prioridade em AESOP (2006) "...adequar a pessoa ao seu posto de trabalho, porque, se tal não acontecer, o resultado será insucesso e a frustração pessoal, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados." (p.285)

De acordo com a AESOP (2006) as instituições hospitalares "... devem elaborar guias de informação que considerem importantes para facultar...,tendo em vista a aquisição/transmissão de toda informação necessária e pertinente..."(p.285) O tempo necessário de integração dos enfermeiros é um processo moroso e dispendioso, tendo em conta a reduzida rentabilidade destes elementos, ainda de acordo com a AESOP (2006), o programa de integração "...envolve o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu manuseamento, o inter- relacionamento com as estruturas da unidade e o conhecimento técnico e científico."(p.290)

Pretendemos que este manual, que aqui se conclui, não seja uma "paragem", mas apenas um "apeadeiro", para que a "jornada" progrida com novas atualizações no manual e programa de integração de novos enfermeiros no BO II do CHMS.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- Benner,P. (2005).De Iniciado a Perito. (2ª ed).Coimbra,Portugal:Editora Quarteto
- Carvalhal, R. (2003).Parceria na formação: Papel dos Orientadores Clínicos. Loures,Portugal:Lusociência.
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2009).Política de Gestão do Risco: GRI.
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2010).Descrição Funções dos Enfermeiros do Bloco Operatório II:DF.BOP2.02.
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2010). Plano Acção do Bloco Operatório II, Ano 2010.
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2010).Regulamento do Bloco Operatório II REGBOP2.01
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2011).Política de Controlo da Infeção:CIF.
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2011).Política Saúde Ocupacional: SOC.
- Chiavenato. (1989). Recursos humanos na empresa. São Paulo, Brasil: Atlas.
- Fernandes, A.P.G., Geraldes, J.P.M., Batista, M.P.J., & Alves, P.M.S. (2010). Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Sinais Vitais*, 92,50-55.
- Figueiredo, M. (1997). Trabalho em equipa, o contributo dos enfermeiros. *Revista Sinais Vitais*.10,19
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990). Volume XVI. Rio de Janeiro, Lisboa: Editorial Enciclopédica Limitada, Lisboa, 154.

ELÉTRONICAS

- Adaptações na carreira de especial de Enfermagem- Portal da Saúde (2011).Recuperado em 29 de Dezembro de 2014 em http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2011/6/portaria_242_2011htm
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2011). Regulamento interno do Centro Hospitalar Margem Sul, EPE. Recuperado de <https://www.hsb-setubal.min-saude.pt>
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2011). Regulamento interno do Centro Hospitalar Margem Sul, EPE. Disponível em <https://www.hsb-setubal.min-saude.pt>
- Conceito. De. Disponível em <https://www.conceito.de/integracao>
- Macedo, M.R. (2012). Supervisão na Integração de Enfermeiros à Luz do Modelo Bioecológico (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado em 30 de Dezembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10773/9956>

- Marques,R.,Veiga. (2002).Historial da Instituição- a nossa escola. Recuperado em 29 de Dezembro de 2014 em <http://www.houtao.min-saude.pt/histria.html>
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. *Decreto-Lei n.º 104/98 de 21-04*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Pegado,A.M.M.O. (2010).GESTÃO DE BLOCO OPERATÓRIO:MODELOS DE GESTÃO E MONITORIZAÇÃO (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre).Escola Nacional de Saúde Pública-Universidade Nova de Lisboa,Lisboa,Portugal.Recuperado em 30 de Dezembro de 2014 em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5468/1/RUN%20-%20tese%20Mestrado%20Ana%20Pegado.pdf>.
- Priberam: Dicionário. Disponível em <https://www.priberam.pt/dlpo/integração>

APÊNDICES

APÊNDICE I

(Grelhas de Avaliação das Etapas do Processo de Integração de Novos Enfermeiros do
Bloco Operatório II do CHMS)

Grelha de Avaliação das Etapas do Processo de Integração de Novos Enfermeiros no BO II do CHMS

Critério de Avaliação para o Enfermeiro de Apoio à Anestesia	Sim	Não
Realiza o acolhimento do cliente no BO.		
Conhece as diferentes técnicas Anestésicas.		
Conhece a ação e mecanismos de interação dos fármacos utilizados.		
Conhece o funcionamento de todos os equipamentos necessários à anestesia do cliente, realiza a check-list do ventilador no início do turno, testa o funcionamento do aspirador de anestesia e todos os outros aparelhos que vai utilizar no decorrer do dia.		
Colabora com o Anestesiologista e responsabiliza-se por prestar cuidados anestésicos de qualidade e em segurança ao cliente durante toda a cirurgia.		
Faz registos de enfermagem no período intra-operatório e efetiva o preenchimento da check-list cirurgia segura.		
Colabora na transferência do cliente para a UCPA.		
Transmite informações orais e escritas na UCPA que permitam a continuidade de cuidados.		
Reorganiza a sala operatória e procede à sua reposição.		
Relaciona-se com a equipa multidisciplinar.		
Critério de Avaliação para o Enfermeiro Circulante	Sim	Não
Realiza o planeamento de cuidados para o dia de acordo com as cirurgias, as características do cirurgião e o cliente.		
Providencia as condições de higienização e climatização da sala de operatória antes do início de cada cirurgia.		
Prepara as mesas com o material cirúrgico para as várias cirurgias do dia.		
Verifica o funcionamento de todos os equipamentos (aspiradores, eletrobisturi, garrote pneumático, luzes dos <i>pantoffes</i> , etc.).		
Colabora no posicionamento do cliente.		
Coloca a placa de neutro e o garrote pneumático, no cliente quando o aparelho de eletrocirurgia e o garrote pneumático vão ser utilizados na cirurgia segundo as normas de segurança vigentes.		
Fornecer os materiais necessários ao Enfermeiro Instrumentista, respeitando a técnica asséptica Cirúrgica.		
Colabora na desinfeção do campo operatório e no vestir da equipa cirúrgica.		
Mantém o silêncio na sala, limita o número de pessoas na sala, mantém a sala limpa e em ordem e as portas sempre fechadas durante a cirurgia.		
Vigia o comportamento da equipa, observa faltas, faz respeitar a técnica asséptica cirúrgica e normas estabelecidas.		
Colabora com o enfermeiro instrumentista nos procedimentos inerentes à cirurgia.		
Previne acidentes no cliente e equipa cirúrgica.		
Dá resposta às situações de urgência que possam surgir.		
Acondiciona, rotula e providencia o envio de peças para anatomia patológica e/ou laboratório.		
Prepara material para drenagens, pensos e gessos.		
Procede à contagem com o enfermeiro instrumentista dos instrumentos cirúrgicos, colabora no "levantar" dos instrumentais cirúrgicos e respetivo acondicionamento em contentor próprio no final de cada cirurgia.		
Entrega os gastos de todo o material implantado com os respetivos dados do cliente à Enf. ^a de apoio á gestão e realiza os registos de material implantado no processo do cliente.		
Mantém a comunicação entre os membros da equipa da sala e outros profissionais de saúde.		
Critério de Avaliação para o Enfermeiro Instrumentista	Sim	Não
Planifica os cuidados tendo em conta as características do cliente, cirurgião e cirurgia.		
Colabora em conjunto com o enfermeiro circulante na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia.		
Confirma o tipo de cirurgia a realizar e a lateralidade, se for o caso.		
Prepara a mesa com todo o material cirúrgico necessário para aquela cirurgia.		
Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica durante a preparação da mesa, assim como durante toda a cirurgia.		

Conhece os vários tempos operatórios, antecipa-se ao cirurgião e realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança.		
Tenta manter sempre, o material cirúrgico da mesa operatória limpo e arrumado (para assim conseguir uma melhor visualização do material cirúrgico na mesa).		
Prepara o material de penso e de drenagem.		
Faz penso operatório e coloca sistema de drenagem se for necessário.		
Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço.		
Critério de Avaliação para o Enfermeiro da UCPA	Sim	Não
Prepara antecipadamente a unidade para receber o Cliente.		
Verifica diariamente se o desfibrilhador está ligado à corrente elétrica e carregado, faz o teste de verificação do desfibrilhador e respetivo registo em impresso próprio.		
Verifica e faz o registo das temperaturas do frigorífico dos medicamentos e dos sangues.		
Recebe e regista as unidades de sangue e hemoderivados provenientes do serviço de sangue do HSB, para as cirurgias programadas, de acordo com o protocolo existente no serviço.		
Colabora juntamente com o Enf.º de Apoio à Anestesia e a AO na transferência do cliente do <i>Transfer</i> para a cama.		
Recebe as informações que o Enf.º de Apoio à Anestesia tem para transmitir sobre o cliente e coloca as questões ao colega, se achar necessário, de forma a estabelecer um plano de cuidados individualizado para esse cliente.		
Monitoriza sinais vitais durante todo o tempo que o cliente permanecer na UCPA para a deteção precoce de alterações hemodinâmicas.		
Realiza os registos escritos sobre os clientes em suporte papel.		
Administra as prescrições e proceder à fármaco-vigilância.		
Monitoriza a dor do pós-operatório do cliente e fazer o respetivo registo na folha de registos enfermagem da UCPA.		
Preparar a alta do cliente quando este tiver tido alta anestésica.		
Critérios de Avaliação Gerais	Sim	Não
Conhece a estrutura física, orgânica e funcional do serviço.		
Conhece a organização dos recursos materiais e humanos do serviço.		
Sabe atuar em caso de urgência e utiliza adequadamente os materiais existentes no serviço (carro de urgência, etc.).		
Conhece os procedimentos, organograma e regulamento interno do BO.		
Conhece as políticas e procedimentos das comissões do CHS mais pertinentes para o serviço (Gestão Risco Geral e Risco Clínico, Saúde Ocupacional, Qualidade e Segurança do Doente, Controlo de Infecção, Formação e Educação Continua) e os representantes do serviço.		
Sabe utilizar e conhece as aplicações informáticas em uso para os enfermeiros do serviço.		
Conhece os critérios da avaliação de Desempenho.		

Fonte: AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.

Enfermeiro Integrador: _____

Enfermeiro em Integração: _____

Enfermeira Coordenadora do Serviço: _____

Data da Conclusão do Processo de Integração: _____

APÊNDICE II

(Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do
CHMS)

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px;"></div>	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

1. Objetivo

Garantir a existência de um documento, no qual se encontre identificado quais os procedimentos a seguir durante a integração de novos Enfermeiros (Enf.º) no Serviço de Bloco operatório II (BO), possibilitando assim uma fácil e eficaz integração. Preparar o novo enfermeiro para o seu desempenho e respetivas responsabilidades.

O processo de integração é particularmente importante para os enfermeiros, sobretudo na sua primeira experiência de trabalho. Um programa de integração eficaz desenvolve e estimula o interesse e entusiasmos iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade de prestação de cuidados. (AESOP,2006)

2. Campo de aplicação

Este procedimento destina-se a todos os novos Enfermeiros do Serviço do BO II do Centro Hospitalar Margem Sul.

3. Siglas, abreviaturas e definições

BO- Bloco Operatório.

Enf.º-Enfermeiro

CHMS- Centro Hospitalar da Margem Sul

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública

UCPA- Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

4. Referências

- AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). Prática Recomendadas para o Bloco Operatório. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.

	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

- CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Norma para a Acreditação, 4.ª Edição, Versão 02 (julho 2013); critérios 52.27; 52.41; 52.42; 52.43.
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2009).Política de Gestão do Risco: GRI.
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2011).Política de Controlo da Infeção: CIF.
- Centro Hospitalar da Margem Sul, EPE (2011).Política Saúde Ocupacional: SOC. Decreto - Lei nº 161/96 – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

5. Responsabilidades


A Diretora e a Enf.^a Coordenadora do Serviço do BO II têm a responsabilidade de assegurar que todo o novo enfermeiro completa o programa de integração específico para o serviço.

6. Procedimento

É através da integração que o indivíduo apreende um sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização (Chiavenato, 1991).

De acordo com a AESOP (2006) “O processo de integração de um enfermeiro no BO é normalmente demorado e complexo.” (p.287) Assim, a integração no BO visa dotar os enfermeiros com as competências necessárias tanto a nível dos conhecimentos científicos como dos comportamentos necessários para que o cliente obtenha cuidados de enfermagem de qualidade. (AESOP,2006)

O programa de apresentação /integração prepara o novo enfermeiro para o desempenho do seu posto de trabalho e respetivas responsabilidades, explicando a estrutura do Serviço, da equipa, a articulação com os outros serviços, e respetivas funções específicas. Toda a Equipa deve proporcionar ao novo enfermeiro oportunidades para colocar e esclarecer questões/dúvidas, pois pretende-se que este seja um processo em que ambas as partes se ajustem reciprocamente, para que deste modo, os objetivos propostos atinjam

	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

metas organizacionais comuns. (AESOP,2006) Compreende várias etapas que passamos a descrever assim como um momento de avaliação:

Entrevista Inicial:

Entrevista inicial com o novo enfermeiro, pelo seu superior hierárquico e ou integrador, que inclui:

- Receção;
- Recolha de informação relativa a expectativas do profissional em relação ao serviço;
- Experiência profissional;
- Entrega do Procedimento de Integração de novos Enfermeiros no BO II de forma a planificar a sua integração;
- Visita ao Serviço e apresentação a todos os membros da Equipa Multidisciplinar.

Informações Gerais:

- ❖ As informações gerais prestadas a novos Enfermeiros são:
 - Apresentação da missão e objetivos do Serviço, de acordo com o plano de ação;
 - Apresentação do organigrama do Serviço de BO II;
 - Identificação do horário de trabalho, processo de pedido de férias e justificação de faltas;
 - Apresentação das atividades de formação e investigação planeadas;
 - Informação sobre os postos de trabalho e descrição de funções a eles respeitantes;
 - Informação sobre recursos disponíveis, designadamente: Serviço de Transportes, Serviço de Imagiologia, Serviço de sangue, Serviços de Internamento, Serviço Aprovisionamento, entre outros;
 - Informação das normas de segurança referentes ao serviço, nomeadamente Segurança contra Incêndio, Avaria de Equipamentos e normas específicas do serviço;
 - Identificação e localização dos equipamentos / materiais existentes para o funcionamento do serviço em causa;

	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

- Apresentação do Manual de Políticas e Procedimentos do serviço e outros documentos importantes para o seu posto de trabalho;
- Informação sobre os métodos utilizados na Avaliação de Desempenho.

❖ **Localização das áreas de trabalho que compõem o serviço.**

- O Serviço divide-se basicamente em duas grandes áreas: a área do BO e a área da UCPA.

❖ **A área física do BO II é constituída por:**

- 2 Salas cirúrgicas;
- 1 Sala de desinfeção contígua a uma das salas mas que apoia ambas as salas cirúrgicas;
- 1 Sala de indução que dá apoio às duas salas cirúrgicas, que possui ainda um armário para o armazenamento de material de uso clínico e um armário próprio com medicamentos, ambos para apoio á anestesia;
- 1 Espaço de armazenamento com vários material de apoio para os posicionamentos dos clientes entre outros e uma área de sujos que dá apoio às 2 salas cirúrgicas;
- 1 Área de acolhimento onde se realiza a receção do cliente ao BO;
- 1 Área de logística, onde se localizam o gabinete médico, o gabinete da Enfermeira Coordenadora e da administrativa, a sala de reuniões e ainda uma sala do pessoal que inclui a copa e sala de registos;
- 1 Área de receção para a entrada de material “limpo” proveniente do exterior, bem como uma outra área separada da primeira para a entrega de material “contaminado” armazenado em contentores próprio para o exterior;
- 1 Sala para o armazenamento dos equipamentos de apoio à realização das cirurgias,
- 1 Sala de esterilizados com todo o material de uso clínico, instrumentais e implantes cirúrgicos, necessários para a realização das várias cirurgias;
- Uma área de esterilização com uma autoclave, uma máquina para a lavagem do calçado utilizado por todos os funcionários do BO, de algum instrumental cirúrgico de urgência, o que

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

- permite realizar algumas esterilizações para colmatar algumas situações como, eventuais falhas de material delicado e quantidade insuficiente de instrumental cirúrgico;
- 2 Vestiários e 2 WC.

❖ **A área física da UCPA é constituída por:**

- 1 Sala com capacidade para 4 camas e 2 macas;
- 1 Área para registos;
- 1 Área de trabalho de enfermagem com um armário próprio para a medicação e outros com material de apoio clínico e não clínico;
- 1 Área de sujos
- 1 Armazém de arrumo de equipamento e material de apoio á UCPA;
- 1 Armário com roupa para uso do BO e UCPA.
- Outros aspetos a evidenciar dado o trabalho específico em causa são:

❖ **Informação sobre regras de Higiene, Saúde e Segurança:**

A política de Saúde Ocupacional assenta no pressuposto de que a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, são parte integrante da política de gestão do CHMS, e promove a Saúde, Segurança e Higiene no Trabalho, com a participação e envolvimento de todos os profissionais, por forma a minimizar os riscos associados às suas tarefas. O Serviço de Saúde Ocupacional engloba as atividades de Medicina do Trabalho, Enfermagem do Trabalho e Segurança e Higiene no Trabalho e estrutura a sua atividade em articulação com a Comissão de Gestão do Risco e a Comissão de Controlo da infeção. (SOC,2011)

Ao novo enfermeiro deverá ser dado conhecimento dos seguintes documentos em vigor no Hospital e no BO II e o local onde estes podem ser consultados:

- Política de Gestão de Risco Clínico e Não Clínico;
- Política de Saúde Ocupacional;
- Política de Controlo da Infeção;

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div>	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

- Deverá ter conhecimento de algumas regras e equipamentos relacionados com as normas de segurança referentes ao BO II, nomeadamente Segurança contra incêndio, inundações, avaria de equipamentos, ou outros e o Procedimento em vigor para Relato de Incidentes/Acidentes.

❖ **Manual de Políticas e Procedimentos do serviço:**

Considerando a importância de um serviço sem papel e valorizando um recurso existente – os computadores, o novo enfermeiro pode encontrar todos os procedimentos com os quais tem que se familiarizar na INTRANET ou na pasta departamental do BO II. O acesso a Intranet/pasta departamental do BO II pode ser feito em qualquer computador do serviço.

❖ **Avaliação de Desempenho:**

A avaliação do desempenho rege-se por grupo profissional, com base na legislação indicada, o pessoal de Enfermagem: Portaria nº 242/2011, que adapta a avaliação dos trabalhadores da administração pública (SIADAP 3) aprovado pela Lei nº 66-B de 28 de Dezembro dos trabalhadores integrados na carreira especial de Enfermagem estabelecida pelo Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de Setembro.

❖ **Gestão do Risco Local:**

A Gestão do Risco Local encontra-se enquadrada na “Política de Gestão de Risco”, existindo Circular Normativa sobre este assunto (Circular Normativa nº 40/06). Foi nomeado, pela Direção do Serviço, um Gestor de Risco Local, cujas funções se encontra definidas na Circular Normativa nº3/07. (GRI,2009)

No Bloco Operatório a Gestão de Risco é uma peça fundamental no funcionamento harmonioso deste serviço e permite aos profissionais que nele trabalham uma segurança face aos riscos que todos os dias se deparam.

Uma política de gestão de risco, segundo AESOP tem como objetivos:

- Minimizar os riscos para os profissionais e clientes;

	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

- Garantir as condições máximas de segurança dos profissionais, clientes e visitas;
- Promover a saúde e segurança dos profissionais e Clientes;
- Alertar os profissionais para a problemática do risco;
- Reduzir os custos derivados dos problemas, produzindo ganhos em saúde. (AESOP, 2006)

Numa política de qualidade e melhoria contínua dos cuidados prestados pelos profissionais, é crucial trabalhar utilizando ferramentas e metodologias de gestão de risco, diminuindo a probabilidade de acidentes ou erros derivados de procedimentos menos corretos.

❖ **Formação e Educação Contínua:**

Deverá ser dado a conhecer ao novo enfermeiro:

- Responsável pela Formação no BO II;
- Programa de Formação vigente no BO II, assim como o processo de avaliação anual das necessidades formativas;
- Dossier da Formação, onde podem ser consultados os resumos das Ações Formativas já ocorridas e o balanço da participação de todos os profissionais nas mesmas.
- Política de Formação do Hospital e o Programa de Formação transversal previsto para os enfermeiros do serviço;

❖ **Comissão de Controlo de Infeção:**

A infeção associada aos cuidados de saúde é uma consequência da prestação de cuidados, que se relaciona com a gravidade da doença e a presença de comorbidades, sendo maior o risco nos clientes com internamento prolongado ou submetidos a técnicas mais invasivas. Conduz a aumento da morbilidade e mortalidade hospitalar, aumento do tempo de internamento e dos custos com a saúde. Por tudo isso, deverão ser criadas condições que reduzam a sua ocorrência ao mínimo. A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

As ações de prevenção e controlo da infeção deverão fazer parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do cliente. (CIF,2011)

	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

Deverá ser dado a conhecer ao novo enfermeiro:

- Enfermeiro Dinamizador da Comissão do Controlo de Infeção no serviço;
- Procedimentos de prevenção da infeção usados no BO II, assim como os processos utilizados para monitorização da sua aplicação e eficácia.

O Controlo de Infeção é uma área em constante desenvolvimento e atualização. De acordo com a AESOP as práticas recomendadas pela AESOP para a prevenção do Controlo de Infeção no BO são:

- Desinfeção Cirúrgica das mãos;
- Vestuário do BO;
- Uso de Luvas no BO;
- Técnica Asséptica Cirúrgica;
- Desinfeção do campo operatório;
- Tratamento de Instrumentos Cirúrgicos;
- Desinfeção de Material – Uso de Desinfetantes no BO. (AESOP,2006)

No final desta fase deverá ser decidido de acordo com as características do integrando, a necessidade ou não, de alterar o programa traçado inicialmente pela enfermeira coordenadora e enfermeira integradora, procedendo-se à respetiva adaptação se necessário. (AESOP,2006)

❖ **Programa de integração:**

O programa de Integração é um processo adaptativo, interativo e dinâmico que envolve o Integrando e Integrador, bem como toda a equipa multidisciplinar, devendo por isso serem utilizados todos os recursos disponíveis do serviço, por forma a permitir ao Integrando aprofundar conhecimentos e adquirir experiência. (AESOP,2006)

A integração do novo enfermeiro é realizada por um enfermeiro com experiência em BO. Durante o período de integração o novo enfermeiro deve estar supra numerário e sempre acompanhado pelo integrador.

	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

❖ **O enfermeiro integrador deve:**

- Acompanhar e supervisionar o novo enfermeiro durante o período de Integração;
- Estabelecer com o integrando, uma relação interpessoal facilitadora da aprendizagem;
- Proporcionar um ambiente de aprendizagem ao novo enfermeiro, permitindo a maior diversidade de experiências possível;
- Ter capacidade de supervisão e orientação de uma forma assertiva.

Também o novo enfermeiro é responsável pela sua própria integração, participando ativamente na sua aprendizagem, desenvolvendo espírito crítico, colocando dúvidas e pedindo esclarecimentos quando necessário. (AESOP,2006)

❖ **1º Dia de integração** (após entrevista com a Enfermeira Coordenadora do serviço):

O enfermeiro integrador deve:

- Dar a conhecer a estrutura física e funcional do serviço e da organização (Hospital Y);
- Informar sobre as normas de segurança, protocolos e procedimentos específicos referentes ao serviço;
- Esclarecer com é realizada a articulação do BO II com os outros serviços;
- Informar sobre o fardamento a ser utilizado no BO II e comportamento a ter dentro de um BO II;
- Explicar sobre o Circuito de sujos e limpos;
- Explicar o Circuito do pessoal e dos clientes desde a admissão até à alta;
- Apresentar as normas de funcionamento do serviço como o regulamento, o manual de procedimentos e organigrama do serviço;
- Entregar ao novo enfermeiro toda a informação/documentação, necessária para o desempenho das suas funções.

A partir do segundo dia e de acordo com o programa de Integração, o enfermeiro passa a acompanhar o enfermeiro responsável pela sua integração, seguindo para esse efeito, o horário do enfermeiro integrador.

	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

O programa de Integração do BO II estabelece que, o novo enfermeiro inicie o seu programa de integração pela UCPA. No caso de ser um enfermeiro já com experiência em BO, o programa de integração será alterado, e o novo enfermeiro no serviço iniciará a sua integração como enfermeiro de apoio à anestesia, e só depois, de estar integrado nas três funções de enfermeiro de sala operatória, é que inicia a sua integração na UCPA.

Sendo o BO um serviço de grande complexidade que exige um longo período de integração por parte do enfermeiro, para que este fique dotado do máximo de competências possíveis na prestação de cuidados específicos e de excelência, nas três fases do percurso cirúrgico: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório e como membro da equipa multidisciplinar, o Enfermeiro de BO tem funções independentes e interdependentes da restante equipa, nomeadamente as funções de Enfermeiro da UCPA, Enfermeiro de Apoio à Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista.

⇒ **No 2º dia e até ao final do 3º mês:**

Desempenha funções de Enf.º UCPA de acordo com a descrição de funções existente no manual do serviço.

⇒ **No 3º ao 5ºmês:**

Desempenha funções de Enf.º de apoio à Anestesia de acordo com a descrição de funções existente no manual do serviço.

⇒ **Do 5º ao 8ºmês**

Desempenha funções de Enf.º Circulante de acordo com a descrição de funções existente no manual do serviço.

⇒ **Do 8º ao 12ºmês:**

Desempenha funções de Enf.º Instrumentista de acordo com a descrição de funções existente no manual do serviço.

	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

❖ **Avaliação da Integração:**

O processo de avaliação é contínuo e resulta do contato entre enfermeiro integrador e elemento a ser integrado, no entanto existem momentos de avaliação formais que ocorrem no final de cada fase de integração, ou seja o enfermeiro em integração, antes de passar para a fase seguinte do programa, realiza uma avaliação.

Durante a realização dessa avaliação com a Enfermeira Coordenadora e com o Enfermeiro integrador de cada fase do programa de integração, (se for esse o caso) é preenchida, pelos elementos intervenientes no processo, a grelha de avaliação das etapas do processo de integração de novos enfermeiros do BO II (Apêndice I).

Nesta reunião é ainda realizada uma análise do tempo decorrido, tendo por base os objetivos pré estabelecidos para cada fase. É também solicitado ao integrando que manifeste a sua opinião quanto ao programa e quanto ao integrador, indicando ou sugerindo alterações que possam ser introduzidas, no sentido de melhorar o programa de integração. A conclusão da integração fica regista no Serviço (anexo I). Na avaliação final é ainda efetuada uma reflexão sobre todas as fases do programa de integração através de:

- Autoavaliação do elemento integrado;
- Observação ou Hetero-avaliação do enfermeiro integrador;
- Parecer da enfermeira coordenadora.

❖ **No final do período de integração, o novo Enfermeiro será capaz de:**

- Conhecer o serviço e a sua organização;
- Conhecer normas e procedimentos do serviço;
- Assumir o seu papel na Equipa Multidisciplinar;
- Adquirir e aprofundar conhecimentos necessários ao desempenho das suas funções.

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px;"></div>	Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

7. Anexos

Anexo I – Folha de registo de Integração de Novos Funcionários no Serviço.

Anexo II- Grelha Avaliação das Etapas do Processo de integração de Novos Enfermeiros no BO II do
 CHMS.

APÊNDICE III

(Manual de Posicionamentos em Mesa Ortopédica- Bloco Operatório II)



Manual de Posicionamentos em Mesa Ortopédica-Bloco Operatório II



Imagem 1- Fonte:www.medicalexpo.es

Realizado no âmbito do 3º Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica
Elaborado Por: Paula Araújo

Professora Orientadora: Elsa Monteiro
Orientadora do Estágio: Enf.ª TA

Dezembro 2014

0- INTRODUÇÃO	3
1- POSICIONAMENTOS EM MESA ORTOPÉDICA	4
2- POSICIONAMENTOS EM MESA ORTOPÉDICA PARA ENCAVILHAMENTO DA TÍBIA	5
2.1- Material Necessário	5
2.2- Procedimento	6
2.3- Notas	8
3- POSICIONAMENTOS EM MESA ORTOPÉDICA PARA ENCAVILHAMENTO DO FÉMUR COM CAVILHA APARAFUSADA	10
3.1- Material Necessário	10
3.2 - Procedimento	11
3.3- Notas	17
3.4- Material Necessário Para a Colocação de Uma Tração Esquelética	18
4 -POSICIONAMENTOS EM MESA ORTOPÉDICA PARA ENCAVILHAMENTO DO FÉMUR COM DINAMIC HIP SCREW (DHS)	19
4.1- Material Necessário	19
4.2- Procedimento	20
5- NOTA CONCLUSIVA	23
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

0- INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço, no decorrer do Estágio no Bloco Operatório II do Centro Hospitalar da Margem Sul (CHMS), que incidiu na área temática do Processo de Integração de Novos Enfermeiros no Bloco operatório II (BO II). Sendo um dos objetivos específicos do nosso PIS a elaboração de um Manual de Integração de Novos Enfermeiros no serviço, onde se pretende incluir um Manual de Posicionamentos em Mesa Ortopédica. Assim de acordo com a AESOP(2006), “posicionamento é a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas... .

A responsabilidade do posicionamento...é do Enfermeiro ... de modo a prevenir qualquer tipo de lesão.” (p.71,72) De acordo com esta definição, o correto posicionamento do cliente em mesa ortopédica é tão ou mais importante para a sua segurança, como qualquer outro procedimento perioperatório.

Como tal, achamos ser pertinente elaborar este manual, como forma de proporcionar um instrumento facilitador e orientador ao enfermeiro, durante o período de integração, na função de circulante assim como à restante equipa de enfermagem, um recurso onde tirar dúvidas caso elas surjam, relacionadas com esta temática.

1- POSICIONAMENTO EM MESA ORTOPÉDICA

Para um correto posicionamento do cliente em mesa ortopédica, é necessário que o enfermeiro circulante tenha conhecimentos de anatomia e fisiologia, saiba como funciona todo o equipamento e peças da marquesa, e qual o material que é necessário para realizar os vários posicionamentos em mesa ortopédica. (AESOP, 2006)

Um posicionamento tem como objetivos:

- Permitir a manobra cirúrgica;
- Facilitar a exposição do campo cirúrgico;
- Permitir a manutenção anestésica;
- Promover segurança e conforto ao cliente. (AESOP, 2006)

Medidas de segurança:

Antes de se iniciar um posicionamento em mesa ortopédica, o enfermeiro circulante deve, confirmar com o cirurgião o tipo de posicionamento pretendido, de forma a providenciar todo o material necessário para a sua realização em segurança. As medidas de segurança incluem:

- Avaliar a situação;
- Preparar antecipadamente com a Assistente Operacional de apoio à sala cirúrgica, todos os acessórios e respetivo material de apoio para a realização do posicionamento pretendido;
- Trabalhar em equipa (número suficiente de elementos para realizar o posicionamento);
- Usar as técnicas corretas através de manobras suaves e precisas;
- Presença do anestesista que é responsável pela “cabeça” do cliente;
- Respeitar o alinhamento corporal do cliente;
- Proteger as proeminências ósseas e/ou cartilagíneas;
- Verificar se os cabos de monitorização, traqueias, tubo endotraqueal ou máscara laríngea e outros sistemas de drenagem se encontram bem fixos e soltos na altura da mobilização do cliente aquando do posicionamento para evitar arrancamento (responsabilidade do enfermeiro de apoio à anestesia);
- Reduzir ou evitar movimentos que possam provocar pressão, fricção e tração;
- Prevenir Hipotermia.

O enfermeiro de apoio à anestesia é corresponsável pelo cliente numa fase de grande dependência, pelo que, deve estar atento aos sinais e sintomas, e às complicações e riscos que possam surgir, inerentes ao tempo em que o cliente permanecerá posicionado em mesa ortopédica. (AESOP, 2006)

Riscos inerentes aos posicionamentos:

- Complicações circulatórias;
- Complicações neurológicas;
- Complicações musculares;
- Complicações respiratórias. (AESOP, 2006)

Algumas das cirurgias ortopédicas requerem um posicionamento específico. São alguns desses posicionamentos específicos (os mais usuais no BO do HOSO) que passamos agora a descrever, assim como o material necessário para a sua realização.

2- POSICIONAMENTOS EM MESA ORTOPÉDICA PARA ENCAVILHAMENTOS DA TÍBIA

2.1- Material Necessário:

A – Tampo de Mesa Articulado



Fonte: Araújo,P.F.S:P,

B - Peças individuais.



Fonte: Anjos, M.T., 2012

1 – Apoio de perna articulado

2 – “Tractor” (apoio p/ bota)

3 – Barra que suporta o “Tractor”

4 – Apoio de pé sem bota (“palmilha”)

5 – Bota

6 – “Articulação” que adapta à perna da mesa e faz conjunto c/ a peça nº 9

7 – Suporte do rolo almofadado, peça nº8

8 – Rolo de esponja

9 – Suporte do rolo almofadado (apoio de coxa), peças nº7 e nº8

2.2- Procedimento:

1º- Deslizar completamente o tampo da mesa na direção dos pés da mesa.



Fonte: Araújo.P.F.S.P., 2014

2º- Retirar os 2 apoios de coxa.



Fonte: Araújo.P.F.S.P., 2014

3º -Retirar o apoio da perna que não vai ser operada.

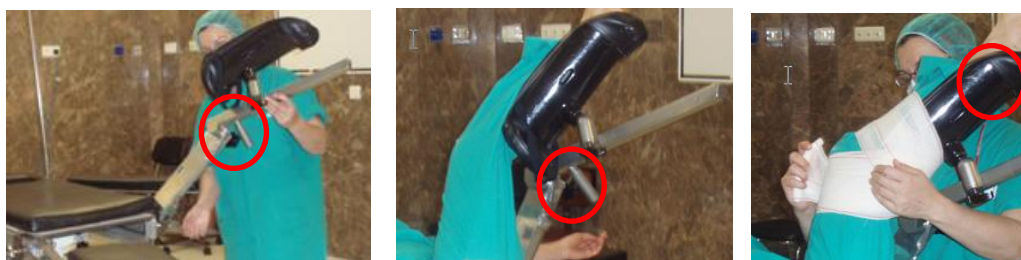


4º- Adaptar o apoio de perna articulado.



Fonte: Araújo,P.F.S.P., 2014

5º- Fletir e elevar a perna gradualmente, abrindo uma articulação de cada vez.



6º- Segurar o membro com uma ligadura.

Fonte: Araújo, P.F.S.P. 2014

7º- Retirar o apoio do membro que vai ser operado, ficando um elemento a segurar o membro. Em seguida, fletir as articulações (uma de cada vez) e colocar o apoio de coxa.



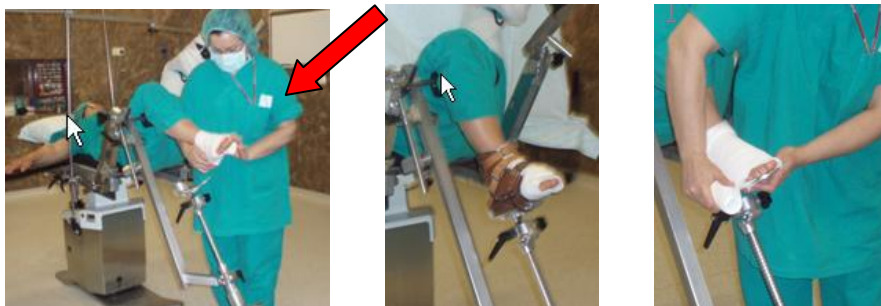
Fonte: Araújo, P.F.S.P.,2014

8º- Adaptar o sistema de tração com “palmilha” ou com bota, dependendo da necessidade de fixação distal ou não (para fixação distal usar a “palmilha”).



Fonte: Anjos,M.T., 2012

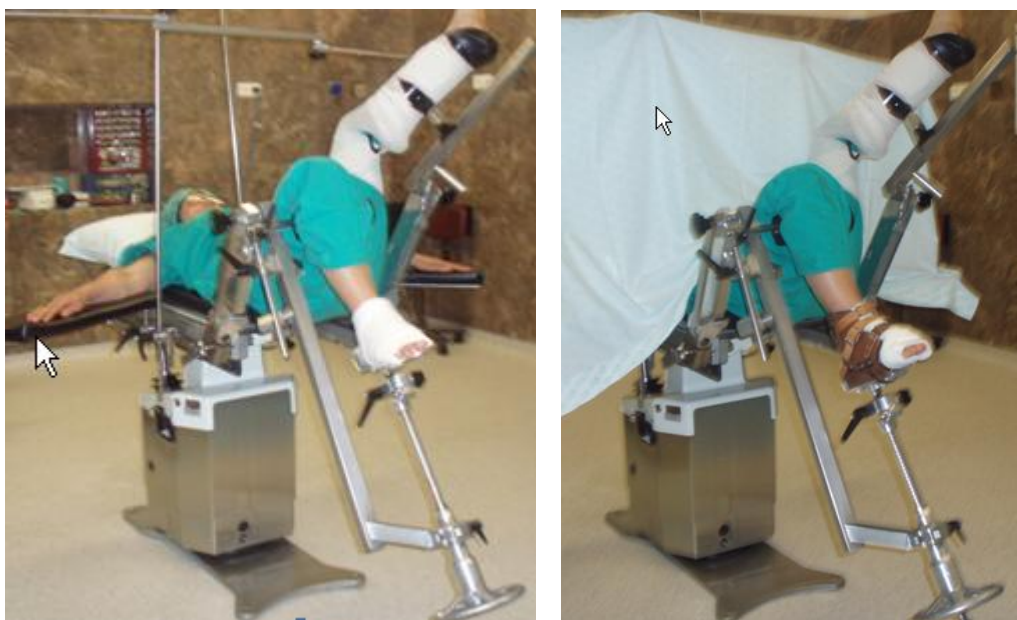
9º- Proteger o pé que vai ser sujeito a tração, com algodão e fixá-lo na bota ou “palmilha” como se demonstra nas figuras abaixo.



Fonte: Araújo, P.F.S.P.,2014

(Após o algodão, a fixação à palmilha deverá ser feita com ligadura de pano e ligadura “tensoplast”.

10º -Exemplo do Posicionamento em Mesa Ortopédica para Encavilhamento da Tíbia.



Fonte:Araújo,P.F.S:P., 2014

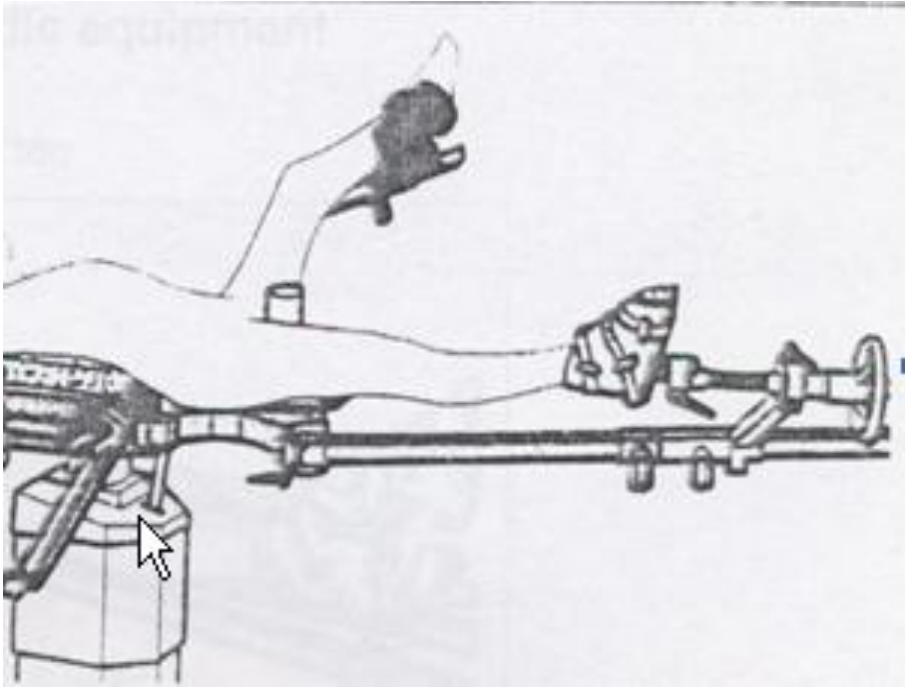
2.3- Notas:

- Se o cliente estiver acordado, isolar as áreas com um separador para que este não se impressione com as manobras.
- Proceder a manobras de segurança e conforto nomeadamente, proteção de proeminências ósseas e prevenção da hipotermia. (AESOP,2006)
- No final do procedimento cirúrgico, desmontar o posicionamento o mais precocemente possível, aliviando as trações, flexões, etc., começando pelo membro não operado.



Fonte Araújo, P.F.S.P.,2014

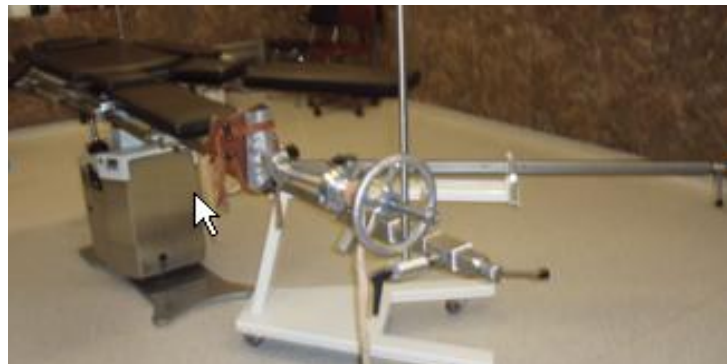
3- POSICIONAMENTOS EM MESA ORTOPÉDICA PARA ENCAVILHAMENTO DO FÊMUR COM CAVILHA APARAFUSADA DISTALMENTE



Fonte: Anjos, M.T., 2012

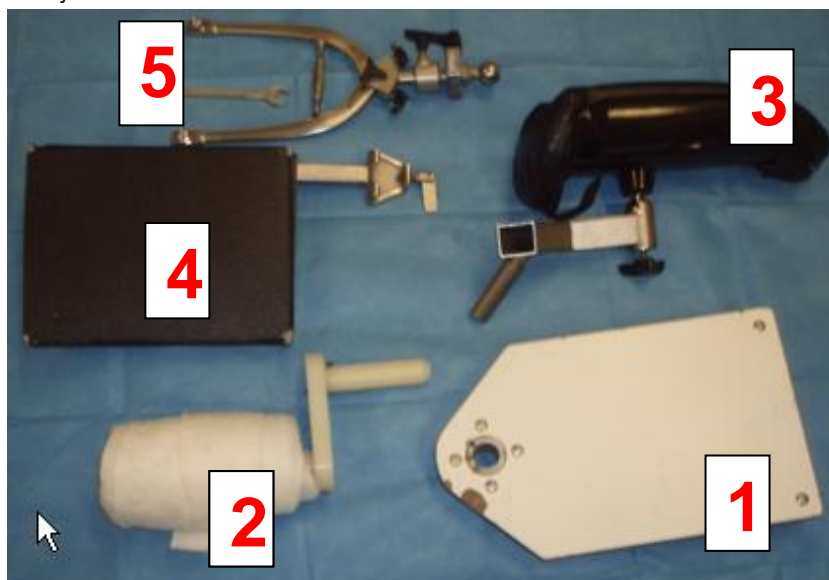
3.1- Material Necessário:

A - Tampo de mesa articulado com apenas uma perneira de tração adaptada (do lado a operar).



Fonte: Anjos, M.T., 2012

B - Peças individuais



1 – Suporte para entre-coxas;

Fonte: Anjos, M.T., 2012

2 – Apoio entre-coxas com rolo almofadado;

3 – Apoio de perna articulado;

4 – Apoio lateral;

5 – “Estribo” + chave (só no caso de haver necessidade de aplicar tração esquelética aos côndilos femorais).

3.2- Procedimento:

1º- Deslizar o tampo da mesa até à marca vermelha.



Fonte: Anjos, M.T., 2012

2º- Abduzir os apoios dos membros inferiores o suficiente para retirar os 2 apoios de coxa.

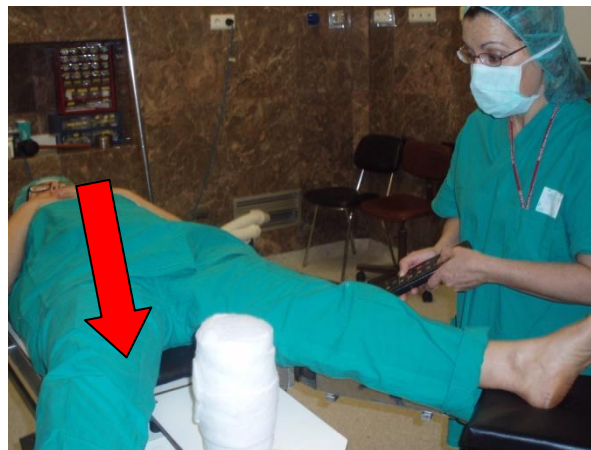


3º- Colocar o entre-coxas (virado para o lado a operar).



Fonte: Araújo, P.F.S.P., 2014

4º - Terminar o deslizamento distal do tampo de mesa até ficar quase encostado ao entre-coxas (esta manobra deve ser realizada em colaboração com outro elemento da equipa que fica a vigiar a manobra).



Fonte: Araújo, P.F.S.P., 2014

- A partir do 4º passo, todas manobras a efetuar com o comando da mesa devem ser realizadas com cuidado redobrado **porque:**

- **Não se pode voltar a deslizar a mesa no sentido dos pés** ou tentar colocar a mesa na posição neutra, porque existe o perigo de comprimir e partir algumas peças, nomeadamente o entre-coxas.



Fonte: Araújo, P.F.S.P.2014

Não pressionar os botões assinalados após o 4º passo acima referido.

5º - Deslizar o cliente no sentido do entre-coxas, evidenciando lateralmente o lado a intervencionar.



Fonte: Araújo, P.F.S.P., 2014

6º- Almofadar bem o pé que vai ser sujeito a forças de tração e colocá-lo na bota.

7º- Retirar o apoio distal do membro a intervencionar.



Fonte: Araújo,P.F.S.P., 2014

8º- Recolher a perneira articulada de maneira a não prejudicar as manobras do intensificador de imagem ou as manobras da mesa ortopédica.



Fonte: Araújo,P.F.S.P., 2014

9º- Colocar o apoio lateral, posicionando corretamente o membro superior, tendo o cuidado de expôr bem a anca a operar.

10º- Retirar o apoio distal do membro oposto e substituí-lo pelo apoio de perna articulado.



Fonte: Araújo, P.F.S.P.,2014



Fonte: Araújo, P.F.S.P.,2014

11º- Fletir e elevar o membro inferior gradualmente, abrindo uma articulação de cada vez. Após atingir a posição ideal, deve segurá-lo com uma ligadura (nota: este apoio deverá ficar suficientemente elevado, para permitir que o intensificador de imagem, efetue a manobra do perfil do membro a operar durante a realização da cirurgia).



Fonte: Araújo, P.F.S.P.,2014

12º- Exemplo do Posicionamento em Mesa Ortopédica para Encavilhamento do Fémur com Cavilha Aparafusada Distalmente:



Fonte: Araújo,P.F.S.P., 2014

13º- No final do procedimento cirúrgico, desmontar o posicionamento o mais precocemente possível, aliviando as trações, flexões, etc., começando pelo membro inferior não operado.



Fonte: Araújo,P.F.S.P., 2014

14º- Recolocar o apoio distal do membro inferior intervencionado e mobilizar do cliente para a posição inicial.



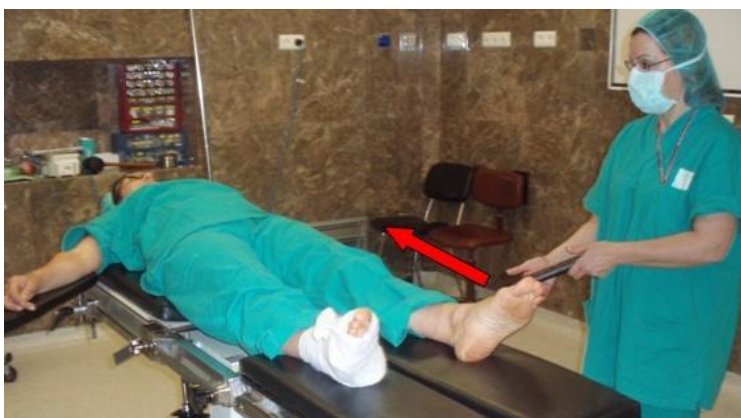
Fonte:Araújo,P.F.S.P.,2014

15º- Retirar o entre-coxas e recolocar o apoio distal da perna não intervencionada.



Fonte: Araújo, P.F.S.P.,2014

16º- Finalmente colocar o tampo de mesa na posição neutra para permitir a “entrada” do Transfer e poder assim retirar o cliente da sala cirúrgica.



Fonte: Araújo, P.F.S.P.,2014

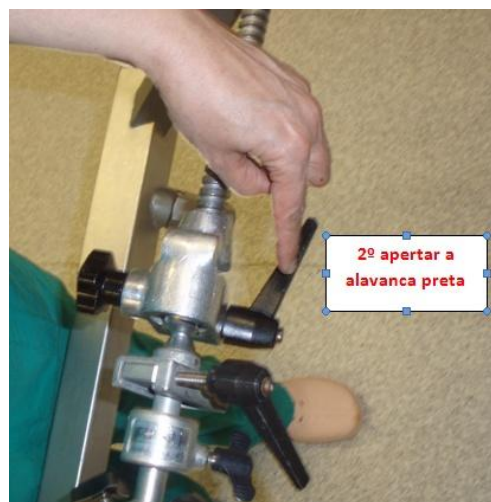
Nos Posicionamentos em Mesa Ortopédica, em que existe a possibilidade de colocar tração esquelética, o cliente é colocada em supinação com tração esquelética ao fêmur fraturado. A perna oposta é elevada através de um apoio próprio de forma a permitir a colocação do intensificador de imagem como já demonstrado anteriormente. (AESOP, 2006)

3.3- Notas:

Exemplo da colocação do “estribo” para tração esquelética.



Como apertar a articulação que fixa o estribo ou a bota. Fonte: Anjos,M.T.,2012



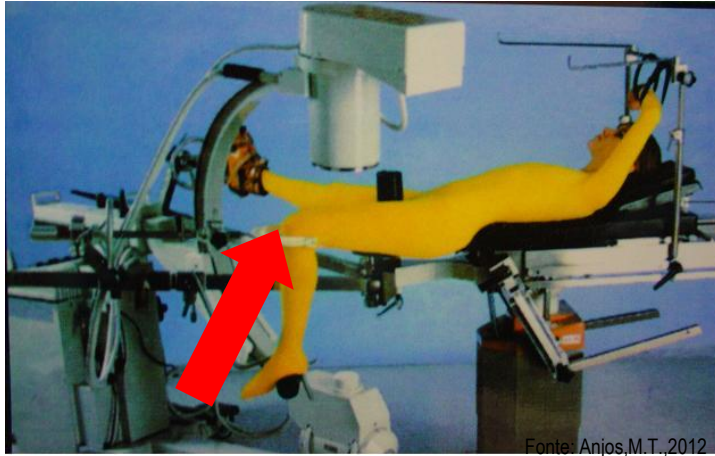
Fonte: Anjos,M.T.,2012

3.4- Material Necessário Para a Colocação de Uma Tração Esquelética:

- Fio de Steinman (4.5);
- Motor com adaptação à perfuradora tipo Jacob;
- Corta-fios grande;
- Estribo (adaptação pertencente á mesa ortopédica).



Fonte: Anjos,M.T., 2012



Exemplo do Posicionamento em Mesa Ortopédica para Encavilhamento do Fémur com Cavilha Aparafusada usando tração esquelética.

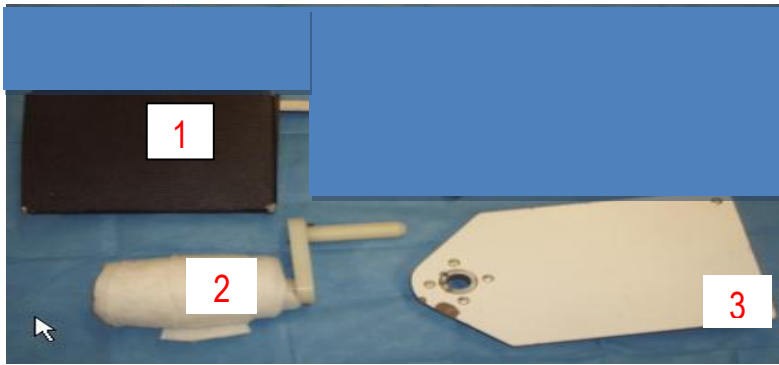
4- POSICIONAMENTO EM MESA ORTOÉDICA PARA ENCAVILHAMENTO DO FÉMUR COM DINAMIC HIPE SCEW (DHS)

O Posicionamento em Mesa Ortopédica para os Encavilhamento do Fémur com Dinamic Hipe Screw (DHS), não é muito diferente do Posicionamento para o Encavilhamento do Fémur com Cavilha Aparafusada, por isso, apenas vamos apresentar os passos específicos. (AESOP, 2006)

4.1- Material Necessário:

A -Tampo de mesa articulado com as 2 perneiras de tração adaptadas.

B - Peças individuais.



Fonte: Anjos, M.T., 2014

- 1 – Suporte para entre-coxas;
- 2 – Apoio entre-coxas com rolo almofadado;
- 3 – Apoio lateral.

4.2- Procedimento:

Os passos até ao nº5 são iguais aos do encavilhamento do fémur com cavilha aparafusada.

6º- Almofadar ambos os pés que vão ser sujeitos às forças de tração e colocá-los nas botas, um de cada vez.

7º- Retirar o apoio distal do membro a interencionar e repetir o mesmo procedimento para a outra perna.



Fonte: Araújo, P.F.S.P., 2014

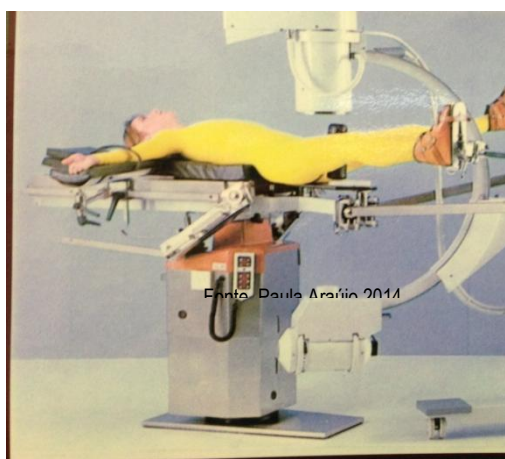
8º- Recolher a perneira articulada de maneira a não prejudicar as manobras do intensificador de imagem ou as manobras da mesa ortopédica.



Fonte: Araújo,P.F.S.P., 2014



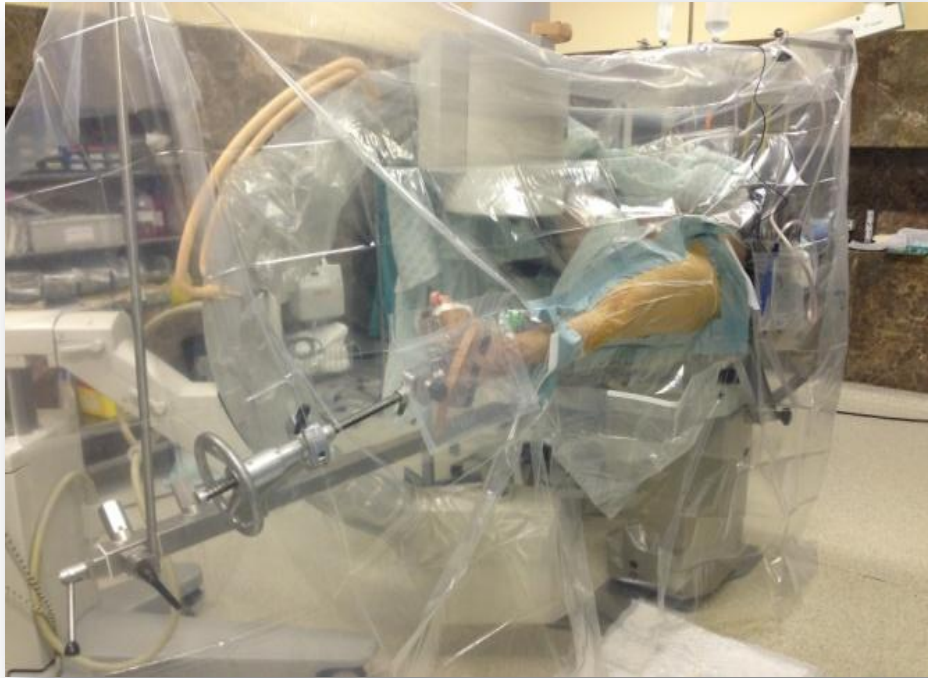
Fonte: Araújo, P.F.S.P.,2014



Fonte: Anjos,M.T.,2012

9º- As roldanas de tração devem estar ambas colocadas externamente para facilitar a entrada do intensificador de imagens.

Exemplo do Posicionamento em Mesa Ortopédica para a realização de um Encavilhamento do Fémur com Dinamic Hip Srew (DHS).



No final do procedimento cirúrgico, os passos para desmontar o posicionamento são iguais aos do encavilhamento do fémur com cavilha aparafusada (do passo 13º até ao 16º).

De acordo com a (AESOP, 2006) “Posicionar um doente para uma cirurgia é uma arte e uma ciência É uma actividade pluridisciplinar que envolve a participação do enfermeiro, do cirurgião, do anestesista e do auxiliar de acção médica.” Assim, o serviço deve, por forma a facilitar todo este procedimento, “elaborar guias de informação que considerem importantes para facultar ..., tendo em vista a aquisição/transmissão de toda a informação necessária e pertinente. ... ” (p.71)

Por forma a colmatar uma necessidade sentida, pelos enfermeiros e por outros profissionais da equipa multidisciplinar do serviço, vivenciada durante a realização do nosso estágio, em contexto de Bloco Operatório, surgiu-nos a elaboração deste manual por forma a proporcionarmos à equipa, um recurso onde possam tirar as suas dúvidas, e que corresponde ao (Anexo I) do Manual de Integração de Novos Enfermeiros do BO II do CHMS.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). Prática Recomendadas para o Bloco Operatório. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

- Imagem 1- Mesa de operaciones ortopédica/electrohidraulica/móvil-OPT ASSOORTHO-TRAUMA OPT-www.medicaexpo.es. Disponível em:https://www.google.pt/?gws_rd=cr&ei=qIPEUuSHPIrZsgaExIDIAg.

APÊNDICE IV

(Manual dos Fármacos Mais Utilizados no BO II do CHMS Durante a Indução Anestésica)



Manual Dos Fármacos Mais Utilizados No BO II Durante a Indução Anestésica



Fonte: Imagem 1- http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecnico/boletim_tecno_janeiro_2012/PDF/iv1.pdf

Realizado no âmbito do 3º Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica

Elaborado Por: Paula Araújo

Professora Orientadora: Elsa Monteiro

Orientadora do Estágio: Enf.^a TA

Dezembro 2014

INDICE GERAL

0-INTRODUÇÃO -----	3
1- CONCEITO DE ANESTESIA -----	4
1.1-Tipos de Anestesia-----	4
1.1.1- Anestesia Geral-----	4
1.1.1.1-Fármacos Habitualmente Utilizados na Anestesia Geral-----	6
1.1.1.2 – Fases da Anestesia Geral-----	9
1.1.2 – Sedação-----	10
1.1.3- Anestesia Loco Regional-----	10
2 - FÁRMACOS MAIS USADOS NO BLOCO OPERATÓRIO II -----	15
3- NOÇÕES GERAIS DOS FÁRMACOS ANESTÉSICOS -----	16
4- NOTA CONCLUSIVA -----	27
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	28

0 INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço, no decorrer do Estágio no Bloco Operatório II (BO II) do Centro Hospitalar da Margem Sul (CHMS), que incidia na área temática do Processo de Integração de Novos Enfermeiros no Bloco operatório II. Um dos objetivos específicos do nosso PIS prendia-se com a elaboração de um Manual de Integração de Novos Enfermeiros no serviço, onde se pretende incluir em anexo um Manual dos Fármacos mais utilizados na Indução Anestésica no Bloco II do CHMS. Assim podemos ler no Dicionário Básico Ilustrado Da Língua Portuguesa (2013) que manual é um “...livro com explicações... com indicações de utilização ...” (p.299).

Neste encadeamento e por forma a colmatar uma necessidade sentida, pelos enfermeiros do serviço, vivenciada durante a realização do nosso estágio, em contexto de Bloco Operatório, surge a elaboração deste manual, como um recurso onde o enfermeiro de apoio a anestesia possa, na sua prática diária, adquirir competências relacionadas com esta temática. Os fármacos menos utilizados ficaram necessariamente excluídos de modo a tornar o manual menos exaustivo.

Este manual pretende ainda ser um instrumento facilitador e orientador por forma a proporcionar um recurso onde tirar dúvidas caso elas surjam. E consta num dos anexos (Anexo II) do Manual de Integração de Novos Enfermeiros no serviço.

1 CONCEITO DE ANESTESIA

A palavra Anestesia teve origem do Grego “anaesthesia”, que significa insensibilidade, e segundo o Dicionário Básico Ilustrado Da Língua Portuguesa (2013), significa “(...)substância que faz desaparecer qualquer sensação em todo o corpo ou só numa parte, para evitar a dor durante uma operação(...)”,(p.36).

1.1- Tipos de Anestesia:

As técnicas anestésicas usualmente mais utilizadas em cirurgia ortopédica são:

- Anestesia geral (balanceada e inalatória);
- Anestesia regional (Bloqueio subaracnóideo, Bloqueio epidural, Regional Intravenosa, Plexo, Bloqueio de nervos);
- Sedação;
- Anestesia local;
- Anestesia Troncular. (Pinto, 1995)

Passamos agora a descrever resumidamente, cada uma destas técnicas anestésicas e os fármacos mais usados em cada uma delas.

1.1.1- Anestesia Geral

Anestesia Geral é um estado reversível de inconsciência, produzido por agentes anestésicos, associados à analgesia, que provoca depressão dos reflexos e relaxamento muscular, mantendo a homeostasia. (Pinto, 1995)

Uma Anestesia geral e ainda de acordo com Pinto (1995), é o resultado obtido pela utilização de vários tipos de fármacos, em que várias vertentes são conseguidas, como sejam a **Hipnose** (sono), **Análgesia** (ausência de dor), **Relaxamento muscular** e **Amnésia** (esquecimento) para os factos ocorridos intra-operatóriamente. A anestesia geral pode ser induzida por via inalatória ou endovenosa.

A Anestesia Geral provoca:

- Ausência de reflexos;
- Ausência de resposta a estímulos;
- Inconsciência;
- Relaxamento muscular e amnésia,
- Ausência de dor. (Pinto, 1995)



Imagem 2- Fonte:www.julianaburigo.com.pt

Tipos de Anestesia Geral:

• Anestesia Geral Balanceada

É mantida com fármacos anestésicos e analgésicos administrados por via endovenosa e inalatória. É a técnica de anestesia geral mais utilizada. (Pinto, 1995)



Imagem 3- Fonte:valtatui-curiosidades-blogspot.com



Imagem 4 -Fonte:polisgn.wordpress.com

Anestesia Geral Inalatória:

É mantida exclusivamente por anestésicos inalatórios. Utilizada predominantemente em crianças e em cirurgias de curta duração. (Pinto, 1995)



Imagem 5 -Fonte:www2.hol.com.br

• Anestesia Geral Endovenosa:

A manutenção desta Anestesia é conseguida exclusivamente com a administração endovenosa de fármacos. (Pinto, 1995)

1.1.1.1-Fármacos Habitualmente Utilizados na Anestesia Geral:



Imagem 6-Fonte:anestesiario.org.

O **Midazolam**: é a Benzodiazepina de escolha para a Indução Anestésica porque possui um início rápido (28sg.). (Dias, 2011)

Benzodiazepinas:

Produzem amnésia, diminuição da ansiedade (ansiolíticos) e depressão mínima do sistema respiratório e do sistema cardiovascular, tem um rápido início de ação, curta duração de ação e tem efeitos analgésicos. (Pinto, 1995)



Imagem 7-Fonte: anestesiario.org anestesiario.org.

- Benzodiazepinas;
- Analgésicos/Opiáceos;
- Hipnóticos;
- Anestésicos Voláteis;
- Relaxantes Musculares;
- Antagonistas (Pinto, 1995)

Analgésicos/Opiáceos:

Reduzem ou eliminam a dor. Têm efeitos secundários como hipertensão e bradicardia moderada, risco de depressão respiratória grave, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, pressão intracraniana, rigidez muscular, vômitos e miose. (Pinto, 1995) Os mais utilizados no BO II são:

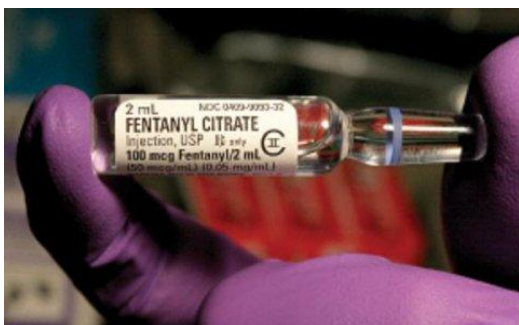


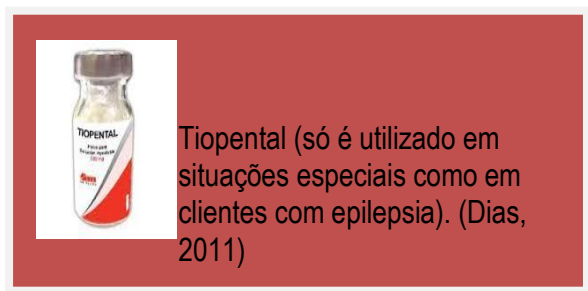
Imagem 8-Fonte: anestesiar.org.

Alfentanil e Remifentanil: são os opióides mais facilmente tituláveis, têm um início de ação 1-2 min, uma recuperação mais rápida, uma menor depressão respiratória pós-operatória e uma menor necessidade de usar antagonistas.
Fentanil: tem uma maior estabilidade hemodinâmica, permite analgesia basal e é mais barato. (Pinto, 1995)

Hipnóticos:

Induzem a perda de consciência, não têm propriedades analgésicas, são utilizados em doses moderadas ou em perfusão, têm propriedades sedativas. (Pinto, 1995)

Barbitúricos:



Thiopental (só é utilizado em situações especiais como em clientes com epilepsia). (Dias, 2011)

Imagem 9-Fonte:lealchemyst.blogspot.com

Não Barbitúricos:

- Propofol (mais utilizado)
- Etomidato



Imagem 10-Fonte:www.fpnotebook.com

Anestésicos Voláteis (Inalatórios):

Gases – Protóxido de Azoto (N₂O)

- Vapores Halogenados (líquidos à temperatura ambiente)

Contêm uma grande potência anestésica, provocam um relaxamento músculo-esquelético, e como são pouco metabolizados permitem uma indução e recuperação rápida, para além de serem pouco dispendiosos. (Pinto, 1995) Os mais usuais no BO II são:



Imagem 11- Fonte:www.udmercy.edu

Imagem 12- Fonte:www.baxter.com

- Sevoflurano
- Desflurano

Relaxantes Musculares:

Atuam ao nível da junção neuromuscular e são de dois tipos:

- **Despolarizantes**-Como a **Succinilcolina (Trilux)**.
- **Não Despolarizantes** – Em que os mais utilizados são o Atracúrio e o Vecurónio.



Imagem 13- Fonte:www.armedicalcorp.



Imagem 14-Fonte:www.misodor.com

Neurolépticos:

São fármacos depressores do sistema nervoso central, classificados como tranquilizantes major. Em anestesia, são utilizados para complementar os efeitos analgésicos induzindo uma sensação de tranquilidade, no período de pré-indução e ainda pelos seus efeitos antieméticos, não provocam depressão respiratória (exemplo: droperidol). (Machado, 2013)

Fármacos Antagonistas:

Fármacos utilizados na reversão da anestesia.

- **Flumazenil (Anexate)** – É o antídoto das benzodiazepinas, reverte a sedação a depressão respiratória e os efeitos psicomotores. Tem um início de ação rápido – 1 a 2 min.

- Naloxona (Narcan) – É o antídoto dos analgésicos opiáceos, reverte a depressão respiratória e a analgesia.
- Neostigmina/Atropina – Devem associar-se estes dois fármacos, pois são o antídoto do relaxante muscular (curarizante). Revertem o relaxamento muscular. A sua administração deve ser lenta com ventilação manual e oxigénio a 100%. Podem provocar bradicardia, disritmias e crises asmáticas. Não podem ser administrados logo após a administração do relaxante muscular não despolarizante (em média só 30 minutos depois). (Pinto, 1995)

1.1.1.2 – Fases da Anestesia Geral:

- **Pré-indução;**
- **Indução/Manutenção;**
- **Reversão da Anestesia.**

Pré-Indução – É a fase onde se pretende reduzir a ansiedade do cliente, reduzir a dose do indutor para facilitar a laringoscopia direta e a intubação endotraqueal e permitir uma suave indução. Os fármacos normalmente utilizados nesta fase são as benzodiazepinas e os analgésicos opióides, dependendo da situação do cliente e do critério do anestesiológico. (Pinto, 1995)

Indução/Manutenção – É constituída por três partes que representam os objetivos da anestesia geral: anestesia, inconsciência e relaxamento muscular. É conseguida através da administração de fármacos endovenosos e inalatórios, que devem seguir uma sequência na sua administração: analgésicos opióides (exemplo: Fentanil), indutores barbitúricos e não barbitúricos (exemplo: Propofol), halogenados inalatórios (exemplo: Sevoflurano) e/ou relaxantes musculares despolarizantes e não despolarizantes (Exemplo: Atracúrio).

Após a indução da anestesia, é necessário assegurar a permeabilidade da via aérea, conseguida principalmente através da intubação endotraqueal. (Pinto, 1995)

Reversão da Anestesia - deve efetuar-se com a máxima segurança e suavidade. A saída dos clientes da sala de operações só se efetua após a recuperação do estado de consciência,

recuperação dos reflexos protetores, estabilidade hemodinâmica e ventilação espontânea eficaz, (excluindo situações especiais). (Pinto, 1995)

Os fármacos anestésicos podem ser revertidos por antídotos específicos, quando se verificar a existência de efeitos residuais prolongados dos fármacos utilizados na indução/manutenção. A avaliação da reversão da anestesia é feita sob monitorização e ventilação com oxigênio a 100%, ainda dentro da sala operatória. (Pinto, 1995)

1.1.2 – Sedação:

Existe depressão do sistema nervoso central mais suave e menos intensa que a hipnose da Anestesia Geral. O cliente está sem ansiedade (efeito ansiolítico), está sonolento (efeito hipnótico) e pode estar ou não analgesiado. (Pinto, 1995)

O grau de sedação, a amnésia, a preservação das funções respiratórias e cardiovasculares, colocam as Benzodiazepinas (exemplo: Midazolam) como os fármacos de eleição para a sedação, mas com algumas reservas dado o seu efeito cumulativo. (Pinto, 1995)



Imagem 15-Fonte:www2.hol.com.br

1.1.3- Anestesia Loco Regional:

Acontece quando apenas uma zona de enervação do corpo fica insensível. Esta técnica anestésica é muito utilizada em ortopedia devido às suas indicações. Passamos agora a descrever os tipos de Anestesia Loco Regional mais utilizados no BO II do CHMS:

● Raquianestesia ou Anestesia Subaracnoídea:

“Consiste no bloqueio reversível da transmissão nervosa pela injeção de anestésico local dentro do espaço subaracnóideo, atuando seletivamente sobre o sistema nervoso central, especialmente, nas raízes anterior e posterior da medula espinhal”. (Iwata, 2010)

Benefícios de Anestesia Loco Regional:

- Atenua a resposta neuro-endócrino metabólica;
- Reduz o sangramento cirúrgico;



Imagem 16-Fonte:fórum.saude.doutissima.com.br

- Atenua a incidência de tromboembolismo no pós-operatório;
- Diminui a morbidade em clientes de risco;
- Promove a analgesia no pós-operatório. (Iwata, 2010)

Após a realização da Raquianestesia ou Anestesia subaracnoídea o Enfermeiro de Apoio à Anestesia, deve, em colaboração com o Anestesiologista da sala, estar desperto para a ocorrência das complicações imediatas, que podem surgir após a realização desta técnica anestésica tais como:

- Hipotensão;
- Bradicardia;
- Falha do bloqueio;
- Parestesias;
- Impossibilidade de realizar novo bloqueio se o primeiro não “pegar”. (Iwata, 2010)

● Anestesia Epidural:

“Consiste no bloqueio reversível da transmissão nervosa pela injeção de anestésico local dentro do espaço epidural (espaço virtual compreendido entre o ligamento amarelo e a dura mater), atuando nas raízes nervosas especialmente próximo ao forame intervertebral”. (Iwata, 2010)



Imagem 17-Fonte:www.flickr.com

● Sequencial:

Ambas as vias subaracnoídea e epidural são utilizadas. Faz-se a anestesia epidural e através dessa agulha introduz-se outra que punciona a dura-máter fazendo a raquianestesia. (Pinto, 1995)

● Regional Intravenosa-Anestesia:

A Anestesia Regional Intravenosa é também conhecida pelo bloqueio de Bier, por ter sido August Karl Gustav Bier, o primeiro a utilizar esta técnica em 1908. Esta técnica é muito usada em ortopedia,



Imagem 18-Fonte:slideplayer.es

nomeadamente nas cirurgias do membro superior, abaixo do cotovelo (mão e punho) e nos membros inferiores, abaixo do joelho (pé e tornozelo).

As **contraindicações** para a utilização desta técnica anestésica são o tempo de cirurgia, ou seja o tempo que o cliente poderá permanecer com o garrote pneumático colocado, que nunca poderá exceder os 90 minutos, correndo este o risco de ter uma isquemia tecidual no membro que está a ser operado. (Vieira, 2010)



Imagem 19-Fonte:<http://www.shared.com/web/preview/doc/YiKwjhfX>.

O **anestésico local** mais utilizado nesta técnica anestésica é a Lidocaína 2%.

Uma das **vantagens** da utilização desta técnica anestésica é ser pouco dispendiosa e ser de fácil execução.

As **complicações** desta técnica anestésica são: o risco de toxicidade sistémica na abertura do garrote pneumático; neuropráxia (dormência, formigueiro) ao nível do local do garrote pneumático; desinsuflação acidental do garrote; poderá também ocorrer uma toxicidade provocada pelo uso do anestésico local e dor pela compressão do garrote pneumático (que é mantido durante todo o ato cirúrgico). (Vieira, 2010)

Plexo – Anestesia:

Esta técnica de anestesia, também é designada por Bloqueio de Plexo. Consiste na administração de anestésico local como (Ropivacaína 2%, ou a 7,5%, ou Lidocaína 2%), ao nível de um plexo nervoso, determinando o

bloqueio da transmissão do impulso nervoso a um conjunto de nervos periféricos, o que leva à anestesia de uma determinada área ou membro responsável pela sensibilidade. A mais utilizada é o Bloqueio do Plexo Braquial para as cirurgias dos membros superiores. (Vieira, 2010)



Imagem 20-Fonte:medictube.blogspot.com



Imagem 21-Fonte:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021048062000500005000002&script=sci_arttext

● **Bloqueio de Nervos Periféricos:**

A interrupção da condução nervosa, faz-se ao nível de nervos periféricos, próximo do local que se pretende anestésias. Os anestésicos locais mais usados para a realização desta técnica anestésica são a Ropivacaína 2%, ou a 7,5%, ou Lidocaína 2%. Esta técnica anestésica é usual em cirurgia ortopédica (por exemplo: cirurgias da mão ou pé realizadas em regime de Ambulatório). (Vieira, 2010)



Imagem 22-Fonte:www.alternet.pt

● **Anestesia Local:**

A anestesia local é definida como um bloqueio reversível da condução nervosa, provocando perda de sensações sem alteração do nível de consciência. Consiste numa infiltração com anestésicos locais (Ropivacaína 2%, ou a 7,5%, ou Lidocaína 2%), que interrompem, transitoriamente o desenvolvimento e a progressão do impulso nervoso nas fibras nervosas apenas no local que se pretende anestésias e onde a incisão será feita. Quando utilizada isoladamente, diminui o número de riscos. Esta técnica anestésica é usada em cirurgias de superfície e em procedimentos que envolvam pequenas áreas, pelo que é muito utilizada em cirurgia ortopédica (por exemplo em algumas cirurgias da mão ou pé realizadas em regime de Ambulatório). (Vieira, 2010)



Imagem 23-Fonte:www.nysora.com

● **Anestesia Troncular:**

O anestésico local (Ropivacaína 2%, ou a 7,5%, ou Lidocaína 2%), é injetado próximo dos troncos nervosos, para produzir assim perda da sensação periférica. Esta técnica anestésica também é utilizada pontualmente em cirurgia ortopédica, ao nível dos dedos das mãos e dos pés. É necessário uma quantidade menor de anestésico local do que na anestesia local. O início da anestesia pode ser lento. (Vieira, 2010)

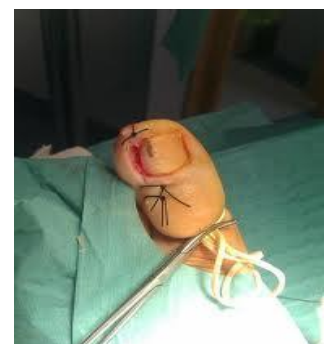
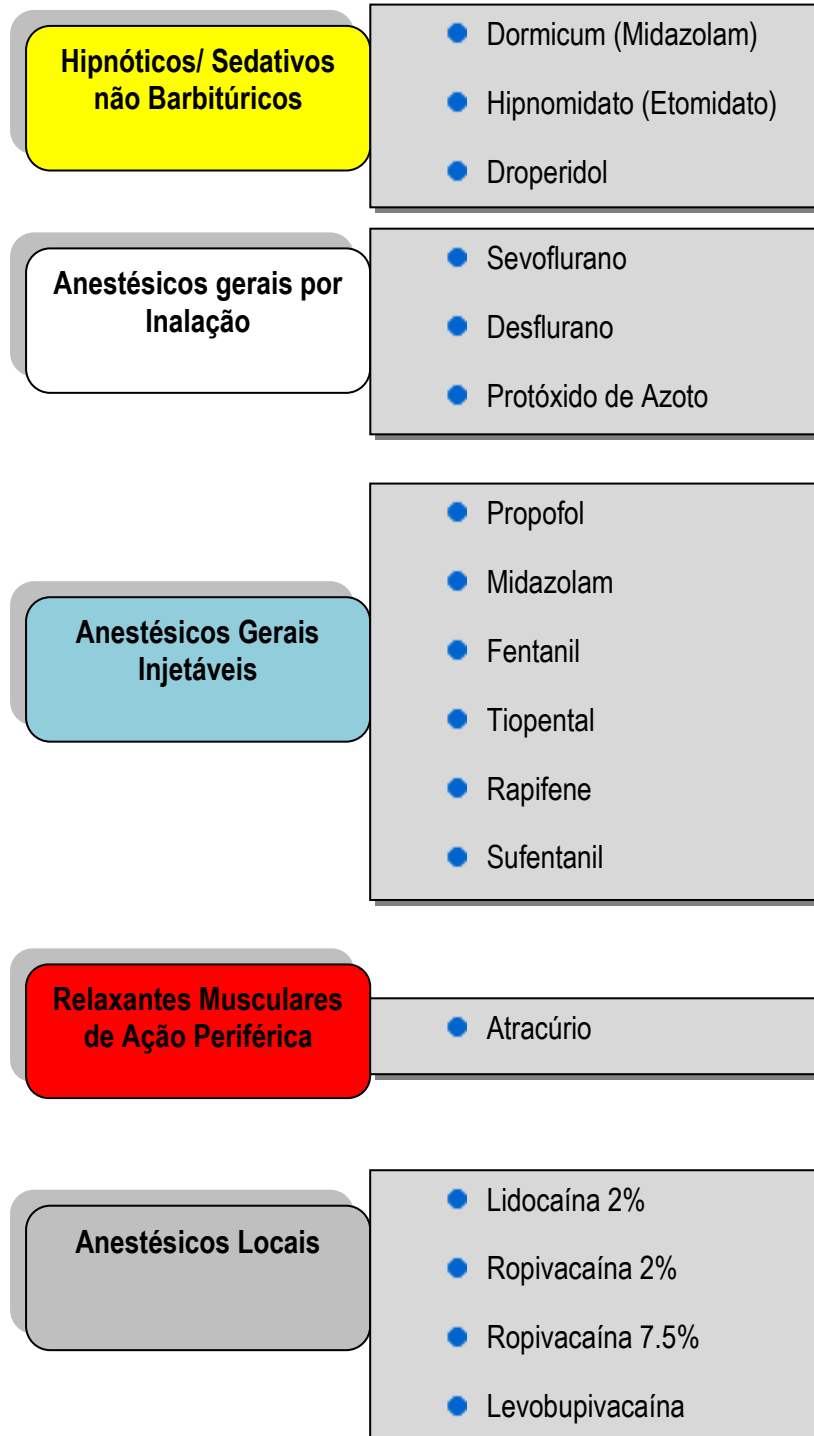


Imagem 24-Fonte:www.cirurciadoctoraasos.es

Na **prática anestésica** é difícil provar que uma técnica é melhor do que a outra. Com a experiência, certos métodos são da preferência de cada Anesteologista, não havendo de um modo geral nenhuma técnica imposta (Pinto, 1995). Cabe ao Anestesista ponderar as características do cliente e as condições cirúrgicas requeridas, definindo o melhor plano anestésico para aquele cliente específico. Contudo a escolha da anestesia poderá ser condicionada por determinados fatores como:

- Idade do cliente;
- Estado físico do cliente;
- Tipo de cirurgia a efetuar;
- Preferência do cliente desde que a sua condição o permita ou que o sucesso da cirurgia não seja prejudicado. (Pinto, 1995).

2 - FÁRMACOS MAIS USADOS NO BLOCO OPERATÓRIO DO HOSO



3- NOÇÕES GERAIS DOS FÁRMACOS ANESTÉSICOS

Midazolam

Designação Farmacológica: Dormicum

Categoria Fármaco Terapêutica: Hipnótico não barbitúrico (benzodiazepina).

Propriedades Farmacológicas: De administração endovenosa, intramuscular e rectal. É de ação rápida e de curta duração, possui uma ação sedativa e indutora do sono, ansiolítica, anticonvulsiva e miorelaxante. Por via endovenosa ou intramuscular, o Midazolam produz uma amnésia anterógrada de curta duração. O cliente não se recordará dos acontecimentos sucedidos durante o período da atividade máxima do composto. Na administração rectal em crianças, em algumas situações observou-se um ligeiro estado de euforia de curta duração em alguns casos.

Contra-Indicações: Não deve ser administrado a clientes com hipersensibilidade às benzodiazepinas. A dose deve ser reduzida em clientes de alto risco ou idosos.

Efeitos Secundários: É bem tolerado, em situações raras pode verificar-se reação paradoxal, depressão respiratória e depressão cardiovascular moderada. (Machado, 2013)

Diluição: Pode ser administrado no seu estado puro (administração retal), ou diluído em cloreto sódio a 0,9%, ou dextrose 5% (administração endovenosa), pode ainda ser administrado por via oral (na Pediatria), misturado conjuntamente com uma solução “doce” (por exemplo: brufene em xarope) por forma a “cortar” o seu sabor “amargo”. O Midazolam pode ser conservado depois de preparado com as técnicas de assepsia preconizadas pela DGS (Norma 029/2012), à temperatura ambiente durante 24 horas. (Barros, 2010)

Preparação: Aspira-se 1cc numa seringa de 5cc. Dilui-se até 5cc com cloreto sódio a 0,9%, ficando 1mg/ml.

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Hipnomidato

Designação Farmacológica: Etomidato

Categoria Fármaco Terapêutica: É um hipnótico de ação rápida de administração endovenosa, provocando rápida hipnose (em aproximadamente 30 segundos). Não tem ação analgésica.

Propriedades Farmacológicas: É um hipnótico de ação curta particularmente indicado para indução em anestesia geral. No entanto as doses devem ser reduzidas nos clientes com insuficiência hepática ou renal, no idoso e/ ou mau estado geral e cliente em choque.

Contra-Indicações: A indução com Etomidato pode produzir insuficiência hepática, renal ou cardíaca e hipovolemia.

Efeitos Secundários: Pode ocorrer depressão cardiovascular e respiratória, anafilaxia, libertação de histamina e dor na injeção. (Machado, 2013)

Diluição: Pode ser administrado puro ou diluído em cloreto sódio a 0,9%. Pode ser conservado depois de preparado com as técnicas de assepsia preconizadas pela DGS (Norma 029/2012), à temperatura ambiente durante 3 horas. (Barros,2010)

Preparação: Aspira-se a totalidade da ampola (10cc) numa seringa de 20cc. Dilui-se até 20cc com cloreto sódio a 0,9%, ficando 1mg/ml.

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Droperidol

Designação Farmacológica: Dehidrobenzoperidol

Categoria Fármaco Terapêutica: Neuroléptico.

Propriedades Farmacológicas: Traquilizante/ sedativo neuroléptico muito potente, específico de ação e duração curta, pertence ao grupo das butirofenonas. Tem uma ação tranquilizante e efeito de supressão das náuseas e vômitos no pós-operatório.

Contra-Indicações: Está contraindicado em clientes com hipersensibilidade conhecida ao fármaco.

Efeitos Secundários: A nível do sistema nervoso central o droperidol pode provocar efeitos extra piramidais do tipo parkinsonismo ou discinesia, os quais são completamente reversíveis pela administração de fármacos anti parkinsónicos ou anticolinérgicos. Pode provocar também broncoespasmo e laringospasmo Em casos muito raros observam-se reações do tipo alucinações, nervosismo e ansiedade. Ainda alguns casos de reações anafilactóides, exantema ou erupção. Em clientes psiquiátricos, estão descritos casos isolados de arritmia e morte súbita durante a administração endovenosa do fármaco.

Precauções Especiais de Utilização: Após a administração de droperidol observa-se hipotensão ligeira e moderada e ocasionalmente taquicardia. Estas reações resolvem-se espontaneamente. Se a hipotensão persistir deve-se ponderar a possibilidade de existir hipovolemia e aí, deve-se proceder à reposição de fluidos. Uma vez que existe o risco de surgir

prolongamento no intervalo QT, o droperidol deverá ser administrado com precauções especiais em clientes com hipocaliemia. Deverá também, haver especial cuidado na administração em clientes com insuficiência hepática, depressão grave ou doença de Parkinson. (Machado, 2013)

Diluição: Não pode ser diluído. É de administração imediata, pelo que não pode ser conservado depois de preparado. (Barros,2010)

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Sevoflurano

Designação Farmacológica: Sevoflurano.

Categoria Fármaco Terapêutica: Anestésico inalatório.

Propriedades Farmacológicas: O Sevoflurano é um anestésico inalatório utilizado na anestesia geral de adultos e crianças. É utilizado para diminuir temporariamente a atividade do sistema nervoso central, causando uma perda completa de sensação no corpo, com perda de consciência, permitindo que a cirurgia seja efetuada. O Sevoflurano é um líquido límpido e incolor, que é administrado ao cliente através de um vaporizador que o transforma em gás.

Contra-Indicações: Hipersensibilidade ao Sevoflurano ou a outros anestésicos inalatórios. E em clientes com suspeita de hipertermia maligna.

Efeitos Secundários: Hipotensão, náuseas e vômitos, nas crianças, tosse, agitação e bradicardia. (Machado, 2013)

Diluição: Quando é administrado pode ser diluído conjuntamente com o oxigênio (O₂), ou então numa mistura de oxigênio (O₂) e protóxido de azoto (N₂O). É de administração imediata. (Barros,2010)

Desflurano

Designação Farmacológica: Desflurano.

Categoria Fármaco Terapêutica: O Desflurano é um anestésico inalatório utilizado para a indução e manutenção da anestesia geral de adultos e crianças.

Propriedades Farmacológicas: Utilizado para diminuir temporariamente a atividade do sistema nervoso central, causando uma perda completa de sensação no corpo, com perda de consciência, permitindo que a cirurgia seja efetuada.

Contra-Indicações: Clientes nos quais a anestesia geral é contraindicada e com sensibilidade conhecida aos agentes halogenados ou com suscetibilidade conhecida ou genética à hipertermia

maligna. Embora seja usado não é muito recomendada a sua utilização em crianças, devido à frequente ocorrência de tosse, apneia, laringoespasma e aumento das secreções em crianças abaixo de 12 anos.

Efeitos Secundários: Como todos os anestésicos inalatórios potentes, pode causar hipotensão dependendo da dose utilizada. Em adulto, reações adversas associadas ao Desflurano durante a sua utilização incluem, tosse, salivação, apneia e laringoespasma. (Machado, 2013)

Diluição: Quando é administrado pode ser diluído conjuntamente com o oxigénio (O₂), ou então numa mistura de oxigénio (O₂) e protóxido de azoto (N₂O). É de administração imediata. (Barros,2010)

Protóxido de Azoto

Designação Farmacológica: Protóxido de azoto (NO₂)

Categoria Fármaco Terapêutica: Anestésico Volátil (Inalatórios).

Propriedades Farmacológicas: O protóxido de azoto potencializa o efeito de outros agentes inalatórios e aumenta a velocidade de indução. É sempre administrado em conjunto com o oxigénio para evitar hipoxemia. É um analgésico fraco, normalmente é usado em cirurgias que são pouco invasivas e de curta duração (por exemplo: em pequenas cirurgias ortopédicas).

Efeitos Secundários: Pode provocar depressão respiratória e causar depressão miocárdica mínima, mas mantém o débito cardíaco o volume da sístole e a tensão arterial estáveis. (Machado, 2013)

Diluição: Quando é administrado pode ser diluído conjuntamente com o oxigénio (O₂). É de administração imediata. (Barros,2010)

Propofol (Diprivan)

Designação Farmacológica: Propofol

Categoria Fármaco Terapêutica: Anestésico geral de ação curta, hipnótico.

Propriedades Farmacológicas: De administração endovenosa está indicado para a indução e manutenção de anestésias gerais. Também pode ser usado na sedação de clientes ventilados e submetidos a cuidados intensivos. **Contra-Indicações:** Está contraindicado em clientes que já tenham apresentado reações alérgicas ao fármaco ou derivados do ovo.

Efeitos Secundários: Depressão cardiovascular e respiratória moderada, dor na administração da injeção. Tem-se verificado, muito raramente uma reação sistémica generalizada que pode

incluir broncoespasmo, eritema e hipotensão, estando descritos também alguns casos de aumento da temperatura corporal. (Machado, 2013)

Diluição: Pode ser administrado no seu estado puro, ou diluído em cloreto sódio a 0,9%, ou dextrose 5%. Depois de preparado com as técnicas de assepsia preconizadas pela DGS (Norma 029/2012), pode ser conservado à temperatura ambiente durante 6 horas se estiver diluído, ou então 12 horas se estiver no seu estado puro. (Barros, 2010)

Preparação: Aspira-se a totalidade da ampola (20cc) de Propofol numa seringa de 20cc ficando 10mg/ml, ou então aspira-se metade da ampola (10cc) para duas seringas de 20cc diluindo-se até aos 20cc com cloreto sódio a 0,9% ficando 5mg/ml. Durante a sua preparação, por forma a reduzir a dor no local da injeção quando é administrado, este deve ser misturado com lidocaína injetável a 2% (numa pequena percentagem-1ml).

Cor da etiqueta de identificação do fármaco: 

Fentanest

Designação Farmacológica: Fentanil

Categoria Fármaco Terapêutica: Analgésico de ação mais rápida, potente e de curta duração.

Propriedades Farmacológicas: Fentanil é indicado como o analgésico de escolha para a Anestesiologia. Garante uma analgesia eficaz durante a intervenção. É de administração endovenosa e o efeito máximo é atingido dentro de dois a três minutos, e dura em média perto de meia hora. O Fentanil pode ser utilizado como analgésico para anestésias independentemente do tipo de cirurgia e da condição física do cliente. Pode ser utilizado em qualquer tipo de intervenção cirúrgica, quer seja em intervenções mais simples, ou em intervenções que constituem um grande risco para a vida do cliente, ou seja, naqueles em que o cliente apresenta um mau estado geral.

Contra-Indicações: Em clientes com intolerância aos derivados da morfina.

Efeitos Secundários: Fentanil pode por vezes apresentar efeitos colaterais, nomeadamente depressão respiratória, broncoespasmos, rigidez muscular dependente da dose e da velocidade de injeção, náuseas e vômito, bradicardia, retenção urinária e prurido. O antagonista utilizado é a Naloxona. (Machado, 2013)

Diluição: Pode ser administrado no seu estado puro ou diluído em cloreto sódio a 0,9%, ou dextrose 5%. Depois de preparado com as técnicas de assepsia preconizadas pela DGS (Norma 029/2012), pode ser conservado à temperatura ambiente durante 48 horas se tiver sido diluído

com cloreto sódio a 0,9%,ou então durante 6 horas se tiver sido diluído com dextrose 5%. (Barros,2010)

Preparação: Aspira-se 2/3cc de Fentanil numa seringa de 5cc. Não se dilui ficando 0.05mg/ml.

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Penthotal

Designação Farmacológica: Tiopental

Categoria Fármaco Terapêutica: Barbitúrico.

Propriedades Farmacológicas: É um indutor de anestesia de administração endovenosa. Controla os estados convulsivos durante o sono e após a anestesia inalatória, local ou outras.

Contra-Indicações: Obstrução via aérea, reações adversas, hipotensão, taquicardia, broncospasmo, laringoespasmo e depressão respiratória. Tem uma ação hipnótica forte e pobre ação analgésica. (Machado, 2013)

Diluição: Pode ser administrado diluído em cloreto sódio a 0,9%, dextrose 5% ou água destilada. Não pode ser conservado depois de preparado, é de administração imediata. (Barros,2010)

Preparação: Diluir 1 ampola (0.5gr em pó) em seringa de 20cc de água destilada, ficando 25mg/ml.

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Rapifene

Designação Farmacológica: Alfentanil

Categoria Fármaco Terapêutica: Analgésico estupefaciente.

Propriedades Farmacológicas: Rapifen é um analgésico narcótico potente de ação curta para uso endovenoso. A sua potência analgésica é 4 vezes inferior à do fentanil. Em doses elevadas, rapifen, induz o sono e pode ser usado como agente de indução anestésica. Proporciona recobro rápido com baixa incidência de náuseas e vômitos.

Contra-Indicações: Em clientes com intolerância ao fármaco.

Efeitos Secundários: Tal como com outros analgésicos narcóticos, os efeitos secundários que podem aparecer com o rapifen são a depressão respiratória, apneia, rigidez muscular e bradicardia. Outros efeitos colaterais (embora ligeiros e transitórios) são a hipotensão, tonturas, náuseas e vômitos. (Machado, 2013)

Diluição: Pode ser administrado no seu estado puro ou diluído em cloreto sódio a 0,9%, ou dextrose 5%. Depois de preparado com as técnicas de assepsia preconizadas pela DGS (Norma 029/2012), pode ser conservado durante 24 horas em refrigeração (entre os 2 - 8°C). (Barros,2010)

Preparação: Aspira-se 1cc numa seringa de 5cc. Dilui-se até 5cc com cloreto sódio a 0,9%, ficando 1mg/ml.

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Sufenta

Designação Farmacológica: Sufentanil

Categoria Fármaco Terapêutica: Analgésico estupefaciente.

Propriedades Farmacológicas: É um analgésico narcótico muito potente (7 vezes mais do que o fentanil). O Sufenta quando administrado por via endovenosa, funciona como analgésico adjuvante à anestesia, associado ao Protóxido de azoto e oxigénio, como único anestésico em clientes ventilados. A administração por via epidural provoca analgesia epidural com início rápido e com uma duração que pode ir de 4 a 6 horas.

Contra-Indicações: Em clientes com conhecida hipersensibilidade ao fármaco. Não deve ser administrado na presença de hemorragia grave ou choque, septicemia, ou com sinais inflamatórios no local da administração e alterações na morfologia do sangue e/ou terapêutica anticoagulante.

Efeitos Secundários: Depressão respiratória e rigidez muscular (se administrado por via endovenosa), náuseas, vômitos, prurido e sedação (se administrado por via epidural). (Machado, 2013)

Diluição: Habitualmente o Sufenta é administrado por via epidural, diluído conjuntamente com a Levobupivacaína, mas pode ainda ser administrado no seu estado puro (administração endovenosa). Depois de preparado com as técnicas de assepsia preconizadas pela DGS (Norma 029/2012) pode ser conservado, durante 24 horas em refrigeração (entre os 2 -8°C). (Barros,2010)

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Tracrium

Designação Farmacológica: Besilato de Atracurium (Atracúrio).

Categoria Fármaco Terapêutica: Relaxante muscular.

Propriedades Farmacológicas: É de administração endovenosa, bloqueante neuromuscular não despolarizante, é usado como complemento da anestesia geral, para permitir a intubação endotraqueal e relaxar os músculos esqueléticos durante a cirurgia ou ventilação controlada.

Contra-Indicações: Não deve ser administrado a clientes com hipersensibilidade ao fármaco.

Efeitos Secundários: Associado ao uso de Atracúrio, houve casos referenciados de rubor facial, hipotensão ligeira e broncoespasmo.

Precauções Especiais de Utilização: Tal como outros agentes bloqueantes neuromusculares, o Atracúrio paralisa os músculos respiratórios assim como os esqueléticos, mas não afeta a consciência, devendo este ser administrado apenas com a anestesia geral adequada. Recomenda-se monitorização da função neuromuscular durante a utilização de Atracúrio, de modo a individualizar os requisitos de dosagem. (Machado, 2013)

Diluição: Habitualmente é administrado no seu estado puro, nas perfusões, pode ser diluído em cloreto sódio a 0,9%, ou dextrose 5%. Depois de preparado com as técnicas de assepsia preconizadas pela DGS (Norma 029/2012), pode ser conservado durante 24 horas em refrigeração (entre os 2 -8°C). As ampolas de Atracúrio devem ser conservadas no frigorífico entre os 2° e 8°C. (Barros, 2010)

Preparação: Aspira-se a totalidade da ampola (5cc) numa seringa de 5cc ficando 10mg/ml

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Lidocaína 2%

Designação Farmacológica: Lincaína

Categoria Fármaco Terapêutica: Anestésico local, de média duração, existente no mercado em diferentes apresentações (por exemplo: frasco ou ampola), em diferentes concentrações, com e sem vasoconstritor (com por exemplo: com/sem adrenalina), consoante o objetivo terapêutico pretendido.

Propriedades Farmacológicas: Ao estabilizar a membrana dos neurónios, impede a iniciação e a transmissão dos impulsos nervosos, exercendo assim a sua acção anestésica local. Tem uma acção rápida (inicia-se 2 a 5 minutos após a aplicação), o seu efeito pode durar entre 1 a 1 hora 30 minutos.

Indicações Terapêuticas: É utilizada em anestésias locais por infiltração (através de injeção percutânea), em anestesia regional intravenosa, no bloqueio nervos periférico (Plexo) ou na anestesia troncular.

Contra-Indicações: Em clientes com alergia aos anestésicos locais deste grupo químico tipo amida. Em clientes com hipertiroidismo, insuficiência coronária, hipertensão arterial ou insuficiência cardíaca descompensada e problemas de condução aurículo-ventricular.

Efeitos Secundários: As reações alérgicas e idiossincrasias são raras. Quando ocorrem manifestam-se através de sonolência, tonturas, náuseas, entorpecimento e diplopia.

Precauções Especiais de Utilização: Deve ser usado com cuidado quando o cliente possui uma doença hepática ou renal grave, insuficiência cardíaca descompensada, perturbações da condução aurículo-ventricular, doença neuro-psíquica (particularmente a epilepsia), miastenia grave e em casos de terreno alérgico (asma, febre dos fenos e urticária). Nestas situações não se deve usar a lidocaína com adrenalina. (Machado, 2013)

Diluição: Habitualmente é administrado no seu estado puro, mas se houver necessidade pode ser diluída em cloreto sódio a 0,9%, ou dextrose 5%. Não pode ser conservada porque é de administração imediata. (Barros, 2010)

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Ropivacaína a 2% e 7.5%

Designação Farmacológica: Cloridrato de Ropivacaína

Categoria Fármaco Terapêutica: Anestésico local do tipo amida de longa duração com efeitos anestésico e analgésico.

Propriedades Farmacológicas: A Ropivacaína a 2% e a 7.5% pode ser usada quer em crianças quer em adultos para alívio local da dor após uma cirurgia, ou então como anestésico local para atenuar a dor (anestésiar) em partes específicas do corpo durante uma pequena cirurgia. A administração de altas doses produz anestesia cirúrgica, enquanto que em baixas doses, produz bloqueio sensitivo (analgesia) com bloqueio motor limitado e não progressivo. O início e a duração do efeito anestésico local da Ropivacaína dependem da dose e do local de administração.

Indicações Terapêuticas: É utilizada em anestésias locais por infiltração (através de injeção percutânea) e em bloqueio nervos periférico (Plexo).

Contra-Indicações: Em caso de hipersensibilidade ao cloridrato de Ropivacaína e a outros anestésicos locais do tipo amida.

Efeitos Secundários: Os efeitos secundários mais comuns são a hipotensão e náuseas, embora também estejam descritas como frequentes, situações em que ocorrem episódios de

cefaleias, parestesias, tonturas, bradicardia, taquicardia, hipertensão, vômitos, retenção urinária, dor de costas, aumento da temperatura e rigidez muscular. (MedicalNet, 2004)

Diluição: Administrada no seu estado puro. Não pode ser conservada porque é de administração imediata. (Barros,2010)

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Levobupivacaína

Designação Farmacológica: Cloridrato de Levobupivacaína

Categoria Fármaco Terapêutica: Anestésico local do tipo amida de longa duração com efeitos anestésico e analgésico.

Propriedades Farmacológicas:

Indicações Terapêuticas: A Levobupivacaína é utilizada como anestésico nas técnicas anestésicas locorregional, epidural e sequencial.

Contra-Indicações: A Levobupivacaína está contraindicada em clientes com conhecida hipersensibilidade à Levobupivacaína ou a qualquer agente anestésico local do tipo amida. Também não deverá ser utilizado em anestesia regional intravenosa (por exemplo: no Bloqueio de Bier).

As contraindicações gerais relacionadas com a sua utilização na anestesia locorregional deverão também ser levadas em consideração.

Efeitos Secundários: Os efeitos secundários da Levobupivacaína são idênticos ao de outros anestésicos locais tipo amida. Tais reações podem incluir o sistema nervoso central, o sistema cardiovascular e o sistema respiratório. As ocorrências de reações adversas neurológicas associadas ao uso de anestésicos locais podem estar relacionadas à dose total do anestésico administrado e também dependem especificamente do fármaco usado, da via de administração e do estado físico do cliente. Muitos desses efeitos podem estar relacionados às técnicas anestésicas locais, com ou sem a contribuição do medicamento. Reações alérgicas são raras e podem ocorrer como resultado de sensibilidade ao anestésico local. Estas reações são caracterizadas por sinais tais como urticária, prurido, eritema, edema angioneurótico (incluindo edema laríngeo), taquicardia, espirros, náusea, vômito, tontura, síncope, sudorese excessiva, aumento de temperatura e, possivelmente, sintomatologia anafilactóide (incluindo hipotensão grave). (MedicalNet, 2004)

Diluição: Habitualmente a Levobupivacaína é administrada por via epidural, diluída conjuntamente com a Sufenta. Não pode ser conservada porque é de administração imediata. (Barros,2010)

Cor da etiqueta de Identificação do fármaco: 

Nota Importante:

As ampolas de Lidocaína 2%, Bupivacaina, Ropivacaína a 2% e 7.5% e o Sufenta, não são preparadas pelo enfermeiro de apoio à anestesia. São posteriormente abertas por este, e dadas ao anestesiológista que, na altura em que vai realizar a anestesia, procede à aspiração da ampola de (Lidocaína 2%, Bupivacaina, Ropivacaína a 2% e 7.5% ou Sufenta), de acordo com a técnica anestésica escolhida e na dose preconizada para a realização dessa mesma técnica anestésica.

4- NOTA CONCLUSIVA

De acordo com Machado (2013) “Uma das características particulares da anestesia para cirurgia ortopédica, prende-se com a variabilidade dos clientes que se apresentam” ... para operar, “...desde as crianças”...(p.394), com cirurgias complexas como (por exemplo: pé boto), passando ainda, pelos adultos jovens com lesões desportivas, até aos cada vez mais idosos, para por exemplo serem submetidos (à colocação de uma prótese total da anca) e que, se nos apresentam com cada vez mais comorbidades e polimedicados.

A tudo isto, aliamos o facto, de que nos últimos anos, se ter verificado uma grande evolução técnica nos procedimentos realizados em ortopedia, com técnicas e procedimentos cirúrgicos cada vez mais complexos. O que acarretou, analogamente, uma extraordinária evolução nas técnicas anestésicas e na analgesia locorregional que até então, eram realizadas e aplicadas pelos Anestesiologistas em cirurgia ortopédica.

Assim sendo, não pretendemos que este manual, seja um guia terminado com a finalização deste estágio, mas sim, um manual em constante aperfeiçoamento e adequação, de forma a conseguir manter-se sempre o mais atualizado possível, pelo que será sempre um documento em constante adequação.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, F. (2010). *Fármacos e Procedimentos em Anestesiologia: Notas, Conselhos, Esquemas Posológicos, Serviço de Anestesiologia Hospital de S. João (2ª Edição)*. Cacém, Portugal: Schering-Plough Farma
- *Dicionário Básico Ilustrado Da Língua Portuguesa (2013)*. Porto, Portugal: Porto Editora, LDA.
- Machado, H. (2013). *Manual de Anestesiologia*. Lisboa: Portugal: Lidel-edições técnicas, Lda.
- Pinto, A., Pinto C.B. (1995). A enfermagem e Anestesiologia: alguns aspectos básicos e práticas da farmacologia anestésica. *Nursing*. Ano 8:92.p.3, 6-8.

ELETRÓNICAS

- Dias, D.F.F. (2011). Um olhar pela Anestesia Geral. Disponível em <http://danielaenferoperatoria.files.wordpress.com/2011/10/um-olhar-pela-anestesia-geral.ppsx>.
- Iwata, N., M. (2010). Anestesia subaracnóideo e Anestesia peridural. Disponível em <http://xa.yimg.com/kq/groups/19953784/2094840944/name/raquianestesia+e+peridural+4+ano.pdf>
- Imagem 1- Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_janeiro_2012/PDF/bit1.pdf.
- Imagem 2- Disponível em: www.julianaburigo.com.pt
- Imagem 3- Disponível em: valtatu-curiosidades.blogspot.com
- Imagem 4- Disponível em: polisgn.wordpress.com
- Imagem 5- Disponível em: www2.hol.com.br
- Imagem 6- Disponível em: anestesiario.org.
- Imagem 7- Disponível em: anestesiario.org.
- Imagem 8- Disponível em: anestesiario.org.
- Imagem 9- Disponível em: lealchemyst.blogspot.com
- Imagem 10- Disponível em: www.fpnotebook.com
- Imagem 11- Disponível em: www.udmercy.edu
- Imagem 12- Disponível em: www.baxter.com

- Imagem 13-Disponível em: www.armedicalcorp.com.
- Imagem 14-Disponível em: www.misodor.com
- Imagem 15-Disponível em: www2.hol.com.br
- Imagem 16-Disponível em: forum.saude.doutissima.com.br
- Imagem 17-Disponível em: www.flickr.com
- Imagem 18-Disponível em: Fonte:slideplayer.es
- Imagem 19-Disponível em: <http://www.shared.com/web/preview/doc/YiKwjhfX>.
- Imagem 20-Disponível em: Fonte:medictube.blogspot.com
- Imagem 21-Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-480620005000500002&script=sci_arttext
- Imagem 22-Disponível em: www.alternet.pt
- Imagem 23-Disponível em: www.nysora.com
- Imagem 24-Disponível em: www.cirurgiadoctorgasos.es

- MedicalNet (2004). Levobupivacaína-Bula completa. Disponível em <http://www.medicinanet.com.br/bula/8218/levobupivacaina.htm>

- Montillo, A. Anestésias e Anestésico. Disponível em <http://montillo.dominiotemporario.com/doc/ANESTESIAS.pdf>.
- Revista, Brasileira de Anestesiologia. (2008). Anestesia regional intravenosa primeiro centenário (1908-2008). Início, Desenvolvimento e estado actual. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942008000300013&script=sci_arttext.
- Vieira, J., E. (2010). Anestésias loco-regionais: agentes anestésicos e efeitos fisiológicos. Disponível em <http://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/graduacao/informacoes-gerais/Anestesia-loco-regional.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I

(Programa de Integração de Novos Funcionários no Serviço)

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS FUNCIONÁRIOS NO SERVIÇO

Serviço: []

Período de Integração: de []/[]/[] a []/[]/[]

DADOS DO FUNCIONÁRIO

Nome: []

Categoria: []

N.º Mecanográfico: []

RESPONSÁVEL PELA INTEGRAÇÃO

Nome: []

Cargo: []

Integração efectuada pelo responsável:

Sim []

Não [] Elemento designado:

Nome: []

Categoria: []

O Programa de Integração foi cumprido conforme o Procedimento de Integração de Novos Funcionários do Serviço:

Data: []/[]/[]

Assinatura do funcionário

APÊNDICE IX

(Artigo Científico)

PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO DE UM CENTRO HOSPITALAR DA MARGEM SUL

Autor: Paula Araújo, Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico Setúbal- Escola Superior Saúde.

Co-Autor: Prof.ª Elsa Monteiro, Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. Enf.ª T.A., Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

RESUMO

Durante a nossa vida vamos pertencendo a várias organizações, sendo estas, a escola onde estudamos ou o clube desportivo onde treinamos ou o hospital onde trabalhamos, e que possuem sempre, uma estrutura e cultura organizacional. Os indivíduos ao ingressarem numa organização têm objetivos que pretendem atingir, no entanto, têm também o dever de interiorizar a visão e missão da organização e desempenhar as funções para as quais foram contratados. (AESOP,2006)¹

O novo enfermeiro deverá sentir-se útil na instituição, e deverá compreender as implicações que o seu desempenho profissional terá dentro do conjunto de funções da organização e acima de tudo para com os clientes. Assim as organizações deverão oferecer as melhores condições de acolhimento e integração aos seus indivíduos. De acordo com a Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (AESOP), (2006, cit. por Teixeira,1997) “ ...todos os enfermeiros que vão ocupar um novo lugar ou função, independentemente da sua categoria, preparação ou experiência, necessitam de passar por um período de

Integração que facilitará a sua adaptação ao cargo que irão desempenhar.” (p.285)²

Palavras-chave: Bloco Operatório, Manual Integração, Processo de Integração.

ABSTRACT

During our lives we belong to various organisations, these being, the school where we went to school or sports club where we train or the hospital where I work, and have always, a structure and organizational culture. Individuals to join an organisation have goals they wish to achieve, however, also have a duty to internalize the vision and mission of the Organization and carry out the functions for which they were hired. (AESOP.2006)

The new nurse should feel useful at the institution, and should understand the implications that their job performance will be within the set of functions of the Organization and above all to com clients. So the Organization must offer the best conditions for reception and integration to their subjects. According to the Association of Nurses of Portuguese Operations Room (AESOP), (2006, cit. by Teixeira,1997) "... all the nurses who will occupy a new place or role, regardless of their category, preparation or experience, need to go

through a period of integration which will facilitate its adaptation to a position he will play." (p. 285)

Keywords: Operative Block, Manual Integration, Process Integration.

INTRODUÇÃO

Inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi-nos solicitado, no decorrer do estágio III, realizado no Bloco Operatório (BO) II de um Centro Hospitalar da Margem Sul (CHMS), a realização de um artigo científico acerca do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), com vista à aquisição de competências para ser apresentado como anexo ao relatório de estágio e que recaiu na temática de Integração de Novos Enfermeiros no BO II de um CHMS

O artigo que agora se apresenta teve a finalidade de compreender o processo de integração de novos profissionais de enfermagem numa organização hospitalar, mais especificamente num serviço de Bloco Operatório

Como **objetivos específicos** podemos referir: conhecer os objetivos para elaborar um Manual de Integração; conhecer as diversas fases do processo de integração; determinar a duração do processo de integração; conhecer as competências do Enfermeiro Integrador e a importância deste durante o processo de integração e conhecer as metodologias de avaliação.

METODOLOGIA

A revisão da literatura, caracteriza-se pela análise e síntese da informação disponibilizada por diferentes estudos sobre um tema, cuja intenção é resumir o conhecimento e chegar a conclusões sobre o assunto apreciado. (Mancini&Sampaio,2006)³ Para realizarmos a pesquisa bibliográfica regemo-nos pelos mesmos princípios de uma **revisão sistemática da literatura**, que de acordo com (Sampaio&Mancini,2007)⁴ a revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, são "... uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada." (p.84) Também, de acordo com estes autores, para elaborar-mos uma revisão sistemática, evidente, que pode contribuir para a implementação de intervenções eficazes no cuidado aos clientes, é necessário que as etapas estejam claramente descritas. Assim e de acordo com (Sampaio&Mancini,2007)⁵ a primeira etapa consiste em definir o tema que norteou a elaboração deste artigo de revisão, "Processo de Integração de Novos Enfermeiros no BO de um CHMS". Ainda de acordo com os mesmos autores, a segunda etapa tem início com a definição de termos ou palavras-chave. Assim Definimos como palavras-chave: Manual Integração; Bloco Operatório; Processo de Integração. Seguiram-se as estratégias de busca, definindo-se as bases de dados e

outras fontes de informação a serem pesquisadas, nomeadamente bases de dados eletrónicas (Scielo Portugal, Google Académico, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e do IPS/ESS) e em catálogos e livros da biblioteca do IPS/ESS.

Segundo (Sampaio&Mancini,2007)⁶, a busca em bases de dados eletrónicas e em outras fontes é uma habilidade importante no processo de realização de uma pesquisa, considerando que sondagens eficientes maximizam a possibilidade de encontrar artigos relevantes em tempo reduzido. Uma pesquisa eficaz inclui não só a escolha de termos adequados mas também a escolha de bases de dados que insiram mais especificamente o tema. (Sampaio&Mancini, 2007)⁷

Assim foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, pois os estudos sobre revisão sistemática da literatura de acordo com (Pereira&Bachion,2006)⁸ preconizam que os artigos devem ser selecionados mediante critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, em conformidade com a pergunta que norteou a pesquisa: “Processo e Manual de Integração de Novos Enfermeiros no BO”. Como variável de inclusão foi colocado: tempo de busca apropriado (preferencialmente 5 anos para artigos científicos e 10 anos para livros científicos); população alvo (enfermeiros de BO). Como variável de exclusão foi colocado: processo/programa e manual de integração de novos enfermeiros noutros serviços que não num BO.

Durante a seleção dos estudos, foi necessário avaliar os títulos e os resumos, identificados na busca inicial. Estes

documentos, recolhidos de bases científicas, foram escolhidos de acordo com a sua atualidade e pertinência dos seus conteúdos e constituem a terceira etapa, revisão dos estudos.

A última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos e materializados no artigo que se apresenta. (Mendes,Silveira&Galvão,2008)⁹

A revisão sistemática que realizamos para a elaboração do presente artigo tem equitativamente o “...potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade.” (Mendes,Silveira&Galvão,2008,p.760)¹⁰

A INTEGRAÇÃO

A **palavra integração** tem origem no termo latim “*integratio*” e está relacionada com a ação e efeito de integrar ou integrar-se. (conceito de) Tornar (-se) parte de um conjunto ou de um grupo. Incluir, incorporar, adaptar (-se), combinar (-se). (Priberam: Dicionário)¹¹

A necessidade de **integração em enfermagem** segundo a AESOP (2006) “...remonta ao princípio do século XX, com a necessidade de se criarem escolas que formassem profissionais para executarem as tarefas hospitalares”. (284)¹²

Ainda de acordo com a AESOP (2006) a integração representa uma das “...atividades básicas da administração de recursos humanos cujo objetivo visa o

ajustamento adequado dos profissionais à instituição.” (284)¹³

Hoje em dia os enfermeiros devem estar conscientes da importância da sua profissão, e conseqüentemente, devem ter conhecimento das noventa e seis Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem, desenvolvendo a sua prática nos três grandes domínios: a Prática Profissional, Ética e Legal; a Prestação e Gestão de Cuidados; e o Desenvolvimento Profissional. Também a sua prática deve estar, em concordância com o Código Deontológico de Enfermagem, e com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), para poder desempenhar com segurança as funções que lhe foram inculcadas.

Em contexto de Bloco Operatório, competência de acordo com Gruendemann, (1995 cit. por AESOP 2006) “... representa o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório.” (p.172)¹⁴

Atendendo a estas competências, importa referir Benner (2005), que desenvolveu o modelo de aquisição de competências através da Excelência e do Poder na Prática Clínica de Enfermagem, com o objetivo principal de conferir visibilidade à prática do cuidar. Considera que as práticas crescem através da aprendizagem experiencial, e conseqüentemente, da sua transmissão nos contextos de cuidados. (Benner,2005)¹⁵

Por forma a dar resposta ao acima descrito, é preconizado pela AESOP (2006) uma

modelo de formação avançada de Enfermagem Perioperatória, que vai necessitar de uma interação de funções do enfermeiro enquanto prestador de cuidados, advogado do cliente, líder, investigador, educador e gestor. (AESOP,2006)¹⁶

Assim é importante como nos diz Macedo (2012) que, “...exista um programa bem definido, mesmo que possa vir a ser adaptado a cada situação específica, como as necessidades do novo elemento e/ou serviço.” (p.27) ¹⁷, por forma, habilitar o enfermeiro perioperatório de competências que lhe permitam desenvolver um processo de enfermagem personalizado, com cuidados de enfermagem de qualidade, tendo em conta as características específicas de cada cliente.

CONCEITO DE MANUAL DE INTEGRAÇÃO E DE BLOCO OPERATÓRIO

A atual situação económica mundial, passa por um período de grande instabilidade, onde as respetivas políticas são direcionadas, cada vez mais para a redução de custos, onde direta ou indireta a saúde também é influenciada. Esta realidade traduz-se em repercussões ao nível dos recursos humanos das instituições, e quando diz respeito a estas, a contratação de profissionais de Enfermagem, estas instituições devem proporcionar uma integração adequada, com vista à otimização das suas competências. Os instrumentos adequados para tal serão os **Manuais de Integração**, por Manual entenda-se, segundo o volume XVI da Grande Enciclopédia Portuguesa e

Brasileira um “livro pequeno que resume uma ou mais matérias” (p.154)¹⁸, ou ainda de acordo com Torres & Silva (1999), “...instrumentos de comunicação que contêm uma coletânea de informações/atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração...” (p.19)¹⁹, com os respetivos programas e objetivos delineados, pois embora os enfermeiros possuam qualificações, estes têm a necessidade de entender os procedimentos e políticas da organização, por forma a estarem bem preparados para cumprirem com as funções que irão desempenhar no Bloco Operatório. (Werther & Davis,1983)²⁰

Definir corretamente o que é um **Bloco Operatório** não é simples, nem linear. De acordo com a AESOP (2006),“O Bloco Operatório é uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, como o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.” (p.20)²¹

Um Bloco Operatório é constituído por Salas de Operações que, são as unidades imobiliárias com o fim de realizar intervenções cirúrgicas. Estas Salas de Operações são parte integrante de uma Suíte Operatória, juntamente com o local de desinfeção, salas de apoio e sala de indução anestésica. (AESOP,2006)²²

MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO

Os enfermeiros são o grupo profissional que tem o maior peso em termos de recursos humanos de uma instituição hospitalar, pelo que a rotatividade destes profissionais dentro da instituição é uma realidade que aliada à contratação de novos enfermeiros pode representar um problema no que se refere à qualidade dos cuidados. Por outro lado, a presente situação de crise económica do país exerce pressão nas instituições de saúde e obriga os gestores a imporem alguma agilidade nos processos de integração para maior rentabilização dos recursos. Sendo assim, deparamo-nos com uma crescente complexidade nas integrações dos enfermeiros nos seus locais de trabalho o que representa de acordo com Macedo (2012),” um problema e desafio para as organizações e instituições de saúde, sentindo-se cada vez mais a necessidade de existirem protocolos e/ou programas de integração de profissionais de enfermagem”. (p.1)²³

Assim as instituições, sentem quase como uma obrigação o uso de **Manuais de Integração** que como já mencionado neste artigo, são documentos previamente estudados e perfeitamente identificados com os fins para os quais se destinam.

O modo como o novo enfermeiro é recebido no momento da sua admissão, será sempre um momento importante. Pelo que lhe deverá ser fornecido um conjunto de informações sobre a história da organização, sua estrutura física, funcional organizacional, bem como a missão, visão e objetivos da organização e do serviço. Este irá conhecer a sua chefia direta, as instalações, o seu local de trabalho, o

espaço físico e todos os locais destinados aos trabalhadores, para que se sinta como parte da organização. No seu primeiro contacto com o serviço, o enfermeiro deverá ser informado sobre as tarefas que tem que desempenhar. (AESOP,2006)²⁴

Assim, um indivíduo quando entra numa organização, e enquanto não a conhece bem, acha que tudo é difícil e complicado. Tem, por vezes, a ansiedade de querer aprender com rapidez para causar boa impressão perante os pares e superiores.

O **Manual de Integração** é assim um documento importante que contém informações sobre a organização e deve ser colocado quando existe, à disposição dos trabalhadores recém-chegados. A informação presente deve ser indispensável para que o novo colaborador se integre com maior facilidade. O conteúdo de um **Manual de Integração** é variável, dependendo do setor de atividade do recém-chegado dentro da organização.

Assim definimos aquando da sua elaboração, que o Manual de Integração de Novos Enfermeiros do BO II de um CHMS deve ter na sua contextualização os seguintes objetivos:

- ✓ Proporcionar ao enfermeiro em integração, informações que lhe permitam conhecer a história, missão, objetivos e a dinâmica funcional da instituição e do BO II;

- ✓ Facilitar o processo de integração quer para o enfermeiro em integração e/ou o enfermeiro integrador;

- ✓ Conseguir a “melhor” integração possível ao novo enfermeiro no mais curto espaço de tempo;

- ✓ Informar o novo enfermeiro acerca do procedimento de integração vigente no serviço;

- ✓ Ajudar o enfermeiro em fase de integração, a consciencializar-se, da sua contribuição para alcançar os objetivos do programa de integração delineados no início do processo de integração entre a enfermeira coordenadora, enfermeiro integrador e enfermeiro em integração;

- ✓ Ajudar o enfermeiro em fase de integração, a consciencializar-se, da sua contribuição para alcançar os objetivos do serviço e da instituição;

- ✓ Facilitar a uniformidade de atuação durante o programa de integração ao novo enfermeiro;

- ✓ Proporcionar o mesmo nível de informação a todos os enfermeiros recém-admitidos no programa de integração do serviço;

- ✓ Servir como instrumento de consulta para esclarecimento de dúvidas e orientações durante o programa/processo de integração quer para o enfermeiro integrador, quer para o novo enfermeiro em fase de integração;

- ✓ Conter normas, critérios, padrões de qualidade de enfermagem e generalidades funcionais como (segurança no trabalho, saúde ocupacional, avaliação desempenho, entre outros);

- ✓ Proporcionar um clima de confiança ao novo enfermeiro.

O Manual de Integração do BO II é um documento, que não pretende substituir o papel desempenhado pelos enfermeiros integradores, devendo ser encarado como um complemento dos mesmos, auxiliando na dissipação de dúvidas e na minimização

das consequências deste processo. Também não deverá ser demasiado extenso, pois há o risco de se tornar pouco apelativo.

O Manual de Integração permitirá ao enfermeiro em integração encontrar os “caminhos” necessários para o desenvolvimento das suas Competências de Enfermeiro Perioperatório.

PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO

A palavra **integração** é oriunda do latim “*Integratio*” corresponde ao ato de integrar, integrar que significa incluir num todo; fazer-se parte de algo. (Lello & Lello, 1978)²⁵

O **processo de integração** deve pressupor um estágio, que surge como uma ocasião singular para obtenção de aprendizagens, consolidação dos conhecimentos adquiridos, e reflexão sobre a nossa prática profissional. Pressupõe, simultaneamente, o desenvolvimento de competências especializadas, colocando em prática, em determinadas situações profissionais, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidade e de atitudes passíveis de serem decompostos em saberes, saber fazer (capacidade de operacionalidade do saber teórico) e saber ser ou saber estar (também designado por “competências comportamentais”, constituído pelas capacidades que permitem a cooperação eficaz com o outro). (Carvalho, 2003)²⁶

Um correto **Programa de Integração** apresenta **Vantagens** como, a redução do

período de adaptação, ou a diminuição da necessidade de penalizações, devido ao desconhecimento dos regulamentos das instituições. Outra **vantagem** é a fixação por vontade própria dos mesmos elementos nos seus locais de trabalho, pois altos índices de *turnover* revelam custos avultados para a instituição. (Chiavenato, 1989)²⁷

Um processo de integração desenvolvido com base num plano estruturado que vá ao encontro dos objetivos institucionais e do enfermeiro recém-contratado e que tenha em conta as suas características pessoais e a sua experiência profissional, tem inúmeras **Vantagens** para a **Instituição** e para o **Enfermeiro**.

Segundo Silva&Carvalho (2002), as **vantagens** que advêm da implementação de um **processo de integração bem planeado** são: “**Para a instituição:** diminuição do tempo de integração que proporciona um aumento de eficiência do trabalho; redução dos custos face ao aumento da qualidade dos cuidados; melhoria da satisfação profissional dos enfermeiros e como consequência as suas relações profissionais e desenvolve um senso de responsabilidade para a organização devido à sua competência e informação.

Para o enfermeiro: diminuição do stresse, tensão, frustração e conflito; estimulação à autoconfiança e ao autodesenvolvimento; aumenta a satisfação no trabalho executado e satisfação das necessidades pessoais.” (p.20)²⁸

Em contexto de BO as integrações são mais complexas, uma vez que, os conteúdos a apreender pelo novo

enfermeiro são muito específicos e estão particularmente ausentes na sua formação de base. À complexidade alia-se maior morosidade no processo, o que o torna segundo a AESOP (2006) mais “...dispendioso, pois a rentabilidade de um elemento em integração é obviamente mais reduzida”.²⁹ (p.287) Sendo assim, ao integrarmos novos enfermeiros no BO “...devemos pensar sempre em estabilidade, de modo a garantir a segurança do doente...” (AESOP,2006,p.287).³⁰Também

Gruendemann (cit. por AESOP, 2006) diz que o enfermeiro deve ter sempre uma consciência cirúrgica, que representa “...um sistema de valores internos que motivam uma prática correta quer o profissional esteja só ou a ser observado”³¹. (p.109)

Mas foi com a Association of Perioperative Registered Nurses AORN, em (1978, cit. por AESOP,2006), que surgiu pela primeira vez em 1978, o conceito de enfermeiro perioperatório, que de acordo com esta associação“... Identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociologias do individuo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas acções (...) a fim de restabelecer ou conservar a saúde e bem estar do individuo, antes, durante e após a cirurgia”. (p.6)³²

As diversas referências teóricas ressaltam a importância de integrar os novos elementos, no BO de uma forma dinâmica e sustentada. Os cuidados em BO implicam uma integração eficaz por parte da equipa de enfermagem, pois a qualidade dos cuidados assenta neste princípio. Entende-

se equipa como um agrupamento de pessoas, em contacto regular, que se envolvem numa ação coordenada, contribuindo de maneira empenhada para a realização de ações concretas. (Figueiredo,2010)³³

Ainda de acordo com AESOP (2006) os processos de integração devem ser flexíveis e dinâmicos, permitindo modificações e ajustamentos às características e objetivos do novo enfermeiro sem no entanto prescindir da integração do enfermeiro nas funções de Enfermeiro de Apoio à Anestesia, de Enfermeiro Circulante, Instrumentista e de Enfermeiro de UCPA (...). (p.288)³⁴ O

programa de integração em Bloco Operatório de acordo com a AESOP (2006) encontra-se dividido em quatro fases: Acolhimento/Observação, Enfermeiro de Apoio à Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista. (AESOP,2006)³⁵

Quando falamos em integração de enfermeiros, em contexto de BO, não nos podemos esquecer que, existem três categorias de enfermeiros que é necessário diagnosticar, por forma a estabelecermos um programa de integração ajustado às suas características profissionais. Assim temos que considerar: Enfermeiros sem experiência profissional; Enfermeiros com experiência profissional e Enfermeiros com experiência em BO. (AESOP,2006)³⁶

Similarmente, Benner (2005) observou nos seus trabalhos, as diferenças entre o conhecimento prático e teórico, e como estes eram incluídos na perícia. As conclusões indicaram que a experiência é condição necessária para a perícia, pois é necessário experimentar propostas,

hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real, surgindo assim, o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem. O presente modelo determina que, na aquisição e no desenvolvimento de competências, o profissional atravessa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis distintos precedem mudanças, em três aspetos gerais, que se apresentam aquando da obtenção de uma competência. O primeiro diz respeito à transmissão de uma confiança em princípios abstratos, à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a alteração do modo como o profissional se apercebe de uma situação, integrando o processo como um todo; e o terceiro aspeto considera a passagem de observador desligado a executante envolvido. (Benner,2005)³⁷

O Modelo Dreyfus, mencionado por Benner (2005), considera, simultaneamente, que a mudança da área de cuidados por parte de um profissional de enfermagem, faz com que este volte a um estágio inferior de funções, não descurando a experiência adquirida até então, resultando numa evolução mais rápida para o estágio de perito. (Benner,2005)³⁸

Baseando-se em Gillies (1994), Azevedo (1996, cit. por Macedo, 2012), defende um processo de integração faseado. O autor apresenta quatro fases, "...pelos quais os enfermeiros em integração devem passar, de modo a facilitar este processo." (p.25-26)³⁹

Essas fases são: **indução** ou **introdução**, **orientação**, **acompanhamento** e **treino**.

De acordo com Macedo (2012), na primeira fase, denominada por **indução ou introdução**, é facultada a informação essencial ao enfermeiro recém-admitido "...para que este se sinta bem no novo ambiente de trabalho reconhecendo-o como pertencente ao novo contexto físico e social." (p.25-26)⁴⁰ Esta fase é o momento ideal para que o integrando tenha contacto com o manual de integração. Este "...é um instrumento importante na medida em que fornece orientações, por escrito, aos elementos da equipa de enfermagem, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo o processo". (p.25-26)⁴¹ Em relação ao integrador, este desempenha um papel bastante ativo nesta fase. Pode ser incluída aqui a **Fase de Acolhimento/Observação**, preconizada pela AESOP para o programa de integração em Bloco Operatório.

Paralelamente à primeira fase desenvolve-se a fase da **orientação**, o integrador tem mais tempo para fazer uma orientação direta e esclarecer as dúvidas e preocupações do novo enfermeiro. As informações fornecidas são mais pormenorizadas de acordo com as necessidades do integrando.

Na terceira fase, ou **acompanhamento**, já está estabelecida uma relação de trabalho entre o novo enfermeiro e a restante equipa centrada nas relações humanas, no trabalho em equipa e no desenvolvimento do enfermeiro em integração.

Na última fase, **treino**, "...o novo enfermeiro já se encontra apto para prestar cuidados, apresentando uma interiorização das práticas a executar, onde o integrador

tem a responsabilidade de se assegurar que o novo enfermeiro está suficientemente esclarecido, apoiar e transmitir confiança de modo a dissipar toda e qualquer insegurança no exercício das suas funções, com autonomia, maturidade, segurança e auto-confiança.” (p.26)⁴²

Apesar de todas as vantagens que advêm da aplicação de um processo de integração bem estruturado ao enfermeiro recém-admitido existem também, alguns aspetos que podem, **dificultar o Processo de Integração** e o cumprimento do programa de integração. Não podemos esquecer que o enfermeiro a ser admitido trás consigo uma “bagagem” de conhecimentos, experiências, sentimentos e emoções que de certa forma influencia a facilidade com que aprende, o relacionamento com a equipa, o ritmo e a duração da integração. É necessário considerar estes aspetos se queremos garantir o sucesso da integração e evitar segundo Silva & Carvalho (2002) “...a hostilidade para que o trabalhador se sinta motivado e se evitem conflitos.” (p.20)⁴³

Silvestre (2012) apresenta, outros **fatores que condicionam o processo de integração**, tais como: o contexto social; custo financeiro da integração; estrutura organizacional e o estilo de liderança; disponibilidade dos intervenientes do processo de integração e falta de operacionalidade do processo de integração implementado. (Silvestre,2012)⁴⁴

Também o enfermeiro integrador pode, por vezes, ter uma influência negativa e representar um fator desmotivante, no entanto, é essencial para o sucesso da

integração, que o enfermeiro integrador desempenhe de acordo com Coelho & Lourenço (2004) cit. por Fernandes, Geraldes, Batista, & Alves (2010) “... um papel importante, possuindo determinadas habilidades técnicas, humanas e conceptuais”. (p.54)⁴⁵

O **Enfermeiro Chefe/Coordenador**, ao selecionar o **Enfermeiro Integrador** entre os enfermeiros especialistas ou peritos do BO, deve, certificar-se que este apresenta: motivação para aplicar o programa de integração; brio profissional e boas relações interpessoais; conhecimentos técnicos e científicos atualizados, bem como da estrutura organizacional; disponibilidade e sentido de responsabilidade; possuir as habilidades necessárias ao processo de ensino/aprendizagem e possuir conhecimentos e competências na área de Enfermagem Perioperatória. (AESOP,2006)⁴⁶

O **Tempo do Período de Integração** deve ser corroborado particularmente, pois pode diferenciar-se consoante as competências e experiência contraída em contexto de trabalho, no exercício das suas novas funções. (AESOP, 2006)⁴⁷. O profissional de enfermagem é responsável pelo seu processo de integração, participando ativamente na sua aprendizagem, aumentando o espírito crítico, criatividade, e pedindo explicações quando necessário. Terminada a integração, torna-se pertinente e essencial haver um momento de reflexão e **avaliação**. O **Objetivo da avaliação** é saber se o profissional alcançou destreza manual e intelectual que permitam a resolução de problemas

básicos, bem como um bom desempenho profissional, assegurando uma prática segura e de qualidade nos cuidados de enfermagem prestados ao cliente.

As metodologias de avaliação deverão ser o mais objetivas possíveis, pelo que a utilização de fichas de acompanhamento e avaliação (grelhas de avaliação das etapas do processo de integração de novos enfermeiros do BO), e as entrevistas que ocorrem no final de cada fase de integração são aconselhadas de acordo com (Cardoso, 2001)⁴⁸.

O enfermeiro chefe/coordenador deve estar presente em todos os momentos de avaliação. Os intervenientes no processo efetuarão em conjunto de acordo com (Azevedo, 1996 cit. por Fernandes, Geraldes, Batista, & Alves, 2010) "...avaliação dos conhecimentos adquiridos pelo novo enfermeiro e da sua aplicação no trabalho, assim como a contribuição do enfermeiro na melhoria dos cuidados prestados aos clientes." (p.54)⁴⁹

O integrando deve, simultaneamente, sugerir alterações que possam ser acrescentadas, no sentido de melhorar o respetivo processo de integração de novos enfermeiros no serviço de BO. O objetivo principal do processo de integração como é referido pela AESOP (2006) deve ser de "... integrar o melhor possível no mais curto espaço de tempo..." (p.291)⁵⁰.

Na **avaliação final** é ainda efetuada uma reflexão sobre todas as fases do programa de integração através de: autoavaliação do elemento integrado; observação ou Hetero-avaliação do enfermeiro integrador e o parecer da enfermeira coordenadora.

Apesar deste processo só se encontrar concluído quando o integrando sentir que se encontra em condições de dar resposta aos objetivos estabelecido.

CONCLUSÃO

Os processos de integração apresentam benefícios, quer para os trabalhadores, quer para a organização. Para os primeiros permite uma redução dos níveis de ansiedade e de gestão do stresse, fornece suporte emocional e apoio técnico para um melhor desempenho profissional. A nível organizacional é a forma desta vincular o trabalhador aos seus valores, objetivos e cultura organizacional. Não havendo uma resposta única para todas as situações, é no entanto necessário garantir sistemas de avaliação claros e objetivos.

O êxito da integração não poderá resultar de um ou outro ato isolado, mas depende de um conjunto de ações organizadas, envolvendo fatores de natureza psicológica, social, administrativa e pedagógica.

BIBLIOGRAFIA

1,2 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.

3 Mancini, M.C., Sampaio, R.F. (2006). QUANDO O OBJETO DE ESTUDO É A LITERATURA: ESTUDOS DE REVISÃO. Recuperado em 17 Janeiro de 2015 em http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/0_0.pdf

⁴ Sampaio, R. F., Mancini, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para a síntese criteriosa da evidência científica: vol. XI (pp. 83-89). Revista Brasileira de Fisioterapia. Recuperado em 17 de janeiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>

- ⁵ Sampaio, R. F., Mancini, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para a síntese criteriosa da evidência científica: vol. XI (pp. 83-89).Revista Brasileira de Fisioterapia. Recuperado em 17 de janeiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- ⁶ Sampaio, R. F., Mancini, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para a síntese criteriosa da evidência científica: vol. XI (pp. 83-89).Revista Brasileira de Fisioterapia. Recuperado em 17 de janeiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- ⁷ Sampaio, R. F., Mancini, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para a síntese criteriosa da evidência científica: vol. XI (pp. 83-89).Revista Brasileira de Fisioterapia. Recuperado em 17 de janeiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- ⁸ Pereira, A.L, Bachion M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, Brasil. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4633/2548>.
- ⁹ Mendes, K.D.S., Silveira,R.C.C.P., Galvão,C.M. (2008). REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. Recuperado em 17 de janeiro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18>.
- 10 Mendes, K.D.S., Silveira,R.C.C.P., Galvão,C.M. (2008). REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. Recuperado em 17 de janeiro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18>.
- 11 Priberam: Dicionário. Disponível em <https://www.priberam.pt/dlpo/integração>
- 12 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 13 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 14 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 15 Benner. (2005).De Iniciado a Perito. (2ª ed).Coimbra,Portugal:Editora Quarteto.
- 16 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- ¹⁷ Macedo, M.R. (2012). Supervisão na Integração de Enfermeiros à Luz do Modelo Bioecológico (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado em 30 de Dezembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- 18 Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1990). Volume XVI. Rio de Janeiro, Lisboa: Editorial Enciclopédica Limitada.
- 19 Torres,M.,Silva,I. (1999).Integração do Pessoal de Enfermagem. Sinais Vitais: 22.p.17-20.
- ²⁰ Werther, W. Davis, K. (1983).Administração de pessoal e recursos humanos. São Paulo, Brasil:McGraw -Hill.
- ²¹ AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 22 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 23 Macedo, M.R. (2012). Supervisão na Integração de Enfermeiros à Luz do Modelo Bioecológico (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado em 30 de Dezembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- 24 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 25 Lello, J., Lello, H. (1978). Dicionário Ilustrado. Porto: Edições Lello &Irmãos Editores.
- ²⁶ Carvalho, R. (2003).Parceria na formação: Papel dos Orientadores Clínicos. Loures,Portugal:Lusociência.
- ²⁷ Chiavenato. (1989). Recursos humanos na empresa. São Paulo, Brasil: Atlas.
- ²⁸ Silva, A. M. B. & Carvalho, C. M. G. (2002). Integração do enfermeiro numa organização hospitalar. *Nursing*. Ano 14:164. p. 16-20.
- ²⁹ AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas*

- Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 30 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- ³¹ AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- ³² AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- ³³ Figueiredo, M. (1997). Trabalho em Equipa, o Contributo dos Enfermeiros. *Sinais Vitais*: 10.p.19.
- ³⁴ AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 35 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- ³⁶ AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 37 Benner. (2005). *De Iniciado a Perito*. (2ª ed).Coimbra,Portugal:Editora Quarteto.
- ³⁸ Benner. (2005). *De Iniciado a Perito*. (2ª ed).Coimbra,Portugal:Editora Quarteto.
- ³⁹ Macedo, M.R. (2012). Supervisão na Integração de Enfermeiros à Luz do Modelo Bioecológico (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado em 30 de Dezembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- ⁴⁰ Macedo, M.R. (2012). Supervisão na Integração de Enfermeiros à Luz do Modelo Bioecológico (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado em 30 de Dezembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- ⁴¹ Macedo, M.R. (2012). Supervisão na Integração de Enfermeiros à Luz do Modelo Bioecológico (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado em 30 de Dezembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- ^{42 41} Macedo, M.R. (2012). Supervisão na Integração de Enfermeiros à Luz do Modelo Bioecológico (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado em 30 de Dezembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- ⁴³ Silva, A. M. B. & Carvalho, C. M. G. (2002). Integração do enfermeiro numa organização hospitalar. *Nursing*. Ano 14:164. p. 16-20.
- ⁴⁴ Silvestre, M.C.J. (2012). Integração de Enfermeiros em Instituições Hospitalares: Estudo de Caso (Dissertação para obtenção de Grau de Mestre). Universidade de Aveiro: Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território, Aveiro, Portugal. Recuperada de <http://hdl.handle.net/10773/10448>
- ⁴⁵ Fernandes, A.P.G., Geraldes, J.P.M., Batista, M.P.J., & Alves, P.M.S. (2010). Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Sinais Vitais*, 92,50-55
- ⁴⁶ AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- ⁴⁷ AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- 48 Cardoso, A. (2001). Recrutamento e seleção de pessoal. Lisboa: Lidel.
- 49 Fernandes, A.P.G., Geraldes, J.P.M., Batista, M.P.J., & Alves, P.M.S. (2010). Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Sinais Vitais*, 92,50-55
- 50 AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.

APÊNDICE X

(Dispositivos da Ação Formação sobre “Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório II do CHMS)

Bibliografia

- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (2005). GRI. 02- Plano de Emergência Interno do HOSO.
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (2009). GRI.02- Procedimento de evacuação de doentes.
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (2010). GRI.02- Procedimento Segurança contra Incêndios.



21/02/2015

OBJETIVOS DA SESSÃO

- Mobilizar conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno, no que respeita à evacuação de clientes, através do simulacro de um caso prático em contexto de Bloco, para capacitação dos profissionais envolvidos.
- No final da sessão, os profissionais devem ser capazes de:
 - Identificar os mecanismos de atuação em situação de catástrofe;
 - Ter a perceção do algoritmo de evacuação de clientes, em situação de catástrofe;
 - Realizar, tendo em conta a sua função específica, a correta evacuação de um cliente.

21/02/2015

Normas Gerais de Evacuação do Serviço do BOII/UCPA

21/02/2015

Organização de Segurança em Emergência

Funções Gerais:

- Conhecer os membros das diversas equipas de emergência do serviço (**Equipas Evacuação A e B**);
- Conhecer a localização de escadas, botões manuais de alarme, extintores de incêndio, boca-de-incêndio, serviço de refúgio e pontos encontro/reunião, da área onde o serviço está localizado (GRI.02,2005)



21/02/2015

Fonte:Portugala,S,2014

Responsabilidade Pela Decisão de Evacuação De Clientes

No Turno da Manhã:
Enfermeira Coordenadora do Serviço

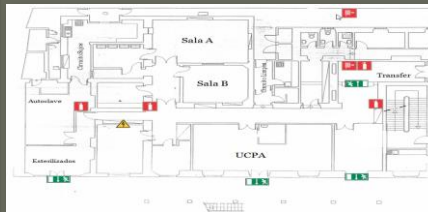
No Turno da Tarde:
Enfermeiro Responsável do Turno



Fonte:Portugala,S,2014

21/02/2015

Plano de Evacuação do serviço



21/02/2015

Fonte:SE,2012



Mantenha Calma

Informe pelo 333

Peça Ajuda

Sem correr Riscos

Tente extinguir o incêndio

Recorra ao extintor da zona

Se a Situação Piorar

Abandone a área

Desça pelas escadas

Fonte:Portugala,S,2014

21/02/2015

Fonte:GRI.02,2010

Dirija-se à Saída de Emergência (Transfer dos doentes) ou saídas alternativas (Sala Esterilizados,UCPA e Gabinete de Anestesiologia)



Evacuação de Clientes

Decisão do Coordenador Evacuação (Enfermeira Coordenadora do Serviço-M, ou Responsável de Turno à T)

Fonte:GRI.02,2010

21/02/2015

Tipos de Anestesia

Geral

Locorregional

Local

*Encerrar ou proteger a incisão;
*Ventilar com ambu e O2;
*Serviço de refúgio UCM (evacuação horizontal) ou UCA (evacuação vertical);
*Transportar em trolley.

*Encerrar ou proteger a incisão;
*Serviço de refúgio UCM (evacuação horizontal) ou UCA (evacuação vertical);
*Transportar em trolley.

*Encerrar ou proteger a incisão;
*Encaminhar para o serviço de refúgio UCM (evacuação horizontal) ou UCA (evacuação vertical).

21/02/2015

Fonte:GRI.02,2010

Durante o processo de evacuação:

- Ficam 4 elementos do BO por cliente: 1 Anestesiologista, 2 Enfermeiros e 1 Assistente Operacional;
- A Assistente Operacional transporta o trolley e desimpede o caminho;
- Em articulação, o Anestesiologista e a Enfermeira de apoio à anestesia, desconectam os aparelhos elétricos possíveis e o fornecimento de O2 e N2O;
- O Enfermeiro circulante leva o processo do cliente e o carro de emergência para o ponto de reunião.



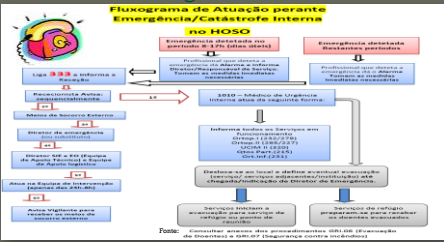
Fonte:Portugala,S,2014



Fonte:GRI.04,2006 e GRI.02,2010

21/02/2015

Fluxograma de Atuação Perante a Emergência HOSO



21/02/2015

Exemplo de um Caso de Catástrofe: O que fazer?

❖ No BOII no final do turno da manhã (cerca das 15 horas), apenas se encontra a Sala B a funcionar com uma cirurgia do ombro, em um cliente com anestesia geral, quando ocorre um incêndio no quadro elétrico que fica situado no corredor que dá acesso à esterilização e que, também, fica próximo da sala onde está a decorrer a cirurgia.



Fonte: Portugal8_S_2014

21/02/2015

Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso:

Manter a calma.



1

Informar a central telefónica pelo 333, indicando que está a ocorrer um incêndio no quadro elétrico do BO II, no piso 1 na sala B.

2

Alertar os colegas e a coordenadora do serviço e pedir ajuda.

3

Fonte: GRE.05.2005

21/02/2015

Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso:

Sem Correr Riscos, tente extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona.

4

Se as condições piorarem e tiver de abandonar a área e evacuar o cliente que está a ser operado, assim como os clientes que estão na UCPA, feche todas as portas que lhe for possível.

5

Se o fumo ou os gases de combustão impedirem a visibilidade ou dificultarem a respiração, desloque-se o mais próximo possível do chão (+/- 30 cm).

6

Fonte: GRE.07.2010

21/02/2015

Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso:

Se alguma das suas roupas incendiar, deite-se no chão, a cara tapada com as mãos, e role até as chamas se extinguirem.

7

Se a situação o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o Enfermeiro Instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.

8

Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar o cliente anestesiado com ambu e aporte de O₂.

9

Fonte: GRE.06.2009; GRE.07.2010

21/02/2015

Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso:

A Assistente Operacional tem como função transportar o trolley/cama, e a abertura e encerramento das portas.

10

O Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão desconectar todos os aparelhos elétricos possíveis bem como o fornecimento de O₂ e N₂O.

11

O cliente anestesiado será retirado da sala operatória no trolley/cama e será encaminhado para o serviço de refúgio onde possa continuar a receber cuidados anestésicos/cirúrgicos (UCM, UCA).

12

Fonte: GRE.06.2009; GRE.07.2010

21/02/2015

Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso:

O Enfermeiro Circulante acompanha o cliente e leva consigo o processo clínico do cliente, o carro de emergência, e o material cirúrgico necessário para o encerramento da incisão para o serviço de refúgio.

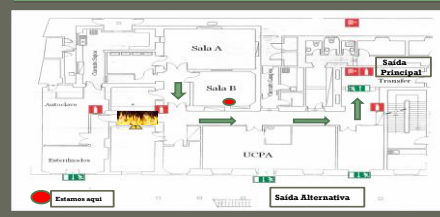
13

Dirija-se à Saída de Emergência Principal (Transfer dos doentes) uma vez que, neste caso a saída de Emergência mais próxima da sala onde se encontra a decorrer a cirurgia (Esterilização), não pode ser utilizada porque se localiza próxima do local onde ocorreu o incêndio. Em alternativa à saída principal que pode estar bloqueada ou a ser utilizada para evacuar os outros clientes que se encontram na UCPA, utilize as Saídas Alternativas (gabinete de anestesiologia e UCPA).

14

21/02/2015

Saídas de Emergência do BO



21/02/2015

Fonte: GRE, 2012B; Assaio, P.F.P., 2014

Pontos de Reunião



BO



UCA

Fonte: Assaio, M.T., 2012

21/02/2015

Plano de Evacuação



21/02/2015

Fonte: Assaio, 2014

Apêndice XI

(Relatório Estágio da Comissão Gestão Risco)



Relatório de Estágio Opcional do Gabinete de Gestão do Risco do Centro Hospitalar Margem Sul



3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Professora Orientadora: Elsa Monteiro

Orientadora do Estágio: Enf.^a SP

Elaborado Por: Paula Araújo

Novembro 2014

ÍNDICE GERAL

0 INTRODUÇÃO	3
1.CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE DE GESTÃO DO RISCO	4
2.DESCRICÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	6
3. REFLEXÃO FINAL	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

O.INTRODUÇÃO

Este relatório enquadra-se no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e surge no âmbito do Projeto de Aprendizagem Clínica por forma a adquirir e desenvolver a competência K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação, através da realização de um estágio opcional no Gabinete de Gestão do Risco, de um Centro Hospital Margem Sul (CHMS), que decorreu no período compreendido entre 29 a 30 de Setembro, num total de 16 horas, sob a orientação da Enfermeira SP.

Com a realização deste estágio planeámos como objetivos adquirir e aprofundar conhecimentos na área da gestão do risco, principalmente no que se refere ao plano de emergência interno do Hospital Y e conhecer as funções do enfermeiro representante no serviço como gestor do risco do CHMS.

A importância da realização deste estágio surge, pela certeza da aquisição de conhecimentos e saberes, necessários para a concretização do Projeto de Aprendizagem Clínica.

Com este relatório pretendemos relatar o trabalho desenvolvido ao longo deste estágio, este encontra-se estruturado em três partes: na primeira parte descrevemos o Gabinete de Gestão de Risco, na segunda parte descrevemos as atividades desenvolvidas e por último uma reflexão final onde pretendemos fazer uma reflexão sobre este mesmo estágio, bem como as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas.

1.CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE DE GESTÃO DO RISCO

Missão

A Comissão de Gestão do Risco (CGR) tem como missão criar uma estratégia de gestão do risco, que permita a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitorização do mesmo, contribuindo para o desenvolvimento de um ambiente mais seguro na prestação de cuidados aos seus utentes, minimizando as perdas e otimizando os recursos. (Regulamento da CGR,2009)

Constituição

A CGR é multiprofissional, é nomeada pelo Conselho de Administração, por períodos de três anos e constituída por quinze membros:

- Coordenador - Presidente do Conselho Administração do Centro Hospitalar;
- Diretora dos Planos de Emergência Interno do Centro Hospitalar - Enf.^a Chefe;
- Coordenadora da Comissão de Controlo de Infeção;
- Enfermeira Especialista da Comissão de Controlo de Infeção;
- Diretor do Serviço de Urgência Geral;
- Médico do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital X;
- Médico do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital Y;
- Diretor do Serviço de Gestão de Aprovisionamento e Logística;
- Técnica Superior Responsável do Gabinete de Controlo Financeiro;
- Técnica Superior do Núcleo de Estatística e Acompanhamento da Produção; Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Responsável do Serviço de Instalações e Equipamentos do Hospital X;
- Responsável do Serviço de Instalações e Equipamentos do Hospital Y;
- Técnico Superior de Segurança e Higiene no Trabalho. (Regulamento da CGR,2009)

Competências

A Comissão de Gestão do Risco é uma comissão de apoio técnico, dependendo do Conselho de Administração, coordenada pelo Presidente do Conselho Administração e, para além das competências abaixo definidas, integra ainda o conteúdo funcional para as comissões de segurança e de saúde e higiene no trabalho, conforme disposto na Lei nº 35/2004, de 29 de Julho (Regulamento da CGR,2009).

À CGR compete apoiar os órgãos de gestão em tudo o que diz respeito ao bom desempenho das suas atribuições, designadamente:

- Promover uma abordagem estruturada na gestão do risco no Centro Hospitalar, que resulta em sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras, bem como uma maior consciencialização do perigo e responsabilidade;
- Promover a elaboração do Plano de Emergência Interno e do Plano de Prevenção, programando a atuação de cada hospital do CH nas situações de maior risco potencial na área do concelho de Setúbal,
- Assegurar a articulação e colaboração com o Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil,
- Manter estreita colaboração e contacto com os centros operacionais de proteção civil nacionais e regionais, com corporações de bombeiros e outros;
- Organizar ações de prevenção, informação, formação e sensibilização dos profissionais do Centro Hospitalar, de forma a mobilizá-los para as situações de emergência. (Regulamento da CGR,2009)

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No decorrer do estágio no Gabinete de Gestão do Risco procurámos, desenvolver atividades úteis ao desenvolvimento do Projeto de Aprendizagem Clínica.

Assim no nosso primeiro dia de estágio, assistimos a uma ação de formação ministrada pela Enfermeira SP por forma a termos algum aporte teórico sobre a organização e funções do Gabinete de Gestão do Risco e sobre o Plano de Emergência Interno, onde para além de ter sido ministrado aporte teórico, foi também feito um pequeno exercício com o grupo a explicar como deve ser feita uma evacuação em caso de catástrofe ou emergência. Fazia ainda parte deste módulo de formação o Manuseamento de extintores no combate a incêndios. No segundo dia do estágio foi possível realizar alguma pesquisa bibliográfica no gabinete, nomeadamente a consulta de manuais, normas, políticas e procedimentos, e foi notório a grande disponibilidade da enfermeira SP para o ensino e partilha de saberes, havendo partilha de ideias acerca da construção do plano de emergência interna e da evacuação de clientes em situação emergente do BO II/UCPA II do CHMS que consiste num dos objetivos que delineados no Projeto de Aprendizagem Clínica.

Com a realização deste estágio, e como uma das gestoras de risco do nosso serviço, apercebemo-nos de que, a gestão do risco contribui para a responsabilização individual e coletiva na gestão e controlo das causas, e para o aumento da consciencialização dos vários profissionais, sobre a existência dos riscos, porque só assim, se incrementam práticas e métodos de trabalho para que os serviços, se tornem locais mais seguros para os profissionais e clientes.

Assim as atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros representantes do serviço como Gestores do Risco do Centro Hospitalar Margem Sul são:

- Promover o levantamento regular de riscos no serviço;
- Dinamizar o processo de prevenção e redução dos riscos identificados no serviço;
- Incentivar o Relato de Incidentes;
- Promover a formação em serviço sobre prevenção de riscos e relato de incidentes;
- Conhecer o plano de evacuação para o serviço e para o Hospital;
- Promover a divulgação do plano de evacuação do serviço e do Hospital, no serviço;
- Conhecer a localização de escadas, botões manuais de alarme, extintores de incêndio, boca-de- incêndio e pontos de encontro/reunião, da área onde o serviço está localizado. Conhecer os membros das diversas equipas de emergência do serviço;

- Divulgar aos profissionais do serviço as Normas Gerais de Segurança contra incêndios, de evacuação do serviço e o fluxograma de atuação perante Emergência/Catástrofe Interna;

- Informar o Diretor/Responsável do Serviço sobre qualquer anomalia que possa vir a provocar um sinistro ou que possa comprometer a segurança da evacuação;
- Participar nas reuniões/formações para Gestores de Risco Geral e divulgar nos Serviços. (Descrição Funções Gestor Risco Geral,2013)

3. REFLEXÃO FINAL

Consideramos a realização deste estágio importante para a consolidação de conhecimentos e saberes, que na nossa perspectiva, irão contribuir para uma prática mais refletida e traduzida nas boas práticas, que irão constituir mais uma ferramenta importante no caminho definido para o projeto de aprendizagem clínica.

Esta aprendizagem de conhecimentos e partilha de experiências permitiu-nos desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, a competência K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Consideramos ter atingido os objetivos propostos inicialmente para a concretização deste relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHMS, EPE (2013). Descrição Funções do Enfermeiro Gestor Risco Geral.

CHMS, EPE (2009). Política de Gestão do Risco.

CHMS, EPE (2009). Regulamento da Comissão de Gestão do Risco.

Apêndice XII

(Plano da Sessão)



PLANO SESSÃO

Curso	3º Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica
Módulo	Estágio III
Tema da Sessão	Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório do CHMS
Professora orientadora	Elsa Monteiro
Enfermeira Orientadora	T.A.
Formadora	Paula Araújo
População Alvo	Equipa Multidisciplinar do Bloco Operatório do CHMS

Data	22.01.2015
Local	Bloco Operatório II
Duração	2h (30min sessão e 1h 30min Simulacro de Evacuação em situação incêndio)

Objetivo Geral	Mobilizar, corretamente, recursos e conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno Hospitalar, no que respeita à evacuação de clientes, através do simulacro de um caso prático em contexto de Bloco Operatório.
Objetivo Específico	<ul style="list-style-type: none"> -Reconhecer, corretamente, a perceção geral do algoritmo de evacuação de clientes em situação de catástrofe; -Identificar corretamente, os mecanismos de atuação em situação de catástrofe; -Executar, tendo em conta a sua função específica, a correta evacuação de um cliente, individualmente, e sem erros.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos Didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação da sessão.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1min
	Objetivos da sessão.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1min

Desenvolvimento	Normas gerais de evacuação.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	4 min
	Responsabilidade pela decisão de evacuação de clientes.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	4 min
	Plano de evacuação do serviço	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Exemplo de caso de catástrofe- o que fazer?	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Simulacro	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min

Conclusão	- Síntese dos aspetos mais significativos. - Período para questões e esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
------------------	--	------------	--------------------------------------	-------

Simulacro	Simulacro de evacuação em caso de incêndio	Prático	- Cartões de identificação dos participantes; - Fichas de doentes (clientes evacuados)	1h25min
------------------	--	---------	---	---------

Avaliação da sessão	Distribuição da folha de avaliação da sessão	Escala Likert	Folhas de avaliação	5min
	Preenchimento das folhas de avaliação		- Folhas de avaliação - Esferográfica	
	Recolha das folhas de avaliação da sessão		Folhas de avaliação	

Apêndice XIII

(Exercício no Bloco Operatório II - CHMS Cenário de Incêndio)



EXERCÍCIO NO BLOCO OPERATÓRIO II - CHMS CENÁRIO DE INCÊNDIO

**3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Estágio III**

Elaborado por:
Marta Estêvão
Paula Araújo

Janeiro 2015

Siglas e Abreviaturas:

AO – Assistente Operacional

BO – Bloco Operatório

EE – Equipa de Evacuação

Enf. – Enfermeiro

Fig. - Figura

N2O – Óxido Nitroso

O2 – Oxigénio

UCA – Unidade Cirurgia de Ambulatório

UCM – Unidade de Cuidados Médicos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

Lista de figuras:

Figura 1 – Vista aérea do HOSO

Figura 2 – Planta do BOII/UCPA

SUMÁRIO:

0. INTRODUÇÃO	4
1. LOCALIZAÇÃO DO SERVIÇO	4
2. CARATERIZAÇÃO DO EXERCÍCIO	5
2.1. MEIOS INTERVENIENTES	5
3. EXECUÇÃO DO EXERCÍCIO	5
3.1. ENQUADRAMENTO	5
3.2. SEQUÊNCIA DE AÇÕES	7
4. ALTERAÇÕES AO FUNCIONAMENTO NORMAL	8
5. CONTROLO DO EXERCÍCIO	9

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio III, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, propusemo-nos a realizar um exercício de simulação no BOII/UCPA do CHMS, numa situação de emergência a definir, com o objetivo de contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais perante este tipo de situação.

Este exercício será uma oportunidade de adquirir competências específicas do enfermeiro especialista, em Enfermagem Médico-cirúrgica, em Situação de Emergência e Catástrofe. Pelo que foi planeado e desenvolvido o presente exercício, com o contributo dos elementos da Comissão de Gestão de Risco, assim como dos profissionais do BOII/UCPA/UCA do CHMS.

Considerando os possíveis cenários em contexto de emergência e catástrofe, passíveis de recriar, bem como a sua pertinência, atendendo às especificidades do serviço em causa, optou-se por simular uma situação de incêndio.

De forma a responder a esta solicitação, formulou-se como objetivos para a realização do exercício: planear a resposta dos elementos das equipas perante uma situação de incêndio; treinar as equipas intervenientes perante este cenário; contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais em situação de incêndio.

1. LOCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO

O BOII/UCPA está localizado no piso 1 do CHMS e tem o seu acesso limitado por uma porta que é aberta mediante a introdução de um código. Esta área reservada é partilhada com a UCM.

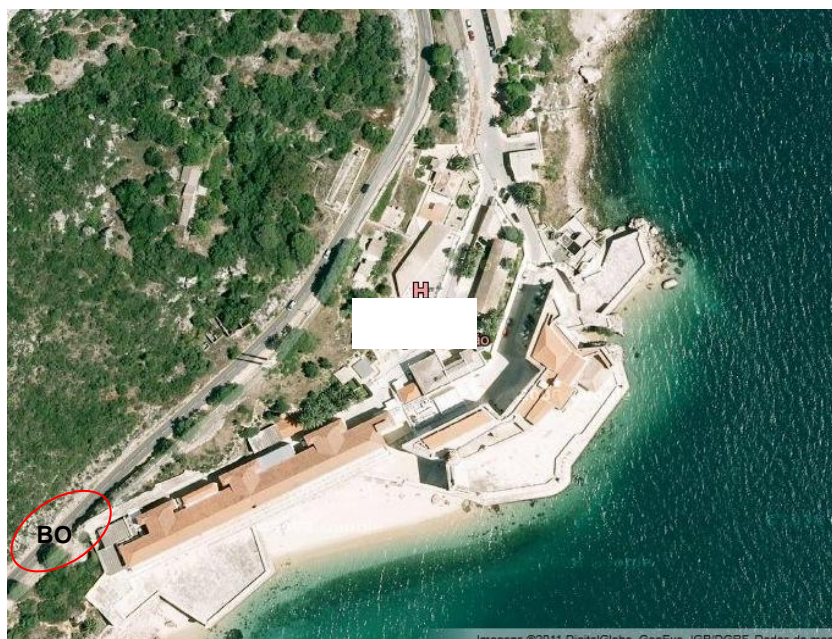


Fig. 1: Vista aérea no Hospital y.

2. CARATERIZAÇÃO DO EXERCÍCIO

LOCAL	BO II – 1º Piso
DATA	22.01.2015
HORA	16 Horas
NOME DO EXERCÍCIO	SI1
TIPO DE EMERGÊNCIA	Incêndio no quadro elétrico do BO II
TIPO DE INTERVENÇÃO	Evacuação do BOII/UCPA II (com figurantes) Tentativa de controlo do incêndio.
OCUPAÇÃO DO EDIFÍCIO	Ocupação normal – Pessoal afeto ao serviço e clientes internados.

2.1. MEIOS INTERVENIENTES

Meios Internos

Os únicos meios internos a mobilizar será a própria equipa multidisciplinar do BOII/UCPA. O simulacro pela sua especificidade, dimensão e por não interferir com o normal funcionamento do serviço e do próprio hospital (uma vez que será realizado fora do horário de funcionamento do serviço) não implica a necessidade de mobilizar meios externos ao serviço do BOII/UCPA.

Meios Externos

Por se tratar de um exercício de simulação e treino, não se contempla a necessidade de mobilizar meios externos.

3. EXECUÇÃO DO EXERCÍCIO

3.1. ENQUADRAMENTO

No BOII (situado no 1º piso) no final do turno da manhã (cerca das 15 horas) apenas se encontra a Sala B a funcionar com uma cirurgia do ombro em um cliente com anestesia geral, quando ocorre um incêndio no quadro elétrico que fica situado no corredor que dá acesso à esterilização e que, também, fica próximo da sala onde está a decorrer a cirurgia.

Face ao sucedido foi acionado o número de emergência (333) e perante o insucesso na extinção do incêndio com os meios disponíveis, o Coordenador de evacuação do serviço toma a decisão de proceder à evacuação total dos clientes e profissionais do BOII/UCPA.

Planta do Serviço

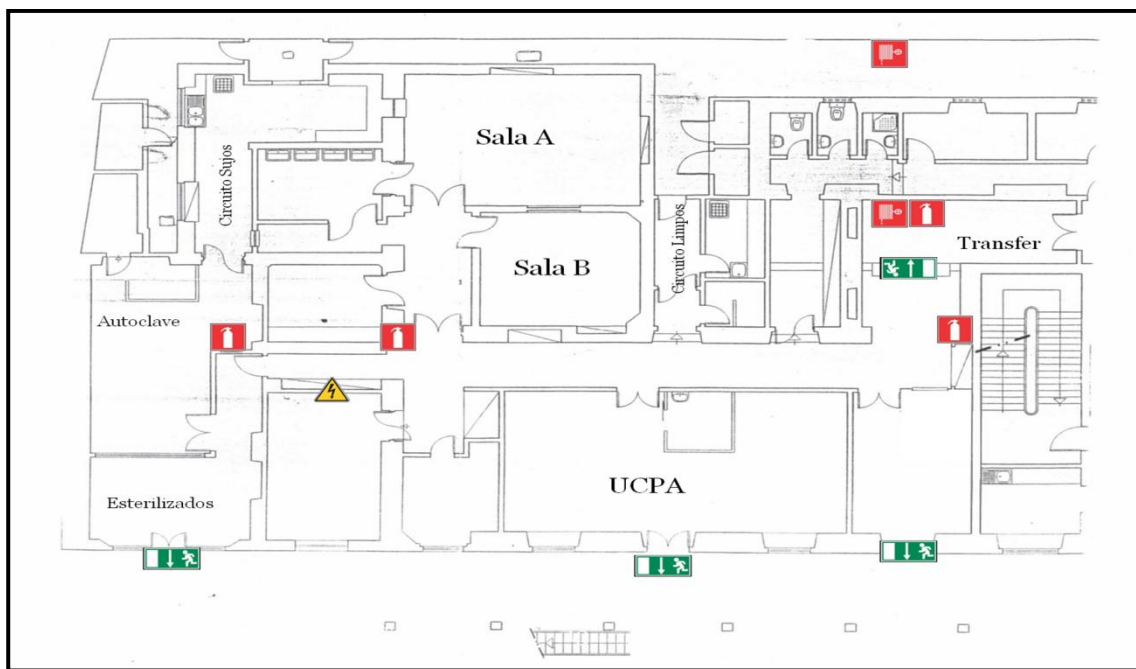


Fig. 2: Planta do BOII/UCPA

3.2. SEQUÊNCIA DE AÇÕES

As horas apresentadas devem ser consideradas apenas como indicativas da duração estimada das etapas do procedimento. O registo da hora em que as ações foram executadas será efetuado pelos observadores.

Hora	Local/ Interveniente	Descrição
15h00m	Enfermeira Coordenadora do Serviço de BOII/UCPA/UCA	Às 15h00m do dia 22.01.2015, surge um incêndio no quadro elétrico localizado no corredor de acesso à esterilização no BOII.
15h...m	Enfermeira Coordenadora do Serviço de	A enfermeira coordenadora dá o alarme através do 333, informando o local e área afetada, e pede ajuda ao elemento (AO) da esterilização.

	BOII/UCPA/UCA	
15h...m	Enfermeira Coordenadora do Serviço de BOII/UCPA/UCA e AO da esterilização.	Tentam combater o incêndio com o extintor portátil da zona e sem correr riscos.
15h...m	Coordenador de Evacuação (Enf. ^a Coordenadora do BOII/UCPA/UCA)	Informa as Equipas de Evacuação A e B do serviço afetado e do serviço de refúgio (UCM). O cliente que está a ser operado será evacuado para a UCA (serviço que neste dia está encerrado). Dá indicação de Evacuação do BOII/UCPA.
15h...m	Equipas de Evacuação A e B	Preparam os clientes internados na UCPA e, mediante avaliação das necessidades que apresentam, para se efetuar a evacuação (monitorização, garrafa de O ₂) As EE-A e EE-B organizam-se e iniciam de imediato a evacuação da UCPA.
15h...m	Equipas de Evacuação A e B afetos à sala cirúrgica	Ficam 4 elementos do BOII responsáveis pelo do cliente: Anestesiologista, 2 Enfermeiros e 1 Assistente Operacional. A Assistente Operacional transporta o trolley e desimpede o caminho; o anestesiologista e a Enfermeira de apoio à anestesia, desconectam os aparelhos elétricos possíveis e o fornecimento de O ₂ e N ₂ O e o Enfermeiro circulante leva o processo do cliente e o carro de emergência para serviço de refúgio - UCA.
15h...m	Equipa de Evacuação A	Os elementos da Equipa de Evacuação A: Colaboram com os elementos da EE-B, na evacuação dos doentes. No final da evacuação um elemento da EE-A efetua uma ronda ao BOII/UCPA, certificando-se que não fica ninguém no local e faz marcação da porta.
15h...m	Equipa de Evacuação B	Os elementos da Equipa de Evacuação B, do BOII iniciam a evacuação dos clientes internados (FIGURANTES):

		<p>Decidem, em função do conhecimento que possuem, da capacidade de locomoção de cada cliente, do seu serviço, quais os clientes que poderão mover-se autonomamente (clientes operados em regime de ambulatório), em cadeira de rodas ou não, e quais os que necessitam de apoio para serem evacuados;</p> <p>Decidem qual a técnica de movimentação adequada para cada um dos clientes limitados nas suas capacidades de mobilidade;</p> <p>Iniciam a Evacuação dos clientes no sentido horizontal (UCM) e no sentido vertical (UCA);</p> <p>Solicitam todo o apoio necessário, ao pessoal de saúde do serviço mais próximo;</p> <p>Um elemento desta Equipa faz o registo dos clientes evacuados (utiliza a folha impressa com o registo de todos os clientes internados).</p>
15h...m	Equipas de Evacuação A e B	Chegada dos clientes aos serviços de refúgio – UCM e UCA.
15h...m	Equipas de Evacuação A e B	Fim da evacuação do BOII/UCPA.
15h...m	Equipas de Evacuação	Um dos elementos da Equipa de Evacuação A ou B informa o Coordenador da evacuação, que a Evacuação do serviço está concluída.
15h...m	Coordenador da Evacuação	Informa o Chefe de Intervenção que a Evacuação do serviço está concluída.

4. ALTERAÇÕES AO FUNCIONAMENTO NORMAL

Tendo em conta o simulacro a realizar, não haverá alteração ao funcionamento normal do serviço a evacuar e dos serviços adjacentes. No entanto, o Enf.º Chefe da UCM será avisado uma vez que pode existir movimentação anormal na área de a cesso ao BOII/UCPA.

5. CONTROLO DO EXERCÍCIO

O controlo da atuação dos diversos intervenientes no exercício será efetuado por observadores (formadoras) que irão efetuar o controlo dos pontos-chave para avaliação dos resultados do exercício. Os Observadores estarão identificados com um cartão a dizer “Observador”. O exercício vai ser cronometrado com o objetivo de reconstruir a “fita do tempo” e conhecer os tempos de resposta dos diversos intervenientes na evacuação do serviço.

Apêndice XIV

(Cartaz Divulgação da Ação de Formação)



IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório II do CHMS.

Serviço: Bloco Operatório II

Data: 22.01.2015

Hora: 17 Horas

Destinatários: Enfermeiros e Assistentes Operacionais

Objetivos:

- Mobilizar conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno, no que respeita à evacuação de clientes, através do simulacro de um caso prático em contexto de Bloco, para capacitação dos profissionais envolvidos.

Formador: Paula Araújo -Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica do Instituto Politécnico Setúbal Escola Superior Saúde

Programa: Apresentação de uma sessão de formação sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório II do CHMS.

Orientadores: Prof.^a Elsa Monteiro e Enf.^a T.A

Apêndice XV

(Avaliação da Formação)

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Apreciação Global da Formação

Ação de Formação:

Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório do CHMS

Nome (s) do (s) Formador (s): Paula Araújo

Serviço: Bloco Operatório II / UCPA II do CHMS

Data: 22/01/2015

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do (s) Formador (es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:

Apêndice XVI

(Relatório Estágio da Comissão Controlo Infeção)



Relatório de Estágio Opcional da Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar da Margem Sul



3º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Professora Orientadora: Elsa Monteiro

Orientadora do Estágio: Enf.ª FB

Elaborado Por: Paula Araújo

Novembro de 2014

ÍNDICE GERAL

0.INTRODUÇÃO	-----3
1.CARACTERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO	-----4
2.DESCRICÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	-----10
3. REFLEXÃO FINAL	-----11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	-----12

O.INTRODUÇÃO

Este relatório enquadra-se no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e surge no âmbito da concretização do Projeto de Aprendizagem Clínica por forma a adquirir e desenvolver a competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da Infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, efetuámos um estágio opcional de observação na Comissão de Controlo de Infecção de um Centro Hospitalar da Margem Sul, que decorreu nos dias 06 e 07 de outubro de 2014, com um total de 16 horas, sob a orientação da Enfermeira FB.

Assim temos como objetivos para a realização deste estágio, descrever de uma forma clara e sucinta a organização e as funções da CCI, adquirir e aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção, bem como descrever e conhecer as funções do enfermeiro da comissão do controlo de infeção. O interesse por nós apresentado na realização deste estágio, surge pela certeza da aquisição de conhecimentos e saberes necessários para a concretização do Projeto de Aprendizagem clínica.

Com este relatório pretendemos relatar o trabalho desenvolvido ao longo deste estágio, este encontra-se dividido em três partes: na primeira parte descrevemos a comissão de controlo de infeção, na segunda parte descrevemos as atividades desenvolvidas e por último uma reflexão final onde pretendemos fazer uma reflexão sobre este mesmo estágio, bem como as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas.

1.CARACTERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO

A Comissão de Controlo de Infeção foi criada por despacho do Conselho de Administração do Centro Hospital da Margem Sul, a 21.01.1997 de acordo com o estabelecido no artigo 1.º do Despacho do Diretor-Geral da Saúde, de 23.08.96, publicado no Diário da República n.º 246, de 23.10.96, II Série.

Em 4 de Julho de 2007 por Despacho Ministerial nº 14178/2007, publicado no Diário da República n.º 127, II Série, foi aprovado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), tendo sido determinada a criação de Comissões de Controlo de Infeção em todas as Unidades de Saúde. Posteriormente, por Despacho do Diretor-Geral da Saúde, nº 18052/2007, publicado no Diário da República n.º 156, II Série de 14.08.2007, foi decidida a constituição e atribuições das Comissões de Controlo de Infeção. (Regulamento da CCI,2011)

Objetivos da CCI:

Prevenir e implementar as ações necessárias para identificar e reduzir o risco de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes, diminuindo as taxas de infeção hospitalar ou mantendo-as a um nível aceitável. (Regulamento da CCI,2011)

A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde incluindo, não só, os que prestam cuidados diretos ao doente, mas também os que exercem atividades de gestão, aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos e na área das instalações. As ações de prevenção e controlo da infeção deverão fazer parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente. (Regulamento da CCI,2011)

Estrutura Organizacional:

O Centro Hospitalar dispõe de uma Comissão de Controlo da Infeção multidisciplinar, constituída por médicos dos dois hospitais e um enfermeiro, de acordo com o legalmente estabelecido. A Comissão do Controlo de Infeção possui um Núcleo Executivo, cujos membros são responsáveis pela elaboração, coordenação e organização do Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção, um Núcleo de Apoio Técnico e Consultivo, cujos membros prestam apoio ao Núcleo Executivo na aplicação dos programas e atividades desenvolvidas e um Núcleo de Membros Dinamizadores ou Elos de Ligação aos Serviços, que coadjuvam as ações da CCI nos próprios Serviços. Dispõe, ainda, de apoio administrativo e logístico, necessários à sua atividade. O Coordenador da CCI ou um dos seus membros, fornecem aconselhamento na área de controlo infeccioso. (Política Controlo da Infeção,2011)

A Política de Controlo da Infeção do Centro Hospitalar desenvolve-se em 4 vertentes principais:

- Vigilância Epidemiológica (VE);

- Recomendações de Boas Práticas;
- Avaliação das Práticas de Controlo da Infeção;
- Formação e Informação. (Política do Controlo de Infeção,2011)

FUNÇÕES ESPECIFICAS DOS MEMBROS DA CCI

Do Núcleo Executivo:

- Elaborar, apresentar e discutir com o Órgão de Gestão da Unidade de Saúde, o Plano de Ação e o Relatório de Atividades para cada ano civil;
- Implementar e monitorizar um sistema interno de Vigilância Epidemiológica, de forma a dar resposta à Rede Nacional de Registo das IACS, às necessidades expressas pelos profissionais da Unidade de Saúde e aos problemas específicos que vão sendo detetados no Centro Hospitalar;
- Colaborar com as Unidades de Saúde, da respetiva área de referência, nos programas e metodologias de Vigilância Epidemiológica das IACS, sobretudo as infeções detetadas após alta dos doentes;
- Implementar um sistema de auditorias internas às práticas e estruturas mais relevantes para a prevenção e controlo da IACS;
- Fornecer aos Serviços/Departamentos, informação de retorno em tempo útil, em articulação com o Laboratório de Microbiologia, referente a:

Resultados dos programas de VE implementados;

- Microrganismos multirresistentes, propondo recomendações para evitar/ controlar a transmissão cruzada da infeção e os surtos;
- Atividades desenvolvidas pela CCI e respetiva monitorização;
- Articular com os vários Serviços/Departamentos para definir as atividades a planear e a desenvolver em cada ano civil, promovendo reuniões para discussão e avaliação das atividades em curso;
- Elaborar e divulgar as recomendações de boas práticas contidas no Manual de Boas Práticas em Controlo da Infeção. Estabelecer uma periodicidade de revisão trienal e sempre que surjam níveis de evidência que o justifiquem;
- Monitorizar o cumprimento das recomendações de boa prática;
- Planear, implementar e monitorizar o plano anual de formação na área da prevenção e controlo da IACS, dirigido a todos os grupos profissionais em estreita articulação com Serviço de Gestão da Formação do Centro Hospitalar; O plano de formação deve contemplar também a informação dirigida aos utentes, doentes, visitantes/acompanhantes, voluntários e fornecedores;
- Colaborar na definição e implementação das políticas de utilização de antibióticos, anti-sépticos e desinfetantes;
- Dar parecer sobre os critérios de prevenção e controlo da infeção, e especificações técnicas para a aquisição de novos materiais, dispositivos médicos e equipamentos;

- Dar parecer sobre os critérios de prevenção e controlo da infeção e especificações técnicas, a incluir nos cadernos de encargos para a compra de serviços (“ outsourcing”), nomeadamente nas áreas hoteleiras;
- Dar parecer sobre projetos de execução de obras de renovação ou de construção inicial (barreira sanitária, espaços físicos e espaços entre camas, circuitos, áreas de sujos e de limpos, colocação de lavatórios e suportes de soluções alcoólicas e sabão para a higiene das mãos, entre outros);
- Colaborar com o Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, na aplicação das normas legais sobre as condições de higiene e segurança no trabalho, relativas ao risco biológico;
- Definir os diversos circuitos de modo a assegurar o nível de higienização adequada do ambiente e dos dispositivos médicos, artigos e equipamentos;
- Comunicar e colaborar com outras Comissões da Unidade de Saúde com relevância para a prevenção e controlo de infeção, como: Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Antibióticos, Comissão de Gestão de Risco, entre outras;
- Colaborar com as CCI de outras Unidades de Saúde/outras Instituições na implementação de atividades, pareceres técnicos ou pedidos de colaboração aos diversos níveis de intervenção das CCI. (Regulamento da CCI,2011)

Do Coordenador:

- Coordenar o planeamento, implementação e avaliação das atividades;
- Propor a realização de eventos ou atividades a implementar;
- Representar a CCI em eventos nacionais ou internacionais;
- Coordenar a elaboração das recomendações;
- Convocar as reuniões e presidir às mesmas;
- Apresentar os Planos de Ação e Relatórios de Atividades ao Órgão de Gestão;
- Despachar e subscrever documentos. (Regulamento da CCI,2011)

Do Enfermeiro da CCI:

- Assegurar a gestão diária das atividades inerentes à implementação de todas as ações a desenvolver pela CCI em estreita articulação com o Coordenador da CCI e com o Órgão de Gestão;
- Colaborar na elaboração dos Planos de Ação e dos Relatórios de Atividades em estreita articulação com o Coordenador da CCI;
- Identificar, planear e implementar ações de sensibilização e motivação dos pares e de outros grupos profissionais para as boas práticas;
- Colaborar no planeamento e implementação de eventos científicos e ou de investigação a nível nacional e internacional;

- Gerir os processos de recolha e divulgação da bibliografia atualizada. (Regulamento da CCI,2011)

Área da Vigilância Epidemiológica:

- Colaborar no planeamento e implementação dos programas de Vigilância Epidemiológica propostos pela Direcção-Geral da Saúde e outras ações de Vigilância Epidemiológica considerados necessários na unidade de saúde;
- Detetar casos de infeção em articulação com o Serviço de Patologia Clínica, com os Serviços Farmacêuticos e com os interlocutores ou membros dinamizadores em cada área funcional;
- Colaborar na investigação e controlo de surtos em articulação com os restantes membros da CCI;
- Identificar necessidades de intervenção na área da Vigilância Epidemiológica e apresentar propostas para a sua implementação;
- Propor reuniões e outras medidas complementares e/ou de carácter urgente, em situações específicas (ex. situação de surto, outras), aquando da ausência do coordenador ou seu representante;
- Proceder à análise dos dados dos estudos de Vigilância Epidemiológica e outros e elaborar os relatórios dos mesmos em estreita articulação com o Coordenador da CCI, Microbiologista, Epidemiologista ou outros profissionais de apoio à CCI;
- Propor a utilização dos resultados dos estudos de Vigilância Epidemiológica na melhoria dos cuidados. (Regulamento da CCI,2011)

Área das Normas de Boas Práticas:

- Participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos relacionados com a área de controlo da infeção e orientar e supervisionar a sua divulgação;
- Planear e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas/recomendações;
- Estar atenta às datas previstas para a revisão das normas e participar na mesma revisão. (Regulamento da CCI,2011)

Área da Formação:

- Identificar anualmente as necessidades na área da formação multidisciplinar na área da prevenção e controlo da infeção;
- Planear e desenvolver ações de formação que abranjam todos os grupos profissionais, com especial atenção para os recém-formados e em fase de integração;
- Participar nas ações de formação ou cursos como formador, em coordenação estreita com o Centro/Núcleo de Formação da Instituição;
- Colaborar na seleção dos formadores;

- Colaborar com o Coordenador na definição dos conteúdos temáticos que entender adequados de acordo com as áreas a abordar e os grupos profissionais envolvidos;
- Manter-se atento às necessidades de formação, nomeadamente, a formação dos profissionais em fase de integração e/ou recém-formados;
- Avaliar o impacto das ações de formação, em colaboração com o Coordenador do Centro/ Núcleo de Formação da Instituição;
- Colaborar com o Órgão de Gestão e com o Núcleo de Formação na elaboração de protocolos com os estabelecimentos de ensino relativamente à formação básica e pós básica de profissionais de saúde, de forma a assegurar que todos os alunos a integrarem a instituição em estágios e visitas de estudo possuam noções básicas de controlo de infeção;
- Assessorar o Enfermeiro Director, Enfermeiros Supervisores e/ou Enfermeiros Coordenadores de Departamento nas atividades de gestão da Unidade de Saúde no que concerne à área da prevenção e do controlo da infeção, nomeadamente através das seguintes ações:
 - Colaborar na integração de práticas de controlo de infeção nos padrões de cuidados de enfermagem;
 - Colaborar na orientação dos Enfermeiros Chefes na definição de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem, visando o risco biológico;
 - Colaborar na avaliação de desempenho dos Enfermeiros sempre que solicitado e no que concerne à prevenção e ao controlo da infeção;
 - Colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na unidade de saúde, tendo por base os indicadores de resultado da gestão em controlo de infeção;
 - Divulgar resultados dos estudos e programas de Vigilância Epidemiológica nas reuniões da Comissão de Enfermagem e apresentar sugestões para assegurar a melhoria contínua na gestão dos cuidados, no que concerne à prevenção e ao controlo da Infeção;
 - Propor a utilização dos resultados dos estudos de Vigilância Epidemiológica na melhoria da gestão dos cuidados de Enfermagem;
 - Colaborar na elaboração de protocolos com os estabelecimentos de ensino relativamente à formação básica e pós básica de enfermeiros, de forma a assegurar que todos os alunos a integrarem a instituição em estágios e visitas de estudo possuam noções básicas de controlo de infeção. (Regulamento da CCI,2011)

Área das Auditorias:

- Elabora anualmente o plano de auditorias em articulação com o Coordenador da CCI;
- Desenvolve ações para a implementação e cumprimento do plano de auditorias estabelecido;

- Executa auditorias;
- labora o relatório final e faz a divulgação dos resultados em articulação com o coordenador da CCI;
- Avalia as medidas corretivas implementadas

Dos Membros do Núcleo de Apoio Técnico e Consultivo:

- Apoiar o núcleo executivo e grupos de membros dinamizadores, na aplicação dos programas e atividades propostas a nível interno e a nível nacional;
- Participar nas atividades desenvolvidas pela CCI, de acordo com as solicitações, respetivas áreas de intervenção e de especialização e áreas funcionais;
- Colaborar com a CCI na elaboração de pareceres técnicos, ações de formação, eventos;
- Colaborar na investigação e controlo de surtos em articulação com os restantes membros da CCI;
- Assegurar o acompanhamento necessário para pôr em execução os programas considerados necessários e dar continuidade aos programas já implementados;
- Identificar áreas de intervenção e sugerir ações que considerem pertinentes e oportunas, incluindo a formação;
- Propor ao núcleo executivo da CCI, a realização de estudos ou eventos científicos;
- Participar em reuniões sempre que solicitados;
- Colaborar na elaboração de planos de ação, relatórios de atividades e planos de contingência. (Regulamento da CCI,2011)

Do Núcleo de Membros Dinamizadores:

- Sensibilizar os pares para as questões de prevenção e controlo da infeção;
- Participar na elaboração de normas para o respetivo Serviço ou Unidade, com base nas recomendações da CCI, pôr em prática e acompanhar o cumprimento das mesmas;
- Identificar problemas de estrutura, de processo e/ou de resultados, e informar a CCI em caso de suspeita de surto epidémico ou de outras situações de risco em controlo da infeção;
- Propor à CCI a realização de estudos no seu Serviço ou Unidade, ou a adoção de medidas que consideradas necessárias para a prevenção e controlo da infeção;
- Colaborar na recolha de dados para os estudos de Vigilância Epidemiológica e nas auditorias às práticas nos respetivos serviços;
- Assegurar que os cuidados prestados a cada doente são apropriados, relativamente à prevenção e controlo de infeção;
- Participar e dinamizar as ações de formação promovidas no serviço na área da prevenção e controlo da infeção e colaborar com a CCI na identificação de necessidades de formação nos seus serviços.

2. DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

No decorrer do estágio na Comissão de Controlo de Infeção, procurámos desenvolver atividades úteis ao desenvolvimento do Projeto de Aprendizagem Clínica.

Dado o pouco tempo para a realização deste estágio, procurámos junto da CCI desenvolver as atividades mais pertinentes, tendo em conta os objetivos delineados inicialmente.

No início do estágio foi-nos explicado pela enfermeira FB a organização e dinâmica da CCI e as várias funções dos núcleos que a constituem. Foi-nos também possível realizar pesquisa bibliográfica e ter acesso a normas, procedimentos, políticas e legislação que seram essenciais para a elaboração do poster sobre o modelo dos “Cincos Momentos” para a higienização das mãos, que é um dos objetivos delineados no Projeto de Aprendizagem Clínica.

Foi também possível em colaboração com a Enfermeira FB participar-mos como observadoras em auditorias dos resíduos nos diversos serviços de internamento do hospital.

Neste estágio, notou-se grande disponibilidade da enfermeira FB para o ensino e partilha de saberes, havendo partilha de ideias acerca da construção do poster sobre o modelo dos “Cincos Momentos” para a higienização das mãos.

Assim as atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros representantes do serviço na Comissão do controlo da Infeção do Centro Hospitalar da Margem Sul são:

- Representar o Serviço na articulação com a CCI e desenvolver no serviço atividades na área da infeção hospitalar, contribuindo para a normalização de procedimentos;
- Identificar no serviço problemas relacionados com infeção hospitalar e desenvolver, com o Enfermeira Responsável e a CCI, estratégias de resolução;
- Articular com o Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço, as necessidades de formação que identificou;
- Desenvolver no serviço trabalho, em articulação com a CCI, de acordo com as políticas, normas e procedimentos emanados por esta;
- Dinamizar a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, no sentido de serem criados hábitos de boas práticas, na área de controlo de infeção;
- Avaliar com os respetivos intervenientes o trabalho realizado. (Descrição Funções do Enfermeiro da CCI,2011)

3. REFLEXÃO FINAL

A Comissão Controlo de Infeção do Centro Hospitalar da Margem Sul rege-se pelo preconizado na Legislação Portuguesa para as Comissões de Controlo de Infeção e segue as políticas de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar principalmente no que concerne às vertentes das Recomendações de Boas Práticas; Formação e Informação; Avaliação das Práticas de Controlo da Infeção e Vigilância Epidemiológica. Pelo que consideramos que todas as atividades que desenvolvemos com a realização deste estágio foram importantes para a consolidação de conhecimentos e saberes, que na nossa perspetiva, irão contribuir para uma prática diária mais refletida e traduzida nas boas práticas, e em cuidados mais seguros e de qualidade, que irão constituir mais uma ferramenta importante no caminho definido para o projeto de aprendizagem clínica.

Realçamos neste relatório, a nossa participação como observadoras nas auditorias dos resíduos, que nos permitiu, apercebermo-nos de uma das várias funções que a enfermeira da CCI tem, a formação. A formação realizada durante a auditoria foi uma formação informal aos profissionais dos serviços, pois no caso em que se verificaram irregularidades na triagem de resíduos, os enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos eram aconselhados de forma informal, acerca da forma correta de os triarem. Pareceu-nos ser muito positiva a formação informal em contexto de trabalho, e que poderá trazer desta forma, muitos contributos para as boas práticas nos cuidados de saúde.

Esta aprendizagem de conhecimentos e partilha de experiências permitiu-nos desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, a competência K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Consideramos ter atingido os objetivos propostos inicialmente para a concretização deste relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHMS, EPE (2011). Descrição Funções do Enfermeiro da CCI.

CHMS, EPE (2011). Política da Comissão de Controlo da Infeção.

CHMS, EPE (2011). Regulamento da Comissão de Controlo da Infeção.

Apêndice XVII

(Poster “Mãos: Cuidar em Segurança”)

Introdução: A infeção hospitalar é uma complicação real, sendo os profissionais de saúde os principais transmissores de microrganismos responsáveis pelas infeções adquiridas em meio hospitalar (DGS, 2010). Neste sentido a Direção Geral de Saúde (DGS, 2010) determina, baseando-se nas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), a implementação do modelo conceptual dos “cinco momentos” para a higienização das mãos.

Objetivo: Melhorar a prática de higienização das mãos da equipa da UCPA do HOSO.

Metodologia: Observou-se a prática diária dos prestadores de cuidados ao cliente internado na UCPA, tendo-se aplicado uma grelha de observação da prática da higiene das mãos a enfermeiros e assistentes operacionais que prestam cuidados ao cliente internado da UCPA. Foram realizadas 4 sessões de observação e os dados obtidos estão representados na tabela comparativamente a dados institucionais de 2013 fornecidos pela Comissão Controlo de Infeção.

Resultados relacionados com a adesão por momento	UCPA Maio 2014	CHS 2013
Antes do contacto com o doente	20%	48,3%
Antes de procedimentos limpos/asséticos	66,7%	56,5%
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	88,2%	68,1%
Após contacto com o doente	66,7%	65,2%
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	41,9%	59,7%

Resultados/ Discussão: A leitura realizada dos dados recolhidos das observações realizadas na UCPA do CHS, comparativamente aos dados institucionais permitem concluir que não existem grandes discrepâncias, exceto antes do contacto com o doente cuja adesão é 28,3% inferior e após o contacto com o doente cuja adesão é 17,8% inferior em relação à adesão no CHS; estes dados permitem comprovar que ainda muito se pode melhorar para atingir a excelência dos cuidados.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Conclusão: Consideramos de extrema importância apostar na formação/educação, e envolvimento de todos os órgãos de gestão institucionais de modo a contribuir para a adoção de comportamentos por parte da equipa de saúde que garantam a segurança e a qualidade dos cuidados.

Apêndice XVIII

(Planeamento do PAC/Cronograma Final)

Planeamento do Projeto Aprendizagem Clínica

Estudante: Paula Fernanda de Sá Pinto e Araújo	Orientador: Prof. Elsa Monteiro e Enf ^o .TA
Instituição: CHMS, E. P.E-Hospital Y	Serviço: BO II
<p>Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) " a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, exigem observação, colheita e deteção precoce de complicações com vista à recuperação total da pessoa doente " (p.2).</p> <p>As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica de acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, de 2011,são designadamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;• K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção;• K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de Infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. <p>A área da especialização em Enfermagem em pessoa em situação crónica e Paliativa de acordo com a OE (2011, p.1) " toma por alvo de intervenção a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo da vida (...),bem como aos cuidadores, à sua família (...), preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa multidisciplinar."</p> <p>As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e Paliativa de acordo com a Lei nº 111/2009, de 16 de setembro que, são designadamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• L5 –"Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida".• L6 -"Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte".	
<u>OBJETIVO GERAL</u>	
<p>Adquirir e desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica:</p> <ul style="list-style-type: none">• K 2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da concepção à acção;• K 3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da Infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. <p>Adquirir e desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa:</p> <ul style="list-style-type: none">• L5 –"Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu	

bem estar, conforto e qualidade de vida”.

- L6 -“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte”.

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção

Para a execução do projeto será necessário articular com:

- Prof.ª Elsa Monteiro, como docente
- Sra. Enfermeira Coordenadora do serviço do Bloco operatório II/Unidade Cuidados Pós Anestésicos II do CHMS – Enf.ª TA
- Sra. Enfermeira Orientadora do estágio – Enf.ª TA
- Equipa de Enfermagem do BO II /Unidade Cuidados Pós Anestésicos II do CHMS
- Sra. Enfermeira Responsável pela Comissão Gestão de Risco – Enf.ª SP

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Unidades Competência	Indicadores de Avaliação
<p>Realizar uma ação de formação no serviço sobre a Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório II do CHMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de estágio no BO II /UCPA II do CHMS; • Pesquisa bibliográfica sobre evacuação de clientes e Planos emergência interna; • Realização de um estágio de observação de 16H na Comissão de Gestão de Risco do CHMS nos dias 29.09. e 30.09.2014; • Elaboração dos slides; • Discussão dos slides a apresentar na formação em serviço à Prof. Orientadora, Enf.ª Coordenadora e Orientadora no recolher sugestões; • Procede às alterações, caso necessário; • Elaboração do plano do exercício no Bloco Operatório II – CHMS, cenário de incêndio; • Planificação da sessão de formação; • Divulgação da ação formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros; • Apresentação da ação de formação no serviço sobre a 	<ul style="list-style-type: none"> • K.2.1-Concebe, em articulação com o nível estratégico, planos de catástrofe ou emergência. • K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe. • K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou catástrofe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de Estágio. • Manual de Integração de novos enfermeiros onde se inclui um procedimento de integração Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS, com um capítulo sobre gestão risco e plano de emergência interna. • Apresentação da avaliação do estágio realizado na Comissão Gestão de Risco. • Avaliação da ação formação.

<p>Elaborar um póster sobre o modelo dos “Cinco Momentos” para a higienização das mãos intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança.</p>	<p>Síntese dos aspetos teórico-práticos sobre evacuação de clientes, com simulacro no contexto de Bloco Operatório do CHMS;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da ação formação. <ul style="list-style-type: none"> • Realização de estágio no BO II /UCPA II do CHMS; • Realização de um estágio de observação de 16H na Comissão de Controlo de Infeção do CHMS na semana de 22.09. a 26.09.2014; • Pesquisa bibliográfica sobre o modelo dos “Cinco Momentos” para a higienização das mãos; • Elaboração de póster sobre o modelo dos “Cinco Momentos” para a higienização das mãos intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança para afixação no serviço; • Apresentação do Poster sobre o modelo dos “Cinco Momentos” para a higienização das mãos à Prof. Orientadora, Enf.ª Coordenadora, Orientadora no serviço e à Enf.ª representante da CCI a fim de recolher sugestões; • Procede às alterações, caso necessário; • Impressão do póster; • Divulgação e afixação no serviço do póster. 	<ul style="list-style-type: none"> • K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo da Infeção para às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. • K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de Infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de Estágio. • Apresentação da avaliação estágio realizado na Comissão de Controlo de Infeção. • Apresentação do Poster, Mãos: Cuidar em Segurança. • Manual de Integração de novos enfermeiros onde se inclui um procedimento de integração Novos Enfermeiros no Serviço de Bloco Operatório II do CHMS, com um capítulo sobre CCI.
<p>Adquirir conhecimentos tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica; • Realização de estágio no BO II /UCPA II do CHMS; • Participação num curso de formação sobre Dignidade em Fim Vida no dia 9 de outubro de 2014 no CHMS; • Participação num Curso de Formação Profissional sobre Cuidados Paliativos nos dias 9, e 12 de dezembro de 2014 no CHBM; 	<ul style="list-style-type: none"> • L5.1 –“Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares.” • L.5.2. - “Identificar as necessidades e promover intervenções junto das pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares”. • L5.3 –“Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica incapacitante e terminal, para otimizar resultados na satisfação das 	

modelo dos "Cinco Momentos" para a higienização das mãos intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança para afixação no serviço											
Apresentação do Poster intitulado, Mãos: Cuidar em Segurança à Prof. Orientadora, Enf.ª Coordenadora, Orientadora no serviço e à Enf.ª representante da CCI a fim de recolher sugestões											
Procede às alterações, caso necessário											
Divulgação e afixação no serviço do pôster											
Participação num curso de formação sobre Dignidade em Fim Vida no CHMS											
Participação num Curso de Formação Profissional sobre Cuidados Paliativos											
Realização de estágio no BO e UCPA do CHMS	BO	BO	BO	BO	BO	UCPA e BO	UCPA e BO	UCPA e BO	UCPA e BO	UCPA e BO	UCPA e BO


Orçamento: O orçamento estimado para a realização deste projeto é de aproximadamente 20€ e inclui:
-Papel;


- Tinteiros para a impressora.

Recursos Humanos: Não se prevêem custos adicionais para a instituição com a implementação deste projeto.

Recursos Materiais: Material didático em suporte papel para ser distribuído aos enfermeiros em processo de integração no serviço.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Constrangimento:  Dificuldade em realizar as atividades definidas em tempo útil.

Forma de os Ultrapassar:  Gestão rigorosa do tempo.

Data: 28/05/2015

Assinatura: Paula Araújo

Docente: Elsa Monteiro
