



MARISA CARINA  
PISCALHO DE  
PAULA

**O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO  
DO ENFERMEIRO CIRCULANTE  
EM CONTEXTO  
PERIOPERATÓRIO**

Relatório de Projeto/Estágio do Mestrado em  
Enfermagem Perioperatória

**ORIENTADOR**

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

28 de maio de 2019

MARISA CARINA  
PISCALHO DE  
PAULA

**O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO  
DO ENFERMEIRO CIRCULANTE  
EM CONTEXTO  
PERIOPERATÓRIO**

**JÚRI**

*Presidente:* Professora Doutora Fernanda Gomes da Costa, ESS-IPS

*Orientador:* Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, ESS-IPS

*Vogal:* Mestre Hugo Alves Franco, ESS-IPS

28 de maio de 2019



*"O entusiasmo é a maior força da alma.  
Conserva-o e nunca te faltará poder para  
consequires o que desejas."*

**Napoleão Bonaparte**



## **AGRADECIMENTOS**

Não sendo, garantidamente suficiente, hoje eu só quero agradecer...

**Aos meus filhos**, que apesar de não saberem, a maior força para atingir objetivos inatingíveis vem deles.

**Aos meus pais**, pelos valores, pelo exemplo de coragem, união, humildade, sensatez, força, incentivo e... acima de tudo... amor.

**À minha irmã e sobrinhos**, porque nunca desistem, mesmo perante as piores adversidades a que temos sido sujeitos.

**À Sofia e à Sara**, que tornaram os percursos numa alegria e num motivo para continuar.

**À Inês, à Ângela, à Cláudia, à Patrícia, à Raquel, ao Bernardo, ao Marco, ao David, à Helena, à Marlene, à Sandra, e à Cristina**, pelo companheirismo, força, amizade e motivação.

**Aos que estiveram sempre presentes**, por acreditarem e por todas as vezes que me questionaram... "e a tese?"... não me deixando nunca desistir!

**À colega Paula Matos**, pela disponibilidade, interesse e orientação.

**Em especial, à professora Ana Lúcia Ramos**, por todos os mails, reuniões, paciência, disponibilidade, cuidado, orientação e por toda a preocupação.

**A toda a equipa docente**, por tudo o que me ajudaram a desenvolver e alcançar....



## RESUMO

O presente relatório emerge no decorrer do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, da escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, realizado com o objetivo da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória. Surge simultaneamente, enquanto documento elucidativo do processo desenvolvido na aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem Perioperatória, realizado durante o estágio em ensino clínico, no Bloco Operatório de um Hospital Central de Lisboa e Vale do Tejo.

No sentido de alicerçar todo o processo, e nortear toda a nossa prática profissional, foi utilizado como referencial teórico a teoria do cuidado de Jean Watson, que assume o enfoque da enfermagem no cuidado essencial. Cuidado este que aflora da perspetiva humanística e holística fundamentada em conhecimentos científicos.

A elaboração deste relatório destina-se ainda a ilustrar o trabalho desenvolvido em estágio, fundamentado pela metodologia de projeto, que tem como foco basilar a identificação de um problema atual. A área que objetivou todo o nosso cuidado prendeu-se com a integração de enfermeiros em contexto perioperatório, mais especificamente na função de enfermeiro circulante, uma vez que, este assume a gestão e a organização da sala operatória durante um procedimento cirúrgico.

De acordo com a revisão integrativa da literatura realizada e percorrida a metodologia de projeto, os resultados encontrados são concordantes. Na função de enfermeiro circulante, deve estar um enfermeiro experiente, com competências científicas e técnicas atualizadas, entre as quais são-lhe reconhecidas a liderança, a consciencialização da situação, a capacidade de gestão de procedimentos, o trabalho em equipa e a comunicação. Este facto levou-nos à conceção de um Guião de Integração na Função de Enfermeiro Circulante, no sentido de facilitar o processo de integração e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Integração de Enfermeiros; Competências do Enfermeiro Circulante; Metodologia de Projeto.



## **ABSTRACT**

This report emerges during the 2nd Masters Course in Perioperative Nursing, from the Higher School of Health of the Polytechnic Institute of Setúbal, conducted with the objective of obtaining a of Master´s degree in Perioperative Nursing. It simultaneously emerges as an elucidative document of the process developed in the acquisition and development of skills in Perioperative Nursing, carried out during the clinical teaching stage, in the Operative Room of a Central Hospital in Lisbon and Vale do Tejo.

In order to base the whole process, and guide our entire professional practice, the theory of Jean Watson care, which takes the focus of nursing in essential care, was used as a theoretical reference. Beware of the emergence of the humanistic and holistic perspective based on scientific knowledge.

The elaboration of this report is also intended to illustrate the work developed in stages, based on the project methodology, whose main focus is the identification of a current problem. The area that focused on our care was related to the integration of nurses in perioperative context, more specifically in the role of circulating nurse, since this one assumes the management and the organization of the operating room during a surgical procedure.

According to the integrative review of the literature carried out and covered the project methodology, the results found are concordant. In the role of circulating nurse, there must be an experienced nurse with up-to-date scientific and technical skills, among whom are recognized leadership, awareness of the situation, ability to manage procedures, teamwork and communication. This fact led us to the design of an Integration Guide in the Function of Circulating Nurse, in order to facilitate the integration process and, consequently, to improve the quality of nursing care.

Keywords: Perioperative Nursing; Integration of Nurses; Nurse's Skills; Project methodology.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

MeSH – Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

SWOT - *Strenghts, Weaknesses, Oportunities, Threats*

Art.º - Artigo

Enf.ª - Enfermeira

H – Hora

Nº - Número

p. - Página

Sra. – Senhora



## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Níveis de desenvolvimento segundo o Modelo de Dreyfus na Aquisição de Competências .....	69
---	----

## **INDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Hierarquia das necessidades humanas segundo Jean Watson .....	40
--	----



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1. CUIDAR EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA .....</b>	<b>24</b>
1.1 DA ENFERMAGEM À ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA .....	24
1.2 TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON E OS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS.....	31
1.3 PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO .....	43
1.3.1 PARTICULARIDADES DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO.....	50
1.3.1.1 O enfermeiro circulante.....	61
<b>2. METODOLOGIA DE PROJETO .....</b>	<b>74</b>
2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	76
2.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	81
2.3 PLANEAMENTO.....	83
2.4 EXECUÇÃO .....	84
2.5 AVALIAÇÃO .....	93
<b>3. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....</b>	<b>96</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>112</b>
<b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>123</b>
ANEXO 1 - Planta do bloco operatório .....	124
ANEXO 2 - Programa de Practical Course II – Laparoscopic Surgery Training Course for operating room nurses.....	126
ANEXO 3 - Programa de 2º Curso Teórico-Prático de Laparoscopia Ginecológica.....	132

<i>ANEXO 4 - Certificados de Participação em Eventos Científicos .....</i>	<i>135</i>
<b><i>APÊNDICES .....</i></b>	<b><i>143</i></b>
<i>APÊNDICE I - Ficha de Diagnóstico de Situação.....</i>	<i>144</i>
<i>APÊNDICE II - Análise SWOT.....</i>	<i>147</i>
<i>APÊNDICE III - Ficha de Planeamento do Projeto.....</i>	<i>149</i>
<i>APÊNDICE IV - Caracterização do Bloco Operatório onde decorreu o estágio.....</i>	<i>155</i>
<i>APÊNDICE V - Caracterização da Equipa de Enfermagem Perioperatória.....</i>	<i>161</i>
<i>APÊNDICE VI – Artigo Científico “ Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – Especificidades do Enfermeiro Circulante” .....</i>	<i>166</i>
<i>APÊNDICE VII - Questionário para Recolha de Informação.....</i>	<i>168</i>
<i>APÊNDICE VIII - Pedido de autorização para aplicação do questionário.....</i>	<i>173</i>
<i>APÊNDICE IX - Guião de Integração na função de Enfermeiro Circulante.....</i>	<i>175</i>
<i>APÊNDICE X - Trabalho Apresentado no II Congresso de Enfermagem Perioperatória .....</i>	<i>209</i>



## **INTRODUÇÃO**

O presente Relatório de Estágio enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio, inserida no II Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, lecionado na Escola Superior de Saúde de Setúbal, do Instituto Politécnico de Setúbal, enquanto instrumento de avaliação para obtenção do grau de mestre, inserido no ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

A operacionalização do projeto/estágio, decorreu ao longo do 2º e 3º Semestres, num total de 945h, das quais 360h correspondem a horas de contacto em contexto clínico.

A realização do estágio em contexto perioperatório, presenteou aprendizagens impulsionadoras do desenvolvimento de competências, em que, a tomada de decisão para os cuidados prestados resulta de um juízo clínico efetivo, assente em conhecimentos teórico-práticos. Este facto torna os contextos de estágio locais privilegiados para uma aprendizagem a partir da experiência e para o desenvolvimento de competências a nível técnico, cognitivo e relacional (Carvalho, 2009).

O enfermeiro perioperatório tem funções distintas e competências muito específicas, as quais são necessárias desenvolver e aprofundar, após o Curso de Licenciatura.

É necessário um investimento pessoal e profissional muito grande ao integrar um Bloco Operatório. É carecido, todo um processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências alicerçadas no saber, saber estar, saber ser e no saber fazer. Aprendizagem esta, que por vezes, ao contrário do que seria espetável e correto, é transmitida apenas pela experiência dos enfermeiros peritos do serviço, para os novos elementos.

O presente relatório tem como objetivo geral:

- Integrar a aquisição e o desenvolvimento de competências adquiridas ao longo do percurso formativo, teórico e prático, impulsionadoras de aprendizagens ao longo da vida profissional e pessoal.

Definem-se como objetivos específicos para a concretização final do objetivo supracitado:

- ✓ Analisar de forma reflexiva o desenvolvimento das competências, em contexto clínico, na área da enfermagem perioperatória;
- ✓ Descrever as etapas percorridas do projeto, realizado em contexto de estágio, relativo à Integração de Enfermeiros na Função de Circulante;
- ✓ Refletir criticamente acerca do desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem perioperatória.

Integrado nos objetivos propostos para o estágio, e como forma de investimento pessoal e profissional, surge a possibilidade de desenvolver um projeto, tendo por base a metodologia de trabalho de projeto.

*"A Metodologia de Projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência"* (Ferrito citada em Nunes et al, 2010, p. 2).

O projeto decorreu num Bloco Operatório Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo, orientado cientificamente por um docente da Escola Superior de Saúde de Setúbal e em colaboração com um enfermeiro do contexto clínico, contando com o apoio e cooperação de toda a equipa de enfermagem do referido serviço, uma vez que, trabalho de projeto *"é um método de trabalho que requer a participação de cada membro de um grupo, segundo as suas capacidades, com o objetivo de realizar um trabalho conjunto, decidido, planificado e organizado de comum acordo"* (Thinès, 1984, citado por Castro e Ricardo, 1993, p. 9).

Não obstante a importância da função de enfermeiro de Anestesia, Instrumentista ou na Unidade de Cuidados pós Anestésicos, num bloco operatório, é ao enfermeiro Circulante que são conferidas responsabilidades específicas no que se alude à segurança do doente e equipa cirúrgica, à segurança de todo o ambiente da sala de operações, ao controlo da infeção e gestão de riscos inerentes a um bloco operatório, bem como a gestão da organização da sala de operações. É ele, enfermeiro circulante, o gestor da sala, e quem responde perante as hierarquias sobre as ocorrências neste âmbito.

Só um elemento bem integrado, competente e consciente das suas funções, capacidades e limitações, consegue prestar cuidados de qualidade e segurança, tão exigidos num serviço que se pretende de excelência.

*“Qualidade e segurança em saúde andam de mãos dadas, podendo dizer-se que mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos”* (Fragata, 2012, p.19).

Neste contexto, a seleção do tema sobre o qual nos propomos realizar o estudo, prende-se, não só, com alguma motivação de índole pessoal, com a pertinência e praticabilidade do tema, por se tratar de uma temática atual, mas principalmente, por esta ser também uma necessidade sentida no serviço que nos acolhia enquanto mestrandos.

Surge assim a oportunidade de, utilizando a metodologia de trabalho de projeto, desenvolver um projeto com a finalidade de criar um Guião de Integração na Função de Enfermeiro Circulante, com os objetivos de facilitar o processo de integração de novos enfermeiros na função de circulante e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, intuímos solucionar o problema identificado.

Por se tratar de uma temática não muito abordada e com escassez de bibliografia neste domínio, intui-se que este estudo contribua para a orientação de pesquisas futuras no âmbito da Integração de Novos Enfermeiros em contexto perioperatório, em proveito da tão ambicionada, qualidade em saúde.

Não obstante a introdução, agora desenvolvida, e a conclusão realizada no final de todo o documento apresentado, este relatório está estruturado em três partes distintas. Na primeira parte é realizado o enquadramento teórico resultante da revisão

de literatura efetuada (pesquisa em bibliotecas escolares, bibliotecas digitais, livros, dissertações de mestrado, teses de doutoramento, artigos científicos e bases de dados científicas). Na segunda parte, é descrita a metodologia utilizada para a realização do estudo, aqui estão definidos o diagnóstico de situação, os objetivos, o planeamento efetuado, o que foi realizado e a avaliação do mesmo. Numa terceira fase é feita uma reflexão crítica acerca da aquisição de competências em contexto clínico e Competências de Mestre, competências essas reveladoras da capacidade de relação entre a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos e a prática/experiência clínica.

Como o próprio nome indica trata-se de um projeto, talvez audaz mas pertinente, o qual pensamos ser um desafio enriquecedor, tanto pela metodologia como pelos conteúdos e que tem como finalidade máxima pessoal, a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente em contexto perioperatório.



# **1. CUIDAR EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

Neste capítulo intuímos apresentar as bases teóricas e conceptuais da nossa investigação, no sentido em que, a pesquisa documental é uma etapa fundamental à análise de um domínio de investigação (Fortin, 2009). Procuramos organizar os conceitos, que pensamos ser essenciais para descrever e suportar teoricamente a análise do problema em estudo e as relações existentes entre eles. De acordo com Fortin (2009) a teoria é um ponto central no processo de investigação, porque sobre ela se vai articular não só a descoberta como a verificação dos conhecimentos.

Na realidade que vivemos atualmente, numa sociedade de dinamismo e competitividade presentes a cada momento, na busca pela excelência, eficiência e qualidade é premente não só a assunção dos conhecimentos, como o "*know how*" e o saber aplicá-los no sentido de obter um melhor resultado quer a nível profissional quer a nível pessoal.

## **1.1 DA ENFERMAGEM À ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

A atuação dos enfermeiros tem-se vindo a definir progressivamente. A verdade é que, quando nos interrogamos acerca do que é a enfermagem e o que é ser enfermeiro, por vezes limitamo-nos a enumerar uma série de tarefas, que não traduzem a especificidade e a essência do nosso trabalho.

Na tentativa de responder a esta pergunta foram feitas várias reflexões e discussões e é neste contexto que, a partir da segunda metade do século XX, surgem os modelos para a enfermagem elaborados por enfermeiros.

A enfermagem hoje consegue afirmar-se enquanto ciência e arte porque produziu, ao longo dos anos, uma linguagem própria que concede significado aos elementos fundamentais da profissão. As teorias de enfermagem revelam um dos componentes que constituem essa linguagem específica.

Embora diferentes e baseando-se em teorias distintas, os modelos de enfermagem apresentam todos, características comuns, sendo uma das mais importantes a visão holística e humanista da pessoa. É assim que a pessoa é encarada, como um ser único que reage como um todo, sendo este diferente da soma das partes.

Para Collière (1989) o enfermeiro é o agente determinante no desenvolvimento dos cuidados, e como tal, necessita de aprender *“a ter em conta os dois parceiros: o que trata e o que é tratado, o que leva os enfermeiros a querer refletir sobre as emoções e atitudes que acompanham os cuidados”* (p.155).

Foi neste sentido, e refletindo acerca do profissional de enfermagem, também ele, antes de ser um profissional, antes de ser um enfermeiro, é uma pessoa, com características, sentimentos e emoções próprias e individualizadas. Acreditamos que também ele, deve ser encarado numa visão holística e humanista da pessoa que é.

Para Watson (2002, p.82), o ser pessoa *“transcendem o aqui e o agora, e cada um tem a capacidade de coexistir com o passado, presente e futuro simultaneamente”*, ou seja, pessoa é alguém que percebe e vive experiências, com valores e crenças, que tem permanência contínua no tempo e no espaço, é alguém que através de crenças e valores, e das experiências anteriores consegue evoluir e influenciar o seu futuro.

Roper, define pessoa como alguém participante num processo vital desde a concepção até à morte, mudando e desenvolvendo-se continuamente durante todo o ciclo vital, ou seja, *“à medida que uma pessoa percorre as suas etapas de vida existe uma mudança contínua e cada aspeto de viver é influenciado pelas circunstâncias*

*físicas, psicológicas, sócio culturais, ambientais e político-económicas encontradas através da vida” (1995, p.30).*

Ao longo das suas etapas de vida, o enfermeiro/pessoa conhece a realidade através de processos de percepção, memória, imaginação e pensamento, mas ao mesmo tempo adota uma certa atitude em relação a diversos factos de vida e experimenta diversas emoções e sentimentos em relação a eles. Estes sentimentos e emoções emergem assim em etapas diferentes da evolução e em fases distintas do desenvolvimento.

A própria história da vida do enfermeiro, o seu desenvolvimento pessoal e o relacionamento consigo mesmo, influenciam o cuidar, que, tal como refere Watson (2002, p. 113), *“está relacionado com um crescimento pessoal, maturidade e desenvolvimento do ser enfermeiro, uma sensibilidade do próprio e dos outros e um sistema de valores humanos”*.

O enfermeiro para ser competente, mais do que possuir um diploma ou um grau académico, terá de saber mobilizar qualidades pessoais, fontes documentais, experiências, conhecimentos, saberes e saberes-fazer, entre outros, terá de SABER CUIDAR, e, os cuidados de enfermagem obrigam a que cada cuidado não seja intuitivo, virado para a técnica, mas refletido, baseado em competências relacionais, pessoais e emocionais, adequado a cada pessoa.

O conhecimento das próprias limitações, sentimentos, emoções e conhecimentos permitem ao enfermeiro suportar o seu relacionamento e interação com o utente, tal como refere Hesbeen (2000, p.115), que ao descrever as características de um artesão de cuidados de enfermagem, menciona *“a capacidade de cuidar de si próprio”*.

Desde sempre que nos habituamos a que cuidem de nós, desde os pais que cuidam dos filhos, até aos filhos que cuidam dos pais. Nós próprios nos cuidamos e/ou somos cuidados ao longo das várias fases por que passamos durante o ciclo vital, no sentido em que existem acontecimentos que condicionam esse cuidar.

O ato de cuidar revela sempre um sentimento de estar atento a alguém ou alguma coisa e se preocupar com o seu bem-estar, o seu bom funcionamento sendo uma das experiências mais velhas da história da humanidade. Para Collière (1989), os

cuidados existem desde que a vida existe, pois para que esta possa permanecer é necessário tomar conta dela.

Prestar cuidados ou cuidar é, segundo Hesbeen (2000, p.10), "*uma atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem estar, a promover a sua saúde*", tal como Collière (1989), citada por Hesbeen (2000, p.11), refere que "*os cuidados designam, assim, os atos através dos quais se cuida, através dos quais se conserva o corpo nas diferentes etapas da vida (...) cuidados que revelam o cuidado que se teve com uma pessoa*".

O cuidar é assim revelador de uma atenção especial dirigida a alguém com uma situação particular, com vista a promover a saúde. Implica mais do que saber fazer ou saber estar, implica que o enfermeiro desenvolva o SABER SER.

Para Watson (1988), citada por Rocha (2003) o cuidar é o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, não se cingindo a uma emoção, atitude ou desejo. Cuidar, implica um envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro consigo próprio e com os outros. Cuidar, tem como objetivo a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana, compreendendo valores, compromissos, conhecimentos e consequências.

Hesbeen (2000, p.99), referindo-se aos cuidados de enfermagem, menciona que "*os profissionais que os praticam são verdadeiros artífices dos cuidados*", pois têm de mobilizar um enorme leque de conhecimentos gerais, filtrá-los e adequá-los à pessoa que estão a cuidar, associando estes conhecimentos à prática, e ao ambiente envolvente, há que desenvolver competências e mobilizá-las.

Partilhamos da opinião de Watson e identificamo-nos integralmente com a sua teoria do Cuidado. Cuidar é o sentimento mais altruísta que um ser humano pode ter para com outro. O sentimento de preservação, proteção e promoção do bem estar de outro, sem esperar nada em troca, e, independentemente da raça, da cultura, da religião, é algo puro, sincero, transparente que está intrínseco à enfermagem.

Atualmente a prestar cuidados num bloco operatório, local em que o doente está grande parte do tempo inconsciente ou num estado que não lhe permite queixar ou reclamar, estimamos o Cuidar como algo essencial.

Ao entrar no Bloco Operatório, o doente entrega-se nas mãos dos profissionais , confiando-lhes o seu bem estar, e é neste momento, mais do que nunca, que nos é exigido a capacidade de preservação da dignidade humana, a capacidade de proteção do doente e dos seus direitos, o compromisso de que cuidaremos daquele doente como sendo o “*nosso bem*” mais valioso no momento, se me permitem a analogia.

Em Portugal, a 10 de fevereiro de 1986, é fundada a AESOP, que afirma que, provavelmente, não existe nenhuma outra área de prestação de cuidados em que, a situação de saúde do utente (muitas vezes associada a inúmeras patologias complexas), o seu estado de consciência, os procedimentos terapêuticos de que necessita e o meio ambiente que o rodeia, exijam tanto da Enfermagem, como numa Sala de Operações.

O bloco operatório presenteia o enfermeiro com um colossal campo de intervenção. O início ocorre durante a consulta de enfermagem pré-operatória, componente necessária para que o enfermeiro do bloco operatório possa prestar cuidados personalizados e individualizados, pois é nesse momento que estabelece uma relação fundamental de confiança com o utente operado: o seu saber específico enraíza-se no conhecimento do indivíduo são e/ou com reação à doença. Sustentado nos valores profissionais que são a equidade e o respeito pelas pessoas, em conformidade com um esquema conceptual de cuidados. Este precisa o papel específico da enfermeira e a sua contribuição para o bem-estar da pessoa cuidada. (UNAIBODE, 2001)

Já no bloco operatório, é exigido ao enfermeiro um cuidado peculiar, um cuidado repleto de conhecimentos e habilidades de essência distinta, gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência do risco respeitando as normas de segurança e um elevado nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, enquanto enfermeiro de apoio à anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e, não menos importante, enfermeiro de UCPA, que devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.

O planeamento e todas as atividades desenvolvidas no pré e no intraoperatório vão terminar na consulta de enfermagem pós-operatória. A visita pós-operatória tem como objetivo avaliar a intervenção realizada pelos enfermeiros, ajustar as intervenções às necessidades dos utentes e conhecer expectativas e opiniões destes, sempre com o desígnio da melhoria da qualidade dos cuidados perioperatórios.

O enfermeiro perioperatório, vem desta forma, dar continuidade aos cuidados iniciados noutros serviços, prestados de forma humanizada e individualizada de acordo com as necessidades específicas de cada utente/família.

Ao enfermeiro, é exigida uma preparação e uma formação que lhe permita metamorfosear o gesto técnico num ato humanizado e personalizado, e enquadrar esse gesto de cuidar num campo de ação muito mais alargado, tendo sempre presente a consciência de que, qualquer falha, por mínima que seja, tem repercussões no clima de trabalho do BO, no seio da equipa e por conseguinte, no utente, foco dos cuidados.

Acordando com Ferreira (2010) e Valadas (2000), o enfermeiro deve harmonizar a tecnologia com a humanização dos cuidados, isto é, a tecnologia deve ser considerada como aliada à prestação de cuidados com qualidade na dicotomia do cuidar/humanizar o utente na sua essência humana.

Todos estes pressupostos exigidos, reclamam do Enfermeiro da Sala de Operações uma atenção contínua e uma prestação de cuidados de Enfermagem, altamente especializados e executados, integrado numa equipa de saúde multidisciplinar.

A EORNA (1996), alude ainda que *"a utilização sistemática de uma abordagem holística dos cuidados, deve manter a identidade e a dignidade de cada indivíduo doente, sem prejuízo do seu estado de saúde, nacionalidade, credo, religião ou outras crenças. O doente, familiares e outras pessoas significativas, têm o direito de receber informações necessárias, bem como apoio emocional e físico que lhes permitam ultrapassar as fases dos cuidados perioperatórios"* (AESOP, 2012; CABRAL, 2004).

A Enfermagem perioperatória é assim definida como *"o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, (...), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado"*. (AESOP, 2012, p.107)

Neste sentido, a função do enfermeiro perioperatório é a de *"identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociológicas do doente, pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de Enfermagem, baseadas no*

*conhecimento das Ciências Humanas e da Natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia.”* (AESOP, 2012, citando AORN)

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004) descreve o BO como uma unidade de prestação de cuidados de saúde, onde pela especificidade da natureza dos cuidados encontramos riscos de várias essências, devendo a manutenção da segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais ser, também ela, desenvolvida pelos enfermeiros em contexto perioperatório. Várias são as organizações a importar pertinência à segurança, ou não fosse esta uma garantia da qualidade dos cuidados.

Partilhamos da opinião de Rothrock (2008) quando refere que, nenhuma outra área de enfermagem exige o vasto leque de conhecimentos, a memória imediata da ciência cirúrgica, a necessidade de ser dirigida intuitivamente pela experiência, a diversidade de pensamento e ação, as resistências física e mental e a flexibilidade necessárias às funções de enfermagem perioperatória. Ao enfermeiro perioperatório é exigido um conhecimento da anatomia e fisiologia humana, das alterações fisiológicas e consequências para o utente, dos fatores de risco, quer latentes quer reais, no período perioperatório potenciais de lesão para o utente, os meios de prevenção e segurança do utente e as implicações psicossociais da cirurgia quer para o utente quer família.

Posto isto, é seguro afirmar que o foco principal da enfermagem perioperatória é a prestação dos cuidados com base na evidência científica.

Rothrock (2008) citando Ingersoll definiu a prática de enfermagem baseada em evidências como *“o uso consciencioso, explícito e judicioso de informação teórica, com base em pesquisa, ao tomar decisões sobre a aplicação de cuidados a indivíduos ou grupos de pacientes em consideração às necessidades e preferências dos indivíduos.”*

A melhor prática, revela-se como a que capacita o enfermeiro perioperatório a tomar decisões que promovem o melhor cuidado possível aos utentes/famílias e potenciem o seu resultado, no sentido em que, o foco da sua atenção, *“reside no doente, em todo o conforto e segurança que se exige que o mesmo tenha, num processo, que já em si, se revela de uma enorme agressividade para o mesmo”* (Esteves, 2012).

A melhor prática de cuidados, resulta assim, do relacionamento da prática, teoria e investigação, assomadas às teorias de enfermagem, ou não fosse esta, também ela, uma disciplina científica.

Num bloco operatório, a técnica, cirúrgica e anestésica, a utilização de equipamentos específicos, muitas vezes utilizados pela primeira vez, e a importância de registos detalhados retira tempo ao tempo que temos disponível para cada utente. É neste momento que a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson assume especial importância dentro do bloco operatório, a qual passamos a descrever de seguida.

## **1.2 TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON E OS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS**

O enfermeiro perioperatório terá que ter consciência, que no pouco tempo que tem para o utente, *"...o ideal e valor de cuidar é claramente, não apenas qualquer coisa, mas um ponto de partida, um local, uma atitude, que terá de se tornar um desejo, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em atos concretos."* (Watson, 2002, p.60)

Para a mesma autora, o cuidar efetivo resulta da prática e da pesquisa, enquanto a teoria obedece ao ensino de uma ideologia do cuidar.

*"Uma teoria é um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno."* (Watson, 2002, p.8)

Margaret Jean Watson desenvolve assim a teoria do Cuidado Humano, que considera o cuidado efetivo resultante do relacionamento transpessoal, transcendendo

tempo, espaço e matéria do utente e do profissional, no sentido de formarem um único elemento em sintonia (Saviato, 2015).

De acordo com a teórica, o enfoque da enfermagem está no cuidado essencial que defluta da perspectiva humanística e holística alicerçada nos conhecimentos científicos, revelando um enfoque altruísta, social e espiritual.

Watson (2002) refere ainda que cada pessoa deve viver os seus próprios sentimentos, pois, quem não é sensível aos seus próprios sentimentos dificilmente será sensível aos sentimentos dos outros. Desta forma, assumimos ser fundamental e essencial o enfermeiro de bloco operatório assentir, identificar e estar disponível para se capacitar dos seus sentimentos, no sentido de facilitar e aceitar o dos outros, promovendo assim um equilíbrio.

Partilhamos da opinião de Silva (2010) quando refere que o cuidado transpessoal se apresenta como uma mais valia no enriquecimento profissional além de promover a recuperação do utente, priorizando a integralidade da atenção, através dos procedimentos tecnológicos, e considerando as suas necessidades socioculturais e espirituais.

Segundo o mesmo autor, citando Watson (1985), a teoria do cuidado transpessoal não desconsidera a necessidade do conhecimento técnico-científico, tão relevante no bloco operatório, pelo contrário, complementa-o dando relevo ao aspeto social e espiritual do utente, no mesmo sentido em que promove um autoconhecimento no profissional de enfermagem, beneficiando ambos.

O cuidar é reconhecido como a essência da enfermagem, caracterizado pela mutualidade entre a equipa de enfermagem e a pessoa cuidada. Cuidar exige estima e cortesia pela pessoa e pela vida, valores relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha, não podendo a pessoa ser reduzida a um ser físico e materialista, quer seja racionalmente quer intuitivamente.

Partilhamos plenamente da opinião de Watson quando esta assume enfermagem como *"conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e ação, com algum grau de paixão"* (2002, p.96), sendo que o saber, os valores, ação e a paixão estão usualmente associadas ao cuidar e ao contacto pessoal humano intersubjetivo com o mundo vivido da pessoa que experiencia.

O processo real do cuidar envolve ação e escolha das duas partes intervenientes no processo, tal como acontece num bloco operatório. O doente confia e acredita que o enfermeiro que o acolhe dará o seu melhor, enquanto pessoa e profissional, ao cuidar dele. O enfermeiro assume o doente ao seu cuidado, garantindo-lhe que a sua prestação de cuidados será exímia ao mais alto nível na busca pela qualidade e satisfação das suas necessidades.

O momento efetivo do cuidar dá-lhes a oportunidade de eleger como estar na relação enfermeiro-utente e como agir/aproveitar esse momento, passando a fazer parte da história de ambos, e, promovendo desta forma o auto-conhecimento. Uma relação transpessoal do cuidar transparece elevada consideração pela pessoa, pela sua dignidade, individualidade e humanidade.

Watson (1985) afirma ainda que a formação de um sistema de valores humanísticos é essencial ao cuidar, sugerindo que as atitudes a desenvolver em futuros enfermeiros sejam: a flexibilidade, a aceitação, o apoio incondicional, o toque, a competência, a amizade e a capacidade de acompanhar a pessoa nas suas decisões. (Ferreira, 2010)

Num bloco operatório é essencial, tendo em conta por vezes o pouco tempo que temos com o utente, assentar o cuidar, na verdadeira assunção da palavra, desenvolvendo uma relação empática, ao assumir a pessoa como quem vive uma experiência única de ser doente e manifestando entendimento e anuência através de linguagem verbal e não verbal.

Para Watson, todos os intervenientes no processo de cuidado devem expressar os seus sentimentos, no sentido que a relação empática se construa mutuamente, dando espaço para relações horizontais de cuidado e respeito. (Silva, 2016)

Watson expõe uma teoria visivelmente fenomenológica, existencial e espiritual que considera o cuidado efetivo por meio de um relacionamento transpessoal enfermeiro-utente, que transcende tempo, espaço e matéria, decorrente das experiências humanas de ambos, passando a integrar essas mesmas experiências e levando a repercussões no futuro dos dois. O cuidado é desta forma concebido como um processo interpessoal com dimensões transpessoais.

Watson sugere sete pressupostos sobre a ciência do cuidado, premiando este como o atributo mais valioso da enfermagem, e dez fatores de cuidados primários, apontando a pessoa como um todo biológico, social e espiritual que não pode ser dividida, na elaboração da sua teoria.

Os pressupostos básicos da ciência do cuidar em enfermagem são:

1. *“O cuidar só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente;*
2. *O cuidar consiste em fatores do cuidar que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas;*
3. *O cuidar eficiente promove a saúde e o crescimento individual ou familiar;*
4. *As respostas do cuidar aceitam uma pessoa não apenas como ela é atualmente, mas como pode vir a ser;*
5. *Um ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si num dado momento;*
6. *O cuidar é mais promotor de saúde do que a cura. A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos do comportamento humano para gerar ou promover saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar à ciência do curar;*
7. *A prática do cuidar é vital para a enfermagem.”* (Watson, citada em Tomey e Alligood, 2002, p.169)

É com base nestes pressupostos que Watson elabora a sua teoria do Cuidado Humano, e de acordo com os conceitos de Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem podemos certificar-nos do postado anteriormente acerca da mesma.

Watson explana Pessoa como *“...valorizada em si mesma e para si mesma para ser cuidada, respeitada, nutrida, compreendida e auxiliada (...) um ser completamente*

*integrado funcionalmente. O homem é visto como maior e diferente que a soma das suas partes” (1985, 1988 citada em George, 2000, p.258).*

Cada pessoa é única e desenvolve-se num campo fenomenológico próprio e desconhecido pelos demais. A interação enfermeiro-pessoa promove relações interpessoais distintas em que cada partícipe tem funções específicas. Ao enfermeiro cabe o cuidar, prestar apoio e proteção com tomada de decisão científica, ao utente cabem experiências positivas que originem mudanças levando à satisfação das necessidades humanas e ao ser saudável.

Para Watson Saúde é tida como *“a unidade e a harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde também está associada com o grau de congruência entre o ser como percebido e o ser como apresentado” (1985, 1988 citada em George, 2000, p.258).*

Segundo a autora, Saúde é um estado subjetivo na mente da pessoa, e desde que exista uma desarmonia entre o corpo, a alma e o espírito pode existir doença, devendo ser a pessoa a definir o seu próprio estado de saúde.

Ambiente, não é um conceito distintamente definido para Watson, mas ao mesmo tempo é algo que afeta diretamente a pessoa. É a sociedade que define os valores que regem o comportamento da pessoa e os objetivos a serem atingidos. Esses valores são efetivamente afetados pelo ambiente, pela sociedade, pela cultura e pela componente espiritual existente, e, se não existir um Cuidado, podem levar à doença. Segundo Watson, *“o cuidado tem existido em todas as sociedades (...) pessoas que cuidam de outras. A atitude de cuidar não é transmitida de geração para geração através dos genes. É transmitida pela cultura da profissão como a única forma de enfrentar seu ambiente” (1979, citado em George, 2000, p.259).*

A Enfermagem está enraizada nas ciências humanas e nas ciências naturais. Para Watson, enfermagem é *“ciência humana de pessoas e experiências de saúde-doença humanas que são mediadas pelas transações de cuidado profissionais, pessoais, científicos, estéticos e éticos”,* pressupondo ainda que *“as contribuições sociais, morais e científicas da enfermagem para a humanidade e a sociedade residem em seu compromisso com os ideais de cuidado humano na teoria, prática e pesquisa” (1985, 1988, citada em George, 2000, p.259).*

Face ao exposto é seguro afirmar que a Enfermagem prioriza a pessoa e, que o cuidado transpessoal se sobrepõe à panóplia tecnológica que nos é apresentada atualmente em bloco operatório. Para o enfermeiro, detentor de um sistema de valores e uma moral inconfundíveis, a pessoa e as suas necessidades estão no foco dos seus cuidados, sendo, o cuidar, a essência de Enfermagem e o seu atributo mais valioso.

A estrutura da ciência do cuidado está assente, como referido anteriormente, em dez fatores de cuidado, os quais abordam a pessoa como um todo biológico, social e espiritual congregado, que não pode ser segmentado e estima o enfermeiro enquanto pessoa também. Esses fatores são:

1. *"Formação de um sistema de valores humanístico-altruísta;*
2. *A estimulação da fé-esperança;*
3. *O cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros;*
4. *O desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança;*
5. *A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;*
6. *O uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões;*
7. *A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;*
8. *A provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e (ou) corretivo;*
9. *Auxílio com a gratificação das necessidades humanas;*
10. *Aceitação das forças existenciais-fenomenológicas"* (1979, citada em George, 2000, p.254).

Segundo Watson, destes dez fatores, os três primeiros formam o *"fundamento filosófico para a ciência do cuidado"* (1979, citada em George, 2000, p.254).

O primeiro fator, tem início com o desenvolvimento humano, com a partilha das crenças, cultura e valores, quer pelos pais quer pela sociedade. Estes são valores intrínsecos a cada pessoa e que afetam a capacidade de cuidar de forma humanista e altruísta.

A fé e a esperança, enquanto fator de cuidado dois, têm um papel fundamental quando a ciência já não tem muito mais a oferecer. É fundamental que o enfermeiro tenha a capacidade de acreditar e utilizar as crenças, a religião, a fé e a esperança na promoção de uma sensação de bem-estar na pessoa ao seu cuidado.

O terceiro fator é o cultivo da sensibilidade para si e para os outros. Este é fundamental na interação com os outros, no sentido em que só desenvolvendo e reconhecendo os seus próprios sentimentos se consegue interagir eficaz e eficientemente com o outro. Pacheco (1989, p.129), menciona que *"o que altera os nossos comportamentos é o que sentimos sobre as coisas que nos deram que pensar"*. Da mesma forma Renaud, I. (1994, p.71/79), afirma que são estes sentimentos a nossa abertura ao mundo, pois são eles que propiciam a intersecção dos comportamentos cognitivos e/ou práticos pelos quais nos relacionamos com os objetos e com as outras pessoas. Também Damásio, assume que *"a consciência tem de estar presente para que os sentimentos possam influenciar o sujeito que os tem..."* (2003).

Uma premissa básica de Watson (1985, 1988) é que *"a mente e as emoções da pessoa são as janelas da alma. O atendimento de enfermagem pode ser e é físico, de procedimentos, objetivo e factual, mas, no nível mais elevado da enfermagem, as respostas do cuidado humano e a presença das enfermeiras no relacionamento transcendem o mundo material físico limitado pelo tempo e pelo espaço e fazem contato como mundo emocional e subjetivo da pessoa como rota para o ser interior e o sentido mais alto de ser"* (George, 2000, p.255).

O quarto fator faz referência ao desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança. Na sua obra *"Interrelation del profesional de enfermaria com el paciente"*, Juan Cibanal (1991) descreve a Relação de Ajuda como uma permuta humana e pessoal entre dois seres humanos no qual, um dos intervenientes (enfermeiro) se apercebe das necessidades do outro (paciente), com a finalidade de ajudá-lo a descobrir outras hipóteses de perceber, aceitar e lidar com a situação atual.

Também no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Decreto-Lei N.º 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei N.º 104/98 de 21 de abril), encontramos referência à relação de ajuda entre enfermeiro e utente. No capítulo II, art.º 4º, alínea 1 refere que "*Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...)*", e na alínea 2 (...) que reconhece ao enfermeiro "*competência científica, técnica e humana para a prestação dos cuidados de enfermagem (...)*". Já no art.º 5º, os cuidados de enfermagem são caracterizados, na alínea 1, por terem por "*fundamento uma interação entre enfermeiro e utente (...)*", e, na alínea 2, por estabelecerem uma "*relação de ajuda com o utente (...)*".

Partilhamos da opinião de Watson ao referir que a qualidade de uma relação com outra pessoa é o constituinte mais importante na determinação da ajuda efetiva e os três fatores inicialmente nomeados determinam essa mesma relação. (Ferreira, 2010) Para a existência de uma relação de ajuda-confiança efetiva é necessária uma comunicação efetiva, congruência, empatia e calor.

A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos (fator cinco) facilitam a relação de ajuda-confiança no sentido em que melhora o nível de comunicação. Para Hesbeen (2000) o conhecimento das próprias limitações, sentimentos, emoções e saberes permitem ao enfermeiro favorecer o seu relacionamento e interação com o utente. Watson partilha da mesma opinião ao afirmar que "*os sentimentos alteram os pensamentos e o comportamento e precisam ser considerados e permitidos em um relacionamento de cuidados*" (1979, citada em George, 2000, p.255).

O fator seis, o uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões, para Watson, assume um papel importantíssimo juntamente com o desenvolvimento de outros métodos de conhecimento no sentido de assomar o Cuidar numa perspetiva holística e humanística, logo, "*sem o uso sistemático do método científico da solução de problemas, a prática efetiva é acidental na melhor hipótese e arriscada ou perigosa na pior hipótese. O método científico da solução de problemas é o único que permite o controle e a previsão e que admite a autocorreção*" (1979, citada em George, 2000, p.256).

O fator sete do cuidado, a promoção do ensino/aprendizagem interpessoal destaca-se na enfermagem no âmbito da educação para a saúde, ou até mesmo na

formação de novos profissionais. A informação/formação transmitida à pessoa vai responsabilizá-la no cuidado, ajuda-la a definir as suas necessidades e prioridades e fomentar o próprio crescimento. Este processo sendo bidirecional vai promover ao mesmo tempo a possibilidade de autoconhecimento, autoavaliação, autocorreção e crescimento no sentido da excelência do cuidar por parte do enfermeiro.

A provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e (ou) corretivo (fator oito) está diretamente relacionado com a promoção da saúde, prevenção da doença e o cuidar. Watson divide este fator em variáveis externas, como sendo os fatores físicos, de segurança e ambientais, e em variáveis internas que incluem as atividades mentais, espirituais e culturais, mas que são ao mesmo tempo interdependentes. Ao enfermeiro cabe a promoção de conforto, privacidade e segurança, bem como um ambiente estético e limpo que intentam a autovalorização, a dignidade e a qualidade do cuidar.

A ajuda na satisfação das necessidades humanas (fator nove) está baseado numa hierarquia de cuidados similar à de Maslow. Similar no sentido em que, de acordo com a pertinência para a ciência do cuidado, Watson estabelece uma ordem diferente.

Independentemente da ordem, todas as necessidades granjeiam atenção e valorização, sendo igualmente importantes para o cuidar em enfermagem de qualidade e para a promoção da saúde.

No quadro seguinte podemos observar a hierarquia de necessidades humanas criada por Watson.

Necessidades de Ordem Inferior (Necessidades Biofísicas)	
Necessidade de alimento e líquido	Necessidades de Sobrevivência
Necessidade de eliminação	

Necessidade de ventilação	
Necessidades de Ordem Inferior (Necessidades Psicofísicas)	
Necessidade de atitude-inatividade	Necessidades Funcionais
Necessidade de sexualidade	
Necessidades de Ordem Superior (Necessidades Psicossociais)	
Necessidade de aquisição	Necessidades Integradoras
Necessidade de afiliação	
Necessidades de Ordem Superior (necessidades Intra e Interpessoais)	
Necessidade de auto-atualização	Necessidades de Busca de Crescimento

QUADRO 1 - HIERARQUIA DAS NECESSIDADES HUMANAS SEGUNDO JEAN WATSON

Fonte: adaptado de George, 2000, p. 256-257.

Segundo Silva (2010) citando Watson (1985), a interação enfermeiro-utente promove relações interpessoais, em que cada um dos partícipes tem funções específicas. Ao enfermeiro cabe o apoio e proteção com tomada de decisão científica, e ao utente, competem experiências positivas refletidas por mudanças que levam à satisfação das necessidades humanas básicas.

Aceitação das forças existenciais-fenomenológicas é o fator de cuidados dez. A fenomenologia compreende não unicamente o que é experienciado, mas a

configuração no qual é experienciado. A fenomenologia encontra-se mais direcionada para a profundidade da experiência e forma como é aceita e vivida pela pessoa. Para Watson, o enfermeiro deverá reconhecer o seu interior e enfrentar as suas próprias questões existenciais previamente, só depois, estará capacitado para auxiliar os outros a enfrentarem a sua condição humana.

O momento efetivo do cuidar é transpessoal e engloba o espírito do enfermeiro e da pessoa, amplificando o autoconhecimento e o reconhecimento do ambiente, superando desta forma o instante físico em que ocorre.

Revemo-nos em todos os pressupostos anteriormente referidos, quando consideram, como princípio, uma visão humanística da pessoa, atrelados à base de conhecimentos científicos e ao conceito de reciprocidade, respeitam não só os princípios da pessoa/família, como também os do profissional/pessoa, fortalecendo a autonomia e promovendo a participação de ambos numa organização de cuidados mais sensível, acolhedora e empática.

Num bloco operatório encontramos pessoas de todo o mundo, de várias etnias e culturas, de várias idades e géneros, com medos e receios completamente diferentes perante a mesma situação, com comportamentos dispares, mas efetivamente compreensíveis. Num bloco operatório, há dias que somos assoberbados por um turbilhão de sentimentos que faz transparecer emoções e comportamentos que nem sempre conseguimos controlar. Revemo-nos nas palavras de Watson quando afirma que *"o cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde atuais ou potenciais; conhecimento e compreensão das necessidades individuais; saber como dar resposta às necessidades dos outros; conhecimento das nossas forças e limitações; conhecimento de quem a pessoa é, as suas forças e limitações, o significado da situação para ele; o conhecimento sobre como confortar, oferecer compaixão e conforto. Cuidar também requer ações facilitadas, ou seja, ações que permitam que outros resolvam os problemas, cresçam e transcendam o aqui e agora, ações que estão relacionadas com o conhecimento geral e específico do cuidar e das respostas humanas"* (Watson, 2002, p.129).

O processo do cuidar certifica a subjetividade das pessoas e o como são únicas e diferentes, e, proporciona alterações positivas de bem-estar nos outros, possibilitando igualmente, que o enfermeiro beneficie e cresça.

Neste sentido, devem os enfermeiros compreender que, cuidados de qualidade têm significados diferentes para cada pessoa, obrigando ao conhecimento técnico-científico, à formação e sensibilidade para lidar com estas diferenças, indagando níveis mais elevados de satisfação dos utentes e excelência dos cuidados.

Numa perspetiva filosófica, Mayeroff (1971, citado por Frade, 1999) descreve o ato de cuidar enquanto parte do contexto da vida humana, proporcionando os fundamentos necessários à clarificação deste conceito. Cuidar, termo utilizado no senso comum para inúmeras situações, no domínio da enfermagem, revela-se como um processo, uma forma de relacionamento com alguém, envolvendo desenvolvimento, crescimento e atualização.

Concordamos com Pacheco (2002, citado por Ferreira, 2009) ao referir que *“o verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica, mas, pelo contrário, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessário a intervenção técnica”*.

Face aos factos acima mencionados, fundamenta-se que o alicerce nesta teoria promove o desenvolvimento pessoal e profissional. Se por um lado se fundamenta nos conhecimentos teórico-científicos, por outro, obriga a uma reflexão crítica dos cuidados tendo sempre em mente a pessoa na sua assunção holística, com todos os fatores (físicos, psíquicos, sociais e espirituais) que a comportam, entrevedo a mutualidade entre o enfermeiro e o utente, objetivando o seu cuidado holístico.

Sendo o cuidado uma necessidade intrínseca à Enfermagem, e sendo objetivo capital dos enfermeiros a busca pela, incansável, qualidade dos cuidados, houve a necessidade de elaborar um documento que se assumisse como suporte aos cuidados de Enfermagem, e garantisse uma base fundamental para a melhoria contínua da segurança e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Surge neste sentido um documento, intitulado *“Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem”* os quais expomos de seguida.

### 1.3 PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO

A sociedade atual é caracterizada por organizações. O ser humano passa grande parte da sua vida em organizações, fazendo muitas vezes parte destas. *"Podemos entender as organizações como agrupamentos humanos estruturados, a fim de atingir objetivos específicos"* (Frederico e Leitão, 1999, p. 29, citando Etzioni, 1984; Stonner e Freeman, 1995). A organização não é de toda uma invenção moderna, pelo contrário, a sua existência remonta já ao tempo dos faraós, daí que atualmente, possamos encontrar organizações com um elevado valor de racionalização, eficiência e competência.

Cada organização possui uma estrutura organizacional formal e informal. Formal no que respeita às regras e regulamentos formalizados por escrito e às hierarquias; informal quando nos referimos aos aspetos não planeados da organização, como sendo as interações e relacionamentos sociais entre as pessoas da instituição, ou não fosse o Homem um ser social por natureza.

Socialmente, aquilo que se transmite, partilha, vive ou pretendemos está profundamente relacionado aos nossos valores, interesses e motivação ou seja comunicação.

*"Comunicar para informar e estar informado para formar e influenciar atitudes e crenças, por simples prazer, para realizar tarefas em grupo, para criar e manter organizações ou para inovar"* (Ferreira, 1996, p.173).

Comunicar incita a cooperação e a perceção entre as pessoas, componentes fundamentais à socialização.

Partilhamos da opinião de Frederico e Leitão (citando Takahashi, 1991), quando afirmam que *"sem comunicação, não existe trabalho, não existe relacionamento humano e, portanto, não há grupo, organização e sociedade"* (1999, p.35).

As organizações não podem existir sem comunicação, no sentido em que, sem comunicação não há entendimento entre colegas, não há partilha de informação ou delegação de tarefas e comportamentos, não é possível comunicar-se necessidades e sentimentos.

A continuidade e o desenvolvimento de uma organização irão obedecer à sua capacidade para asseverar a sua peculiaridade na satisfação dos seus clientes, dos seus fornecedores e, acima de tudo, dos seus recursos humanos.

A comunicação faz parte integrante da prática do enfermeiro, quer como recetor, quer como emissor, neste sentido, torna-se fundamental a responsabilidade acrescida na melhoria das técnicas de comunicação, conjeturando conhecimento, empenho e cooperação para fomentar o envolvimento e participação na execução dos objetivos das organizações.

Quando um novo elemento se apresenta pela primeira vez numa organização, é perfeitamente admissível que este se sinta deslocado e inseguro nos primeiros instantes. No sentido de colmatar este mal-estar, é fundamental que a empresa tenha um processo de integração e de socialização muito bem estruturado, que explique o funcionamento do serviço, além de uma definição clara de regras e normas a serem seguidas e da sua política de crescimento.

A forma como o novo elemento é recebido é de extrema importância, pois, segundo Chiavenato (1999) a maneira como a organização admite os novos elementos e os integra na sua cultura, no seu contexto e no seu sistema, vai permitir que eles tenham um desempenho e um comportamento adequado às expectativas da organização.

Da mesma opinião partilha Pires ao afirmar que *"seja qual for a ótica que vai guiar os destinos da organização, ela será tanto mais eficaz quanto mais envolvidos nela estiverem as pessoas que nela trabalham, assumindo a responsabilidade de a concretizar"* (1993, p.181).

Todos os novos elementos solicitam uma formação inicial para se familiarizarem com a instituição. A integração é um processo cujo início é marcado pela admissão do novo elemento e que só deverá considerar-se epilogado quando este conhece bem a

estrutura física, a filosofia organizacional, a equipa de trabalho e as suas atividades funcionais (Dias, 1981, Gode, 1993, Frederico e Leitão, 1999).

A integração deve ser encarada como um processo de mudança, bem planeada, organizada e orientada adaptado às necessidades de cada novo elemento, beneficiará instituição e o novo elemento da mesma forma, levando ambos na direção da valorização pessoal e profissional de uma forma mais célere.

A integração envolve aspetos referentes à *“transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas aos aspetos da organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades”* (Chiavenato, 1981, p.199).

De acordo com Frederico e Leitão (1999), numa perspetiva global, podemos admitir quatro componentes envolvidas no processo de integração:

- ❖ Componente psicológica, onde ressalta a motivação, sentimento que principia, mantém e orienta os comportamentos humanos. Sem motivação aumenta o absentismo e surge a evasão às responsabilidades;
- ❖ Componente sociológica, uma vez que o Homem é um ser social, este tem necessidade de estar inserido de forma eficaz e eficiente num grupo;
- ❖ Componente pedagógica, no sentido em que o momento de integração é também um momento de aprendizagem;
- ❖ Componente administrativa, quando existe uma força efetiva no trabalho.

Um programa de integração é essencial na familiarização dos novos elementos com a linguagem da instituição, a estrutura, a missão, os valores, os objetivos, os costumes, entre outros, levando os novos elementos a assimilar e incorporar estes padrões de comportamento, os mesmos que a instituição considera relevantes para o bom desempenho.

Da mesma opinião partilha Chiavenato ao afirmar que a finalidade da integração é *“fazer com que o novo participante aprenda e incorpore os valores, normas e*

*padrões de comportamento que a organização considera imprescindíveis e relevantes para um bom desempenho em seus quadros” (1999, p.150).*

Quanto à duração, e atendendo a que cada pessoa é ímpar, com uma personalidade, uma disposição, um comportamento e uma curva de aprendizagem específicos e únicos, esta é variável. Importante salientar também que o integrante deverá, em todos os momentos, estar acompanhado por um elemento, com características também elas, específicas, responsável pela integração e avaliação do desempenho do novo elemento a integrar.

Um programa de integração é proficiente e útil quando permite: reduzir a ansiedade, pelo acompanhamento, orientação e apoio de um colega mais experiente; reduzir a rotatividade, pela orientação eficaz e eficiente dos novos elementos; economizar tempo, no sentido em que uma orientação integrada e coesa, permite uma integração mais rápida e melhor; e desenvolver expectativas realísticas através do programa de integração onde são definidos objetivos e metas para o novo elemento.

A integração é então, considerado um processo bidirecional e recíproco, com uma adaptação mútua e tendo em vista uma verdadeira simbiose entre as partes (Chiavenato, 1999), na procura para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Desde o exórdio da profissão, que a procura da qualidade em Enfermagem é uma presença evidente. Temas como a qualidade em saúde desenvolvem-se, incentivando à excelência no exercício profissional através de um cuidar concordante com o regulamentado para o exercício profissional, descrito no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril).

Neste sentido, a necessidade de executar sistemas de qualidade está hoje adotada oficialmente, quer por entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto de Qualidade em Saúde (OE, 2012).

Em Portugal, a procura permanente da excelência no exercício profissional está regulamentada no Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), no art.º 78, ponto 3, alínea C, onde

afirma que *“são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros (...) a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”*, bem como no art.º 88, onde está descrito que *“o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício”* .

Reconhecendo a pertinência do tema, a Ordem dos Enfermeiros desenvolve um documento denominado *“Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”* (OE, 2012), onde define como objetivos a *“definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (p.6) e *“promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade”* (p.7).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem surgem assim como alicerces aos cuidados de Enfermagem, criando uma base essencial para a melhoria contínua da segurança e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Este documento descreve quatro conceitos chave, como sendo a Saúde, a Pessoa, o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem no seu quadro conceptual, os quais convergem em enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional, que visam promover, entre outros, *“a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão em Enfermagem, bem como a visibilidade da dimensão autónoma do exercício profissional”* (Ribeiro, 2017 citando Potra, 2015).

Saúde refere-se à condição e ao mesmo tempo à representação mental que cada pessoa tem, revelando-se assim num processo dinâmico, contínuo e subjetivo, não pode ser assumido como conceito inverso ao conceito de doença.

Pessoa, é tido com um ser, individual, digno, indecomponível, social e cultural, agente intencional de comportamentos fundamentados em valores, crenças e desejos, ainda que influenciados pelo ambiente que o envolve.

O ambiente é integrado por componentes humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que influem os estilos de vida e tem reflexões na saúde da pessoa. Neste sentido, é imperioso que o enfermeiro atente na interdependência pessoa/ambiente ao cuidar.

Os cuidados de enfermagem focam-se na relação interpessoal enfermeiro-pessoa ou enfermeiro-família/comunidade, em que o enfermeiro se evidencia pela formação, pelo respeito, pelo não julgamento, pela equidade ao cuidar, fomentando a proatividade da pessoa/família no seu projeto de saúde. A tomada de decisão do enfermeiro é realizada de forma consciente e refletida tendo como fundamento a evidencia científica no processo de cuidar.

No que concerne às atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, estes *“têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (OE, 2012, p.13).

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros procura explanar a natureza e abarcar os demais aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, no sentido de, determinar o papel do enfermeiro junto da pessoa/família, dos outros profissionais, da sociedade e dos políticos.

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros surge assim com seis categorias de enunciados descritivos:

1. A satisfação do Cliente;

*“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (p. 13).

2. A promoção da saúde;

*“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”* (p. 14).

3. A prevenção de complicações;

*“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes”* (p. 15).

4. O bem-estar e o autocuidado

*“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”* (p. 16).

5. A readaptação funcional

*“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”* (p. 17).

6. A organização dos cuidados de enfermagem

*“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”* (p. 18).

De acordo com os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2012), é seguro afirmar que o projeto por nós desenvolvido se focou na **readaptação funcional do novo enfermeiro**, ao fomentar o ensino, a instrução e o treino do enfermeiro sobre a adaptação individual requerida face ao ingresso num novo serviço, contribuindo assim para a **organização dos cuidados de enfermagem** no BO, através da elaboração de um documento de referencia para a integração de novos elementos, da utilização de metodologias de organização do processo de integração/cuidados de enfermagem promotoras de qualidade e a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, bem como na **prevenção de complicações** associadas aos cuidados, uma vez que implementado o programa de integração, será exigido um rigor técnico/científico específico na implementação das intervenções de enfermagem.

É de salientar que, o projeto por nós desenvolvido, tem como alcance final a procura dos mais elevados níveis de satisfação da pessoa/família que vivencia um processo de doença através da promoção da saúde, do bem-estar e do autocuidado, bem como a prevenção de complicações pela capacitação, a nível pessoal, profissional, espiritual e social, do novo enfermeiro, agente do CUIDAR.

### **1.3.1 PARTICULARIDADES DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO**

A integração revela uma das atividades basilares da administração de um serviço, cujo objetivo almeja o ajustamento apropriado dos profissionais à instituição. A impressão inicial causada ao enfermeiro recém-admitido é garantidamente marcante, sendo por isso importante que essa experiência seja positiva. Para os enfermeiros, especialmente de bloco operatório, este é um processo particularmente importante.

Inicialmente os primeiros blocos operatórios surgem em pequenas salas contíguas às enfermarias. A evolução foi surgindo com o desenvolvimento dos conceitos de higiene hospitalar, técnica asséptica, desinfecção e isolamento. Após a Primeira Grande Guerra surgem já em serviços independentes com circuitos e interligações com os outros serviços já definidos. A evolução tecnológica e científica levou à criação do conceito de Bloco Operatório Central e de departamentos Cirúrgicos.

Bloco Operatório (BO) é atualmente definido como *“unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.”* (AESOP, 2012, p.20)

*“O BO deverá estar localizado numa área independente da circulação geral do hospital, mas deve ser localizado de forma a existir uma fácil e direta comunicação com as interligações principais, como por exemplo, internamento, urgências, Unidade Cuidados Intensivos (UCI) e esterilização, permitindo a expansão das suas instalações e um bom controlo de entradas e saídas.”* (Pires, 2017, citando Pegado, 2010)

O bloco operatório é um serviço específico, constituído por um conjunto de salas de operações, Unidades de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) e zonas de apoio agrupadas num mesmo espaço físico e que funciona de forma independente, sendo

fundamental a definição de circuitos de utentes, de profissionais e de materiais (estéreis, limpos e sujos) para se implementar o princípio da assepsia progressiva, sendo este um importante mecanismo no controlo da infeção.

É essencial que os enfermeiros perioperatórios, além de conhecimentos teóricos e científicos, e de uma prática baseada na evidencia, possuam conhecimentos sobre esterilização, armazenamento de materiais estéreis e características dos dispositivos médicos, devendo garantir que cumprem e fazem cumprir, todas as recomendações, normas e protocolos na sua manutenção, transporte e acondicionamento. Este conhecimento e prática, dentro do bloco operatório, permite-lhe identificar as necessidades atuais e futuras desta área de prestação de cuidados, tornando-se um elemento fundamental nos grupos de planeamento de Blocos Operatórios e/ou Departamentos Cirúrgicos.

Neste sentido, torna-se essencial uma adequada preparação profissional e pessoal que integra um relevante fator e instrumento para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados numa unidade.

Teixeira (1997) diz-nos que *"...todos os enfermeiros que vão ocupar um 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"*.

O processo de integração de um enfermeiro no bloco operatório é habitualmente demorado e complexo, não só porque na formação académica de base em enfermagem estes conteúdos são praticamente inexistentes, mas também, porque o bloco operatório é um serviço muito específico, carregado de novas tecnologias e equipamentos, exigindo do profissional um conhecimento técnico-científico ampliado e atualizado.

Segundo o Parecer do Conselho Jurisdicional 75/2008 da OE *"a adequada integração dos profissionais aos serviços onde irão prestar cuidados, de forma a poderem responder cabalmente às especificidades dos mesmos, é parte importante e intrínseca a essa segurança. O desconhecimento ou não familiarização com o local de trabalho e/ou com os diversos recursos materiais colocados ao dispor do profissional, são fatores potenciadores de risco"* e, *" a existência de quaisquer condições que impeçam o adequado cumprimento dos deveres dos enfermeiros em assegurar o*

*direito dos clientes a cuidados seguros, constitui uma violação dos seus direitos à prática de cuidados de qualidade e na procura da excelência do exercício”.*

Neste sentido, um programa de integração num bloco operatório assume uma conotação essencial ao processo de adaptação do novo enfermeiro. Um programa corretamente organizado e apropriado aos apanágios reais do serviço e dos integrandos, que respeite o *background*, as experiências anteriores, os sentimentos e emoções, contribuirá efetivamente para o bom desempenho e excelência da qualidade dos cuidados. Só *“um homem bem adaptado, está disposto a dar mais de si, e em consequência, reivindica maiores conhecimentos e responsabilidades”* (AESOP, 2012 citando Boog, 1980; Macian, 1987).

Um programa de integração terá a duração estritamente necessária para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória e para a obtenção de conceitos elementares para a sua prática como:

O saber-fazer - dois conceitos inseparáveis, no sentido em que o fazer implica a operacionalidade do saber teórico, e por seu lado, o saber teórico inclui as leituras advindas da experiência prática;

O saber-ser/saber-estar – conceitos adquiridos não só no percurso profissional, mas também no percurso social, educacional e familiar, identificados simultaneamente como competências comportamentais, contribuem ativamente para a socialização dos enfermeiros e permitem-lhes o correto comportamento dentro de um contexto tão particular como sendo o bloco operatório. Aqui, o saber-ser/saber-estar implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress (AESOP, 2012).

Também o Conselho de Enfermagem, no Parecer 78/2017 (retificado) se pronuncia em relação a esta problemática, referindo que *“o processo de integração é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e consequentemente no seu desempenho profissional. É um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida com experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados”.*

Atendendo à especificidade do bloco operatório, às necessidades do serviço, à experiência de vida dos enfermeiros, aos conhecimentos prévios, sentimentos e capacidade de adaptação, os conteúdos e duração dos programas de integração não são estanques, pelo contrário, devem permitir reformulações e adaptações de uma forma dinâmica e de acordo com as necessidades sentidas ao longo do processo, quer pelos enfermeiros quer pelo serviço.

As vantagens de um programa de integração são várias, entre elas encontramos a redução da ansiedade dos enfermeiros, a redução da rotatividade e substituições, uma economia do tempo de integração e um ajustamento frequente das expectativas e objetivos.

Segundo Frederico e Leitão, *"um processo de integração, devidamente estruturado, beneficiará a gestão de diversas formas. Se a integração se processar o mais rápido e adequadamente possível, o novo profissional dará o seu contributo mais efetivo na consecução dos objetivos, haverá menos absentismo, menos substituições, menos fugas a responsabilidade e haverá uma continuidade de cuidados"* (1999, p.135)

Independentemente do tempo de serviço anterior, da experiência profissional, em bloco operatório ou não, um enfermeiro quando chega a um serviço novo é, segundo Benner (2001,) um iniciado no continuum de iniciado a perito, pelo que deve ser integrado e acompanhado pelo integrador, elemento nomeado pelo enfermeiro chefe, até se sentir com autonomia e autoconfiança para prestar cuidados individualmente.

Estes cuidados são prestados *"durante as fases pré, intra e pós-operatórias da experiência cirúrgica do doente. O enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia"* (AESOP citando AORN, 2012, p.6).

Para que a integração seja realizada de uma forma eficaz e eficiente e no mais curto espaço de tempo, é imperioso identificar as principais características do enfermeiro integrador, pois também ele tem um papel preponderante no atingir dos objetivos.

Segundo a AESOP (2012), este deverá ser selecionado, de preferência entre os enfermeiros especialistas ou peritos, por deter capacidade de criar um clima agradável e de confiança, propício ao diálogo e verbalização de dúvidas e dificuldades sentidas pelo integrando, devendo para isso apresentar:

- ✓ Motivação para aplicar o programa de integração;
- ✓ Favoráveis relações humanas;
- ✓ Nobreza profissional;
- ✓ Conhecimentos técnicos e científicos atualizados;
- ✓ Capacidade de planeamento e de orientação;
- ✓ Disponibilidade;
- ✓ Responsável;
- ✓ Conhecimento da estrutura organizacional;
- ✓ Capacidades pedagógicas;
- ✓ Compreender competências necessárias ao processo ensino/aprendizagem;
- ✓ Deter conhecimentos e competências na área da enfermagem perioperatória.

Para o enfermeiro em integração, o integrador representa o elo de ligação com o serviço, organização e imagem da instituição. Ao enfermeiro integrador é exigido um acompanhamento e uma orientação de forma eficaz e eficiente, sendo-lhe carecido para tal um alto grau de segurança pessoal, para que não se sinta ameaçado com as falhas ou insucessos do integrante, e uma dose colossal de paciência, para saber lidar com os novos e inexperientes enfermeiros (Chiavenato, 1999).

Os cuidados de enfermagem perioperatória requerem uma preparação dentro da área específica onde se inserem, sendo quatro o tipo de intervenções e que são

complementares, podendo haver rotatividade entre elas: circulante, instrumentista, anestesia e unidade de cuidados pós anestésicos. Esta rotatividade é um aspeto com algumas vantagens e desvantagens. Se por um lado implica que o enfermeiro recém chegado obtenha e desenvolva um leque de conhecimentos vasto e diferenciado para assumir qualquer tipo de função, por outro, permite a polivalência de funções e uma melhor gestão de recursos humanos, nomeadamente em situações especiais, como sendo emergências, calamidades, férias, ou até mesmo, formação de novos elementos.

Outro aspeto igualmente importante diz respeito ao fato dos enfermeiros perioperatórios lograrem de uma maior visão e consciência da amplitude das suas competências e da complementaridade, o que incitará e valorizará o trabalho em equipa (Ferreira, 2010).

É seguro afirmar que o processo de integração se revela assim dinâmico e interativo, envolvendo não só o integrando, como envolve também o integrador e toda a equipa pluridisciplinar, mobilizando todos os recursos disponíveis no serviço procurando permitir ao novo enfermeiro o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas ao contexto perioperatório.

Os pressupostos do programa de integração, segundo a AESOP (2012), devem constituir uma realidade e ser respeitados: durante o período de integração, o novo enfermeiro não deverá ter funções atribuídas; o seu horário deve ser constituído por manhãs, para se inteirar da dinâmica do serviço, no entanto, o integrando deve fazer uma manhã de fim de semana para ter conhecimento das rotinas de limpeza e higienização das salas, atividades específicas e únicas realizadas neste dia; o enfermeiro a integrar deve fazer uma visita de observação à unidade de esterilização, durante um dia, de forma a conhecer a dinâmica deste serviço e principalmente, para adquirir conhecimentos sobre o tratamento, acondicionamento e reprocessamento do material cirúrgico; o integrando não deve ser utilizado para fazer face às necessidades do serviço, substituindo outros elementos que possam faltar; o enfermeiro chefe/coordenador do serviço deve delegar a um enfermeiro da equipa, com experiência e competência profissional, a responsabilidade deste processo de integração do novo enfermeiro; o enfermeiro a integrar será um elemento supranumerário; o horário do integrador e do integrando deverá ser coincidente; dentro do possível, ambos os enfermeiros devem fazer o mínimo de trocas e/ou tentarem trocar simultaneamente o turno; o enfermeiro integrador deverá demonstrar

otimismo e disponibilidade, expressos não só em palavras mas também em atitudes, para que o novo elemento saiba que pode contar com a sua ajuda e apoio; e as informações devem ser transmitidas progressivamente, pois não se aprende tudo ao mesmo tempo e a prática vai ajudar a consolidar os conhecimentos.

Atendendo às quatro funções que o enfermeiro assume num bloco operatório, o programa de integração deverá, também ele, estar dividido nos mesmos quatro momentos, no sentido de facilitar a definição de objetivos e metas, atividades e temporalidade (ainda que de forma sugestiva apenas) para cada fase. No final de cada fase, deverão ser realizadas avaliações que reflitam o percurso da integração, detetem necessidades ou dificuldades e possam permitir definir estratégias que levem ao suprimimento dessas situações.

Segundo o programa de integração proposto pela AESOP (2012) a primeira fase – ACOLHIMENTO/OBSERVAÇÃO tem a duração de um mês e o objetivo é a socialização e adaptação do enfermeiro ao bloco operatório. Nesta fase, está previsto que o enfermeiro tenha contacto com a dinâmica organizacional do serviço, protocolos e normas de procedimentos, bem como as funções a desempenhar. São etapas desta fase:

- Entrevista inicial com enfermeiro chefe/coordenador do serviço e enfermeiro integrador;
- Visita ao serviço para reconhecimento da organização do serviço e apresentação do novo enfermeiro à restante equipa;
- Entrega do plano de integração;
- Visita à Central de Esterilização e aos circuitos do material desde a saída do bloco operatório até à sua reentrada depois do reprocessamento e esterilização;
- A observação nesta fase é o objetivo no sentido da tomada de conhecimento, de todos os protocolos, normas, procedimentos, circuitos e atividades desenvolvidas dentro do bloco operatório.

A segunda fase – ENFERMEIRO DE ANESTESIA, tem a duração de dois meses e o objetivo é o desenvolvimento das competências como enfermeiro de apoio à anestesia e a todos os procedimentos a ela inerentes. Cumprindo para isso várias etapas:

- Concretizar o acolhimento da pessoa no bloco operatório;
- Dominar o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia;
- Cooperar com o anestesista e realizar procedimentos de enfermagem, durante a anestesia;
- Conhecer a ação e interação dos fármacos utilizados;
- Dominar as diferentes técnicas anestésicas;
- Concretizar registos de enfermagem;
- Participar na transferência do doente para a UCPA/UCI;
- Transmitir informações orais e escritas que permitam a continuidade dos cuidados;
- Reorganizar a sala operatória e proceder à sua reposição;
- Realizar a visita pré-operatória.

Na terceira fase – ENFERMEIRO CIRCULANTE, com a duração de três meses sensivelmente, o objetivo principal é desenvolver competências enquanto enfermeiro circulante, necessitando para isso:

- Verificar o plano operatório e planear os cuidados;
- Controlar e garantir as condições ambientais da sala operatória;
- Preparar e testar todo o equipamento necessário à cirurgia;
- Participar no acolhimento do doente;

- Cooperar na preparação das mesas cirúrgicas;
- Participar no posicionamento do doente;
- Colaborar na desinfeção do campo operatório;
- Cooperar com a enfermeira instrumentista e restante equipa cirúrgica;
- Manter a disciplina na sala;
- Responder a situações de urgência, durante a intervenção cirúrgica;
- Concretizar a contagem de compressas, corto perfurantes e dispositivos médicos, conforme protocolo;
- Preparar material de penso e drenagem;
- Garantir a segurança do doente e restante equipa pluridisciplinar;
- Realizar registos dos dispositivos médicos implantados e de cuidados intraoperatórios;
- Colaborar na saída do doente para a UCPA/UCI;
- Reorganizar e repor a sala, em colaboração com o enfermeiro de anestesia.

ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA, com a duração de seis meses é a quarta fase do programa e tem como objetivos a transmissão de alguns princípios básicos sobre instrumentação e o desenvolvimento de competências como enfermeiro instrumentista. Nesta fase é fundamental:

- Compreender a área de atuação do enfermeiro instrumentista e as vantagens da sua participação na equipa cirúrgica;
- Verificar o plano operatório e planear os cuidados;
- Lavagem cirúrgica das mãos;

- Vestir e despir corretamente equipamento cirúrgico estéril;
- Princípios gerais de colocação e retiro de campos estéreis e mesas de instrumentação, bem como as normas de organização e manutenção das mesmas;
- Conhecer as regras básicas de movimentação da equipa cirúrgica;
- Conhecer as normas de passagem de instrumental cirúrgico ao cirurgião;
- Conhecer e prever tempos operatórios;
- Conhecer os diferentes tipos de sutura e a sua aplicação;
- Realizar contagem de compressas, instrumental cirúrgico, e corto perfurantes segundo protocolo;
- Colaborar na colocação de drenagens e realização de pensos;
- Conhecer as normas de evacuação de materiais contaminados da sala operatória.
- Colaborar na transferência do doente.

Em cada fase o integrando deverá começar por uma postura de observação e escuta ativa, passando gradualmente a colaborar com o enfermeiro integrador no desempenho das funções inerentes a cada fase da integração, e, posteriormente, numa fase mais avançada poderá mesmo realizar os cuidados supervisionado pelo integrador.

No final de cada fase deve ser realizada uma reunião de avaliação com a presença do integrando, integrador e do enfermeiro chefe. Nestas reuniões são detetadas dificuldades, necessidades ou transmitidos sentimentos em relação ao progresso da integração, no sentido de se definirem atitudes e estratégias de melhoramento. Também aqui é decidido a passagem à fase seguinte, ou ao prolongamento da fase a decorrer.

De acordo com Ivancevich (2008), um programa de integração deve ter tempos definidos para interiorizar as políticas da Instituição e serviço, procedimentos e protocolos e, posteriormente, tempo para a prática clínica.

*Benner, "na análise da prestação de cuidados em enfermagem, constatou que as enfermeiras à medida que vão adquirindo experiência clínica, mudam a sua orientação intelectual, integrando, selecionando os conhecimentos e reajustando os critérios de tomada de decisão, abandonando a mera execução seriada e repetitiva das tarefas, como tinham aprendido durante a sua formação acadêmica" (AESOP, 2012, p. 289).*

Quando o plano de integração é realizado de forma correta, o profissional é incitado a ser mais produtivo num menor espaço de tempo, evita incidentes por parte do novo elemento na realização de tarefas, diminui a ansiedade do enfermeiro em integração, deixando-o mais tranquilo e apto a captar todas as informações. Por outro lado, reforça a imagem que o novo elemento tem do serviço não só para si mas também para o exterior, levando a que o elemento em integração caminhe rumo aos objetivos e filosofia do serviço e proporciona bem-estar ao novo enfermeiro diante dos seus colegas de trabalho (Carvalho, 2016).

Partilhamos da opinião de AESOP (2012) ao assumir que a integração num bloco operatório deve nortear os novos enfermeiros para o desenvolvimento de competências que representam o conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos e práticas necessários para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório.

*"A aquisição de competências é um processo dinâmico que permite a qualquer pessoa conhecer-se melhor, descobrir as suas potencialidades pessoais e profissionais e estabelecer um projeto profissional realista; permite tomar consciência das suas competências e permite trilhar novos caminhos" (Pinheiro, 2007, p.25).*

### **1.3.1.1 O enfermeiro circulante**

Apesar da acuidade do tema, não existe muita literatura acerca do mesmo, contudo, de acordo com a pesquisa efetuada constatamos que:

Segundo o Conselho Internacional de enfermeiros (CIE) (2006), os cuidados de enfermagem são estimados como necessários à prestação de cuidados de saúde numa diversidade de ambientes, e, desde então que se tem dado uma especial atenção aos níveis de dotações seguras e às condições requeridas para a prestação de cuidados seguros e eficazes.

O termo dotação segura implica que estejam presentes, em todos os momentos, uma quantidade adequada de enfermeiros competentes, para garantir que são prestados cuidados de qualidade e em segurança.

*“As dotações seguras refletem a manutenção da qualidade, dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. As práticas de dotações seguras incorporam a complexidade das atividades e intensidades de enfermagem; os níveis variáveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros; o desenvolvimento do pessoal de cuidados de saúde; apoio da gestão de saúde aos níveis operacional e executivo; ambiente contextual e tecnológico das instalações; apoio disponível dos serviços; e a prestação de proteção a quem comunique situações anómalas”* (CIE, 2006 epud North Carolina Nurses Association, NCNA 2005, p.6).

Com base nesta premissa, a OE regulamenta a dotação segura no Regulamento 533/2014 do Diário da República, 2.ª série - n.º 233 de 2 de dezembro de 2014, definindo que *“a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população”*.

Fica desta forma definido que em cada sala operatória se considera a existência das seguintes funções/postos de trabalho: Enfermeira Circulante, Enfermeira Instrumentista e Enfermeira de Anestesia.

De acordo com as Orientações Relativas As Atribuições Do Enfermeiro Circulante (2004) emanadas pela OE assume-se que o enfermeiro circulante é o *“profissional que, no conjunto da equipa cirúrgica, tem como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico no que ao ambiente diz respeito (...) assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite”*.

Dada a relevância desta função dentro da sala operatória, a OE refere ainda que a função de manutenção da segurança do doente e do ambiente necessário ao ato cirúrgico é da responsabilidade do enfermeiro circulante e que a substituição deste por alguém que não seja enfermeiro (independentemente do tempo) intenta o exercício ilegal da profissão, logo qualquer membro da ordem que pactue com esta infração incorre em violação dos seus deveres.

Também Matson (2001) no seu artigo intitulado *“The critical nurse in the circulating nurse role”* afirma que o enfermeiro circulante, dentro da sala operatória é responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem ao doente e é ela quem coordena as necessidades da equipa cirúrgica. Fazendo uso do pensamento crítico e das suas competências específicas, o enfermeiro circulante observa e avalia todo o teatro operatório antes, durante, e após os procedimentos, a partir de uma perspetiva ampla, garantindo desta forma um ambiente seguro e confortável para o doente.

Identicamente, Neyens et al (2018) no seu artigo *“Applied Ergonomics”* assume no enfermeiro circulante um papel fundamental na antecipação das necessidades dos outros membros da equipa (Simmons et al., 2009), como a instrumentista, o cirurgião e o anestesiológista (Ritchie, 2009). Além disso, desempenha um papel fundamental na proteção e manutenção da segurança do paciente ao longo das diferentes fases do procedimento cirúrgico, assegurando que os protocolos cirúrgicos são cumpridos. O enfermeiro circulante funciona em torno da equipa estéril agindo como a ligação entre estéril e não estéril, fornecendo equipamentos, materiais e informações para os

cirurgiões e enfermeira instrumentista bem como outras informações acerca do processo do doente.

Concomitantemente, a AESOP (2012) define o enfermeiro circulante como um enfermeiro sénior, um enfermeiro experiente, com competências científicas e técnicas atualizadas, que cuida do doente de uma forma holística, dando resposta às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança, bem como às necessidades da equipa cirúrgica.

*“Durante o ato cirúrgico, quer a equipa estéril, quer a equipa de anestesia estão envolvidas nos seus procedimentos e é o enfermeiro circulante que tem de estar atento a tudo quanto se passa na sala e atuar em conformidade de forma a manter a segurança. Isto implica conhecimentos específicos nesta área e domínio das competências que lhe estão associadas”* (AESOP; 2012, p. 130).

Ser enfermeiro circulante exige assim:

- ✓ Competências atualizadas na área perioperatória;
- ✓ Atribuições específicas de responsabilidade concernente à segurança do doente, equipa e ambiente, gestão de riscos e gestão organizacional da sala operatória;
- ✓ Conhecimento profundo e um tento pertinaz do ambiente cirúrgico e circuitos no sentido de cumprir e fazer cumprir a assepsia cirúrgica;
- ✓ Assunção de uma política pró-ativa de gestão do risco;
- ✓ Desenvolvimento de um conjunto de procedimentos, fruto de um pensamento crítico e reflexivo permanente, em busca de uma melhoria continua dos cuidados realizados ao doente cirúrgico.

Embora se constate alguma carência da literatura destaca-se o estudo de Ilaria Redaelli (2018). Estudo etnográfico acerca das competências não técnicas dos enfermeiros circulantes. Este estudo foi realizado num hospital no norte de Itália , com base na observação direta, análise de documentos e entrevistas informais aos enfermeiros circulantes durante o período entre maio e julho de 2017.

Segundo este estudo os *"enfermeiros circulantes desempenham um papel fundamental na manutenção da segurança dos doentes, conforme surge nas diretrizes internacionais de segurança na sala de operações. De fato, as diretrizes da OMS (2009) para cirurgia segura são atribuídas às responsabilidades dos enfermeiros circulantes em garantir o posicionamento do doente na mesa operatória, monitorizar o campo estéril e realizar verificações de segurança do uso de materiais e equipamentos. Como circulantes os enfermeiros são membros-chave da equipa cirúrgica"* (p. 2852).

Da análise dos dados surgem competências não técnicas, descritas em cinco categorias e das quais depende a qualidade do trabalho enquanto enfermeiro circulante. São elas:

- LIDERANÇA

Refere-se a capacidade de elaborar um diagnóstico sobre uma situação no sentido de orientar toda uma equipa cirúrgica, em direção à ação corretiva apropriada.

Constatou-se que esta capacidade surge pela observação constante e intensa do campo estéril ao longo de todo o procedimento cirúrgico, evitando assim qualquer quebra de assepsia, estando os enfermeiros circulantes preparados para solicitar ações corretivas sempre que tal se verificasse. Ao mesmo tempo, os enfermeiros circulantes são sensíveis à observação de padrões assépticos e às competências dos membros da equipa cirúrgica, no sentido em que, sempre que a equipa cirúrgica é composta por elementos em integração ou menos diferenciados, o enfermeiro circulante fica mais alerta redobrando a sua atenção.

- CONSCIENCIALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Os enfermeiros circulantes estão preocupados em antecipar as necessidades do enfermeiro instrumentista e da restante equipa cirúrgica, mais especificamente em ter disponíveis todos os materiais e equipamentos necessários ao correto funcionamento do procedimento, bem como à troca ou substituição dos mesmos em tempo útil.

- GESTÃO DE PROCEDIMENTOS

Os enfermeiros circulantes desempenham um papel fundamental na organização do espaço de trabalho, ou seja, na preparação da sala antes do início da cirurgia.

São eles os responsáveis pelo posicionamento da mesa operatória, do aspirador, da coluna de laparoscopia e todos os monitores a ela conectados, da unidade de eletrocirurgia, de forma a não prejudicar a circulação na sala quer da equipa estéril quer da equipa não estéril.

Simultaneamente, o enfermeiro circulante deve estar desperto para a possibilidade de mudanças de procedimentos ou estratégias cirúrgicas, garantindo que as mesmas são realizadas mantendo a segurança do doente e da equipa.

Uma vez que são diversas as cirurgias e bastante diversificados quer os materiais, quer os equipamentos, ao enfermeiro circulante é exigido um conhecimento e reconhecimento dos mesmos.

- COMUNICAÇÃO

Esta competência refere-se à troca de informações entre os membros da equipa. Esta troca pode ocorrer quer de forma verbal quer não verbal.

Ao enfermeiro circulante é solicitado que se posicione num local da sala em que a enfermeira instrumentista, ou outro elemento da equipa cirúrgica, não tenha que o procurar sempre que haja necessidade de solicitar algo, o que lhes permite concomitantemente comunicar através de olhares ou gestos.

- TRABALHO EM EQUIPA

Desenvolvendo esta competência os enfermeiros circulantes conseguem coordenar-se com os outros membros da equipa cirúrgica facilitando o decurso do procedimento cirúrgico.

Aos enfermeiros circulantes é requerido que consigam ser assertivos, selecionando cuidadosamente o momento da sua interação com a equipa sem que esta prejudique as suas atividades ou o procedimento cirúrgico em si, da mesma forma que evitam antecipar demais a enfermeira instrumentista no sentido de não quebrar a sua concentração.

A análise do estudo permitiu concluir que, o desenvolvimento destas características é fundamental na educação e integração do enfermeiro circulante no sentido em que promove a qualidade do desempenho e garante a segurança do doente.

O enfermeiro circulante é um elemento fundamental e indispensável numa sala operatória, sendo-lhe atribuídas competências, técnicas e não técnicas, e características específicas necessárias ao bom funcionamento e à garantia da segurança, quer para o doente, quer para a equipa cirúrgica.

Tão importante é o conhecimento dos procedimentos, dos materiais e equipamentos, a atualização técnico-científica dos conhecimentos, como o desenvolvimento de competências não técnicas, mas que caracterizam de forma peculiar o enfermeiro circulante. São estas competências que lhe permitem, de forma assertiva, eficaz e eficiente, antecipar procedimentos; evitar riscos desnecessários; otimizar e organizar equipamentos e espaços; adotar comportamentos de boas práticas e verificar que a restante equipa segue o exemplo; lidar com situações de emergência e stressantes sem interferir com a organização e atividades da equipa; facilitar a comunicação, quer verbal, quer não verbal; garantir a segurança do ambiente, do doente e da equipa cirúrgica.

Neste sentido, só com uma integração adequada, eficaz, organizada e direcionada para as especificidades da organização/serviço estão garantidas as condições necessárias para a aquisição das competências necessárias ao enfermeiro circulante.

É nesta alteração sobre a aquisição de competências, técnicas e não técnicas, e do saber (ser e fazer) profissional, que se enquadra o estudo realizado por Benner (2001).

Segundo Benner (2001) a aquisição de competências alicerçada na prática é mais segura e mais rápida se tiver uma boa base teórica.

*"A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria"* (Benner, 2001, p.61)

A mesma autora refere filósofos da ciência como Kuhn (1970) e Polanyi (1958) que estabelecem o "saber" e o "saber fazer" como dois tipos diferentes de conhecimentos, referindo a dificuldade em explicar através da teoria (saber) a habilidade e a competência (saber fazer) adquirida para determinada atividade.

*Neste sentido, "o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do "saber fazer" existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina"* (Benner, 2001, p.32).

O conhecimento prático adquire-se com o tempo levando à perícia. É esta perícia, que na tomada de decisões complexas, como os cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas.

*"A enfermeira perita percebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis"* (Benner, 2001 citando Dreyfus, H. 1979 e Dreyfus, S. 1981).

Esta capacidade muito rigorosa é o produto de muitas horas de cuidados e de observação direta dos doentes. Segundo Benner (2001), Polanyi (1958) designa esta competência de percepção e de conhecimento, da enfermeira perita, de verdadeiro "saber" ou "connaisseurship" .

Heidegger (1962) e Gadamer (1975), referenciados na obra de Benner (2001), definem a "experiência como o melhoramento das ideias preconcebidas que não são confirmadas pela situação atual, (...) este conhecimento anterior, ou pré-conhecimento, é muitas vezes formado a partir da teoria, pelos princípios e pelas experiências anteriores, (...) é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a

*experiência, e que o conhecimento clínico – mistura entre os conhecimentos práticos simples e os conhecimentos teóricos brutos – se desenvolve” (p. 37).*

Benner incorre assim no modelo de aquisição de competências desenvolvido em 1980 por Stuart Dreyfus, matemático e analista, e Hubert Dreyfus, filósofo, aplicando-o à prática de Enfermagem.

Este é um modelo desenvolvido sobre o estudo de jogadores de xadrez e pilotos de aviões que *“estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito”* (Benner, 2001, p.43).

Estes níveis de proficiência surgem pela mudança em três aspetos gerais no momento da aquisição de determinada competência, assinaladamente:

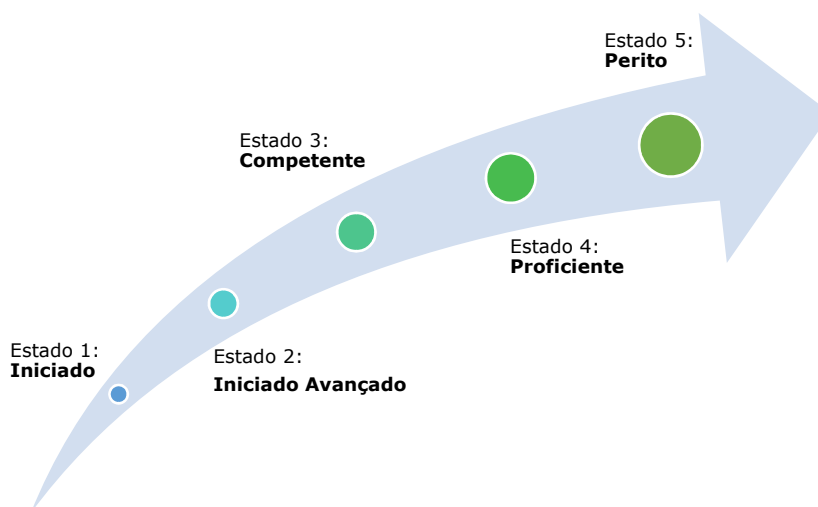
- ✓ A transição de uma confiança em princípios abstratos à utilização de uma experiência reconhecida concreta;
- ✓ Transição na percepção de determinada situação, vista agora como um todo, mas em que só algumas partes são relevantes;
- ✓ Transição de observador desligado a participante envolvido.

O Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências surge assim alicerçado no estudo de uma situação prática, na situação, e determinando o nível da prática evidenciado na situação. Neste sentido, destacam-se os pontos fortes em vez dos défices, e referem-se as capacidades da prática em vez das características ou habilidades (Benner, 2001)

*“Estes mecanismos de transformação e de crescimento do desempenho dão importância à experiência, já que quando esta cresce, o conhecimento ultrapassa a primazia do saber teórico, passando a ser uma mistura de saberes teórico-práticos. A perícia profissional cresce com as experiências e do seu confronto com as possibilidades enunciadas pelos princípios”* (Silva, 2013, p.31 citando Brykczynski, 2004)

De acordo com Benner (2001) existem cinco níveis de desenvolvimento, cada um com características específicas, apresentadas de seguida.

FIGURA 1 - NÍVEIS DE DESENVOLVIMENTO SEGUNDO O MODELO DE DREYFUS NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS



### **Estadio 1: Iniciado**

Os enfermeiros iniciados não têm qualquer experiência perante as situações com que são confrontados durante a prestação de cuidados. No sentido da sua formação e aquisição de competências, são-lhes descritas situações objetivas, facultadas normas e regras para que orientem a sua prática.

Enfermeiros iniciados são considerados tanto os estudantes de enfermagem, como recém cursados e até mesmo enfermeiros com experiência, mas, que integram um novo serviço, em que não conhecem os objetivos e os aspetos inerentes à prestação de cuidados necessária. O Modelo de Dreyfus é um modelo independente da pessoa, da sua inteligência ou dom, mas relativo apenas à situação.

## **Estadio 2: Iniciada Avançada**

Nesta fase, os enfermeiros conseguem identificar já alguns aspetos significativos que se repetem em situações idênticas pois já observaram, enquanto iniciados, situações suficientes. É necessária já alguma experiência para se reconhecerem estes aspetos.

De acordo com Benner (2001) "*as principiantes e as principiantes avançadas só podem apreender um pequeno aspeto da situação: isso tudo é muito novo , muito estranho e cada vez mais têm que se concentrar nas regras que lhes ensinaram*" (p.52).

A inferência maior na formação dos enfermeiros neste estado de desenvolvimento, manifesta-se na evidência destes necessitarem de ser envolvidos no contexto da prática clínica, como por exemplo, na definição de prioridades, uma vez que ainda se regem por princípios gerais, começando só agora, a familiarizar-se com situações repetitivas características da prestação de cuidados diária.

A existência de orientadores que norteiem a prática clínica dos enfermeiros iniciados revela-se essencial , para que eles possam beneficiar das situações que experienciam e aprender ao mesmo tempo a definir prioridades, sem que, em qualquer momento, saiam prejudicados eles ou os próprios doentes.

## **Estadio 3: Competente**

O enfermeiro competente exerce funções no mesmo serviço há dois ou três anos, e, já consegue aperceber-se da sua prestação de cuidados em termos objetivos e a longo prazo de forma consciente e deliberada.

*"A enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem. A*

*planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização” ( Benner, 2001, p.54).*

Neste estado, os enfermeiros podem finalmente beneficiar dos exercícios de tomada de decisão e de simulações da prática e, planejar e coordenar, os diversos cuidados prestados atinentes as necessidades dos doentes.

#### **Estadio 4: Proficiente**

O enfermeiro proficiente é aquele que percebe as circunstâncias com que se depara na sua globalidade e não em termos de aspetos isolados.

Esta compreensão global facilita o seu processo de decisão, que se apresenta cada vez mais facilitado pela perspectiva que lhe permite identificar prioridades.

A percepção é aqui um elemento fundamental. *“A perspectiva não é muito bem pensada mas apresenta-se por si mesma, porque é fundada sobre a experiência e os acontecimentos recentes”* (Benner, 2001, p.55), ou seja, o enfermeiro adquire conhecimento pela experiência, e consegue identificar potenciais acontecimentos típicos que ocorrem em determinada situação, pela vivência anterior de situações similares.

Nesta fase, o enfermeiro proficiente já se encontra capacitado para reconhecer a deterioração do estado do doente ainda antes de haver mudanças significativas em termos hemodinâmicos.

#### **Estadio 5 : Perito**

O enfermeiro perito atua de acordo com uma compreensão profunda da globalidade da situação com que se depara. Já não se baseia num princípio analítico

(regra, indicação...) na transição do estado de compreensão ao ato apropriado. O enfermeiro perito é alguém com uma vasta experiência, que assimila de modo intuitivo cada situação e arroga diretamente o problema sem se dissipar num considerável leque de soluções e de diagnósticos áridos.

Segundo Benner (2001) referindo Dreyfus (1977) *"a pessoa experiente já não tem em conta as características e as regras. Essas pessoas são maleáveis e mostram um nível elevado de adaptabilidade e de competências"* (p.59), outorgando opiniões clínicas e conduzindo situações complexas de uma maneira ilustre, são profissionais num estado de perícia fáceis de reconhecer.

De acordo com Gadamer (1970), Benner & Wrubel (1982), a palavra experiência, tão mencionada anteriormente, não se refere apenas à passagem do tempo, mas pelo contrário, ao aperfeiçoamento de saberes e conceitos existentes através da união de opulentas situações reais que enriquecem a teoria.

*"A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria"* (Benner, 2001, p.61).

Para que estas transições de estados resultem, é essencial que o novo elemento no serviço seja acompanhado por um enfermeiro experiente, e que esse acompanhamento seja sustentado por programas de integração bem ideados. Programas de integração que permitam ao novo enfermeiro estar supranumerário, para que, além das experiências práticas possa ter simultaneamente acesso a teoria, como sejam protocolos, normas, instruções de trabalho, ou até mesmo, a deveres e direitos do profissional de Enfermagem a desempenhar funções em determinado serviço de determinada instituição.

Não podemos deixar de salientar que, quer o início da vida profissional, quer a mudança de serviço são momentos de desenvolvimento de competências que colimam a adaptação dos profissionais à nova unidade de trabalho.



## 2. METODOLOGIA DE PROJETO

Após a fase conceitual é essencial evidenciar os recursos utilizados para efetivar a investigação, no sentido em que, as decisões tomadas agora irão determinar o desenrolar do estudo.

Metodologia de projeto é definida como *“um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”* (Guerra citada por Nunes et al, 2010, p. 3). Esta, assume como objetivo fundamental centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e execução de projetos numa situação real (Nunes et al, 2010).

Aprender por projetos centrados em problemas é aprender respondendo a uma necessidade: é realizar-se na concretização desses mesmos projetos de tal forma que, a compreensão se desenvolve de forma natural e gradual, promovendo uma nova relação dinâmica entre prática e teoria (Leite et al, 2001).

Mateus (2011) partilha desta mesma opinião, ao afirmar que ao trabalho de projeto está intrínseco uma nova forma de aprender, em que a prática provoca vontade de agir, de refletir. Uma aprendizagem perseverante com o novo saber que envolve aventura, no sentido em que parte à descoberta e se aposta em situações difíceis de gerir, em incertezas, na revisão e procura de novos valores.

Nesta metodologia o saber e o saber fazer estão intimamente ligados, no sentido em que a prática nutre a teoria e a teoria por seu lado alicerça a prática.

Segundo Mateus, na teoria agregam-se conhecimentos adquiridos e diligencia-se a aquisição de novos conhecimentos e experiências, na prática humaniza-se e socializa-se o saber (2011, mencionando Barbier, 1993).

Em termos estruturais a metodologia de projeto é composta por uma sequência de cinco etapas:

1. **Diagnóstico de situação**, onde se identifica o problema num contexto, apresentando sinteticamente a sua importância;
2. **Definição dos objetivos**, gerais e específicos;
3. **Planeamento**, relativo a atividades, estratégias e meios a desenvolver;
4. **Execução**, das atividades planeadas;
5. **Avaliação**, com a divulgação dos resultados através da redação do relatório de estágio e elaboração do artigo científico.

Neste sentido, é seguro afirmar que este processo não se baseia apenas na investigação do problema, mas também na tentativa de intervenção e resolução eficaz desse mesmo problema.

*“Esta metodologia permite a gestão integrada dos empreendimentos, incluindo a discussão das melhores estratégias, a realização de estudos iniciais, a coordenação dos esforços dos diversos intervenientes, o emprego racional dos recursos, a avaliação e a tomada de ações corretivas sempre que haja desvios relativamente aos planos inicialmente traçados”* (Ramos, 2007, p.5).

Nunes et al (2010) referem ainda que na Enfermagem, o Processo de Enfermagem assume-se como um instrumento que reflete a essência da metodologia de projeto, pois, de uma forma contínua, individualizada, estruturada e dinâmica, faz-se valer de uma série de instrumentos que procuram a resolução ou minimização dos problemas identificados, permitindo-lhe alterar os cuidados à medida que se alteram as necessidades. *“O processo de enfermagem foi desenvolvido como um método específico para a aplicação da abordagem científica ou da abordagem de solução de problemas na prática de enfermagem”* (George, 2000, p. 22, citando Christensen & Kenney, 1990; Oermann, 1991; Wilkinson, 1992).

## 2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Enquanto primeira etapa da metodologia de projeto, segundo Nunes et al (2010), o diagnóstico de situação objetiva a realização, de forma dinâmica, contínua e com atualizações constantes, de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende agir e alterar.

O diagnóstico de situação é caracterizado por ser satisfatoriamente alargado, aprofundado, rápido, claro, sucinto, e por se ajustar às necessidades do processo de planeamento (Tavares citado por Nunes et al, 2010).

Ainda de acordo com a fonte supracitada, o diagnóstico da situação (Apêndice I) implica a identificação dos problemas quantitativa e qualitativamente, consolidando a análise do contexto social, económico e cultural, no sentido da determinação das necessidades, definição de prioridades e, futuramente, a seleção de recursos e grupos intervenientes.

Formular o problema, é descrevê-lo, enquadrá-lo e caracterizá-lo até ao pormenor, desmontando-o em problemas parcelares, consciencializando-nos dos limites que detém (Leite et al, 2001).

Importante também nesta etapa será a avaliação da qualidade e pertinência do problema, ou perderá todo o interesse de investigação.

Neste sentido, Almeida e Freire (2007), definem cinco parâmetros de apreciação do problema. De acordo com os mencionados, o problema deve:

- ✓ Ser concreto e real;
- ✓ Garantir as condições necessárias para o estudo, como por exemplo, avaliar a disponibilidade por parte do contexto onde é realizado;
- ✓ Garantir a operacionalidade com base numa hipótese científica;

- ✓ Ser pertinente para a teoria e/ou prática;
- ✓ Encontrar-se formulado de forma clara e perceptível.

A identificação do problema assume assim o início de um projeto/investigação.

Segundo Fortin (2009, p. 66) *“o ponto de partida da investigação é uma situação que suscita interrogações, um mal-estar ou uma inquietação que pede uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão”*.

Segundo a mesma autora, investigação define-se como um método racional que intui a aquisição de conhecimentos. É um processo sistemático de colheita de dados notáveis e confirmáveis no mundo empírico, com o propósito de descrever, explicar e prever fenômenos.

Este processo leva o investigador a planificar a sua investigação em função dos conhecimentos que existem sobre o assunto ou sobre o fenômeno.

Com base nas reflexões apresentadas e dada a especificidade e a natureza dos cuidados perioperatórios, identificou-se como problema alvo de intervenção a Integração de enfermeiros na função de circulante no Bloco Operatório da instituição onde decorre o estágio, o qual justificamos de seguida.

Segundo a AESOP (2012, p. 108), *“o papel do enfermeiro perioperatório pode ser definido como o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar (...) tais como a segurança e a prevenção de infeção, o controlo da dor, a manutenção da temperatura corporal, a adequação nos posicionamentos cirúrgicos, as quais são consideradas observáveis, mensuráveis, visíveis e demonstráveis”* (...).

Qualquer uma das funções do enfermeiro perioperatório, enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, é essencial e com idêntica importância na prestação de cuidados ao doente, contudo, ao enfermeiro circulante cabe também, a responsabilidade pela gestão organizacional da sala operatória, tendo este que responder perante as hierarquias acerca das ocorrências neste âmbito.

Ao enfermeiro circulante é exigido uma panóplia de conhecimentos da área de gestão de forma a serem racionalizados todos os recursos necessários à cirurgia, é exigido um conhecimento acerca de todos os equipamentos e dispositivos necessários ao bom funcionamento da sala e a uma adequada prestação de cuidados, é exigida a utilização do processo de enfermagem no sentido de garantir a segurança na prestação de cuidados, ..., em suma, é exigido que desenvolva a sua atividade antes, durante e após a cirurgia acrescida de objetivos complementares no sentido de prestar os melhores e mais adequados cuidados ao doente.

Sempre que um enfermeiro, recém formado ou transferido de outro serviço, integra a equipa de enfermagem do bloco operatório, depara-se com um conjunto inigualável de conceitos, teorias, atividades e funções a que deverá dar resposta. Para que esta resposta ocorra de forma eficiente e eficaz, garantindo a excelência dos cuidados prestados ao doente, é capital que a sua integração seja também ela excelente.

Por integração, compreende-se a introdução de um novo enfermeiro na organização hospitalar, e a sua orientação no bloco operatório, envolvendo atitudes relativas à *“transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas aos aspetos da organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades”* (Chiavenato, 1981, p.199).

A integração é um processo que se inicia com a introdução do enfermeiro na organização e só termina quando este reconhecer a filosofia e os valores organizacionais, a equipa de trabalho e as suas atividades funcionais (Gode, 1993), no sentido de se aculturar de forma célere das práticas do serviço e tornar apto mais rapidamente na prestação de cuidados eficazes e eficientes.

Pelo tempo limitado que dispúnhamos para observação da Unidade Hospitalar onde realizamos o estágio, pudemos aperceber-nos que são recebidos novos enfermeiros com alguma frequência, e que no seu período de integração, a função de circulante é realizada muitos meses após o ingresso no hospital, ficando estes a prestar cuidados como enfermeiros de anestesia durante um tempo prolongado.

Apesar da existência de uma instrução de trabalho que define as funções do enfermeiro circulante, não existe um guia que padronize e oriente a integração de novos elementos nesta função.

O novo elemento é “*atribuído*” a um enfermeiro mais antigo, a quem são reconhecidas capacidades e conhecimentos enquanto enfermeiro integrador, contudo, não invalida que o novo elemento não possa realizar a sua integração com outros elementos, caso haja necessidade por parte do serviço.

Para a elaboração do diagnóstico de situação, na identificação e validação do problema, os enfermeiros têm ao dispor inúmeros métodos.

Tácito, à utilização de qualquer método, está a observação do contexto de estágio e dos intervenientes, bem como as suas atividades.

Segundo Afonso a “*observação é uma técnica de recolha de dados particularmente útil e fidedigna, na medida em que a informação obtida não se encontra condicionada pelas opiniões e pontos de vista dos sujeitos.*” (2014, p. 98), ocorrendo principalmente quando “*o investigador quer descrever e compreender o modo como as pessoas vivem, trabalham e se relacionam num determinado contexto social (implicando) que o investigador se insira na situação (...) e observe o próprio contexto, os padrões das relações entre as pessoas, o modo como reagem aos eventos que ocorrem*” (p. 48).

No mesmo contexto, Correia (2009), citando Spradley (1980), alude que os objetivos da observação vão muito além da pormenorizada descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento.

Além da observação participante, em que “*o observador trabalha em colaboração com os participantes no meio da Investigação*” (Denzin e Lincoln, 2000, citados em Fortin, 2009, p. 300) optámos ainda por outros métodos que fundamentassem a escolha do problema.

Outro método escolhido por nós, foi a análise SWOT (Apêndice II). A análise SWOT é uma das técnicas mais utilizadas na elaboração de diagnósticos, uma vez que permite a reflexão e o confronto com os fatores positivos e negativos identificados perante determinada situação. Inclusos nos fatores positivos encontramos a *força*, elemento favorável e interno ao próprio sistema, e as *oportunidades*, de carácter externo. Enquanto fatores negativos, integramos as *fraquezas*, com carácter interno e

as *ameaças* provenientes do exterior , e que efetivamente podem prejudicar o sistema.

Esta nossa análise foi posteriormente validado em entrevista não estruturada, realizada com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira orientadora.

A entrevista, é também ela um meio frequentemente utilizado para coleta de informação, opiniões ou necessidades, e até melhor conhecimento sobre as pessoas, as suas relações e pertença a um grupo (Nunes et al, 2010)

A entrevista não estruturada é composta por questões abertas e permite aos entrevistados expor os seus pontos de vista e a sua experiência. "*A entrevista não dirigida pode, por vezes, constituir a primeira etapa da conceção de um instrumento de medida*" (Fortin, 2009, p.376)

Durante a entrevista não estruturada, quer com a enfermeira orientadora quer com a enfermeira chefe, a integração de novos elementos na função de enfermeiro circulante foi apontada como problema principal e atual do serviço, ainda que não condicione a integração dos novos enfermeiros atualmente.

Neste sentido, atendendo à importância e pelo desafio de responder a uma necessidade objetiva e prática sentida pelo serviço, surge a possibilidade de criar um guião orientador na integração de enfermeiros na função de enfermeiro circulante.

Definem-se como prioridades de intervenção do projeto face ao problema identificado:

- ✓ Realizar revisão científica da literatura acerca do tema;
- ✓ Pedir autorização formal à administração da instituição/chefe do serviço para colheita de dados;
- ✓ Motivar a equipa a participar neste projeto;
- ✓ Entrevistar enfermeiros responsáveis de especialidade para colheita de contributos para o projeto;

- ✓ Analisar os conteúdos das entrevistas e confrontar com a revisão científica da literatura;
- ✓ Elaborar um guião orientador na integração de enfermeiros na função de circulante;
- ✓ Divulgar os resultados através do relatório de estágio e artigo científico.

Neste momento, é possível identificar o valor e pertinência deste projeto, delineando-se os objetivos que se ostentam de seguida.

## **2.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS**

Os objetivos surgem a partir do diagnóstico de situação, no sentido de dar resposta ao problema identificado.

Nunes (2010) citando Barbier (1996) os objetivos assumem-se como reproduções antecipadoras objetivadas na ação a desenvolver. Nem todos os autores são unânimes quanto a elaboração de objetivos, havendo-os que defendem que estes devem ser elaborados antes da planificação das ações, no entanto, também os há a defender que sejam elaborados ao longo do projeto.

Os objetivos, geral e específicos, estão focalizados na resolução do problema identificado na fase do diagnóstico de situação, bem como todas as atividades e estratégias definidas nesta fase.

Neste sentido, e dando seguimento aos elementos já apresentados, definiu-se como objetivo geral deste projeto:

- Contribuir para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros na função de enfermeiro circulante no Bloco Operatório.

No sentido de concretização do objetivo geral, definiram-se também como objetivos específicos:

- Elaborar revisão bibliográfica alicerçada em dados científicos credíveis sobre a temática do estudo;
- Construir um elemento de colheita de dados;
- Aplicar o instrumento de colheita de dados aos enfermeiros responsáveis de especialidade para colheita de contributos para o projeto;
- Analisar os conteúdos colhidos;
- Elaborar guião orientador de integração para enfermeiros no Bloco operatório, na função de circulante;
- Produzir um instrumento de avaliação formativa a realizar no final do programa de integração;
- Divulgar os resultados.

No sentido de materializar estes objetivos, foi imprescindível um planeamento bem organizado, estruturado e exequível, o qual apresentamos de seguida.

## 2.3 PLANEAMENTO

Surgindo como terceira fase da Metodologia Projeto, o planeamento é o processo que procura instituir, com alguma celeridade, as decisões e as ações a serem realizadas num determinado espaço de tempo, para atingir objetivos definidos, no sentido de resolver um qualquer problema.

Nesta fase da metodologia são definidos os recursos humanos necessários ao correto planeamento das intervenções, descritas e calendarizadas as atividades a desenvolver de acordo com os objetivos definidos, previstos custos e ainda augurar possíveis constrangimentos, bem como definir estratégias para os ultrapassar

Neste sentido, planeamento implica a elaboração *“de um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade”* (Nunes, 2010, p. 20 citando Miguel, 2006).

É também nesta fase que são definidas as diversas atividades a realizar, os métodos e as técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma. O cronograma será um elemento dinâmico e interativo, pois apesar de programado nesta fase poderá sofrer alterações, quer espaço-temporais, quer das atividades definidas, quer das estratégias ou meios planeados, ao longo de todo o estágio.

O fato do estágio se realizar num contexto de todo desconhecido para nós, exigiu um maior período de integração quer na organização da Instituição quer do serviço. A não existência de uma relação/conhecimento prévio, quer do serviço, quer dos pares e até mesmo da chefe do serviço acabou por revelar algum constrangimento na pesquisa e identificação do problema, contudo, esta foi uma situação que ultrapassámos com alguma celeridade dada a pertinência do estudo e a motivação que harmonizávamos.

Através do planeamento, teve início a definição e reflexão de atividades e estratégias necessárias para colmatar dificuldades e alcançar o objetivo final.

O projeto, que até então não parecia concretizável, toma agora um rumo real, o que levará à formação e ao desenvolvimento pessoal e profissional do mestrando.

No sentido de esquematizar as atividades e estratégias de intervenção, os recursos humanos, materiais e de tempo, bem como os indicadores de avaliação dos objetivos estabelecidos, foi preenchida a ficha de planeamento do projeto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, complementada por um cronograma representativo do mesmo, que se encontra em apêndice (Apêndice III).

## 2.4 EXECUÇÃO

A fase da execução é a fase da metodologia que coloca em prática tudo o que foi planeado anteriormente.

*“A rutura entre o real mental e o real construído coloca ao(s) participante(s) diversos problemas que, ao serem resolvidos, podem potencializar o(s) seu(s) leque(s) de competências”* (Nunes et al, 2010, p. 23 citando Nogueira, 2005).

Segundo Leite, Malpique e Santos *“a metodologia de projeto situa-se no campo das investigações qualitativas (...) dentro do paradigma que, criticando a objetividade positivista e o reducionismo quantificador, procura aprender a especificidade do objeto em estudo”* (1989, p.57).

Neste mesmo contexto, Fortin (2009), descreve o objetivo da investigação qualitativa, como o compreender fenómenos sociais, com poucos dados disponíveis, baseados numa conceção holística da realidade, em que, o rigor constante no processo assegura o valor dos resultados.

Também Lincoln (1999), refere que a área de investigação em saúde está aberta à pesquisa e que o modelo qualitativo é uma escolha superior em relação aos modelos convencionais. Assim, para este autor, o paradigma qualitativo permite uma análise dos fenómenos de uma forma mais profunda e holística (citado por Streubert e Carpenter, 2002, p.13).

O método qualitativo apoia-se no raciocínio indutivo, onde toda a informação pertinente é colhida junto dos intervenientes até à saturação dos dados. Os dados são colhidos pela observação no meio em que se inserem os participantes e através de entrevistas. É o tratamento posterior dos dados que provê sob a forma narrativa, o resumo da informação colhida junto dos intervenientes. Parafraseando Ribeiro, "o método indutivo propõe que se parta da observação para a teoria" (1999, p.18).

Neste sentido, a opção metodológica para este estudo norteou-se para uma abordagem qualitativa de natureza descritiva, uma vez que estes, visam "obter mais informações sobre as características de uma população ou sobre fenómenos pouco estudados e sobre os quais existem poucos trabalhos de investigação" (Fortin, 2009, p.236). Metodologia esta compatível com a preocupação do investigador em compreender como era realizado o processo de integração de novos enfermeiros na função de circulante.

A essência qualitativa desta investigação resulta não só do tipo de técnicas de colheita de dados mas principalmente dos próprios objetivos do estudo, que surgem no sentido de integrar e descrever o fenómeno, como sendo, o processo de integração de enfermeiros no contexto real de trabalho

O estágio decorreu no Bloco Operatório Central de um Hospital de Lisboa e Vale do Tejo (caracterização em Apêndice IV), que visa ser uma referência nacional pela qualidade, eficiência e segurança do serviço prestado. Este hospital tem como missão a promoção e a prestação de cuidados de saúde à população de cinco concelhos, num total de 245000 habitantes sensivelmente, assim como a qualquer cidadão em situação de emergência

A equipa de enfermagem (caracterização em Apêndice V), na sua maioria uma equipa jovem e dinâmica, é constituída por cinquenta e seis enfermeiros, estando um a chefiar e os restantes cinquenta e cinco na prestação de cuidados. Jovem também em relação ao tempo de prestação de cuidados em Bloco Operatório, uma vez que

39% da equipa está no serviço há 5 ou menos anos. Dinâmica também, no sentido em que, cerca de 48% dos enfermeiros investiu na formação profissional. Destes, 15% são especialistas, sendo que 10% tem mestrado ou pós-graduações associada. A equipa está dividida entre o recobro, a cirurgia de urgência e a cirurgia convencional. Atendendo ao foco do nosso estudo, às características inerentes à realização do estágio e ao horário praticado pelo enfermeiro orientador no local, o investigador baseou o seu estudo nos enfermeiros que estão alocados à cirurgia convencional. Dos vinte e dois enfermeiros distribuídos na cirurgia convencional, só quinze assume a função efetiva de enfermeiro circulante na sala operatória.

Cada área cirúrgica (cirurgia geral e avançada, urologia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia) tem um elemento responsável, à exceção de psiquiatria e dermatologia, perfazendo assim um total de 6 elementos responsáveis de especialidade.

A etapa da Execução, do nosso projeto, não decorreu de forma linear, apresentando alguns contratemplos, mas que com alguma harmonia, persistência e criatividade foram sendo contornados sem prejuízo para o trabalho final.

Ao longo do estágio as atividades calendarizadas, para atingir os objetivos foram decorrendo, com algum ajuste, de acordo com o que estava planeado, as quais passamos a descrever:

✓ Revisão Bibliográfica

A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura. *“A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento”* Bento (2001, p.1).

As pesquisas efetuadas decorreram em vários momentos do estudo e nas mais variadas formas, como sendo:

- Pesquisa na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Santarém;

- Pesquisa na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Setúbal;

- Consulta de documentos de referência, como sendo orientações emanadas pela OE, diretrizes propostas pela AESOP e ainda Diários da República.

- Pesquisa em Bibliotecas Digitais, Repositórios, Plataformas, Base de Dados e periódicos, tais como o RCAAP, a ESBCO, a B-On, a Scielo, a PubMed, AORN Journal, Elsevier e Wiley Journal

As pesquisas efetuadas, na B-On e na PubMed, tiveram por base palavras chave (integração de enfermeiros e enfermeiro circulante) e MeSH terms (operating room e nurses).

Foram fatores limitadores:

- Disponível na biblioteca;
- Acesso ao texto integral;
- Data de publicação compreendida entre 2010 e 2018;
- A definição do assunto (operating room e perioperative nursing);
- A língua (inglês, português e espanhol).

Após a leitura dos títulos, dos resumos e de alguns artigos na íntegra, foi selecionado apenas um artigo tendo em conta o tema em estudo.

Pese embora a relevância da problemática, são poucos os estudos e documentos de referência relativos à mesma. Contudo este não foi fator desmotivador para os autores, tendo sido no final construída uma síntese com todos os dados. Foi, simultaneamente, realizado um artigo científico revelador da pesquisa efetuada (Apêndice VI).

✓ Construção de um elemento de colheita de dados, aplica-lo aos enfermeiros responsáveis de especialidade para colheita de contributos para o projeto e análise dos conteúdos colhidos

*"A escolha dos métodos de colheita dos dados depende das variáveis estudadas e da sua operacionalização. Entre os principais instrumentos de medida em uso, mencionamos a observação, a entrevista, o questionário e a escala de medida"* (Fortin, 2009, p.56).

O elemento de colheita de dados está relacionado com a metodologia adotada para o estudo. No sentido de cumprir os objetivos deste trabalho, o instrumento de colheita de dados selecionado para aquisição de contributos por parte dos pares foi o questionário (Apêndice VII).

Os questionários seriam entregues somente aos elementos responsáveis de especialidade. A razão desta escolha da amostra recai no fato de serem elementos integradores com alguma frequência, elementos de referência no serviço pela função de responsável de especialidade, que acumulam a função de circulante, logo enfermeiros mais experientes.

O questionário é *"o método de colheita de dados mais utilizado pelos investigadores (...) objetivo é recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões"* (Fortin, 2009, p. 380).

Anteriormente à entrega dos questionários à equipa foi realizado um pedido à Direção dos Serviços de Enfermagem (Apêndice VIII), solicitando à Sra. Enf.<sup>a</sup> Diretora autorização para aplicação dos questionários aos enfermeiros do Bloco Operatório no âmbito do trabalho de projeto. A resposta a este pedido não surgiu em tempo útil, pelo que não foi possível a utilização do instrumento acima mencionado.

Como forma de circundar este contratempo decidimos recorrer a entrevistas não estruturadas e à observação participante para a colheita de contributos a incluir no guião.

"A entrevista em investigação é um encontro entre um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece informação" (Fortin, 2009, p.399), no sentido de se explorar o tema a estudar.

A "existência de um manual de integração com uniformização de procedimentos e timings" foi o requisito sugerido por todos os pares abordados no sentido de facilitar o processo de integração.

Aspetos como "experiência, disponibilidade e conhecimento do integrador, espírito de equipa e abertura da mesma, a relação integrador-integrando, a existência de uma integração com duração adequada ao integrando, e o acesso a protocolos, manuais ou instruções de trabalho" foram, no mesmo sentido, considerados essenciais ao processo de integração.

"Interesse, responsabilidade, proatividade, dinamismo, empenho, capacidade de comunicação, competência e organização" foram algumas das características mencionadas como relevantes, a desenvolver pelo elemento em integração, na função de circulante.

Como fatores dificultadores surgem "a diversidade e especificidade do material e equipamento, a inexistência de protocolos cirúrgicos que facilitem a preparação do material, a grande quantidade de informação transmitida sem suporte teórico, défice de apoio/accompanhamento por parte do integrador".

Paralelamente às entrevistas, o investigador foi observando participadamente, o que se revelou um fator facilitador na compreensão/integração do que lhe ia sendo relatado e/ou sugerido.

✓ Elaboração de um guião orientador de integração para enfermeiros no Bloco operatório, na função de circulante

O bloco operatório é, provavelmente, a área de prestação de cuidados, em que a situação de saúde do utente (muitas vezes associada a inúmeras patologias complexas), o seu estado de consciência, os procedimentos terapêuticos de que necessita e o meio ambiente que o rodeia, exijam mais dos profissionais de Enfermagem (AESOP, 2012).

Ao enfermeiro é exigido um conjunto de conhecimentos e habilidades de essência distinta, gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência do risco respeitando as normas de segurança e um elevado nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas.

Neste sentido, torna-se essencial uma adequada preparação profissional e pessoal que integra um relevante fator e instrumento para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados numa unidade.

A elaboração deste guião surge assim, como elemento crucial, no sentido em que, vem de encontro às necessidades do serviço e das sugestões proferidas pelos enfermeiros entrevistados.

O Guião (Apêndice IX) assoma-se como um instrumento de trabalho, de comunicação, facilitador do processo de integração.

Aqui estão descritas as características essenciais ao integrador e as competências técnicas e não técnicas a gerar no integrando. Estão enumerados os pressupostos do programa de integração, os objetivos e as atividades a desenvolver.

Este documento tem a função de clarificar quaisquer dúvidas e criar uma uniformidade nos processos de integração. O fator tempo assume um caráter meramente indicativo, devendo ser, garantidamente ajustado ao integrando e às suas características e capacidades de aprendizagem.

O enfermeiro em integração recebe a toda a informação básica necessária à função de circulante, bem como ao comportamento esperado e a relação com a restante equipa multidisciplinar. O Guião assume assim a finalidade de nortear todo o processo de aprendizagem do integrante, promovendo uma prestação de cuidados mais cuidada e segura.

✓ Produção de um instrumento de avaliação formativa a realizar no final do programa de integração

De acordo com a AORN, a função do enfermeiro perioperatório é a de *"identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociológicas do doente, pôr em prática*

*um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de Enfermagem, baseadas no conhecimento das Ciências Humanas e da Natureza, a fim de restabelecer ou conservar saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia” (AESOP, 2012, P.108).*

Todos estes princípios intimados, reclamam do Enfermeiro da Sala de Operações uma atenção contínua e uma prestação de cuidados de Enfermagem, altamente especializados e executados, integrado numa equipa de saúde multidisciplinar.

Para efetivar o cumprimento destas premissas, é crucial que no final do processo de integração à função de circulante, se realize uma avaliação. Esta, é de caráter formativo com registo em documento próprio, por forma a que seja possível a avaliação dos objetivos delineados para esta fase, no sentido de se avaliar concomitantemente a necessidade de prolongar, ou não, o tempo de integração para a aquisição das competências exigidas.

O documento da avaliação tem descritos 15 objetivos a atingir durante o processo de integração, que são avaliados numa escala de Likert numerada de 1 a 5. Para dar continuidade ao programa de integração, o integrando deverá atingir no mínimo a pontuação 3 em todos os itens.

*“As escalas de medida são formas de autoavaliação que são constituídas por vários enunciados ou itens, lógica e empiricamente ligados, entre si, e que são destinados a medir um conceito ou uma característica do indivíduo” (Fortin, 2009, p.388).*

Este documento encontra-se no final do Guião de Integração, sendo a última etapa a realizar aquando do período de integração nesta função.

✓ Divulgação dos resultados

Momento determinante para o sucesso do projeto, na medida em que se dá a conhecer o percurso realizado e a pertinência do projeto na resolução de um problema específico.

Segundo a OE (2006), o conhecimento conquistado através da investigação em Enfermagem diligencia o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, beneficiando a qualidade dos cuidados e otimizando os efeitos em saúde.

Atendendo a que a Investigação pretende acrescentar conhecimento à comunidade científica, acreditamos que a divulgação de qualquer estudo constitui um dever ético do investigador.

A divulgação dos resultados pode acontecer a vários níveis, desde sessões de formação, poster, reuniões, apresentação em congressos, artigos em revistas científicas, ou mesmo através da Internet, devendo a exposição ser adequada às características dos seus destinatários. *"Não é a mesma coisa escrever para leigos, técnicos ou decisores. De igual forma, não é a mesma coisa escrever para alguém familiarizado com o projeto, ou para alguém que lhe é alheio. Nem é semelhante escrever para uma audiência (previsivelmente) recetiva ou para um conjunto de destinatários (tendencialmente) cétricos"* (Schiefer et al, 2006, p.185).

A divulgação deste projeto foi, até agora, concretizada na elaboração de um artigo científico (Apêndice VI) , que ambicionamos ver publicado num futuro próximo, e foi apresentado no II Congresso de Enfermagem Perioperatória, realizado pela Escola Superior de Setúbal (apresentação em Apêndice X). Também este relatório servirá para divulgação, quando após discussão se encontrar disponível no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Partilhamos da opinião de Nunes et al (2010), quando narra que a divulgação em Investigação permite fortalecer e cimentar os conhecimentos, constituindo-se como um contributo para a visibilidade dos cuidados em Enfermagem.

## 2.5 AVALIAÇÃO

A avaliação deve ser um processo contínuo e permanente ao longo de todo o projeto. Só assim, é possível confirmar a orientação do projeto e realizar retroações sempre que se ostente pertinente.

Segundo Carvalho e Diogo (2001) a avaliação deve prover os elementos essenciais para intervir no sentido de otimizar a coerência entre o projeto e o problema, a eficiência na gestão dos recursos de acordo com os objetivos, e, a eficácia entre a ação e os resultados obtidos.

No mesmo contexto, Nunes et al (2010), parafraseando Nogueira (2005), afirma a *"avaliação como processo dinâmico implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos. Nesse sentido a avaliação deve ser rigorosa"* (p.25).

Esta etapa não é concluída na sua plenitude, não por opção do investigador, mas por fatores que lhe são externos. Por um lado pela dificuldade de articulação com o serviço para divulgar o guião em tempo útil, dificultando assim a sua implementação, por outro lado, atendendo a que na função de circulação, os enfermeiros devem permanecer no mínimo três meses, não seria exequível a avaliação dos integrantes no final.

Após a elaboração do Guião acima descrito na fase da execução, foi entregue uma cópia ao enfermeiro orientador e à enfermeiro chefe do serviço para avaliação do mesmo e para recolha de contributos que se revelassem pertinentes incluir. No seguimento desta avaliação, o Guião foi revisto e ultimado. Foi entregue uma cópia no serviço, para que este possa ser colocado em prática e possa cumprir desta forma a finalidade a que foi proposto inicialmente.

Consideramos que o Guião corresponde às expetativas, e, dá resposta aos objetivos propostos inicialmente, vindo solucionar um problema antes existente.

Acreditamos desta forma otimizar a qualidade e a segurança das integrações na função de circulante e minorar todas as adversidades que anteriormente surgiam.



### **3. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

O estágio apresenta-se como um meio privilegiado de aprendizagem. Aqui o estudante experiência originais e distintas situações, beneficiando do apoio, conhecimento e experiência de um enfermeiro perito em enfermagem perioperatória e apoiado pela supervisão de um docente.

A partilha de experiências e a intervenção efetiva do enfermeiro orientador promovem, não só uma análise, como também a discussão crítica e reflexiva facilitando a reorientação dos cuidados prestados. São estes momentos, que diligenciam no estudante, o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro perioperatório e melhoram a qualidade dos cuidados prestados.

Apesar da experiência em contexto perioperatório há cerca de 10 anos, com funções bem definidas e responsabilidades de gestão por especialidades atribuídas, a possibilidade de realizarmos o estágio numa Instituição distinta, desconhecida, num ambiente socioeconómico díspar, permitiu-nos um repositório de experiências e atividades completamente inovadoras. Neste sentido, e após discussão com a enfermeira orientadora no local, decidimos nortear o nosso estágio de acordo com os seguintes objetivos:

- ✓ Desenvolver um projeto de formação em serviço, seguindo a metodologia de projeto;
- ✓ Desenvolver em contexto clínico, competências de enfermagem perioperatória;
- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre as principais técnicas de enfermagem perioperatória na especialidade de urologia e ginecologia, enquanto projeto de formação individual;
- ✓ Desenvolver competências de Mestre em enfermagem perioperatória.

Enquanto enfermeiros perioperatórios, na nossa prática diária, o nosso campo de ação inicia-se com a consulta de enfermagem pré-operatória, passando depois pelas funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de UCPA, terminando com a consulta de enfermagem pós operatória.

Tendo em conta os objetivos que definimos, e após validação com a enfermeira orientadora, decidimos, além de redarguir aos objetivos definidos no plano de estudos elaborado pela Escola Superior de Saúde de Setúbal, investir ativamente na função de circulante (para dar resposta ao projeto a desenvolver no serviço) e na função de instrumentista nas especialidades de Urologia e Ginecologia ( para responder ao projeto de formação individual). A escolha destas duas especialidades recai sobre o facto de, no nosso local de trabalho, sermos responsáveis pela especialidade de urologia e corresponsáveis pela especialidade de ginecologia.

Na especialidade de Urologia, a diferença entre o realizado em estágio e o realizado habitualmente no local de prestação de cuidados não é muito dispare. Contudo, a possibilidade de confronto e comparação de atitudes e técnicas permitiu discussões/reflexões assertivas e construtivas que levarão, garantidamente à melhoria dos cuidados prestados.

Na especialidade de Ginecologia, surgiu a oportunidade de desenvolver competências na área da laparoscopia, técnica raramente utilizada no nosso local de trabalho, e com benefícios efetivos em termos de dor, complicações e tempo de convalescença para os doentes. Procedimentos como histerectomias, colposacropexias e ablação de lesões endometrióticas por laparoscopia, por exemplo, revelaram-se técnicas inteiramente novas e desconhecidas, mas que tivemos oportunidade de fortalecer. A possibilidade de sugerir e desenvolver posteriormente estas técnicas no nosso local de trabalho revela-se uma possibilidade audaz, mas garantidamente, com benefícios indescritíveis para a população jovem-adulta cuidada no nosso local de trabalho.

O desenvolvimento de competências nas especialidades supracitadas possibilitou uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento de técnicas cirúrgicas bastante divergentes das que desempenhamos habitualmente, o que pessoalmente se revelou bastante motivador.

Para tornar ainda mais enriquecedora a realização deste estágio, consideramos pertinente a frequência de dois cursos. Practical Course II – Laparoscopic Surgery Training Course for operating room nurses (Programa em Anexo 2) e o 2º Curso Teórico-Prático de Laparoscopia Ginecológica (Programa em Anexo 3).

O primeiro, mais direcionado para os cuidados na especialidade de urologia, e o segundo, sobre a especialidade de ginecologia. Ambos debateram temas como a segurança, o posicionamento dos doentes e algumas técnicas cirúrgicas que podem ser melhoradas em benefício da equipa pluridisciplinar e do doente.

Os conhecimentos, as competências e a experiência que sucederam a prática nestas especialidades, contribuíram definitivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Apesar da relevância e do investimento arremetido nestas duas funções, tivemos a oportunidade de colaborar e participar ativamente em todas as atividades realizadas no serviço onde decorria o ensino clínico (ações de formação em serviço, reuniões de equipa e ainda ações de formação submetidas ao tema da “*Proteção de Dados*” fornecida pela instituição hospitalar), incrementando experiências e competências a diferentes níveis.

Acordando, com o ciclo de estudos previsto no ensino politécnico, descrito no n.º 4 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de julho e Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, há que desenvolver uma série de competências específicas e essenciais.

A elaboração deste capítulo, surge igualmente neste sentido, procurando evidenciar o cumprimento dessas mesmas competências, necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, as quais passamos a descrever:

✓ **Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.**

Ao enfermeiro perioperatório é exigido um amplo e específico nível de conhecimentos, o desenvolvimento da capacidade de memória imediata da ciência cirúrgica, a capacidade de recorrer ativamente a experiências anteriores, o desenvolvimento intuitivo e a criatividade, a diversidade de pensamento e ação, as resistências física e mental, bem como a flexibilidade.

Ao enfermeiro perioperatório é carecido um conhecimento, da anatomia e fisiologia humana, das alterações fisiológicas e consequências para o doente, dos fatores de risco, quer latentes quer reais, no período perioperatório potenciais de lesão para o doente, dos meios de prevenção e segurança do doente e as implicações psicossociais da cirurgia quer para o doente quer para a família.

No âmbito das suas competências, o enfermeiro perioperatório, assume funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de cuidados pós-anestésicos.

O enfermeiro de anestesia deverá desenvolver competências na área da anestesia, conhecimento acerca das várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e interação farmacológica entre estes e técnicas e métodos de monitorização, pois só assim consegue uma prestação de cuidados eficaz, eficiente e personalizada.

O enfermeiro circulante, ao circular (na verdadeira ascensão da palavra) em volta do utente, da equipa estéril, do enfermeiro instrumentista, da sala, consegue uma visão holística, detetando qualquer quebra de assepsia e introduzindo atempadamente medidas corretivas. É mandatório, que para se ser um bom enfermeiro circulante e se rentabilize ao máximo tempos operatórios, salas operatórias e materiais, este se mantenha em permanente evolução paralelamente à evolução da ciência e da tecnologia, podendo assim prestar cuidados ao mais alto nível.

É função do enfermeiro instrumentista, prever, organizar, utilizar, gerir e controlar os instrumentos para que a cirurgia decorra de forma correta, eficiente e eficaz, garantindo a segurança do utente e restante equipa pluridisciplinar. Para tal, ele é detentor de uma valência de funções, competências e saberes específicos a esta área de cuidados de forma a permitir um desempenho eficiente e eficaz, fundamental na gestão dos cuidados, dos recursos humanos e materiais. Apesar de esta poder ser considerada uma função meramente tecnicista, ao nível do saber fazer, tal não é

completamente verdade, pois a perspectiva do cuidar está na base de todos os cuidados, mesmo aqui, no sentido em que quem cuida, deve ser detentor de competências científicas, relacionais e técnicas.

O período do recobro pós anestésico é o tempo que se segue imediatamente a um ato terapêutico e/ou diagnóstico realizado sob procedimento anestésico. Este é um período crítico para o utente, pois alia os riscos associados à administração dos fármacos, os riscos associados à intervenção cirúrgica e a dor pós-operatória, tornando-o vulnerável ao aparecimento de inúmeras complicações. Aqui a maior preocupação é a personalização dos cuidados atendendo à individualidade e privacidade de cada doente. Para tal, o enfermeiro deve possuir antecipadamente informação acerca do doente que vai acolher a fim de adequar a preparação da unidade, dos recursos materiais e humanos às necessidades do mesmo. Na UCPA o utente fica sob vigilância apertada, garantindo uma recuperação mais rápida, eficaz e eficiente sem dor.

Importante, que em todas as atividades, atitudes e procedimentos sejam mantidas as regras e protocolos de segurança, bem como cumpridas as práticas recomendadas para bloco operatório.

E porque os cuidados perioperatórios implicam uma equipa pluridisciplinar, o enfermeiro, no decorrer da sua atividade, deve assumir uma atitude ética e deontologicamente adequada, não só quando cuida do doente/família, mas também nas relações interpessoais com os diferentes membros da equipa pluridisciplinar.

A ênfase dos cuidados é depositada na segurança e bem estar do doente, numa perspectiva de qualidade global.

Foi assente na qualidade global dos cuidados, na melhoria destes cuidados, na procura da excelência dos cuidados em enfermagem perioperatória, que se desenvolveu o projeto de estágio. Baseámo-nos na observação, na recolha de testemunhos dos pares e na pesquisa de literatura para identificar um problema existente. Este era um problema que não impedia a prestação de cuidados mas limitava de alguma forma a sua qualidade.

Atendendo à rotatividade de enfermeiros nos serviços, a integração destes é uma problemática sempre atual e necessária. A integração do enfermeiro circulante,

considerando a importância que este assume num bloco operatório, tornava-se imprescindível e de superior interesse. Não obstante esta necessidade, e como se verificou através da pesquisa científica em bases de dados, trata-se de um tema ainda em desenvolvimento, revelando mais uma vez a pertinência do mesmo.

Com a possibilidade de desenvolver um projeto formativo no campo da investigação, baseado na metodologia de trabalho de projeto, acreditamos contribuir para o enriquecimento do corpo de conhecimentos da ciência que é a enfermagem perioperatória, e conseqüentemente, garantimos mais um passo na direção da excelência dos cuidados.

✓ **Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.**

Sendo o bloco operatório um serviço em constante evolução técnica, em que diariamente se experienciam novas práticas, novos dispositivos, novos conceitos, novos procedimentos, os enfermeiros perioperatórios, diariamente, são sujeitos à necessidade perseverante de resolução de problemas, com alguma regularidade, novos e não familiares.

Num bloco operatório, a equipa pluridisciplinar tem um objetivo comum, a prestação de cuidados, numa perspetiva holística e humanística, de qualidade, competentes e adequados ao doente/família. Segundo Hamlin e Richardson (2009 citado em Duarte e Martins, 2014), a equipa objetiva proporcionar um ambiente seguro, proteger o doente de eventos adversos, obter resultados positivos, promover o conhecimento e as competências dos diferentes membros da equipa e, acima de tudo, respeitar a dignidade de todas as pessoas, independentemente da raça, origem ou cultura.

*"Os enfermeiros no bloco operatório são como os músicos de uma orquestra, sem eles não existe processo"* (Mercedes Bilbao citada em Duarte e Martins, 2014).

No âmbito em que, o doente é prioridade efetiva e dentro de um bloco operatório se encontra em situação de grande vulnerabilidade, revela-se imperativo que o enfermeiro perioperatória tenha consciência do problema, das suas implicações e consequências, e conquiste, fazendo-se valer do vasto leque de conhecimentos técnico-científicos de que é detentor, a solução mais satisfatória e adequada à situação.

Problemas que vão desde, a quebra de assepsia ao entrar na sala operatória, durante um procedimento, sem máscara ou touca cirúrgica, à constatação de que o doente a ser submetido a cirurgia é um indigente a necessitar de apoio e cuidados redobrados pós alta. Muitas são as situações que transcendem a domínio de ação do enfermeiro, mas que beneficiam com a intervenção de outros profissionais de saúde.

Cabe ao enfermeiro perioperatório, ao atestar situações que podem por em causa, quer a saúde, quer a recuperação da autonomia, ou até mesmo a promoção do bem estar do doente, diligenciar o acesso do doente a outros profissionais de saúde, garantindo o colmatar de um problema essencial à recuperação daquele doente e opulentando, a qualidade do serviço de saúde que lhe é prestado.

Com áreas de competências bem definidas a nível da, prestação de cuidados, comunicação, educação/formação, advogado do doente, análise e investigação, gestão, desenvolvimento da pessoa como profissional e liderança, assentes num Código Deontológico essencial à prática, onde se encontram descritos os deveres profissionais *"enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como nas responsabilidades que a profissão assumiu"* (OE, 2005, p.7), e suportadas por legislação que ostenta a excelência dos cuidados, acreditamos que o enfermeiro perioperatório alberga as capacidades e competências necessárias para solucionar problemas novos que possam surgir.

Um exemplo, simples mas frequente, era a quebra de assepsia por parte de alguns profissionais, ao entrar numa sala operatória sem máscara quando já estava exposto material estéril. Este era um comportamento desadequado, mas frequente, tão frequente que já ninguém chamava a atenção! Ao depararmo-nos com esta situação, procuramos de imediato, junto do enfermeiro circulante, gestor de sala, propor uma correção argumentando não só pelo erro ou risco associado, mas acima de tudo pelos benefícios que advinham de se tomar a atitude mais correta. Não foi

fácil, mudar um comportamento já instalado e indiferente para a maioria, mas com a alegação correta e uma atitude segura a mudança ocorre.

Reconhecer as competências acrescidas ao bom funcionamento de uma equipa pluridisciplinar, promover a cooperação e correlação da mesma, legitimando os lucros que daí podem suceder para os doentes, revela um alto nível de altruísmo e responsabilidade nos cuidados prestados aos doentes.

✓ **Integra conhecimentos, lida com questões complexas, desenvolve soluções ou emite juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.**

Situações complexas, de informação limitada, parece-nos algo familiar, que surge, não tão poucas vezes quanto o desejável, num bloco operatório. Basta um procedimento novo, uma técnica inovadora, um dispositivo à experiência em que a documentação e informação são diminutas para que aflore como algo novo e inesperado, de modo que , complexo e por vezes arriscado.

Um exemplo simples deste tipo de situações que nos surgiram em estágio, foi durante a prestação de cuidados, o desenvolvimento de competências na instrumentação de laparoscopia em ginecologia. Apesar dos dez anos de experiência em cuidados perioperatórios esta é uma técnica subdesenvolvida no nosso local de trabalho, mas que felizmente, tivemos oportunidade de explorar durante o estágio. Dada a conotação "*desconhecida*" exigiu de nós um investimento superior. Primeiro o assumir perante a equipa pluridisciplinar a nossa inexperiência na área (ao trabalharmos em equipa, é imprescindível que cada elemento saiba exatamente as competências de cada um, e saiba o que esperar de cada elemento se a situação, subitamente, se alterar), e, depois o pesquisar, procurar, questionar e acima de tudo a autoformação. Um enfermeiro ao prestar cuidados tem que ter consciência cirúrgica, tem que saber muito bem não só as suas competências, mas acima de tudo as suas limitações, pois só assim se consegue superar.

Lidar com este tipo de situações, no momento em que ocorrem, sem muito tempo para computar consequências, obriga à tomada de decisões e emissão de juízos, alicerçados nos conhecimentos (científicos, experienciais, pessoais) de que o enfermeiro/equipa é detentor e, sempre com o intuito último, de avaliar a segurança e minimizar/abolir o risco, quer para o doente quer para a equipa.

A identificação de situações complexas, a definição do diagnóstico da situação, o planeamento dos cuidados com consciência dos riscos e a avaliação dos cuidados deve ser uma atitude perentória a realizar pelo enfermeiro perioperatório. Só assim se conseguem antever potenciais problemas e evitar riscos desnecessários, promovendo estratégias antecipatórias na solução dos mesmos. Através da aplicação do processo de enfermagem o enfermeiro escora as suas intervenções de forma sistematizada e ordenada desde a identificação à resolução dos problemas.

Similarmente, ao enfermeiro cabe muitas vezes, o papel de advogado do doente assegurando que os seus direitos e vontade sejam respeitados, atendendo ao estado vulnerável em que este se encontra, na maioria das situações, no bloco operatório. Também aqui a tomada de decisão terá que ser o mais responsável e consciencioso possível, sensato e adequado ao doente e à situação. Atuar em conformidade com a legislação, regras e normas institucionais, instruções de trabalho e práticas recomendadas, orienta não só a prática como salvaguarda o profissional, e, acima de tudo, garante a qualidade dos cuidados.

Qualquer que seja o âmbito da tomada de decisão, é fundamental não esquecer que o bloco operatório funciona em equipa pluridisciplinar, e todas as decisões devem ser tomadas em consonância, após discussão e avaliação da situação. Não podemos nunca esquecer que o objetivo superior é o doente, por ele e para ele são tomadas todas as deliberações, devendo também ele ser ouvido e apreciado nas decisões.

Através, de um processo intelectual, científico e metódico, do desenvolvimento de competências no domínio da prática profissional, ética e legal, operacionalizam-se saberes que garantem, sem dúvida, a qualidade, a continuidade e a educação/formação dos cuidados prestados ao doente/família.

✓ **Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.**

Comunicação, capacidade basilar do comportamento humano, no sentido em que este é um ser social e depende da comunicação para interagir com os demais. Caracterizada pela sua complexidade enquanto processo, promove não somente a transmissão de ideias, gostos, atitudes, crenças, sentimentos ou emoções, mas, similarmemente, a transmissão do conhecimento.

A comunicação do conhecimento, enquanto ciência, está dependente da capacidade de comunicação, clara e objetiva, eficaz e eficiente, por parte do ser humano. Tão importante é o desenvolvimento e a aprendizagem como é a transmissão desse mesmo conhecimento.

Enfermagem Perioperatória opera num ambiente caracterizado pelo stress e pela pressão, pela evolução técnica e profissional, pelo desenvolvimento de inúmeras competências dentro de uma equipa pluridisciplinar, onde o nível de conhecimentos exigido é transversal ao nível de cuidados prestados. Para que ocorra a evolução científica, é basilar que estes conhecimentos sejam transmitidos, quer ao próximo, quer dentro da comunidade profissional, quer, não obstante, a toda a comunidade das ciências da saúde.

A transmissão deste conhecimento surge de diversas formas. Uma simples discussão entre pares, um esclarecimento em grupo, uma formação em serviço, uma apresentação no local de trabalho, em congressos, fóruns, jornadas, ou mesmo no seio da comunidade científica, revelam-se como momentos de incremento, melhoria e aperfeiçoamento.

A transmissão realizada de forma mais formal obriga a que o raciocínio, os conhecimentos e as conclusões sejam fundamentadas em conhecimento científico atualizado e transmitidos com recurso a uma linguagem própria da Enfermagem Perioperatória, dando assim visibilidade às capacidades e competências dos enfermeiros perioperatórios. A participação nestes eventos, quer como palestrante

quer como congressista proporciona o crescimento e o desenvolvimento quer profissional quer pessoal.

A procura pelo conhecimento é algo que faz parte da nossa rotina desde o início da atividade profissional, pelo que temos tido várias oportunidades de participar em diversos eventos quer como congressistas quer como palestrantes.

Durante a realização do Mestrado, com um nível de conhecimentos superior e com um olhar profissional diferente, mais desperto, mais crítico e mais ávido de conhecimentos, tivemos oportunidade de participar:

❖ Simpósio Internacional Das Disfunções Do Assoalho Pélvico (SINDAP)

Simpósio que decorreu em dezembro de 2017, onde foram debatidos temas como a Sepsis perianal, a cirurgia uroginecológica, a abordagem minimamente invasiva da dor do pavimento pélvico, a reconstrução retal pós prostatectomia sem ileostomia, vários tipos de tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, entre outros.

❖ Congresso Nacional da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP)

Congresso decorrido em março de 2018, com o tema "*Hot Points no Bloco Operatório*", sob a máxima da procura contínua da qualidade, em que os focos foram: O Controlo da infeção do Local Cirúrgico; A jornada Lean – defeito zero e experiência perfeita do doente; A capacitação para estar preparado em situações de Catástrofe; A inclusão do cidadão nos cuidados perioperatórios; A documentação dos cuidados perioperatórios; O modelo de colaboração em anestesia e A especialidade em Enfermagem Perioperatória.

❖ II Reunião de Cirurgia Coloretal, entre o Lis e o Tejo

Reunião que decorreu em junho de 2018, com duas cirurgias em direto no período da manhã e com comunicações livres de acordo com o tema no período da tarde.

❖ Simpósio intitulado "1º Megameeting Ibérico Sobre Soluções Cirúrgicas Realmente Personalizadas"

Organizado pela Mölnlycke, decorreu em junho de 2018 em Madrid. Aqui, com a presença de várias nacionalidades, experiências e práticas diárias diferentes, foram apresentadas soluções personalizadas aos diferentes tipos de cirurgias, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados.

❖ Practical Course II – Laparoscopic Surgery Training Course for operating room nurses

Este foi um curso que decorreu em novembro de 2018, integrado em "*Learn with the best: Laparoscopy Course, 1ª Edition, level 1 – Live Surgery*". Abordados foram, temas atuais como a Verificação pré-operatória, a Preparação e posicionamento do paciente ou até mesmo a perspetiva de enfermeira na Cirurgia laparoscópica.

❖ 2º Curso Teórico-Prático de Laparoscopia Ginecológica

Realizado em novembro e dezembro de 2018. Temas como anatomia pélvica, ergonomia em laparoscopia e até mesmo complicações, entre outros, foram apresentados e debatidos neste curso.

Participamos ainda, enquanto palestrantes, e ainda, com a oportunidade de integrar a comissão organizadora do congresso, no **II Congresso de Enfermagem Perioperatória: da Evidência à Prática na Segurança dos Cuidados**, apresentando o tema "*Integração de enfermeiros no contexto perioperatório: especificidades do enfermeiro circulante*". (Apêndice X)

A participação em eventos deste género possibilita uma pertinaz atualização dos conhecimentos em Enfermagem Perioperatória, não só pela partilha como pela alteração de conceitos e projetos, dilemas e resoluções. Só assim se granjeara a tão indagada excelência dos cuidados prestados. ( Certificados de participação em Anexo 4)

✓ **Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo**

O ingresso no mestrado, é por si só, já uma manifestação desta capacidade de aprendizagem ao longo da vida profissional. Sendo uma escolha voluntária, mas que, obriga a grandes sacrifícios quer profissionais quer pessoais, projeta a vontade intrínseca, de nos capacitarmos e desenvolvermos competências que, de alguma forma, nos permitam dar uma resposta eficaz e eficiente, fundamentada e objetiva às necessidades com que nos deparamos no nosso dia a dia enquanto enfermeiros perioperatórios.

O aprender, o desenvolver competências, o fazer sacrifícios e o querer saber é algo que não podemos condicionar, pelo contrário, é dependente da vontade pessoal de cada um, e está diretamente relacionado com o que cada um de nós quer para si enquanto profissional. Acreditem, dependendo do contexto de trabalho, do contexto social, da particularidade e especificidade de cada local profissional, a aplicação e a transmissão das aprendizagens poderá ou não estar mais facilitada.

Não obstante a vontade, trata-se identicamente de um dever específico presente no Artigo 109º, alínea c, do estatuto OE anexo à lei 156/2015 de 16/09, no qual, *“o enfermeiro procura em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”,* através de *“uma conduta ligada ao desenvolvimento contínuo, onde podem considerar-se subjacentes a concretização da autonomia, a imprescindibilidade e a garantia da qualidade dos cuidados prestados”* (OE, 2005, p.137).

Partilhamos da opinião de Esteves quando refere que *“as estratégias que o enfermeiro de bloco operatório utiliza para o seu desenvolvimento profissional, têm por base a consciência de que nunca mais poderão parar de estudar e de atualizar os seus conhecimentos, numa constante procura de um reconhecimento académico que consolide a sua prática profissional e o seu estatuto social. Muitas vezes, a pesquisa de informação revela-se num processo solitário de tentar compreender determinada*

*temática, por uma questão de desafio pessoal ou por um aperfeiçoamento do saber, como base de preparação para uma intervenção cirúrgica específica” (2012 pág. 29).*

A Enfermagem Perioperatória é a área de enfermagem, cujos cuidados compreendem todo o ciclo vital do utente (“in útero” até à colheita de órgão pós morte), sendo as diversas áreas onde o enfermeiro poderá intervir, tantas quantas as especialidades cirúrgicas.

Estamos plenamente de acordo com Cabral (2004, p. 51) ao citar European Operating Room Nurses Association (EORNA), afirmando que *“os indivíduos submetidos a cirurgia ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado, num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória. Este pessoal experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o bloco operatório e os cuidados perioperatórios. A utilização sistemática de uma abordagem holística dos cuidados, deve manter a identidade e a dignidade de cada indivíduo doente, sem prejuízo do seu estado de saúde, nacionalidade, credo, religião ou outras crenças. O doente, familiares e outras pessoas significativas, têm o direito de receber informações necessárias, bem como apoio emocional e físico que lhes permitam ultrapassar as fases dos cuidados perioperatórios”.*

Podemos garantir que em quase 20 anos de serviço, foi nos últimos 10 (enquanto enfermeiros perioperatórios) que sentimos maior necessidade de pesquisa e atualização quer técnica, científica ou mesmo relacional. Admitimos que esta atualização será apenas os primeiros e pequenos passos numa grande caminhada, quer profissional quer pessoal, pois as competências, essas vão sendo adquiridas e desenvolvidas ao longo dos anos, e sobretudo, com a prática dos cuidados. Pois só um enfermeiro pró-ativo e preocupado fundamenta a sua prestação de cuidados em conhecimentos científicos e competência profissional, que lhe concede a assunção de toda a sua dimensão ética e deontológica permitindo-lhe reconhecer falhas e erros no sentido da excelência do exercício.

A capacidade de autoformação e aprendizagem ao longo da vida profissional revela-se então uma competência em Enfermagem Perioperatória que possibilita a constante atualização do saber de uma forma auto-orientada e autónoma.

A realização deste Curso de Mestrado em enfermagem Perioperatória promoveu a familiaridade com instrumentos fundamentais para a satisfação desta necessidade constante de atualização. Sempre que nos depararmos com um problema, uma dúvida, uma questão, estamos agora mais capacitados a solucioná-los, quer seja pela aplicação da metodologia de projeto, quer pela busca em bases de dados idóneas e científicas, quer pelo recurso a eventos onde a partilha, a discussão e a apresentação das mais variadas e inovadoras técnicas são uma constante.

Só quem é apaixonado pelo que é, e faz, está constantemente sedento de conhecimento e procura avidamente pela qualidade dos cuidados.



## 4. CONCLUSÃO

Este é um momento particularmente difícil e ao mesmo tempo de um rejubilo indescritível. Sentimentos tão ambíguos mas ao mesmo tempo relacionados e interligados.

O percurso efetuado ao longo do Mestrado em Enfermagem Perioperatória foi algo complicado, difícil, exigente até, não só a nível profissional, pessoal, mas acima de tudo familiar. Obrigou a inúmeras horas de pesquisa, reflexão e estudo, condicionou muitos momentos familiares, compeliu a uma gestão contorcionista do tempo que teimava em ser pouco, mas no final, acaba por compensar.

Hoje, acreditamos que o ingresso no Mestrado em Enfermagem Perioperatória, se assomou no momento exato, constituindo um momento de aprendizagem de importância inenarrável, conduzindo ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências indispensáveis ao desenvolvimento de boas práticas e à melhoria da qualidade dos cuidados.

Competências não só ao nível da prestação de cuidados, mas ao nível da avaliação, do planeamento, da investigação e utilização correta de bases de dados, e intervenção no âmbito da enfermagem perioperatória. Competências que obrigam à reflexão, à capacidade crítica, ao desenvolvimento e crescimento pessoal. Competências desenvolvidas pelo conhecimento, pelo "*know-how*", pela prática baseada na evidencia científica. Competências adquiridas pela transferência dos conhecimentos enformados, pela evidência científica, pelo saber, saber ser e fazer, para a prestação de cuidados diária ao doente, foco dos cuidados e atenção.

A possibilidade de realizar um trabalho de investigação, permitiu-nos desenvolver competências a nível da pesquisa, da compreensão, da reflexão, da comunicação e argumentação, e, aplicar estes novos saberes na resolução de problemas, em ambiente clínico pluridisciplinar, conscientes das implicações científicas, éticas, deontológicas e jurídicas. Contudo, dada a pertinência do tema, e atendendo ao desprovimento de bibliografia, consideramos que este é um projeto

inacabado, com necessidade de mais pesquisa e investimento acerca da especificidade da função de enfermeiro circulante, e que nos propomos continuar.

Também o estágio em contexto clínico, se revelou uma experiência distinta no consolidar de conhecimentos teórico-práticos, pessoais e relacionais. A possibilidade de desenvolver o estágio numa área de interesse conduziu a um aprofundamento veemente dos conhecimentos adquiridos, o que se refletirá em melhores cuidados de enfermagem perioperatórios.

Alicerçada na breve reflexão realizada no capítulo anterior, relativamente ao desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória, é seguro afirmar que este percurso académico e profissional foi completo.

Os principais constrangimentos, não tão poucos quanto isso, limitaram de alguma forma todo o processo. Contudo, ou não fossemos nós enfermeiros, foram superados e utilizados como fator motivador e cativante à resolução de mais estes problemas, tornando exequível o mesmo.

A ponderação acerca de todo este percurso, bem como da aprendizagem e desenvolvimento de competências, transpareceu um processo extraordinariamente valioso e enriquecedor, no sentido em que, possibilitou a tomada de consciência do trabalho desenvolvido, das suas limitações e benefícios futuros.

O MEPO possibilitou-nos a consciencialização da importância de uma prática baseada na evidencia, alertou-nos para a importância da pesquisa, da procura pela excelência dos cuidados, e efetivou a relevância a darmos ao nosso trabalho, à visibilidade imprescindível do mesmo, só assim conseguimos dar resposta à panóplia de desafios e situações a que somos apresentados diariamente, só assim, prestamos cuidados perioperatórios de QUALIDADE.

Esta foi para nós uma experiência inigualável em termos de riqueza e conhecimento, pois não só possibilitou a realização de um trabalho de investigação, como permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências imprescindíveis à prestação de cuidados diretos ao doente, enfoque da enfermagem. Mais uma vez, sustentados na teoria de Jean Watson, quando narra que o cuidado essencial ao doente, resulta da perspetiva humanística e holística alicerçada nos conhecimentos científicos, salientando um ênfase altruísta, social e espiritual.

Neste sentido, consideramos que o esforço, e a dedicação presenteada ao longo deste árduo e tortuoso caminho, foram indubitavelmente uma conquista.

Conquista de conhecimentos, de competências, de vontade em continuar... garantia é, de que este não é um trabalho meramente acadêmico, mas um trabalho a que pretendemos dar continuidade.

Continuidade esta que será realizada agora no nosso local de trabalho, uma vez que também aqui, tal como em vários outros serviços garantidamente, a integração de enfermeiros se revela um problema, mas que agora, podemos efetivamente e com segurança, contribuir para solucionar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Ao finalizar este relatório, apraz afirmar que o mesmo se revela um produto erudito, da reflexão e da análise crítica realizada, entre os conhecimentos teóricos (intrínsecos e adquiridos) e a prática.

Pelo exposto, consideramos que os objetivos inicialmente propostos, foram atingidos na sua plenitude.



## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP (2012). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate, Portugal: Lusodidata.

Afonso, N. (2014). *Investigação naturalista em educação: Um guia prático e crítico*. Porto, Portugal: Fundação Manuel Leão.

Almeida, L. S., Freire, T. (2007) *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (4ª edição). Braga, Portugal: Psiquilibrios.

Cabral, D. M. G. G. C (2004). *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: Contributos para a sua implementação*. (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.

Carvalho, R. (2009). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos atores*. Loures, Portugal: Lusociência.

Carvalho, A. I. T. (2016). *A Supervisão Clínica No Processo De Integração De Enfermeiros*. (Tese de mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem). Escola Superior De Enfermagem, Porto, Portugal.

Carvalho, A., Diogo, F. (2001). *Projeto Educativo*. (4ª Edição). Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

Castro, L. B., Ricardo, M. M. (1993). *Gerir o Trabalho de Projeto: Um manual para professores e formadores*. (3ª edição). Lisboa, Portugal: Texto Editora.

Ceitel, M. (2016). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. (2ª edição). Lisboa, Portugal: Sílabo.

Chiavenato, I. (1981). *Administração de Recursos Humanos*. (1º Volume, 2ª Edição). São Paulo, Brasil: Mc Graw Hill

- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro, Brasil: Campus Ltda.
- Cibanal, L. (1991). *Interrelacion del profesional de enfermeria con el paciente*. Barcelona, Espanha: Doyma.
- Colliére, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colliére, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.
- Conselho Internacional De Enfermeiros (CIPE/ICNP). (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Versão 1.0). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, M. C. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, Vol. 13, N.º 2, 30-36.
- Damásio, A. (2003). *O Sentimento De Si: O Corpo, A Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. (14ª ed.). Mem Martins, Portugal: Publicações Europa América, LDA.
- Diário Da República (1996). I Série A, nº 205 - REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril)
- Diário da República (2006). I Série A, nº 60 - Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março.
- Diário da República (2008). I Série, nº 121 - Altera os Decretos-Leis n.º 74/2006, de 24 de março, 316/76, de 29 de abril, 42/2005, de 22 de fevereiro, e 67/2005, de 15 de março, promovendo o aprofundamento do Processo de Bolonha no ensino superior. Decreto-Lei 107/2008 de 25 de junho.

- Diário da República (2009). I Série, nº 178 - Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro.
- Diário da República (2015). I Série, nº 181/2015 – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Decreto-Lei 156/2015 de 16/09 (Anexo I)
- Duarte, A., Martins, O. (2014) *Enfermagem em Bloco Operatório*. LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Esteves, A. M. (2012) *A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório*. (Tese de mestrado Em Gestão Estratégica De Recursos Humanos). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais, Setúbal, Portugal.
- Ferreira, A. C. O. S. (2010). *O Cuidar De Si, Como Pessoa. Como O Fazem Os Enfermeiros Perioperatórios*. (Tese de mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Ferreira, J. M. C. [et al]. (1996). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa, Portugal: Mcgraw-Hill.
- Ferreira, M., Pontes, M., Ferreira, N. (2009) Cuidar em Enfermagem – percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto, Portugal: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480-6., pp. 358-366
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação – Da conceptualização à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidata.
- Frade, J. (1999). *Relação De Ajuda Em Enfermagem - Perspetivas Sobre A Prática E A Formação*. (Tese de mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática*. Lousã, Portugal: LIDEL

- Frederico, M., Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra, Portugal: Editora FORMASAU.
- George, J., B. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional*. (4ª edição). Porto Alegre, Brasil: Editora ArtMed
- Gode, W. (1993). *Formação do Pessoal*. Lisboa, Portugal: Gradiva.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspetiva de Cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Ivancevich, J. (2008). *Gestão de Recursos Humanos*. (10ª ed). São Paulo, Brasil: McGraw-Hill.
- Leite, E., Malpique, M., Santos, M. R. (2001). *Trabalho de Projeto 1. Aprender por projetos centrados em problemas*. (4ª edição). Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Macedo, R. (2015). *Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência*. (Tese de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal, Portugal.
- Mateus, M. N. E. (2011). Metodologia de Trabalho de Projeto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EDUSER: Revista de Educação*, Vol. 3 (2), 3-16.
- Matson, K. (2001). The critical "nurse" in the circulating nurse role. *AORN Journal*. Vol.73, Nº5, 971-975.
- Neyens, D. M., Bayramzadeh, S., Catchpole, K., Joseph, A., Taaffe, K., Jurewicz, K., ... RIPCHD.OR Study Groupe (2018) Applied Ergonomics - Using a systems approach to evaluate a circulating nurse's work patterns and workflow disruptions. *Elsevier*. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2018.03.017>

- Nunes, L., Ferrito, C., Ruivo, M. A. & C.L.E., 7º (2010) Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, Nº 15, Janeiro-Março, ISSN 1646-5067
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa, Portugal
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa, Portugal. 26 de abril.
- Pacheco, J. C. (1989). *Bases Psicoterapêuticas na prática clínica*. Porto, Portugal: Laboratórios Bial.
- Pinheiro, M. J. (2007). Implicações Éticas e Legais do Não Cumprimento de "Boas Práticas". *Revista AESOP*, 8:23, 19-24.
- Pires, A. R. (2007). *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*. (3ª Edição). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.
- Ramos, S. (2007). *Introdução à metodologia de trabalho de projeto*. Disponível em: [http://agpjpgalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais\\_do\\_Moodle/TIC-Metodologia-Projecto\\_1\\_.pdf](http://agpjpgalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia-Projecto_1_.pdf) (acedido em 15 Janeiro de 2019)
- Renaud, I. (1994). Intimidade e Unicidade da Pessoa à Dimensão Afetiva. *Cadernos de Bioética*. Coimbra, Portugal: CEB, N.º 7, 71-79.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R (2017) Qualidade dos cuidados em Enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem de Referência*, Série IV-Nº14-Jul/Ago/set., 89-100.
- Rocha, A. et al. (2003) Cuidar Transpessoal: Teoria de Enfermagem de Jean Watson. *Revista: Sinais Vitais*. N.º 47, 60-66. ISSN 0872-8844
- Roper, N. Logan, W.W. Tierney, A.J. (1995). *Modelo de Enfermagem*. (3ª ed.) Alfragide, Portugal: Editora McGraw-Hil de Portugal LDA.

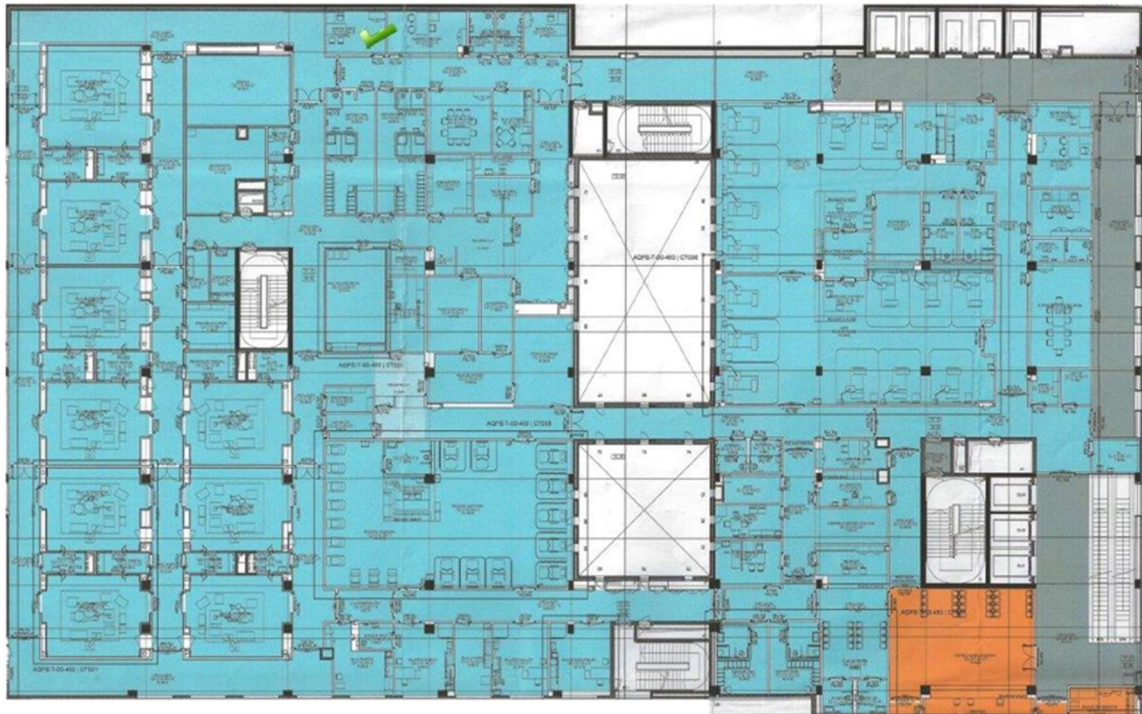
- Santos et al. (2010). Comunicação em Saúde e a Segurança do doente: Problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático, Nº 10, 47-57
- Saviato, M. R.; Leão, E. R. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery* 20(1) Jan-Mar., 198-202. DOI: 10.5935/1414-8145.20160026
- Schiefer, U.; Bal-Dobel, L.; Batista, A. (2006). *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos*. Cascais, Portugal: Principia.
- Silva, C.M. C. et al (2010). A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: Análise segundo Meleis. *Cogitare Enfermagem* 15(3) Jul-set., 548-551. DOI <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18902>
- Silva, J. M. S. G.(2013). *Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um hospital*. (Tese de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal, Portugal.
- Streubert, H. J. e Carpenter, D. R.(2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Teixeira, C. M. M. (1997) Projeto de um Guia de Integração para Enfermeiros Chefes de um Hospital Distrital. *Revista Servir*. Lisboa, Maio/Junho, 21-33
- Teixeira, M. A. N. G. (2018) *Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: criação de um dispositivo de formação*. (Tese de mestrado em Educação e Formação). Instituto de Educação da universidade de Lisboa, Portugal.
- Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures, Portugal: Lusociência.
- UNAIBODE (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: desenvolver uma cultura de qualidade*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1 - Planta do bloco operatório**

# PLANTA DO BLOCO OPERATÓRIO



**ANEXO 2 - Programa de Practical Course II -  
Laparoscopic Surgery Training Course for  
operating room nurses**



1<sup>ST</sup>  
Edition

LEARN WITH THE BEST

## PRACTICAL COURSE II

LAPAROSCOPIC SURGERY TRAINING  
COURSE FOR OPERATING ROOM NURSES

November 8, 2018

Lisbon Marriott Hotel

Design: Ad Media



Scientific Program

Scientific Sponsors



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
Univ. de Lisboa, I.P.  
Urology Department

NOVA

UNIVERSIDADE  
NOVA DE LISBOA

eaun

Associação  
Europeia de  
Anestesiologia

esut



---

### Organising Committee – Practical Course II for Nurses

Rui Fardilha, MD, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Mercedes Bilbao, D.R. Supervisor, AESOP President | Heloisa Oliveira, Head Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | António Pinto, Head Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Ana Graça, Specialist Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Susana Duarte, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Susana Ramos, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal

### Scientific Committee – Practical Course II for Nurses

Luis Campos Pinheiro, MD, PhD, Professor of Urology of Nova Medical School | Teresa Branco, Specialist Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Rosário Soeiro, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Isabel Daniel, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Paula Girão, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Rosário Varela, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Marisa Gomes, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal

### Faculty – Practical Course II for Nurses

Alda Santos, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Ana Freire, Specialist Nurse, Hospital Beatrix Angéla, Lisbon, Portugal | Ana Graça, Specialist Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Anabela Mendes, Professor, Nursing School of Lisbon, (ISEL), Lisbon, Portugal | António Pinto, Head Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Armandina Antunes, Director of Nursing, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Birgitte Kell, Department of Urology – Sili Kliniken, Department of Urology, Heidelberg University, Heidelberg, Germany | Fernando Carvalhão, Head Nurse, Hospital dos Lusíadas, Lisbon, Portugal | Heloisa Oliveira, Head Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Isabel Daniel, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Jane Petersson, Registered Nurse, First Assistant and Specialist Nurse in Robotic Surgery - Aalborg University Hospital, Denmark | Jeannette Verkerk-Geelhoed, MSc, Clinical Specialist Nurse in Training, St. Antonius Hospital, Nieuwegein, Netherlands | Linda Söderkvist, Urology Nurse, Urology Surgery Dept., Karolinska University Hospital, Solna, Sweden | Marisa Gomes, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Mercedes Bilbao, D.R. Supervisor, AESOP President | Mercedes Ganto, Head Nurse, Hospital de Dona Estefânia, Lisbon, Portugal | Mónica Pereira Head Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de Santa Maria, Lisbon, Portugal | Rosário Soeiro, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Rosário Varela, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Rui Santos, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Sérgio Deodato, Director Nursing School, Catholic University of Portugal, Lisbon, Portugal | Susana Duarte, Registered Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Susana Ramos, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Teresa Branco, Specialist Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de São José, Lisbon, Portugal | Teresa Leal, Professor, Nursing School of Lisbon, (ISEL), Lisbon, Portugal | Tiago Barreto, Specialist Nurse, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE / Hospital de Curry Cabral, Lisbon, Portugal

---

## Thursday, november 8 - Plenary Room

07:30h Opening of registration desk

### 08:30-18:00h PRACTICAL COURSE II



#### LAPAROSCOPIC SURGERY TRAINING COURSE FOR OPERATING ROOM NURSES

08:30-09:00h **Opening session**  
Armandina Antunes  
Mercedes Bilbao

09:00-10:30h **Patient path**  
Moderator: Heloisa Oliveira  
Commentator: Fernando Carvalhão  
**Improving perioperative urological patient path** (25)  
Rui Santos, Aida Santos & Ana Graça  
**Before and after laparoscopic surgery. What nurses should know** (25)  
Teresa Branco  
**Preoperative checking** (25)  
Jeannette Verkerk-Geelhoed  
**Q & A** (15)

10:30-11:00h Coffee-break

11:00-13:00h **Patient surgical security**  
Moderator: António Pinto  
Commentator: Mónica Pereira  
**OR setting and the role of Time Out** (25)  
Jeannette Verkerk-Geelhoed  
**Preparing and positioning of the patient** (25)  
Linda Söderkvist  
**Hygiene in operation theatre, important points to pay attention** (25)  
Birgitta Keil  
**Prevention and control of SSI in urologic surgical patient** (25)  
Isabel Daniel, Rosário Varela, Marisa Gomes, Susana Duarte & Rosário Soeiro  
**Q & A** (20)

13:00-14:00h Lunch

14:00-16:00h	<p><b>O. R. setting</b>  Moderator: Susana Ramos  Commentator: Anabela Mendes  <b>Dangers in laparoscopy, a nursing perspective</b> (25)  Jana Petersson  <b>Laparoscopic instruments (graspers, hooks, scissors, instruments for ligature, clips and automatic graspers) and how to assemble them</b> (25)  Linda Söderkvist  <b>Single use disposable instruments. Multiple reusable instruments</b> (25)  Linda Söderkvist  <b>Laparoscopic surgery – Nurse perspective</b> (25)  Tiago Barreto  <b>Q &amp; A</b> (20)</p>
16:00-16:30h	Coffee-break
16:30-18:00h	<p><b>Future</b>  Moderator: Mercedes Ganito  Commentator: Sérgio Deodato  <b>High tech, high stress environment</b> (25)  Ana Freire  <b>Perioperative nurses lifelong education. Present and future</b> (25)  Teresa Leal  <b>The future in surgery and role of nurses</b> (25)  Mercedes Bilbao  <b>Q &amp; A</b> (15)</p>
18:00h	<p><b>Closing session</b>  Helolisa Oliveira</p>



The poster features a blue and orange color scheme. At the top left is a stylized 'S' logo. The text 'LEARN WITH THE BEST' is in white on an orange background. Below it, 'LAPAROSCOPY COURSE' is in large white letters. 'LEVEL I LIVE SURGERY' is in orange and white. The dates 'November 8 - 10, 2018' and location 'Lisbon Marriott Hotel' are in white. A central image shows a person's torso with laparoscopic ports and instruments. The bottom section is orange with 'Registration Form' in white, a QR code, and 'Digital Program' text.

1<sup>st</sup> Edition

**LEARN WITH THE BEST**

# LAPAROSCOPY COURSE

**LEVEL I LIVE SURGERY**

November 8 - 10, 2018  
Lisbon Marriott Hotel

Design Art Media

## Registration Form

Digital Program



**ANEXO 3 - Programa de 2º Curso Teórico-Práctico  
de Laparoscopia Ginecológica**

Desde o início da década de 90 que as técnicas laparoscópicas se têm vindo a afirmar como preferenciais em quase todas as valências cirúrgicas, como é o caso da Ginecologia. Estas técnicas proporcionam uma maior eficiência, com redução da morbilidade e melhores resultados cosméticos. No entanto, a curva de aprendizagem da laparoscopia é longa, exigindo de quem a realiza muito treino, rigor e experiência.

Na continuação do que tem vindo a ser realizado pela Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Lusiadas Lisboa, o objetivo deste II Curso de Laparoscopia Ginecológica é dar continuidade a uma correta aprendizagem da cirurgia minimamente invasiva, de modo a melhorar o desempenho cirúrgico e diminuir as complicações no Bloco Operatório.



Fátima Faustino  
Coordenadora da Unidade de Ginecologia e Obstetrícia  
do Hospital Lusiadas Lisboa

2.º CURSO TEÓRICO-PRÁTICO  
**LAPAROSCOPIA  
GINECOLÓGICA**

30 NOVEMBRO e 01 DEZEMBRO 2018

AUDITÓRIO  
HOSPITAL LUSÍADAS LISBOA



BRAUN  
LUSÍADAS LISBOA

Johnson & Johnson

teprel | STPL

Organização:  
Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Lusiadas Lisboa  
Coordenação do Curso:  
Fátima Faustino

Patrocinio  
QuintReis



## FORMAÇÃO TEÓRICA – PRÁTICA – 8H 30 DE NOVEMBRO DE 2018

**09h00** **Sessão de abertura** João Bernardes, Daniel Pereira da Silva, Fernanda Aguiar, Leopoldo Melo, Pedro Marcol, Maria do Céu Magalhães, Fátima Faustino

**1.ª Sessão** Moderadores: C. Calvo Jorge, João Vermeiren

**09h20** Anatomia pélvica em laparoscopia  
Filipa Osório

**09h40** Ergonomia em laparoscopia  
Luís Vicente

**10h00** Técnicas de entrada e pneumoperitônio  
Vanessa Santos

**10h20** Energias em cirurgia laparoscópica  
Ana Andrade

**10h40** Questões

**11h00** Coffee break

**2.ª Sessão** Moderadores: J.L. Silva Carneiro, Catarina Veríssimo

**11h20** Laparoscopia na patologia anexial  
João Alves

**11h40** Miomectomia laparoscópica: indicações, técnica e controvérsias  
Margarida Martinho

**12h00** Histerectomia laparoscópica: indicações e técnica  
Helder Ferreira

**12h20** Colposcopia laparoscópica: indicações e técnica  
Irina Ramilho

**12h40** Questões

**13h00** Almoço

**Simpósio Gedeon Richter** Moderadores: Fernanda Aguiar, Fátima Faustino

**14h30** Esmya – novas oportunidades  
Daniel Pereira da Silva

**3.ª Sessão** Moderadores: J. Silva Pereira, Ricardo Nita

**15h00** Técnicas laparoscópicas na endometriose superficial e profunda  
Fátima Faustino

**15h20** A laparoscopia na patologia oncológica – indicações e limites  
Gustavo Mendinhos

**15h40** Complicações em laparoscopia – como evitar e corrigir  
Alberto Fradique

**16h00** Coffee break

**4.ª Sessão** Moderadores: Ângela Faria, Paula Ramilho, Olga Lapaço, Rui Faria

**16h20** Transmissão de uma cirurgia em direto do Bloco Operatório  
para o Auditório – Cirurgia de Endometriose ou TLH

**19h00**

## PROGRAMA PRÁTICO – 8H 01 DE DEZEMBRO DE 2018

Mentores: Alberto Fradique, Fátima Faustino, Filipa Osório, Gustavo Mendinhos, Helder Ferreira, Irina Ramilho, João Alves, José Reis, Luís Vicente, Margarida Martinho, Olga Lapaço, Vanessa Santos.

**09h00** Suturas com nós intra e extracorporais  
José Reis

**10 Endotrainer** (dois participantes em cada)

Conhecer os equipamentos

Treino de orientação e manipulação

Treino de dissecção

Treino de uso de energias

Treino de sutura laparoscópica

**Secretariado:** Acimedic | paula.cordeiro@acimedic.pt | www.acimedic.pt

**Inscrições:** Sessões teórico-práticas dia 30 de Novembro – 50€

Curso completo dia 30/11 e 01/12 (20 participantes) – 100€

**ANEXO 4 - Certificados de Participação em  
Eventos Científicos**





## Certificado de Participação

Certifica-se que

**Marisa Carina Piscalho De Paula**

participou no XVIII Congresso Nacional AESOP- "Hot Points" Bloco Operatório, que se realizou no Auditório da Faculdade de Medicina Dentária, da Universidade de Lisboa / Anfiteatro Professor Doutor Armando Simões dos Santos, em Lisboa, nos dias 8 e 9 março de 2018, correspondendo a um total de 16,5 horas de formação.

*Bilbao*

Mercedes Bilbao



Certifica-se que:

**MARISA CARINA PISCALHO DE PAULA**

Esteve presente na II Reunião de Cirurgia Colorectal Entre o Lis e Tejo, que teve lugar no Santarém Hotel, no dia 15 de Junho de 2018.

Santarém, 15 de Junho de 2018

  
Susana Ramos  
Direção Organizadora

  
Suso Ferreira  
Comissão Organizadora



## CERTIFICADO DE ASSISTÊNCIA

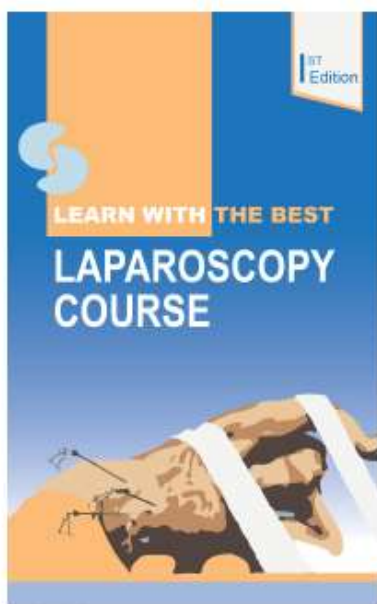
*Marisa Carina Piscalho de Paula*

Participou no Simpósio:

**"1º MEGAMEETING IBÉRICO SOBRE SOLUÇÕES  
CIRÚRGICAS REALMENTE PERSONALIZADAS"**

organizado pela Mölnlycke no Novotel Madrid Center no dia  
27 de Junho de 2018.





# CERTIFICATE

We hereby certify that,

**MARISA PAULA**

attended the **Practical Course II – Laparoscopic surgery training course for operating room nurses**, integrated into the *Learn with the best: Laparoscopy Course, 1<sup>st</sup> Edition, Level I – Live surgery*, held in Lisbon Marriott Hotel, November 08, 2018.

Lisbon, November 08, 2018

Scientific Sponsors



Luis Campos Pinheiro  
Course Coordinator

Rui Farinha  
Course Coordinator

**Lusíadas**  
Saúde

2.º CURSO TEÓRICO PRÁTICO  
**LAPAROSCOPIA  
GINECOLÓGICA**

**CERTIFICADO**

Certificamos que,

**MARISA PAULA**

esteve presente no **2º Curso Teórico-Prático de Laparoscopia Ginecológica**, que decorreu nos dias 30 de novembro e 01 de dezembro de 2018, no Auditório do Hospital Lusíadas Lisboa.

Lisboa, 01 de dezembro de 2018

  
Dr. Filomena Faustino  
Directora do Serviço de Ginecologia  
e Obstetrícia do Hospital Lusíadas Lisboa



## CERTIFICADO

Pela sua dedicação e êxito, se declara Marisa de Paula  
participante no Congresso Enfermagem Perioperatória da PVAnsa e Esófitico, com a apresentação da Comunicação intitulada: Especificidades do enfermeiro circulante  
que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no dia 25 de janeiro de 2019.

Setúbal, 25 de janeiro de 2019.

A Comissão Científica:

Prof.ª Doutora Ana Lúcia Ramos

Prof.ª Doutora Anabela Cordeiro

Prof.ª Arlene Freitas



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I - Ficha de Diagnóstico de Situação**

# MESTRADO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

## Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Marisa Carina Piscalho de Paula
<b>Instituição:</b> Hospital Distrital de Lisboa e Vale do Tejo
<b>Serviço:</b> Bloco Operatório Central
<b>Título do Projeto:</b> Integração de Enfermeiros na função de Circulante no Bloco Operatório
<b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha :</b> <p>Em contexto de estágio, e utilizando a metodologia de trabalho de projeto, foi elaborado e desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço. Este, surge como parte da observação em contexto clínico da não existência de um programa de integração para os enfermeiros, na função de circulante, definido e implementado no BO, o que constitui uma carência sentida, por mim e por toda a equipa de enfermagem.</p> <p>A função de enfermeiro circulante deve ser desempenhada por um enfermeiro sénior, experiente, atento e perspicaz, com competências científicas e técnicas atualizadas para poder dar resposta em qualquer situação, urgente ou não, dentro da sala de operações, garantindo a segurança não só do utente, mas de toda a equipa multidisciplinar.</p> <p>Ao enfermeiro circulante são ainda atribuídas responsabilidades específicas no que se alude a segurança do utente e equipa cirúrgica, segurança de todo o ambiente da sala de operações, controlo da infeção e gestão de riscos inerentes a um bloco operatório, bem como a gestão da organização da sala de operações.</p> <p>É ele, o enfermeiro circulante, o gestor da sala, e quem responde perante as hierarquias sobre as ocorrências neste âmbito.</p> <p>Neste sentido, atendendo à importância e pelo desafio de responder a uma necessidade objetiva e prática sentida pelo serviço, surge a possibilidade de criar um guia orientador na integração de novos enfermeiros na função de enfermeiro circulante.</p>
<b>Diagnóstico de situação</b>
<b>Definição geral do problema</b> <p>Inexistência de um guia orientador na função de enfermeiro circulante no bloco operatório que assegure uma prestação de cuidados de qualidade ao utente, a prevenção de complicações, a promoção da saúde, bem como uma integração de forma eficaz e eficiente de novos elementos.</p>
<b>Análise do problema :</b> <p>Segundo a AESOP (2012, p. ), “o papel do enfermeiro perioperatório pode ser definido como o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar (...) tais como a segurança e a prevenção de infeção, o controlo da dor, a manutenção da temperatura corporal, a adequação nos posicionamentos cirúrgicos, as quais são consideradas observáveis, mensuráveis, visíveis e demonstráveis” (...).</p> <p>Qualquer uma das funções do enfermeiro perioperatório, enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, é essencial e com idêntica importância na prestação de cuidados ao utente, contudo, ao enfermeiro circulante cabe também, a responsabilidade pela gestão organizacional da sala operatória, tendo este que responder perante as hierarquias acerca das ocorrências neste âmbito.</p> <p>Ao enfermeiro circulante é exigido uma panóplia de conhecimentos da área de gestão de forma a serem racionalizados todos os recursos necessários à cirurgia, é exigido um conhecimento acerca de todos os equipamentos e dispositivos necessários ao bom funcionamento da sala e a uma adequada prestação de cuidados, é exigida a utilização do processo de enfermagem no sentido de garantir a segurança na prestação de cuidados, ..., em suma, é exigido que desenvolva a sua atividade antes, durante e após a cirurgia acrescida de objetivos complementares no sentido de prestar os melhores e mais adequados cuidados ao utente.</p> <p>A integração é um processo que se inicia com a introdução do enfermeiro na organização e só termina quando este reconhecer a filosofia e os valores organizacionais, a equipa de trabalho e as suas atividades funcionais (Gode, 1993), no sentido de se aculturar de forma célere das práticas do serviço e tornar apto mais rapidamente na prestação de cuidados</p>

eficazes e eficientes.

Pelo pouco tempo que tive de observação da Unidade Hospitalar onde realizo o estágio, pude aperceber-me que são recebidos novos enfermeiros com alguma frequência, e que no seu período de integração, a função de circulante é realizada muitos meses após o ingresso no hospital, ficando estes a prestar cuidados como enfermeiros de anestesia durante um tempo prolongado.

Para a elaboração do diagnóstico de situação, na identificação e validação do problema, os enfermeiros têm ao dispor inúmeros métodos.

O método escolhido foi a análise SWOT, e posteriormente validado em entrevista semiestruturada, realizada com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira orientadora.

A análise SWOT é uma das técnicas mais utilizadas na elaboração de diagnósticos, uma vez que permite a reflexão e o confronto com os fatores positivos e negativos identificados perante determinada situação.

Durante a entrevista semiestruturada, quer com a enfermeira orientadora quer com a enfermeira chefe, a integração de novos elementos na função de enfermeiro circulante foi apontada como problema principal e atual do serviço, ainda que não condicione a integração dos novos enfermeiros atualmente

#### **Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral:**

- Inexistência de um guia orientador de integração de novos elementos apesar de existir uma instrução de trabalho com as funções do enfermeiro circulante definidas
- Tempo despendido na integração de novos elementos

#### **Determinação de prioridades**

- Realizar revisão científica da literatura acerca do tema;
- Pedir autorização formal à administração da instituição/chefe do serviço para colheita de dados;
- Motivar a equipa a participar neste projeto
- Entrevistar enfermeiros responsáveis de especialidade para colheita de contributos para o projeto;
- Analisar os conteúdos das entrevistas e confrontar com a revisão científica da literatura;
- Elaborar um guião orientador na integração de enfermeiros na função de circulante
- Divulgar os resultados através do relatório de estágio e artigo científico.

**Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

#### **OBJETIVO GERAL**

- Contribuir para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros na função de enfermeiro circulante no Bloco Operatório

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Elaborar revisão bibliográfica alicerçada em dados científicos credíveis sobre a temática do estudo;
- Construir um elemento de colheita de dados;
- Aplicar o instrumento de colheita de dados aos enfermeiros responsáveis de especialidade para colheita de contributos para o projeto;
- Analisar os conteúdos colhidos;
- Elaborar guião orientador de integração para enfermeiros no Bloco operatório, na função de circulante;
- Produzir um instrumento de avaliação para o programa de integração;
- Divulgar o projeto na equipa, estimulando a sua implementação.

#### **Referências Bibliográficas**

AESOP (2012). Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Camarate: Lusodidata.  
GODE, W. (1993). Formação do Pessoal. Lisboa: Gradiva. ISBN 971-662-314-6

Data:

Assinatura:

## **APÊNDICE II - Análise SWOT**

## Análise SWOT

	<b>FORÇA</b>	<b>FRAQUEZA</b>
<b>ORIGEM INTERNA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa jovem e dinâmica;</li> <li>• Existência de elementos de referência na integração de novos elementos;</li> <li>• Reconhecimento da importância de um período de integração por parte da equipa/chefe enfermagem;</li> <li>• Envolvimento da chefia;</li> <li>• Conceito qualidade em saúde;</li> <li>• Existência de instruções de trabalho;</li> <li>• Espaço quinzenal dedicado à formação contínua da equipa .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de um programa de integração;</li> <li>• Eventual resistência à mudança;</li> <li>• Inter-relacionamento com outros profissionais que integram a equipa cirúrgica;</li> <li>• Tempo despendido na integração de novos enfermeiros.</li> </ul>
	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMEAÇAS</b>
<b>ORIGEM EXTERNA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro integrador com características específicas;</li> <li>• Melhor acompanhamento dos novos elementos;</li> <li>• Melhorar o desempenho da equipa;</li> <li>• Motivação para a excelência</li> <li>• Proporcionar cuidados de qualidade aos utentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A integração dos enfermeiros no BO, segundo a AESOP, deve ter a duração de pelo menos 1 ano;</li> <li>• Aumento dos custos para a instituição com elementos supranumerários na equipa;</li> <li>• Utilização de elementos em integração para colmatar ausências de elementos.</li> </ul>

## **APÊNDICE III - Ficha de Planejamento do Projeto**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

<b>Estudante:</b> Marisa Carina Piscalho de Paula	<b>Orientador:</b> Enf. Paula Matos
<b>Instituição:</b> Hospital distrital de Lisboa e Vale do Tejo	<b>Serviço:</b> Bloco operatório
<b>Título do Projeto:</b> Integração de Enfermeiros na função de Circulante no Bloco Operatório	
<b>Objetivos :</b>  <b><u>OBJETIVO GERAL</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Contribuir para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros na função de enfermeiro circulante no Bloco Operatório</li></ul> <b><u>OBJETIVOS Específicos</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborar revisão bibliográfica alicerçada em dados científicos credíveis sobre a temática do estudo;</li><li>• Construir um elemento de colheita de dados;</li><li>• Aplicar o instrumento de colheita de dados aos enfermeiros responsáveis de especialidade para colheita de contributos para o projeto;</li><li>• Analisar os conteúdos colhidos;</li><li>• Elaborar guião orientador de integração para enfermeiros no Bloco operatório, na função de circulante;</li><li>• Produzir um instrumento de avaliação formativa a realizar no final do programa de integração;</li><li>• Divulgar os resultados.</li></ul>	
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Enf. Manuela Coelho</li><li>• Enf. Paula Matos</li><li>• Prof.. Ana Lúcia Ramos</li></ul>	
<b>Data:</b> ____ / ____ / ____ <b>Assinatura:</b> _____	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar revisão bibliográfica alicerçada em dados científicos credíveis sobre a temática do estudo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pesquisa bibliográfica acerca de enfermagem perioperatória</li> <li>Pesquisa bibliográfica acerca das especificidades do enfermeiro circulante</li> <li>Pesquisa bibliográfica acerca de integração.</li> <li>Pesquisa bibliográfica sobre programas de integração de enfermeiros no BO.</li> </ul>	Enf. Marisa Prof. Ana Lúcia Ramos	Computador Bibliotecas escolares	Cronograma	Apresentar uma revisão da literatura no enquadramento conceptual no relatório
<ul style="list-style-type: none"> <li>Construir um elemento de colheita de dados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pesquisa bibliográfica acerca de elementos para colheita de dados;</li> <li>Elaboração de um questionário de colheita de dados</li> <li>Validação do instrumento de colheita de dados com enf. Chefe, enf. orientador e professor orientador</li> <li>Realização pedido formal de autorização perante Administração da Instituição Hospitalar e enfermeira chefe do serviço onde decorre o ensino clínico;</li> </ul>	Enf. Marisa de Paula Enf. Paula Matos Prof. Ana Lúcia Ramos	Computador Bibliotecas escolares	Cronograma	Apresentar o instrumento de colheita de dados no relatório
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar o instrumento de colheita de dados aos enfermeiros responsáveis de especialidade para colheita de contributos para o projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envolvimento da equipa de enfermagem no projeto;</li> <li>Entrega do instrumento de colheita de dados aos enfermeiros responsáveis de especialidade;</li> <li>Definição de tempo para preenchimento do mesmo com informação de data de recolha;</li> <li>Recolha do instrumento de colheita de dados</li> </ul>	Enf. Marisa de Paula Enf. Responsáveis de especialidade	Computador Impressora Folhas de papel A4 Canetas	Cronograma	Apresentar a análise dos dados colhidos no relatório
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisar os conteúdos colhidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leitura e análise dos questionários recolhidos;</li> <li>Confronto dos dados colhidos com a revisão da literatura efetuada;</li> <li>Recolha de contributos essenciais ao projeto.</li> </ul>	Enf. Marisa de Paula Prof. Ana Lúcia Ramos	Computador	Cronograma	Apresentar a análise dos dados colhidos no relatório
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar guião orientador de integração para enfermeiros no Bloco operatório, na função de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envolvimento da equipa de enfermagem no projeto;</li> <li>Comunicação com elementos de referência na integração de enfermeiros, solicitando a sua colaboração no projeto;</li> </ul>	Enf. Marisa de Paula	Computador	Cronograma	Aceitação de colaboração por parte da equipa.

<p>circulante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzir um instrumento de avaliação formativa a realizar no final do programa de integração</li> <li>• Divulgar os resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de modelos a constar no guia de integração através de reuniões com elementos de referência, orientadora e chefe do serviço;</li> <li>• Elaboração do guia orientador de integração de novos enfermeiros na área de circulação</li> <li>• Elaboração de um instrumento de avaliação dos objetivos definidos para a função de enfermeiro circulante;</li> <li>• Apresentação do instrumento de avaliação à enfermeira orientadora, docente, e chefe de enfermagem do serviço;</li> <li>• Inclusão do instrumento de avaliação no Guia de Integração</li> <li>• Apresentação do estudo no II Congresso de Enfermagem Perioperatória</li> <li>• Elaboração de um artigo científico acerca do tema para divulgação dos resultados;</li> <li>• Elaboração do relatório</li> </ul>	<p>Prof. Ana Lúcia Ramos Enf. Paula Matos Enf. Chefe do BO Prof. Ana Lúcia Ramos</p> <p>Enf. Marisa de Paula Prof. Ana Lúcia Ramos Enf. Paula Matos Enf. Chefe do BO Prof. Ana Lúcia Ramos</p> <p>Enf. Marisa de Paula Prof. Ana Lúcia Ramos</p>	<p>Guião orientador de integração</p> <p>Computador Guião Orientador de integração</p> <p>Computador</p>	<p></p> <p>Cronograma</p> <p>Cronograma</p>	<p>Acordo entre os diferentes elementos sobre os elementos essenciais a constar no programa. Feed-back positivo da orientadora, docente, e chefe de enfermagem do BO. Apresentação do guia de integração de novos elementos na função de enfermeiro circulante</p> <p>Feed-back positivo da orientadora, docente, e chefe de enfermagem do BO. Apresentação do guia de integração de novos elementos na função de enfermeiro circulante com instrumento de avaliação.</p> <p>Apresentação no II Congresso de Enfermagem perioperatória Apresentação de artigo científico acerca do tema em estudo Apresentação do relatório</p>
--	--	--	--	---	---

**Cronograma:**

Atividades	Maio		Junho		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro	
	1ª Q	2ª Q	1ª Q	2ª Q	1ª Q	2ª Q	1ª Q	2ª Q	1ª Q	2ª Q	1ª Q	2ª Q	1ª Q	2ª Q
Escolha do tema e formulação do problema														
Pesquisa bibliográfica														
Reunião com enfermeiro chefe e enfermeiro orientador														
Reunião com enfermeiro docente e enfermeiro orientador						Sempre que necessário								
Entrega de relatório de progresso														
Participação em simpósios, reuniões ou congressos para recolha de contributos														
Momentos informais de reflexão/esclarecimento de dúvidas com a equipa enfermagem						Sempre que se justifique								
Elaboração, Validação e Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados														
Aplicação do instrumento de colheita de dados aos enfermeiros responsáveis de especialidade e análise de resultados														

Elaboração de Guião de Integração com respetivo instrumento de avaliação															
Apresentação do Guião de Integração com respetivo instrumento de avaliação															
Elaboração e revisão do relatório de ensino clínico															
Entrega da tese															

**Orçamento:**

Recursos Humanos:

Enf. Discente. Prof. Docente. Enf. Orientadora. Enfermeiros do Bloco onde decorre o estágio

Recursos Materiais:

Computador

Resmas de papel

Tinteiros para impressora

Canetas

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

O fato do ensino clínico se realizar num contexto de todo desconhecido do discente, pode provocar algum constrangimento na identificação de um problema existente no serviço. Exige também, certamente, maior tempo de adaptação, bem como, pode funcionar como fator dificultador na relação com os pares. Cabe ao discente promover uma boa relação, mostrar-se disponível e procurar alguma sensatez na realização do estágio.

No dia da apresentação do Guião, pode haver dificuldade em estar a equipa de enfermagem do BO, deve-se para isso procurar incentivar e motivar a equipa quanto à realização deste projeto.

**APÊNDICE IV - Caracterização do Bloco Operatório  
onde decorreu o estágio**

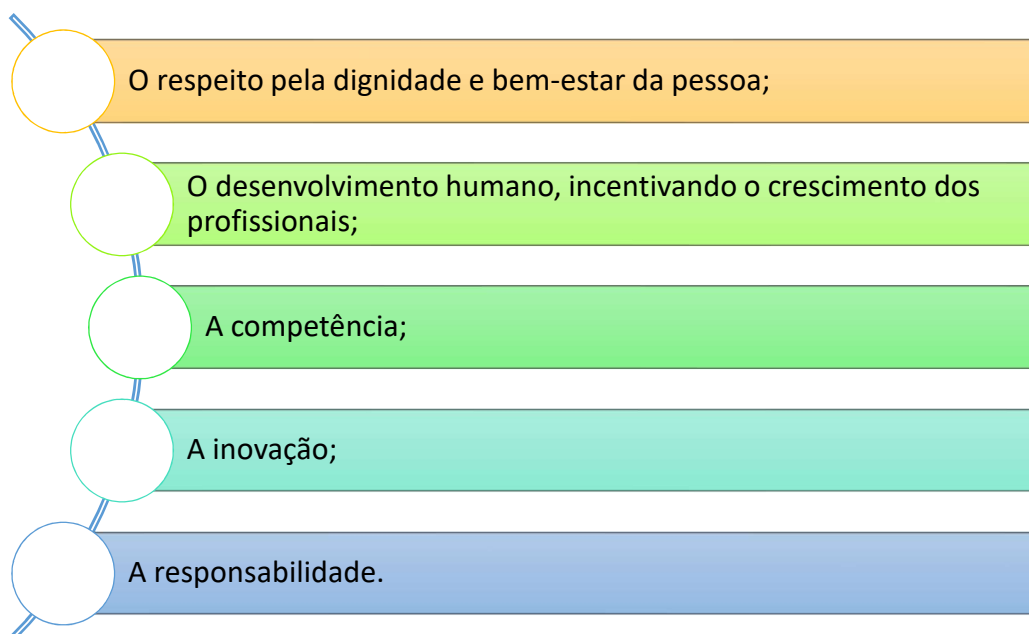
## CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

Como forma de enquadrar o problema e melhor caracterizar a sua envolvência, iremos de seguida fazer uma breve caracterização do serviço onde exercemos funções, bem como da sua equipa multidisciplinar.

O estágio decorreu no Bloco Operatório Central de um Hospital de Lisboa e Vale do Tejo, que visa ser uma referência nacional pela qualidade, eficiência e segurança do serviço prestado. Este hospital tem como missão a promoção e a prestação de cuidados de saúde à população de cinco concelhos, num total de 245000 habitantes sensivelmente, assim como a qualquer cidadão em situação de emergência.

Regendo-se pelo princípio da universalidade e do livre acesso ao Serviço Nacional de Saúde, defende sempre o princípio de liberdade de escolha por parte do utente.

Sendo este um hospital que assume um modelo de gestão integrado, tem como valores:



Como principais valências assume:



#### Serviço de Urgência

- ✓ urgência geral
- ✓ urgência pediátrica
- ✓ urgência ginecológica e obstétrica;



#### Unidades Especiais

- ✓ Hospital de dia polivalente, psiquiátrico e oncológico
- ✓ Unidade de Cuidados intensivos e intermédios
- ✓ Unidade de hemodiálise e a Unidade Neonatologia;



#### Especialidades médicas

- ✓ Cardiologia
- ✓ Dermato-venereologia
- ✓ Doenças Infeciosas
- ✓ Gastroenterologia
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Neurologia
- ✓ Oncologia médica
- ✓ Pediatria
- ✓ Pneumologia
- ✓ Psiquiatria
- ✓ Psiquiatria de Infância e Adolescência



#### Especialidades Cirúrgicas

- ✓ Cirurgia Geral
- ✓ Obstetrícia/Ginecologia
- ✓ Oftalmologia
- ✓ Ortopedia
- ✓ Otorrinolaringologia
- ✓ Urologia



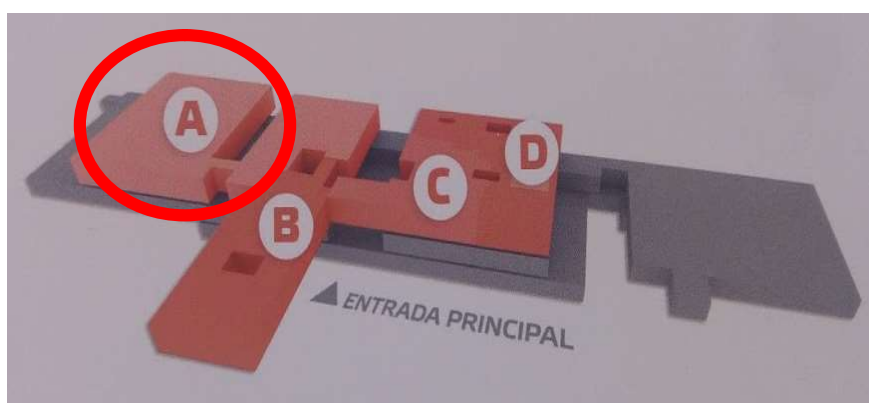
#### Especialidades de Diagnóstico e Terapêutica

- ✓ Anatomia patológica
- ✓ Anestesiologia
- ✓ Imagiologia
- ✓ Imuno-hemoterapia
- ✓ Medicina Física e de Reabilitação
- ✓ Patologia Clínica

✓ Radiodiagnóstico

O Bloco Operatório funciona no piso dois, simultaneamente com a Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios, consultas externas e exames especiais e o hospital de dia.

Figura 1 – Planta do piso 2



**Legenda:**

- A - **Bloco operatório**, Exames Especiais Invasivos e Anestesiologia
- B - Consultas Externas e Exames Especiais
- C - Hospital de Dia
- D - Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

O Bloco Operatório é composto por nove salas, sendo que duas salas estão alocadas à cirurgia de urgência, duas salas à cirurgia convencional e quatro salas à cirurgia de ambulatório e cirurgia convencional alternadamente. A sala seis, encontra-se inoperacional funcionando como sala para armazenamento de equipamentos atualmente.

Em termos de especialidades o bloco operatório dá resposta a cirurgia geral e avançada, urologia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia (ORL), dermatologia e psiquiatria, distribuídas diariamente e de acordo com o quadro seguinte, salvo exceções.

Salas/Dias	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Sala 1	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Ortopedia	Urologia
Sala 2	Urgência de Ortopedia	Urgência de Ortopedia	Urgência de Ortopedia	Urgência de Ortopedia	Urgência de Ortopedia
Sala 3	Urgência Polivalente	Urgência Polivalente	Urgência Polivalente	Urgência Polivalente	Urgência Polivalente
Sala 4	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral <b>Ambulatório</b>
Sala 5	Ginecologia	ORL	Ginecologia /ORL	ORL	Ginecologia
Sala 6	INOPERACIONAL				
Sala 7	Oftalmologia <b>Ambulatório</b>	Ortopedia <b>Ambulatório</b>	Oftalmologia <b>Ambulatório</b>	Oftalmologia	Oftalmologia <b>Ambulatório</b>
Sala 8	Cirurgia Geral <b>Ambulatório</b>	Urologia	Ortopedia <b>Ambulatório</b>	Cirurgia <b>Ambulatório</b> Ginecologia (alterna de 15/15 dias)	Psiquiatria
Sala 9		Oftalmologia ORL (alterna 15/15 dias)		Oftalmologia <b>Ambulatório</b> Dermatologia	

Quadro 1 – Distribuição diária por sala

Em termos estruturais o Bloco é composto uma sala de pausa, uma sala de reuniões, um gabinete médico, um gabinete para a chefia, um secretariado, dois vestiários, duas casas de banho, cinco salas de desinfeção e cinco salas de sujos (cada duas salas operatória partilha uma sala de desinfeção e uma sala de sujos à exceção da sala nove que é isolada), uma sala de indução, um laboratório, uma sala de material esterilizado, uma sala de limpos, uma arrecadação, uma sala de transferência de material, uma sala de equipamentos, um gabinete de técnico de armazém, uma sala de esterilização para lavagem de socos, uma sala de depósito de sacos, um parque de tampos, uma sala de lavagem e parque de camas, uma farmácia, uma farmácia de frescos, um recobro para cirurgia de ambulatório e um recobro para cirurgia programada, duas casa de banho de apoio ao recobro, uma sala de limpos/sujos que dá apoio aos recobros, um transfer in para clientes de cirurgia de ambulatório e um transfer in para clientes provenientes de cirurgia convencional (planta do Bloco Operatório em Anexo I).

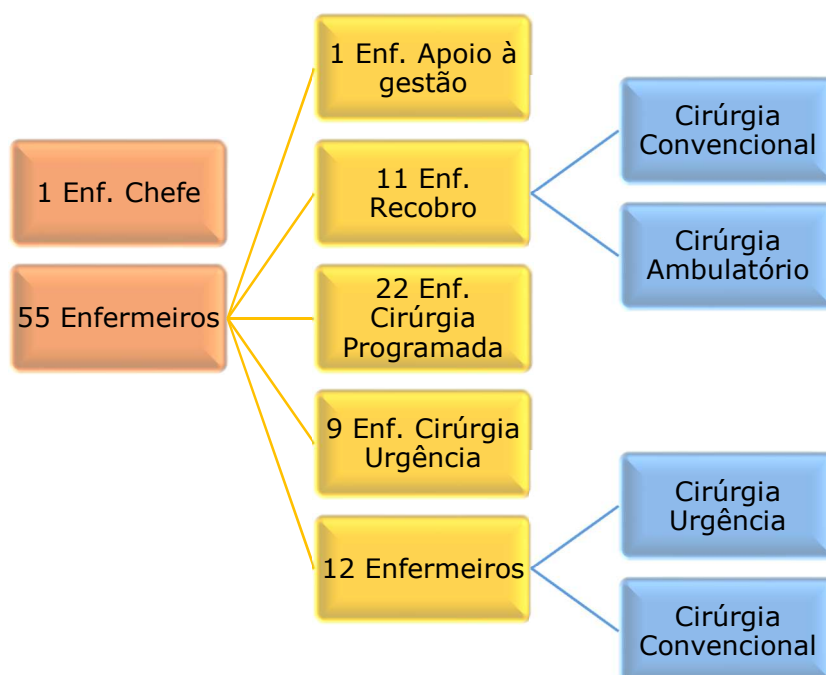
O recobro de Cirurgia convencional tem capacidade para nove utentes em cama, enquanto que o recobro de cirurgia de ambulatório tem capacidade para dez utentes em cadeirão e dez utentes em cama.

No que respeita aos circuitos, da sala 1 à sala 6 existem circuitos separados de sujos e limpos. Da sala 7 à sala 9 o circuito é misto atendendo ao uso em cirurgia de ambulatório das salas.

**APÊNDICE V - Caracterização da Equipa de  
Enfermagem Perioperatória**

## CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

A equipa de enfermagem é constituída por cinquenta e seis enfermeiros. Destes cinquenta e seis enfermeiros, um encontra-se em funções de chefia e os restantes cinquenta e cinco na prestação de cuidados.



Quadro 1 – Distribuição dos Enfermeiros por área de prestação de Cuidados

É considerada uma equipa relativamente jovem e dinâmica, em que a média (42%) de idades se situa entre os 31 e os 40 anos. Sucedido por 25% dos enfermeiros com idades compreendidas entre os 41 anos e os 50, como podemos ver no gráfico seguinte.

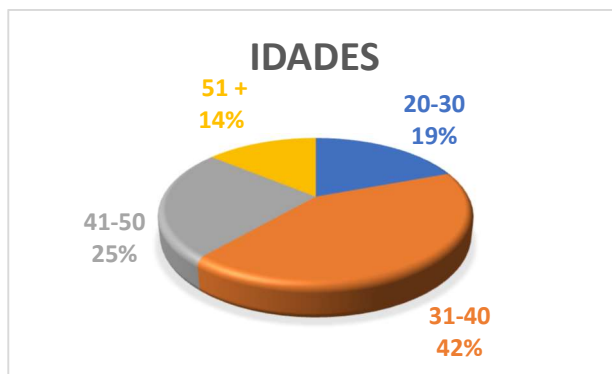


Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros por idades

Jovem também, em relação ao tempo de exercício profissional em Bloco Operatório, uma vez que, quase 40% dos enfermeiros na prestação de cuidados, realizam-no em Bloco Operatório, há menos de 5 anos.

Com percentagens semelhantes, 28 e 24%, encontramos tempos de exercício completamente dispares, de 5 a 10 anos e mais de 21 anos respetivamente.



Gráfico 2 - Tempo de Exercício Profissional em Bloco Operatório

Em relação ao grau académico, apenas um enfermeiro não possui uma Licenciatura em Enfermagem,

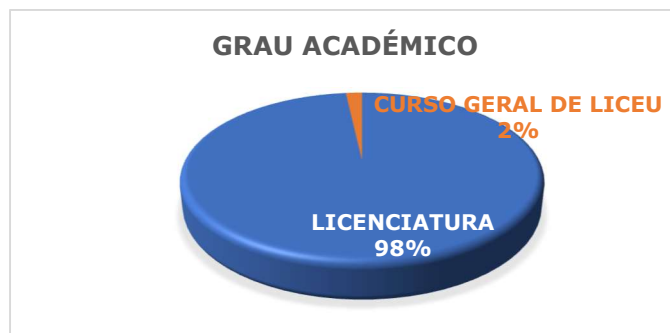


Gráfico 3 – Grau Académico

no entanto, 48% dos enfermeiros a prestar cuidados no Bloco Operatório, investiu na formação académica após a Licenciatura, como podemos confirmar nos gráficos seguintes.

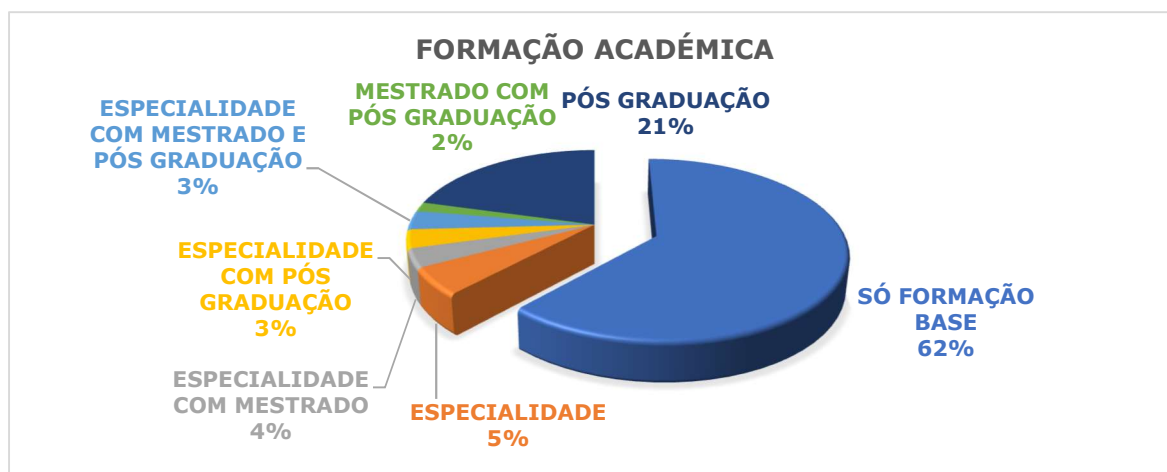
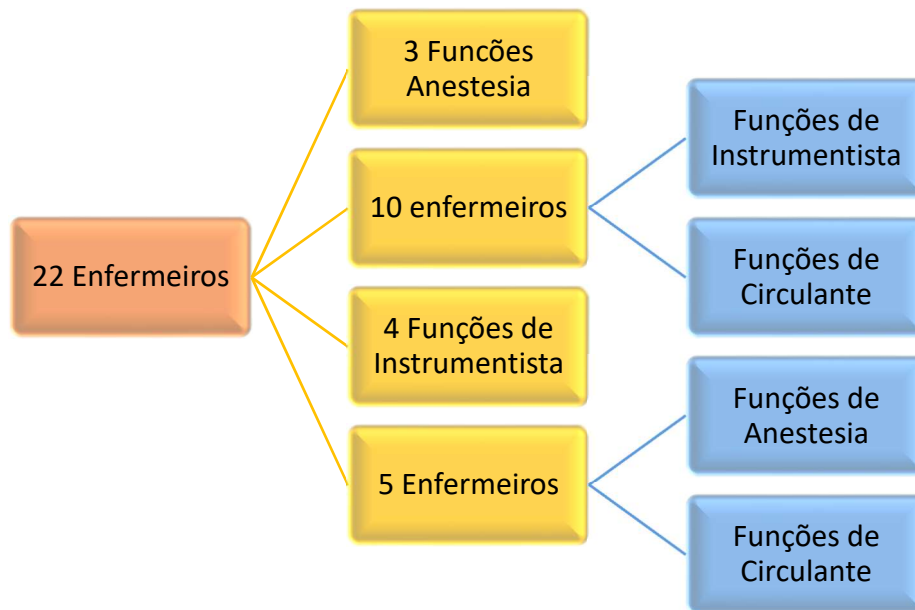


Gráfico 4 – Formação Académica

Atendendo ao foco do nosso estudo, às características inerentes à realização do estágio e ao horário praticado pelo enfermeiro orientador no local, o investigador baseou o seu estudo nos enfermeiros que estão alocados à cirurgia convencional.



Quadro 2 – Distribuição dos Enfermeiros alocados à Cirurgia Convencional por Funções

Cada área cirúrgica (cirurgia geral e avançada, urologia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia) tem um elemento responsável, à exceção de psiquiatria e dermatologia, perfazendo assim um total de 6 elementos responsáveis de especialidade.

**APÊNDICE VI – Artigo Científico “ Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – Especificidades do Enfermeiro Circulante”**

# Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório

## Especificidades do Enfermeiro Circulante

---

**Marisa de Paula\***

**Ana Lúcia Ramos\*\***

\* *Mestranda no II Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória; Enfermeira no Bloco Operatório do Hospital Distrital de Santarém; mail: [marisacarinapaula@gmail.com](mailto:marisacarinapaula@gmail.com)*

\*\* *Orientador Científico*

### RESUMO

O enfermeiro perioperatório, atendendo às diferentes funções que assume no bloco operatório, deve ser alguém dinâmico, versátil, com características e competências científico-técnicas específicas e atualizadas. A função enquanto enfermeiro circulante é a que mais exige, quer a nível teórico, prático ou pessoal do enfermeiro.

O objetivo deste estudo é identificar as competências do enfermeiro circulante de forma a fundamentar a importância do seu processo de integração no bloco operatório. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura. As pesquisas efetuadas decorreram em vários momentos em Bibliotecas Escolares, Bibliotecas Digitais, repositórios, plataformas, bases de dados, periódicos e consulta de documentos de referência para colheita da informação.

Os resultados são unânimes. Na função de enfermeiro circulante, deve estar um enfermeiro experiente, com competências científicas e técnicas atualizadas, entre as quais são-lhe reconhecidas a liderança, a consciencialização da situação, a capacidade de gestão de procedimentos, o trabalho em equipa e a comunicação. Não devendo nunca ser substituído ou simplesmente anulado sob pena de sansão, é ele que garante a qualidade dos cuidados e a segurança do doente e da equipa cirúrgica dentro da sala operatória.

Neste sentido, o enfermeiro circulante é um elemento fundamental e indispensável numa sala operatória, e só com uma integração adequada, eficaz, organizada e direcionada para as especificidades da organização/serviço estão garantidas as condições necessárias para a aquisição das competências necessárias ao bom desempenho das suas funções.

**Palavras-chave:** sala operatória; enfermeiros; enfermeiro circulante; integração de enfermeiros

**APÊNDICE VII - Questionário para Recolha de  
Informação**

## **ENFERMEIRO CIRCULANTE – UM NOVO DESAFIO**

No âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio, inserida no II Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e, sob orientação da Professora Ana Lúcia Ramos, encontro-me atualmente a realizar um Projeto de Intervenção no serviço que tem como tema fundamental a **Integração de Novos Enfermeiros na Função de Enfermeiro Circulante**.

Atendendo a que o enfermeiro circulante é considerado o gestor da sala e é ele quem responde perante as hierarquias sobre as ocorrências neste âmbito, a ele são atribuídas responsabilidades específicas no que se alude á segurança do utente, equipa cirúrgica e todo o ambiente da sala de operações, controlo de infeção e gestão de riscos bem como toda a gestão da organização da sala de operações. Neste sentido, atendendo á importância e pelo desafio de responder a uma necessidade objetiva do serviço, este projeto tem como objetivo principal facilitar o processo de integração de novos enfermeiros no serviço, mais especificamente, na área de circulante, elaborando para tal um Guia Orientador.

No sentido de compreender em que medida o processo de integração nesta função pode ser melhorado foi elaborado o questionário em anexo, e é neste sentido que peço a vossa colaboração. Intento recolher informação acerca do seu processo de integração no Bloco Operatório do Hospital Vila Franca de Xira na função de Enfermeiro Circulante, bem como sugestões para a melhoria deste processo.

Serão cumpridas as preocupações éticas inerentes ao tipo de estudo, salvaguardando o anonimato e que a informação recolhida será confidencial, os dados serão trabalhados de forma agrupada e na apresentação final do relatório e, eventualmente, noutras comunicações científicas, não serão identificados nem as pessoas nem a instituição. A participação é voluntária, e o preenchimento do questionário assume a autorização do participante no estudo.

Grata pela sua participação

(Marisa de Paula)

Setúbal, dezembro 2018

## Questionário

### 1. Caracterização socioprofissional

**Instruções de Preenchimento:** leia as questões que se seguem com atenção e responda com um X a que melhor se adequa à sua situação.

#### 1.1 Sexo

Feminino	
Masculino	

#### 1.2 Tempo de experiência profissional em Enfermagem

Nenhum	
Menos de 2 anos	
De 2 a 5 anos	
De 6 a 10 anos	
Mais de 10 anos	

#### 1.3 Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório

Nenhum	
Menos de 2 anos	
De 2 a 5 anos	
De 6 a 10 anos	
Mais de 10 anos	

#### 1.4 Perfil Acadêmico

Especialidade	
Pós-graduação	
Mestrado	
Outro	

1.5 Qual a função que exerce no Bloco Operatório?

---

2 Processo de Integração no Bloco Operatório

2.1 Está familiarizado com a instrução de trabalho existente no serviço relativa à função de enfermeiro circulante?

<b>Sim</b>	
<b>Não</b>	

2.2 Está integrado na função de circulante no Bloco operatório onde presta cuidados?

<b>Sim</b>	
<b>Não</b>	

2.3 Se respondeu sim à questão anterior, há quanto tempo?

---

**Instruções de Preenchimento:** as questões seguintes são de resposta aberta.

2.4 Durante o seu processo de integração quais as dificuldades sentidas?

---

---

2.5 Durante o seu processo de integração, quais os aspetos que considerou facilitadores do mesmo?

---

---

2.6 O que sugere para facilitar a integração de novos elementos na função de circulante?

---

---

---

2.7 Que aspetos pensa que deveriam ser contemplados num Guia de Integração para enfermeiros na função de circulante?

---

---

2.8 Qual pensa ser o perfil do Enfermeiro Circulante?

---

---

Grata pela sua colaboração!

**APÊNDICE VIII - Pedido de autorização para  
aplicação do questionário**

Exma. Sra.  
Enfermeira Diretora do  
Hospital [REDACTED]  
[REDACTED]

Eu, Marisa Carina Piscalho de Paula, Enfermeira, no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio, inserida no II Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e, sob orientação da Enfermeira Paula Matos e da Professora Ana Lúcia Ramos, encontro-me atualmente a realizar um Projeto no serviço de Bloco Operatório na sua Instituição que tem como tema fundamental a **Integração de Novos Enfermeiros na Função de Enfermeiro Circulante**.

No sentido de compreender em que medida o processo de integração nesta função pode ser melhorado foi elaborado o questionário, em anexo, e é neste sentido que me dirijo a V. Exa., pedindo autorização para a aplicação do questionário à equipa de enfermagem.

Serão cumpridas as preocupações éticas inerentes ao tipo de estudo, salvaguardando o anonimato e que a informação recolhida será confidencial, os dados serão trabalhados de forma agrupada e na apresentação final do relatório e, eventualmente, noutras comunicações científicas, não serão identificados nem as pessoas nem a instituição. A participação é voluntária, e o preenchimento do questionário assume a autorização do participante no estudo.

Encontro-me disponível para eventuais esclarecimentos, se assim o considerar necessário.

Sem outro assunto de momento e grata pela disponibilidade e atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Setúbal, 15 dezembro de 2018

Atenciosamente,

---

(Enf.<sup>a</sup> Marisa de Paula)

**APÊNDICE IX - Guião de Integração na função de  
Enfermeiro Circulante**

# GUIÃO DE INTEGRAÇÃO

## NA FUNÇÃO DE ENFERMEIRO CIRCULANTE



Fonte: [https://media.kasperskydaily.com/wp-content/uploads/sites/92/2015/04/06040837/doct\\_FB.png](https://media.kasperskydaily.com/wp-content/uploads/sites/92/2015/04/06040837/doct_FB.png)

**Elaborado por:** Marisa de Paula  
Estudante do II Curso de Mestrado em  
Enfermagem Perioperatória da ESS/IPS  
**Orientado por:** Professora Ana Lúcia  
Ramos

Setúbal, 2019

*“... 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, 2012 e pud Teixeira, 1997*

## INDICE

---

	Folha
INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL.....	4
GUIÃO DE INTEGRAÇÃO.....	12
OBJETIVOS.....	13
PRESSUPOSTOS.....	14
INTEGRAÇÃO NA FUNÇÃO DE CIRCULANTE.....	15
AVALIAÇÃO FORMATIVA.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

## INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL

---

Na realidade que vivemos atualmente, numa sociedade de dinamismo e competitividade presentes a cada momento, na busca pela excelência, eficiência e qualidade é premente não só a assunção dos conhecimentos, como o “know how” e o saber aplicá-los no sentido de obter um melhor resultado quer a nível profissional quer a nível pessoal.

O enfermeiro para ser competente, mais do que possuir um diploma ou um grau académico, terá de saber mobilizar qualidades pessoais, fontes documentais, experiências, conhecimentos, saberes e saberes-fazer, entre outros, terá de SABER CUIDAR, e, os cuidados de enfermagem obrigam a que cada cuidado não seja intuitivo, virado para a técnica, mas refletido, baseado em competências relacionais, pessoais e emocionais, adequado a cada pessoa.

O conhecimento das próprias limitações, sentimentos, emoções e conhecimentos permitem ao enfermeiro suportar o seu relacionamento e interação com o utente, tal como refere Hesbeen (2000), que ao descrever as características de um artesão de cuidados de enfermagem, menciona *“a capacidade de cuidar de si próprio”*.

Para Watson(2002) o cuidar é a qualidade mais preciosa que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, não se coartando a uma emoção, atitude ou desejo. Cuidar, requer um envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro consigo próprio e com os outros. Cuidar, objetiva a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana, envolvendo valores, compromissos, conhecimentos e consequências.

O bloco operatório é, provavelmente, a área de prestação de cuidados, em que a situação de saúde do utente (muitas vezes associada a inúmeras patologias complexas), o seu estado de consciência, os procedimentos terapêuticos de que necessita e o meio ambiente que o rodeia, exigem mais dos profissionais de Enfermagem (AESOP, 2012).

Ao enfermeiro é exigido um conjunto de conhecimentos e habilidades de essência distinta, gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência do risco respeitando as normas de segurança e um elevado nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, enquanto enfermeiro de apoio à anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e, não menos importante, enfermeiro de Unidade

Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), que devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.

Acordando com Ferreira e Valadas, o enfermeiro deve harmonizar a tecnologia com a humanização dos cuidados, isto é, a tecnologia deve ser considerada como aliada à prestação de cuidados com qualidade na dicotomia do cuidar/humanizar o utente na sua essência humana (2010, 2000).

A EORNA (1996), alude ainda que *“a utilização sistemática de uma abordagem holística dos cuidados, deve manter a identidade e a dignidade de cada indivíduo doente, sem prejuízo do seu estado de saúde, nacionalidade, credo, religião ou outras crenças. O doente, familiares e outras pessoas significativas, têm o direito de receber informações necessárias, bem como apoio emocional e físico que lhes permitam ultrapassar as fases dos cuidados perioperatórios”* (AESOP, 2012, P. 8).

A Enfermagem perioperatória é assim definida como *“o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, (...), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado”*. (AESOP, 2012, p.107)

Neste sentido, segundo a AORN, a função do enfermeiro perioperatório é a de *“identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociológicas do doente, pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de Enfermagem, baseadas no conhecimento das Ciências Humanas e da Natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia.”* (AESOP, 2012, P.108)

Todos estes pressupostos exigidos, reclamam do Enfermeiro da Sala de Operações uma atenção contínua e uma prestação de cuidados de Enfermagem, altamente especializados e executados, integrado numa equipa de saúde multidisciplinar.

Segundo o Conselho Internacional de enfermeiros (CIE) (2006), os cuidados de enfermagem são estimados como necessários à prestação de cuidados de saúde numa diversidade de ambientes, e, desde então que se tem dado uma especial atenção aos níveis de dotações seguras e às condições requeridas para a prestação de cuidados seguros e eficazes.

O termo dotação segura implica que estejam presentes, em todos os momentos, uma quantidade adequada de enfermeiros competentes, para garantir que são prestados cuidados de qualidade e em segurança.

*“As dotações seguras refletem a manutenção da qualidade, dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. As práticas de dotações seguras incorporam a complexidade das atividades e intensidades de enfermagem; os níveis variáveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros; o desenvolvimento do pessoal de cuidados de saúde; apoio da gestão de saúde aos níveis operacional e executivo; ambiente contextual e tecnológico das instalações; apoio disponível dos serviços; e a prestação de proteção a quem comunique situações anómalas”* (CIE, 2006 e *pub North Carolina Nurses Association, 2005, p.6*).

Com base nesta premissa, a Ordem dos Enfermeiros (OE) regulamenta a dotação segura no Regulamento 533/2014 do Diário da República, 2.ª série - n.º 233 de 2 de dezembro de 2014, definindo que *“a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população”*.

Fica desta forma definido que em cada sala operatória se considera a existência das seguintes funções/postos de trabalho: Enfermeira Circulante, Enfermeira Instrumentista e Enfermeira de Anestesia.

Neste sentido, torna-se essencial uma adequada preparação profissional e pessoal que integra um relevante fator e instrumento para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados numa unidade.

O processo de integração de um enfermeiro no bloco operatório é habitualmente demorado e complexo, não só porque na formação académica de base em enfermagem estes conteúdos são praticamente inexistentes, mas também, porque o bloco operatório é um serviço muito específico, carregado de novas tecnologias e equipamentos, exigindo do profissional um conhecimento técnico-científico ampliado e atualizado.

Segundo o Parecer do Conselho Jurisdicional 75/2008 da OE *“a adequada integração dos profissionais aos serviços onde irão prestar cuidados, de forma a poderem responder cabalmente às especificidades dos mesmos, é parte importante e intrínseca a essa segurança. O desconhecimento ou não familiarização com o local de trabalho e/ou com os diversos recursos materiais colocados ao dispor do profissional, são fatores potenciadores de risco”* e, *“a existência de quaisquer condições que impeçam o adequado cumprimento dos deveres dos enfermeiros em assegurar o direito dos clientes a cuidados seguros, constitui uma violação dos seus direitos à prática de cuidados de qualidade e na procura da excelência do exercício”*.

Também o Conselho de Enfermagem, no Parecer 78/2017 (retificado) se pronuncia em relação a esta problemática, referindo que “o processo de integração é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e conseqüentemente no seu desempenho profissional. É um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida tem experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados”.

O processo de integração num serviço está planeado na Carreira de Enfermagem, no Decreto-Lei nº. 247/2009 de 22 de setembro, Capítulo III, art.º 9, no momento em que afirma que o enfermeiro deve *“colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional ; orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores; orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional”*, ao referir-se ao conteúdo funcional da categoria de enfermeiro.

Atendendo à especificidade do bloco operatório, às necessidades do serviço, à experiência de vida dos enfermeiros, aos conhecimentos prévios, sentimentos e capacidade de adaptação, os conteúdos e duração dos programas de integração não são estanques, pelo contrário, devem permitir reformulações e adaptações de uma forma dinâmica e de acordo com as necessidades sentidas ao longo do processo, quer pelos enfermeiros quer pelo serviço.

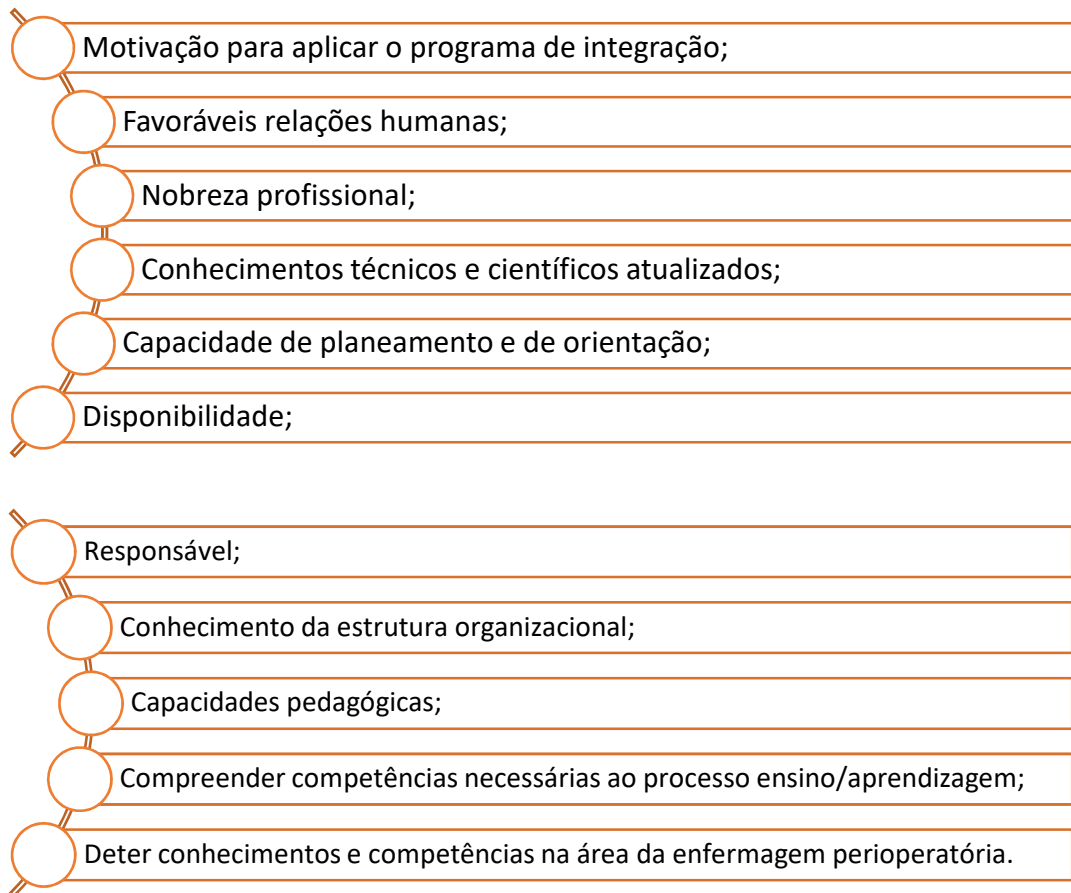
As vantagens de um programa de integração são várias, entre elas encontramos a redução da ansiedade dos enfermeiros, a redução da rotatividade e substituições, uma economia do tempo de integração e um ajustamento frequente das expectativas e objetivos.

Segundo Frederico e Leitão, *“um processo de integração, devidamente estruturado, beneficiará a gestão de diversas formas. Se a integração se processar o mais rápido e adequadamente possível, o novo profissional dará o seu contributo mais efetivo na consecução dos objetivos, haverá menos absentismo, menos substituições, menos fugas a responsabilidade e haverá uma continuidade de cuidados”* (1999, p.135)

Independentemente do tempo de serviço anterior, da experiência profissional, em bloco operatório ou não, um enfermeiro quando chega a um serviço novo é, segundo Benner (2001,) um iniciado no continuum de iniciado a perito, pelo que deve ser integrado e acompanhado pelo integrador, elemento nomeado pelo enfermeiro chefe, até se sentir com autonomia e autoconfiança para prestar cuidados individualmente.

Para que a integração seja realizada de uma forma eficaz e eficiente e no mais curto espaço de tempo, é imperioso identificar as principais características do enfermeiro integrador, pois também ele tem um papel preponderante no atingir dos objetivos.

Segundo a AESOP (2012), o **ENFERMEIRO INTEGRADOR**, deverá ser selecionado, de preferência entre os enfermeiros especialistas ou peritos, por deter capacidade de criar um clima agradável e de confiança, propício ao diálogo e verbalização de dúvidas e dificuldades sentidas pelo integrando, devendo para isso **APRESENTAR**:

- 
- Motivação para aplicar o programa de integração;
  - Favoráveis relações humanas;
  - Nobreza profissional;
  - Conhecimentos técnicos e científicos atualizados;
  - Capacidade de planejamento e de orientação;
  - Disponibilidade;
  - Responsável;
  - Conhecimento da estrutura organizacional;
  - Capacidades pedagógicas;
  - Compreender competências necessárias ao processo ensino/aprendizagem;
  - Deter conhecimentos e competências na área da enfermagem perioperatória.

Para o enfermeiro em integração, o integrador representa o elo de ligação com o serviço, organização e imagem da instituição. Ao enfermeiro integrador é exigido um acompanhamento e uma orientação de forma eficaz e eficiente, sendo-lhe carecido para tal um alto grau de segurança pessoal, para que não se sinta ameaçado com as falhas ou insucessos do integrante, e uma dose colossal de paciência, para saber lidar com os novos e inexperientes enfermeiros (Chiavenato, 1999).

Os cuidados perioperatórios garantem ao enfermeiro recém chegado, um leque de conhecimentos vasto e diferenciado para assumir qualquer tipo de função, ao mesmo tempo que, lhe permite a polivalência de funções. Simultaneamente, à Instituição/serviço

uma melhor gestão de recursos humanos, nomeadamente em situações especiais, como sendo emergências, calamidades, férias, ou até mesmo, formação de novos elementos.

Outro aspeto igualmente importante diz respeito ao fato dos enfermeiros perioperatórios lograrem de uma maior visão e consciência da amplitude das suas competências e da complementaridade, o que incitará e valorizará o trabalho em equipa (Ferreira, 2010).

É seguro afirmar que o processo de integração se revela assim dinâmico e interativo, envolvendo não só o integrando, como envolve também o integrador e toda a equipa pluridisciplinar, mobilizando todos os recursos disponíveis no serviço procurando permitir ao novo enfermeiro o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas ao contexto perioperatório.

*“Durante o ato cirúrgico, quer a equipa estéril, quer a equipa de anestesia estão envolvidas nos seus procedimentos e é o enfermeiro circulante que tem de estar atento a tudo quanto se passa na sala e atuar em conformidade de forma a manter a segurança. Isto implica conhecimentos específicos nesta área e domínio das competências que lhe estão associadas”* (AESOP; 2012, p. 130)

A função de enfermeiro circulante surge na história, por volta de 1884 e, por volta de 1910, nos Estados Unidos surge na bibliografia com conteúdos funcionais específicos. Se em 1983, segundo Groah, os cirurgiões avocavam importância à função do instrumentista, os enfermeiros perioperatórios, por seu lado, reivindicavam esta importância ao enfermeiro circulante.

A possibilidade de “*circular*” na sala operatória, garante ao enfermeiro circulante gerir a globalidade das atividades e asseverar para que o procedimento cirúrgico suceda nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa.

O enfermeiro circulante cuida holisticamente do doente, comprometendo-se pelo seu acolhimento e respondendo às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança, ao mesmo tempo que, responde às necessidades da equipa cirúrgica. Não fazendo parte da equipa estéril, exerce a sua função em torno do campo operatório, detetando qualquer quebra de assepsia e instaurando atempadamente medidas corretivas.

Atuando como líder de equipa na sala operatória, é ele que certifica a qualidade dos cuidados de enfermagem, da segurança do doente, da manutenção do ambiente cirúrgico, e da assepsia no campo operatório. Também a rentabilização das salas operatórias é responsabilidade do enfermeiro circulante, pois, é ele quem gere os tempos

e realiza os contactos com o exterior no sentido de colmatar imprevistos e percas de tempo.

*“Ser enfermeiro circulante é na realidade um mistério para ser vivido a cada momento, entre um conhecimento adquirido, científico, técnico e em constante mudança pelo avanço da ciência e da tecnologia, sendo-lhe exigido uma evolução permanente e uma avaliação constante da qualidade dos cuidados prestados” (AESOP, 2012, P.129).*

Ser **ENFERMEIRO CIRCULANTE** exige assim:

- ✓ Competências atualizadas na área perioperatória;
- ✓ Atribuições específicas de responsabilidade concernente à segurança do doente, equipa e ambiente, gestão de riscos e gestão organizacional da sala operatória;
- ✓ Conhecimento profundo e um tento pertinaz do ambiente cirúrgico e circuitos no sentido de cumprir e fazer cumprir a assepsia cirúrgica;
- ✓ Assunção de uma política pró-ativa de gestão do risco;
- ✓ Desenvolvimento de um conjunto de procedimentos, fruto de um pensamento crítico e reflexivo permanente, em busca de uma melhoria continua dos cuidados realizados ao doente cirúrgico.

Dada a relevância desta função dentro da sala operatória, a OE refere que a função de manutenção da segurança do doente e do ambiente necessário ao ato cirúrgico é da responsabilidade do enfermeiro circulante e que a substituição deste por alguém que não seja enfermeiro (independentemente do tempo) intenta o exercício ilegal da profissão, logo qualquer membro da ordem que pactue com esta infração incorre em violação dos seus deveres.

Também Matson (2001) no seu artigo intitulado *“The critical nurse in the circulating nurse role”* afirma que o enfermeiro circulante, dentro da sala operatória é responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem ao doente e é ela quem coordena as necessidades da equipa cirúrgica. Fazendo uso do pensamento crítico e das suas competências específicas, o enfermeiro circulante observa e avalia todo o teatro operatório antes, durante, e após os procedimentos, a partir de uma perspetiva ampla, garantindo desta forma um ambiente seguro e confortável para o doente.

Identicamente, Neyens et al (2018) no seu artigo *“Applied Ergonomics”* assume no enfermeiro circulante um papel fundamental na antecipação das necessidades dos outros

membros da equipe (Simmons et al., 2009), como a instrumentista, o cirurgião e o anestesiológista (Ritchie, 2009). Além disso, desempenha um papel fundamental na proteção e manutenção da segurança do paciente ao longo das diferentes fases do procedimento cirúrgico, assegurando que os protocolos cirúrgicos são cumpridos. O enfermeiro circulante funciona em torno da equipa estéril agindo como a ligação entre estéril e não estéril, fornecendo equipamentos, materiais e informações para os cirurgiões e enfermeira instrumentista bem como outras informações acerca do processo do doente.

Segundo Ilaria Redaelli (2018) no estudo etnográfico acerca das competências não técnicas dos enfermeiros circulantes relata que os enfermeiros circulantes desempenham um papel fundamental na manutenção da segurança dos doentes, conforme surge nas diretrizes internacionais de segurança na sala de operações. De fato, as diretrizes da OMS (2009) para cirurgia segura são atribuídas às responsabilidades dos enfermeiros circulantes em garantir o posicionamento do doente na mesa operatória, monitorizar o campo estéril e realizar verificações de segurança do uso de materiais e equipamentos. Como circulantes os enfermeiros são membros-chave da equipa cirúrgica.

Da análise dos dados surgem **COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS**, descritas em cinco categorias e das quais depende a qualidade do trabalho enquanto enfermeiro circulante, são elas:

- ↳ Liderança;
- ↳ Consciencialização da situação;
- ↳ Gestão de procedimentos;
- ↳ Comunicação;
- ↳ Trabalho em equipa.

Concomitantemente, a AESOP (2012) define o enfermeiro circulante como um enfermeiro sénior, um enfermeiro experiente, com competências científicas e técnicas atualizadas, que cuida do doente de uma forma holística, dando resposta às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança, bem como às necessidades da equipa cirúrgica.

Neste sentido, só com uma integração adequada, eficaz, organizada e direcionada para as especificidades da organização/serviço estão garantidas as condições necessárias para a aquisição das competências necessárias ao enfermeiro circulante.

## GUIÃO DE INTEGRAÇÃO

---

A integração é um processo cujo início é marcado pela admissão do novo elemento e que só deverá considerar-se epilogado quando este conhece bem a estrutura física, a filosofia organizacional, a equipa de trabalho e as suas atividades funcionais (Gode, 1993, Frederico e Leitão, 1999)

Segundo a AESOP (2012), o programa de integração é um processo adaptativo que compreende o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu manuseio, o inter-relacionamento com as disposições da unidade e o conhecimento técnico e científico. É um procedimento interativo e dinâmico que implica o integrando e o integrador, bem como toda a equipa multidisciplinar, carecendo de ser utilizados na integridade, os recursos do serviço disponíveis, no sentido de permitir ao integrando aprofundar conhecimentos e conquistar experiência.

Este é um programa que obtempera a diversas etapas singularmente exigentes, quer para o novo enfermeiro, quer para o responsável pela sua integração. Quanto à duração, e atendendo a que cada pessoa é ímpar, com uma personalidade, uma disposição, um comportamento e uma curva de aprendizagem específicos e únicos, esta é variável.

Um programa de integração terá a duração estritamente necessária para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória e para a obtenção de conceitos elementares para a sua prática como:

- ☑ O saber-fazer - dois conceitos inseparáveis, no sentido em que o fazer implica a operacionalidade do saber teórico, e por seu lado, o saber teórico inclui as leituras advindas da experiência prática;
- ☑ O saber-ser/saber-estar – conceitos adquiridos não só no percurso profissional, mas também no percurso social, educacional e familiar, identificados simultaneamente como competências comportamentais, contribuem ativamente para a socialização dos enfermeiros e permitem-lhes o correto comportamento dentro de um contexto tão particular como sendo o bloco operatório. Aqui, o saber-ser/saber-estar implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação,

espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress (AESOP, 2012).

## OBJETIVOS

---

Este guião tem como **OBJETIVO GERAL**:

- ↪ Facilitar o processo de integração de novos enfermeiros na função de circulante;
- ↪ Contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem

Tem como **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**:

- ↪ Fomentar a partilha de informação, no sentido de alicerçar a aquisição de competências do integrando necessárias ao desempenho das suas novas funções;
- ↪ Facultar informações, teóricas e práticas acerca da estrutura e dinâmica do bloco operatório;
- ↪ Proporcionar um clima de confiança que promova o esclarecimento de dúvidas e oriente na execução de ações e procedimentos;
- ↪ Promover a consciencialização do seu papel enquanto membro do serviço, das suas responsabilidades, deveres e direitos no sentido da conquista do desígnio final da equipa multidisciplinar;
- ↪ Incrementar o desenvolvimento pessoal e profissional do integrando;
- ↪ Favorecer uma uniformidade de atuação;
- ↪ Garantir uma eficiente e eficaz integração no mais curto espaço de tempo.

## PRESSUPOSTOS

---

Os **PRESSUPOSTOS DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO** devem constituir uma realidade e ser respeitados:

- ① durante o período de integração, o novo enfermeiro não deverá ter funções atribuídas;
- ① o seu horário deve ser constituído por manhãs, para se inteirar da dinâmica do serviço, no entanto, o integrando deve fazer uma manhã de fim de semana para ter conhecimento das rotinas de limpeza e higienização das salas, atividades específicas e únicas realizadas neste dia;
- ① o enfermeiro a integrar deve fazer uma visita de observação à unidade de esterilização, durante um dia, de forma a conhecer a dinâmica deste serviço e principalmente, para adquirir conhecimentos sobre o tratamento, acondicionamento e reprocessamento do material cirúrgico;
- ① o integrando não deve ser utilizado para fazer face às necessidades do serviço, substituindo outros elementos que possam faltar;
- ① o enfermeiro chefe/coordenador do serviço deve delegar a um enfermeiro da equipa, com experiência e competência profissional, a responsabilidade deste processo de integração do novo enfermeiro;
- ① o enfermeiro a integrar será um elemento supranumerário;
- ① o horário do integrador e do integrando deverá ser coincidente;
- ① dentro do possível, ambos os enfermeiros devem fazer o mínimo de trocas e/ou tentarem trocar simultaneamente o turno;
- ① o enfermeiro integrador deverá demonstrar otimismo e disponibilidade, expressos não só em palavras mas também em atitudes, para que o novo elemento saiba que pode contar com a sua ajuda e apoio;
- ① e as informações devem ser transmitidas progressivamente, pois não se aprende tudo ao mesmo tempo e a prática vai ajudar a consolidar os conhecimentos.

## INTEGRAÇÃO NA FUNÇÃO DE CIRCULANTE

---

Considerada a terceira fase num processo de integração, tem a duração prevista de três meses.

O integrando deve adotar uma postura inicial de observação, pesquisa (consulta de protocolos, instruções de trabalho e práticas recomendadas), escuta ativa e colaboração com o integrador, assumindo gradualmente a função de circulante, sob supervisão do enfermeiro integrador.

Ao enfermeiro circulante é exigido a assunção de que o doente é a pessoa mais importante da sala, ainda que totalmente dependente (dadas as circunstâncias da doença no momento), e que necessita de toda a sua competente atenção com o propósito de garantir a sua integridade física, psicológica, social e espiritual e ser seu advogado, ou seja, garantir a sua segurança e garantir que a sua vontade é respeitada.

O objetivo principal nesta fase de integração é:

- 👉 Desenvolver competências como enfermeiro circulante.

Os objetivos específicos com o propósito de lograr este objetivo principal encontram-se descritos, tal como as atividades a desenvolver, no quadro seguinte.

## Integração à função de Enfermeiro Circulante


Duração: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_/\_\_/\_\_

Data de fim: \_\_/\_\_/\_\_

Enfermeiro integrando: \_\_\_\_\_

Enfermeiro integrador: \_\_\_\_\_

OBJETIVOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO INTEGRADOR	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO INTEGRANDO
 <b>Desenvolver competências como enfermeiro circulante</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Explica as funções de enfermeiro circulante;</li><li>✓ Faculta documentos essenciais (normas, protocolos, instruções de trabalho e práticas recomendadas, entre outros) acerca das atividades enquanto enfermeiro circulante.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>① Revela interesse em desenvolver competências na área;</li><li>① Consulta os documentos essenciais facultados (normas, protocolos, instruções de trabalho e práticas recomendadas, entre outros) acerca das atividades enquanto enfermeiro circulante.;</li><li>① Realiza pesquisas relacionadas com a função de enfermeiro circulante;</li><li>① Coloca questões e dúvidas.</li></ul>
<b>Validar o plano operatório e planejar os cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ No dia anterior, consulta o plano operatório, toma conhecimento do nome do doente, do tipo de cirurgia e necessidades específicas;</li><li>✓ Colabora com o enfermeiro instrumentista no planeamento dos cuidados e preparação do material</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>① Consulta o plano operatório no dia anterior;</li><li>① Observa e colabora com o enfermeiro integrador no planeamento dos cuidados;</li><li>① Observa e colabora com o enfermeiro integrador na preparação do material e</li></ul>

	<p>(verifica a disponibilidade do instrumental cirúrgico necessário, materiais de implante e tipos de drenagens e pensos) e equipamento para as cirurgias, de acordo com as características do doente, os protocolos operatórios, a técnica cirúrgica e o cirurgião.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumpre a prática recomendada “Prevenção da cirurgia no local errado, do procedimento cirúrgico errado e do utente errado”.</li> </ul>	<p>equipamento para as cirurgias programadas para a sua sala;</p>
<p><b>Certificar as condições ambientais da sala operatória</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Confirma as condições ambientais da sala, como sendo: limpeza, temperatura, humidade, pressão, luzes, funcionamento de exaustão de gases e grelhas de ventilação da sala;</li> <li>✓ Explica a importância destes cuidados no controlo da infeção e fornece suporte teórico acerca dos mesmos;</li> <li>✓ Elucida acerca do técnico ou pessoa responsável a contactar e forma de contato, no caso de surgir alguma falha;</li> <li>✓ Cumpre a prática recomendada sobre “fatores ambientais no bloco operatório”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa atentamente o integrador na confirmação das condições ambientais da sala;</li> <li>① Escuta cuidadosamente todas as explicações fornecidas;</li> <li>① Consulta o suporte teórico facultado no sentido de colmatar possíveis dúvidas;</li> <li>① Compreende a importância de garantir estas condições e identifica a pessoa responsável e meio de contato em caso de necessidade.</li> </ul>
<p><b>Organizar e testar todo o equipamento indispensável à cirurgia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reúne na sala todo o equipamento essencial à cirurgia , explanando ao integrando a função, modo de funcionamento e riscos de cada um (</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Colabora na seleção do equipamento necessário à cirurgia ;</li> <li>① Escuta atentamente as explicações do enfermeiro integrador;</li> </ul>

	<p>unidade de eletrocirurgia, aspirador de vácuo, candeeiros de teto – pantoff, equipamento de ultracision, equipamento de ligasure, trolley de endoscopia e laparoscopia, existência de CO2 para realizar o pneumoperitoneu, microscópio, aparelho de laser, ...);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fornece suporte teórico sobre os diversos equipamentos;</li> <li>✓ Verifica o seu correto funcionamento;</li> <li>✓ Organiza e dispõe os equipamentos na sala operatória de forma segura e de acordo com o procedimento a realizar;</li> <li>✓ Cumpre a prática recomendada “utilização de eletrocirurgia”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Consulta o suporte teórico facultado no sentido de colmatar possíveis dúvidas</li> <li>① Observa diligentemente o modo de funcionamento dos diferentes equipamentos, manipula-os e esclarece incertezas.</li> </ul>
<p><b>Colaborar com o enfermeiro de anestesia...</b></p>	<p>... no acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresenta-se ao doente;</li> <li>✓ Colabora no turnover do doente para o bloco operatório;</li> <li>✓ Comprova, junto do doente, a sua identificação (tem presente o plano cirúrgico, os dados colhidos no processo, a pulseira de identificação e confirma oralmente com o doente o tipo de cirurgia e local da mesma);</li> <li>✓ Verifica a posição da mesa operatório de acordo com o procedimento cirúrgico;</li> <li>✓ Mostra-se disponível afetivamente e efetivamente para minimizar medos e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa e colabora no acolhimento e turnover do doente;</li> <li>① Mostra-se disponível afetivamente e efetivamente para minimizar medos e esclarecer dúvidas;</li> </ul>

	<p>esclarecer dúvidas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colabora no turnover da maca para a mesa operatória;</li> </ul> <p>... na indução anestésica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colabora na monitorização e preparação do doente para a realização da técnica anestésica;</li> <li>✓ Verifica se o doente está confortável enquanto aguarda o início da cirurgia.</li> </ul> <p>... no transfer do doente para a UCPA ou UCI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transmite oralmente à enfermeira de anestesia algum dado importante para a continuidade dos cuidados ao doente;</li> <li>✓ Colabora no transporte do doente até à UCPA ou UCI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Demonstra respeito pelo doente, a sua religião, cultura e crenças religiosas.</li> <li>① Observa e colabora nos momentos de passagem do doente e na sua transferência para a UCPA ou UCI;</li> <li>① Escuta ativamente a transmissão de dados relevantes para a continuidade dos cuidados e posteriormente executa o procedimento.</li> </ul>
<p><b>Cooperar na preparação das mesas cirúrgicas cumprindo a técnica assética cirúrgica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esclarece o que são dispositivos médicos (DM) segundo a Diretiva Comunitária (93/42) e fornece informação acerca dos mesmos;</li> <li>✓ Assiste na seleção final dos DM necessários à cirurgia ( instrumental cirúrgica e material de consumo) ;</li> <li>✓ Efetua a abertura das trouxas cirúrgicas, batas e luvas;</li> <li>✓ Coadjuva o enfermeiro instrumentista no vestir da bata cirúrgica;</li> <li>✓ Concretiza a abertura de todos os DM e material estéril até à última embalagem, essenciais à cirurgia, confirmando: a integridade do invólucro, o indicador de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa e colabora na seleção dos DM necessários à cirurgia;</li> <li>① Visualiza e identifica na sala de material estéril, o local dos instrumentais, dos instrumentos cirúrgicos e restantes DM estéreis;</li> <li>① Visualiza e identifica na sala de consumíveis, a forma de disposição e local do mesmo;</li> <li>① Observa e assimila a função do enfermeiro circulante ao assistir o enfermeiro instrumentista;</li> <li>① Observa e realiza a abertura de material estéril;</li> <li>① Compreende e identifica a importância</li> </ul>

	<p>esterilização e o prazo de validade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Entrega todo o material estéril aberto à mão do instrumentista com uma distância mínima de 30cm da mesa cirúrgica;</li> <li>✓ Realiza a contagem de compressas e corto-perfurantes com a enfermeira instrumentista e regista-a;</li> <li>✓ Faculta normas, protocolos e instruções de trabalho relativos à técnica assética cirúrgica.</li> <li>✓ Cumpre a prática recomendada acerca de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Vestuário do bloco operatório”</li> <li>- “Técnica assética cirúrgica”</li> <li>- “Manipulação de material estéril no bloco operatório”</li> <li>- “Contagem de compressas, instrumentos e materiais corto-perfurantes”</li> <li>- “O uso de luvas no bloco operatório”</li> <li>- “Utilização de campos cirúrgicos”.</li> </ul> </li> </ul>	<p>da verificação da integridade das embalagens, do método de esterilização e do prazo de validade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa como se realiza a contagem de compressas e material corto-perfurante inicial e colabora no seu registo;</li> <li>① Consulta as normas, protocolos e instruções de trabalho relativos à técnica assética cirúrgica.</li> <li>① Coloca questões sempre que surgem dúvidas.</li> </ul>
<p><b>Colaborar no posicionamento do doente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitar atempadamente ao assistente operacional (AO) todo o material necessário ao posicionamento do doente ( almofadas, lençóis, rolos, placas e proteções de gel) bem como os acessórios necessários para a mesa operatória (perneiras, extensores, extensões e suportes para a mesa operatória);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Colabora na seleção do material de acordo com o posicionamento necessário;</li> <li>① Observa e colabora no posicionamento do doente;</li> <li>① Compreende a função e responsabilidade acrescida do enfermeiro circulante na segurança do doente</li> </ul>

- ✓ Colabora com a restante equipa no posicionamento cirúrgico, sob o comando do anestesista e atendendo à localização da cirurgia e a eventuais patologias do doente que o possam condicionar;
- ✓ Procura manter o alinhamento corporal do doente, evitando zonas de pressão e o comprometimento das funções circulatória, respiratória e neurológica;
- ✓ Explana os principais posicionamentos realizados em bloco operatório, como sendo:
  - Decúbito dorsal
  - Decúbito ventral
  - Decúbito lateral
  - Litotomia
  - Sentado
  - Ortopneumologia, explicando e justificando todos os procedimentos realizados durante o mesmo, com o desígnio da segurança do doente;
- ✓ Faculta e incentiva a consulta de bibliografia acerca de posicionamentos.
- ✓ Se necessário, coloca o elétrodo neutro autoadesivo, atendendo a:
  - À pele do doente (humidade e pilosidade)
  - Proeminências ósseas
  - Próteses metálicas
  - O local da incisão cirúrgica
- ✓ Justifica a sua atuação, quanto à

- ① Compreende a função e a responsabilidade da restante equipa pluridisciplinar no posicionamento do doente;
- ① Escuta atentamente todas as explicações, colocando dúvidas sempre que estas surjam;
- ① Consulta e pesquisa bibliografia acerca dos posicionamentos.
- ① Observa a colocação do elétrodo neutro e colabora na seleção do local justificando;
- ① Ouve atentamente a explicação do enfermeiro integrador;
- ① Consulta a prática recomendada para a “utilização de eletrocirurgia”.

	<p>colocação do elétrodo neutro, e esclarece o integrando acerca das normas de segurança do mesmo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumpre a prática recomendada “utilização de eletrocirurgia”.</li> </ul>	
<b>Colaborar na desinfeção do campo operatório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Providencia o material necessário para a desinfeção da pele de acordo com o protocolo do serviço/especialidade;</li> <li>✓ Colabora com o enfermeiro instrumentista/equipa cirúrgica na desinfeção do campo operatório: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expõe a área a interencionar</li> <li>- Coloca os antissépticos no recipiente de desinfeção.</li> </ul> </li> <li>✓ Monitoriza o cumprimento da prática recomendada “desinfeção do campo operatório”.</li> <li>✓ Cumpre a prática recomendada “O uso de antissépticos no bloco operatório”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa cuidadosamente o material necessário e o modo de desinfeção do campo operatório;</li> <li>① Consulta a prática recomendada “desinfeção do campo operatório” e esclarece dúvidas.</li> </ul>
<b>Colaborar com o enfermeiro instrumentista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coadjuva com o enfermeiro instrumentista: <ul style="list-style-type: none"> <li>- No vestir da restante equipa cirúrgica</li> <li>- Na colocação dos pantoff na posição adequada</li> <li>- No posicionamento das mesas de instrumental junto do campo operatório</li> <li>- Na ligação de materiais e equipamentos do campo estéril para o não estéril</li> <li>- Na orientação da colocação dos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa e colabora em todos os procedimentos necessários ao início e ao decurso da cirurgia;</li> <li>① Observa e colabora com o enfermeiro integrador na abertura correta do material necessário;</li> <li>① Observa, compreende e participa na adaptação e ligação de materiais e equipamentos entre o campo estéril e não estéril;</li> </ul>

	<p>baldes para sujos junto da equipa estéril</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Na contagem de compressas, instrumentos e corto-perfurantes</li><li>- Na reposição de todos os DM necessários durante a intervenção</li><li>- Na abertura do material estéril de forma ordenada e organizada, entregue exclusivamente na mão do instrumentista</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Receciona, prepara e acondiciona as peças anatómicas, bem como providencia o seu envio aos laboratórios respetivos;</li><li>✓ Respeita em todos os momentos a técnica assética cirúrgica, fazendo sobressair que em caso de quebra desta se deve comunicar e descartar a hipótese do risco;</li><li>✓ Relembra ao integrando a forma de se comportar e deslocar corretamente na sala operatório após a abertura de material estéril;</li><li>✓ Elucida acerca de todos os procedimentos realizados e justifica a sua importância na segurança do doente e no controlo da infeção;</li><li>✓ Solicita o acompanhamento do integrando, sempre que se deslocar à sala de material esterilizado ou de material consumível;</li><li>✓ Cumpre a prática recomendada "Manipulação e armazenamento de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>① Observa e colabora na contagem de compressas, instrumentos e corto-perfurantes;</li><li>① Observa e colabora na receção das peças anatómicas, protocolos de procedimentos e acondicionamentos e envio aos respetivos laboratórios;</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>① Escuta atentamente as explicações do integrador e compreende a importância do controlo de infeção;</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>① Acompanha o enfermeiro integrador até à sala de esterilizados e material consumível, para tentar compreender o local dos mesmos.</li></ul>
--	---	--

	material estéril no bloco operatório”.	
<b>Manter a disciplina na sala e vigiar o comportamento da equipa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Procura manter o silencio na sala;</li> <li>✓ Procura manter as portas fechadas e limitar a entrada e saída de pessoas;</li> <li>✓ Vigia e comunica quebras de assepsia ou comportamentos indevidos que coloquem em risco a segurança do doente;</li> <li>✓ Respeita e faz respeitar a distância mínima de 30cm entre a equipa estéril e não estéril;</li> <li>✓ Mantem a sala limpa, arrumada e organizada garantindo a segurança da equipa pluridisciplinar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa e colabora na manutenção da disciplina da sala;</li> <li>① Respeita e faz respeitar a distância entre a equipa estéril e não estéril;</li> <li>① Colabora na arrumação e organização da sala operatória.</li> </ul>
<b>Dar resposta a situações de urgência durante a intervenção cirúrgica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atua de forma rápida e eficaz em situações de urgência tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragias graves</li> <li>- Paragem cardíaca</li> <li>- Hipotensão grave</li> <li>- Desequilíbrio hidroeletrólítico</li> </ul> </li> <li>✓ Colabora com a equipa multidisciplinar com as manobras necessárias ao controlo da situação clínica do doente;</li> <li>✓ Explica a importância de antever estas situações e providenciar antecipadamente a garantia das necessidades nestes momentos;</li> <li>✓ Explana a importância de controlar o aspirado com os líquidos fornecidos, de saber o mecanismo de ação da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa a atuação de todos os elementos da equipa e a função de cada um;</li> <li>① Compreende a urgência da situação e a necessidade do trabalho de equipa;</li> <li>① Entende a necessidade do controlo das perdas sanguíneas do doente, bem como de todo um vasto leque de conhecimentos científicos e técnicos para diminuir o risco e garantir a segurança do doente;</li> <li>① Escuta atentamente todas as explicações fornecidas pelo enfermeiro</li> </ul>

	<p>terapêutica administrada e de reconhecer ritmos cardíacos de paragem e periparagem.</p>	<p>integrador;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Consulta e pesquisa bibliografia no sentido de se preparar e atualizar;</li> <li>① Coloca dúvidas sempre que estas surgem.</li> </ul>
<p><b>Preparar o material de penso e drenagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Providencia antecipadamente material de drenagem e penso e fornece-o com técnica assética à enfermeira instrumentista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa e colabora com o enfermeiro integrador.</li> </ul>
<p><b>Realizar contagens</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Procede à contagem de compressas, instrumentos e corto-perfurantes com o enfermeiro instrumentista, explicando o protocolo de realização da mesma;</li> <li>✓ Regista a contagem.</li> <li>✓ Cumpre a prática recomendada “Contagem de compressas, instrumentos e materiais cortoperfurantes”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa, escuta e colabora na contagem e nos registos da mesma.</li> <li>① Questiona sempre que existam duvidas.</li> </ul>
<p><b>Realizar os registos dos Dispositivos Médicos (DM) implantados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colabora na realização dos registos intraoperatórios de enfermagem;</li> <li>✓ Realiza os registos dos DM implantados na doente em: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Folha de Enfermagem</li> <li>- Protocolo Operatório</li> </ul> </li> <li>✓ Realiza os registos de DM e material consumo clínico em folha de consumos protocolada no serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa e colabora na realização dos registos;</li> <li>① Compreende a necessidade de registo do material implantado no doente e efetua-o;</li> <li>① Identifica as folhas de registo de consumos protocoladas no serviço e efetua o registo do material.</li> </ul>
<p><b>Reorganizar e repor a sala, em colaboração com o enfermeiro de anestesia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seleciona todo o material e equipamento a ser higienizado pelo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Observa e colabora na arrumação, organização e higienização da sala</li> </ul>

	<p>enfermeiro circulante (camara do trolley de endoscopia e laparoscopia por exemplo) e o material que deve ser higienizado pelos AO;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Supervisiona a higienização da sala e equipamentos realizados pelos AO;</li> <li>✓ Repõe os stocks de material;</li> <li>✓ Prepara a sala, equipamentos e organização da mesma para a cirurgia seguinte;</li> <li>✓ Explica todos os procedimentos realizados, ao integrando, alertando para a existência de protocolos de higienização da sala operatória.</li> <li>✓ Cumpre as práticas recomendadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Desinfecção de materiais: o uso de desinfetantes no bloco operatório”.</li> <li>- “Tratamento de material de videocirurgia”.</li> </ul> </li> </ul>	<p>operatória;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Consulta os protocolos de serviço acerca da higienização das salas operatórias.</li> </ul>
<p><b>Analisar o desempenho do integrando, como enfermeiro circulante, de acordo com o programa de integração</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sempre que necessário, realiza momentos de reunião informais com o integrando para partilha e reflexão de sentimentos, dúvidas e dificuldades sentidas;</li> <li>✓ Redefinem estratégias sempre que houver necessidade;</li> <li>✓ Participa em avaliação formativa com o enfermeiro chefe e coordenador;</li> <li>✓ Analisa e reflete acerca da 3ª fase de integração;</li> <li>✓ Esclarece dúvidas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Participa na reunião de avaliação;</li> <li>① Realiza uma reflexão acerca da 3ª fase da integração;</li> <li>① Preenche a folha de avaliação;</li> <li>① Manifesta sentimentos e necessidades sentidas;</li> <li>① Prepara-se para a 4ª fase do programa de integração.</li> </ul>

	✓ Define estratégias para a fase seguinte.	
--	--	--

Adaptado de: Plano de Integração para Enfermeiros de Bloco Operatório, AESOP, 2012

## AVALIAÇÃO FORMATIVA

Neste momento é preconizado, realizar a avaliação dos objetivos definidos para a função de enfermeiro circulante, no sentido de se avaliar simultaneamente a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para o adquirir das competências exigidas.

Atendendo aos objetivos definidos para esta fase de integração e às atividades propostas, assinale com uma X na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, onde se posiciona de acordo com a sua autoavaliação.

	1	2	3	4	5
	<b>1</b> Nunca <b>2</b> Raramente <b>3</b> Algumas Vezes <b>4</b> Frequentemente <b>5</b> Sempre				
<b>Objetivos do enfermeiro circulante</b>	<b>Escala</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Validar o plano operatório e planear os cuidados					
Certificar as condições ambientais da sala operatória					
Organizar e testar todo o equipamento indispensável à cirurgia					
Colaborar com o enfermeiro de anestesia...					
Cooperar na preparação das mesas cirúrgicas cumprindo a técnica assética cirúrgica					
Colaborar no posicionamento do doente					
Colaborar na desinfeção do campo operatório					
Colaborar com o enfermeiro instrumentista					
Manter a disciplina na sala e vigiar o comportamento da equipa					
Dar resposta a situações de urgência durante a intervenção cirúrgica					
Preparar o material de penso e drenagem					

Realizar contagens					
Realizar os registos dos Dispositivos Médicos (DM) implantados					
Reorganizar e repor a sala, em colaboração com o enfermeiro de anestesia					
Analisar o desempenho do integrando, como enfermeiro circulante, de acordo com o programa de integração					

Para dar continuidade ao programa de integração, o integrando deverá atingir no mínimo a pontuação 3 em todos os itens

Observações:

---



---



---



---



---



---

Data da avaliação: \_\_/\_\_/\_\_

INTEGRANDO

INTEGRADOR

ENF.º CHEFE

---

## *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

Acreditamos atingir, com a elaboração deste guião, o nosso principal objetivo, ou seja, facilitar o processo de integração de novos enfermeiros na função de circulante, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A integração é um processo pessoal, prático e dinâmico. O processo de integração no Bloco operatório é simultaneamente complexo e demorado, tendo em conta o leque de especialidades, especificidades e funções deste serviço. A integração é um processo que exige uma partilha entre integrando, integrador e equipa pluridisciplinar, e, carece de uma participação ativa, formação contínua e espírito crítico na procura do conhecimento e do desenvolvimento, quer profissional quer pessoal.

Neste sentido, não surgindo como regra mas como linha orientadora na busca da excelência dos cuidados, a exequibilidade e a credibilidade deste guião dependem da sua constante atualização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

AESOP (2012). Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Camarate: Lusodidata. ISBN 978-972-8930-16-5

AESOP (2013). Práticas recomendadas para bloco operatório. (3ª ed). Lisboa: Espaço Gráfico, Lda. ISBN 978-989-20-3725-7

BENNER, P. (2001). De Iniciado A Perito: Excelência E Poder Na Prática Clínica De Enfermagem. Coimbra. Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X

CHIAVENATO, I. (1999) Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: editora Campus Ltda. ISBN 85-352-0427-x

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006). Dotações seguras, salvam vidas. ISBN: 9295040449

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2009), I Série, n.º 184 - Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro de 2009

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2014), II Série, n.º 233 - Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro

FERREIRA, A. C. O. S. (2010). O Cuidar De Si, Como Pessoa. Como O Fazem Os Enfermeiros Perioperatórios. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

FREDERICO, M.; Leitão, M. A. (1999) Princípios de Administração para Enfermeiros . Coimbra: Editora FORMASAU ISBN 972-8485-09-3

GODE, W. (1993). Formação do Pessoal. Lisboa: Gradiva. ISBN 971-662-314-6

HESBEEN, W. (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspetiva de Cuidar. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-11-8

MATSON, K. (2001). The critical “nurse” in the circulating nurse role. AORN Journal. Vol.73, Nº5. pp. 971-975

NEYENS, D. M.; Bayramzadeh, S.; Catchpole, K.; Joseph, A.; Taaffe, K.; Jurewicz, K.; Khoshkenar, A.; Sand, D.; RIPCHD.OR Study Groupe (2018) Applied Ergonomics . Elsevier. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2018.03.017>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao\\_7set2004.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao_7set2004.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem 2016-2019 : Parecer n.º 78/2017, sobre Integração em Bloco Operatório (Circulação e Instrumentação) – Retificado

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Jurisdicional: Parecer CJ 75/2008, sobre Processo de Integração no Serviço

REDAELLI, Ilaria. (2018) Nontechnical skills of the operating theatre circulating nurse: An ethnographic study in J. Adv. Nurs. 74: 2851-2859. DOI: 10,1111/jan.13800

VALADAS, Amélia (2000) – Viver e sentir, Refletir e mudar. In: Revista AESOP. Lisboa. Vol. 1, n.º 3, dezembro . p. 21-23. ISSN 0874-8128

WATSON, J. (2002). Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9

## **APÊNDICE X - Trabalho Apresentado no II Congresso de Enfermagem Perioperatória**



CONGRESSO  
**ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**  
Da excelência à prática na segurança dos cuidados

25 JAN '19 POLITÉCNICO DE SETÚBAL  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

# Integração de Enfermeiros no Contexto Perioperatório

## Especificidades do enfermeiro circulante

Marisa de Paula  
Prof. Orientador Ana Lúcia Ramos



## OBJETIVO

- Identificar as competências do enfermeiro circulante
- Fundamentar a importância do processo de integração do enfermeiro circulante

## METODOLOGIA

- Revisão da literatura
  - Pesquisa em Bibliotecas Escolares
  - Pesquisa em Bibliotecas Digitais, Repositórios, Plataformas, Bases de Dados e Periódicos
  - Consulta de documentos de referência



## Evolução Histórica da Enfermagem Perioperatória...

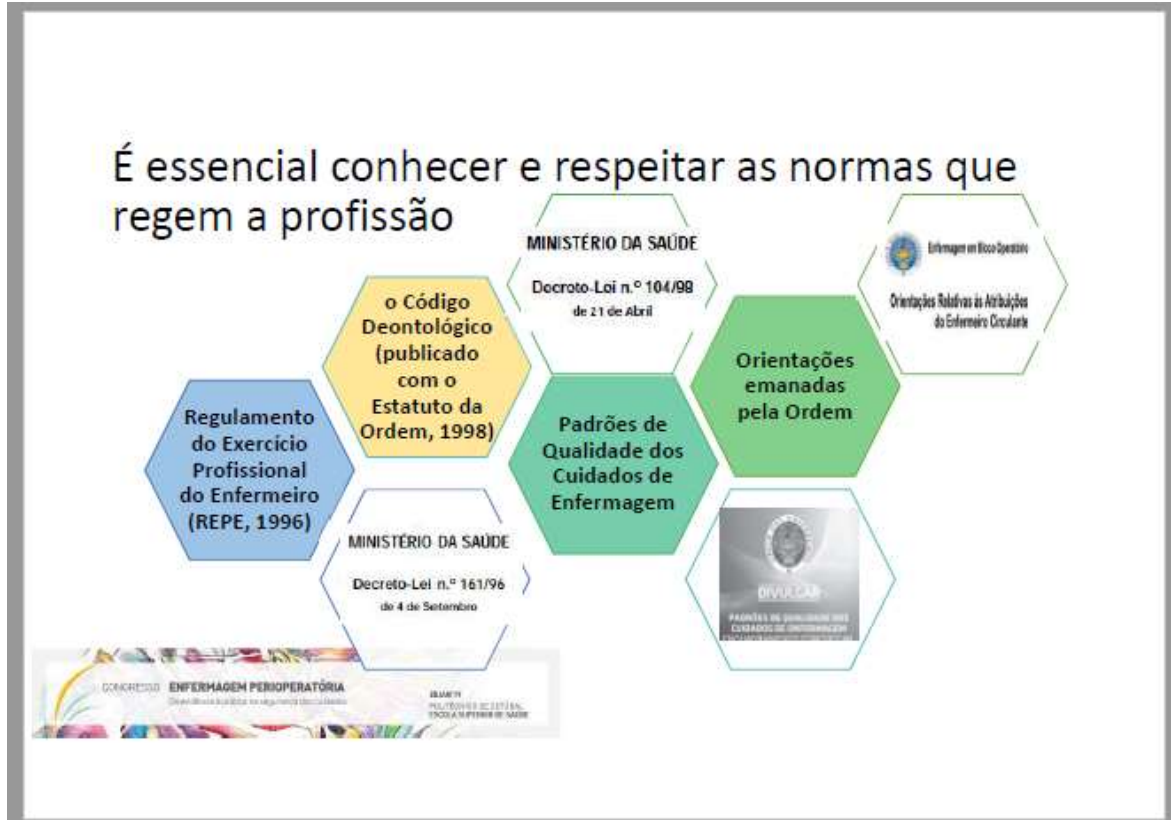


## Evolução Histórica da Enfermagem Perioperatória...



*"A função (...) do enfermeiro da sala de operações consiste nas atividades de enfermagem (...) durante as fases pré, intra e pós-operatórias da experiência cirúrgica do doente. O enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia".*





## CONCEITOS

*“o cuidar requer conhecimento do comportamento humano (...) necessidades individuais (...), das nossas forças e limitações (...) de quem a pessoa é, as suas forças e limitações, o significado da situação para ele (...) como confortar, oferecer compaixão e conforto”*

Watson, 2002

*“o verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica, mas, pelo contrário, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessário a intervenção técnica”*

Ferreira, 2009

*“o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício”*

Código Deontológico, art.º 88



## Integração enfermeiros contexto perioperatório

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



Conselho de Enfermagem  
2016-2019

*“ os enfermeiros, independentemente do contexto onde exercem funções, devem estar devidamente integrados no local de trabalho”*

PARECER n.º 78/2017 - Rectificada  
ASSUNTO: INTEGRAÇÃO EM BLOCO OPERATÓRIO (CIRCULAÇÃO E INSTRUMENTAÇÃO)



CONSELHO JURISDICIONAL

OE

PARECER CJ 75 / 2008

SOBRE: PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO



## Integração enfermeiros contexto perioperatório

- A integração inicia-se na admissão do funcionário só deverá considerar-se epilogado quando este conhece bem a estrutura física, a filosofia organizacional, a equipa de trabalho e as suas atividades funcionais

Frederico e Leitão, 1999

- *“transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas aos aspetos da organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades”*

Chiavenato, 1981

- um programa de integração deve ter tempos definidos para interiorizar as políticas da Instituição e serviço, procedimentos e protocolos e, posteriormente, tempo para a prática clínica

Ivancevich, 2008



## Qual a importância do enfermeiro circulante?

### PARTE E

ORDEM DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 533/2014

Norma para o cálculo de Dotações Seguras  
dos Cuidados do Enfermagem



Enfermagem em Bloco Operatório

Orientações Relativas às Atribuições  
do Enfermeiro Circulante

A dotação de enfermeiros dentro da sala de operações é significativa para garantir a excelência dos cuidados e os ambientes favoráveis à sua prática!

*“... tem como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico no que ao ambiente diz respeito...”*



## Qual a importância do enfermeiro circulante?



Enfermagem em Bloco Operatório

Orientações Relativas às Atribuições  
do Enfermeiro Circulante

- *“...a função de manutenção da segurança do doente e do ambiente necessário ao ato cirúrgico...”* responsabilidade imputada ao enfermeiro circulante
- *“...a substituição na função acima referida por quem não é enfermeiro (...) será considerado exercício ilegal da profissão...”*
- *“... por sujeição à deontologia profissional, nomeadamente ao constante do Artigo 76, al. (i) do D. L. n.º 104/98, de 21 de Abril, incorrerão em violação dos seus deveres sempre que pactuem com práticas tendentes ao não respeito pelo enunciado ...”*



## Qual a importância do enfermeiro circulante?

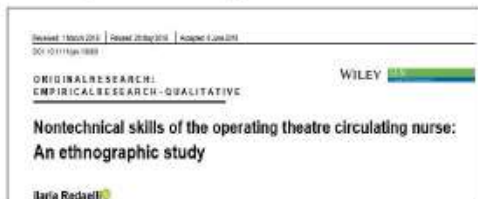


- *“... deve ser desempenhada por um enfermeiro sénior, um enfermeiro experiente, com competências científicas e técnicas atualizadas de modo a dar resposta a qualquer situação urgente/emergente no bloco operatório...”*
- *“... um perfeito gestor da sala de operações e o garante da segurança do doente e de toda a equipa multidisciplinar...”*
- *“...cuida do doente de uma forma holística (...) dá resposta às suas necessidades comunicação, conforto e segurança (...) às necessidades da equipa cirúrgica (...)”*
- *“...atua como líder na sala de operações, coordena todas as atividades de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados durante o período perioperatório.”*



AESOP, 2012

## Qual a importância do enfermeiro circulante?



Enfermeiros circulantes desempenham um papel fundamental na garantia da segurança do utente, no sentido em que dispõe de competências peculiares descritas em cinco categorias:



O desenvolvimento destas características é fundamental na educação e integração do enfermeiro circulante no sentido em que promove a qualidade do desempenho e garante a segurança do doente

## Discussão/Conclusão

- A enfermagem perioperatória à medida que evolui, os cuidados vão surgindo num conceito cada vez mais holísticos e numa perspetiva do Cuidar;
- Para que sejam prestados cuidados de excelência e de qualidade devem estar presentes três enfermeiros (anestesia, instrumentista e circulante) durante o procedimento cirúrgico;
- O enfermeiro circulante é efetivamente considerado indispensável enquanto líder e gestor da sala operatória, devendo ser uma referência, com competências científicas e técnicas atualizadas, coordena todas as atividades de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados e a segurança durante o período perioperatório.



## Referências bibliográficas

- AESOP (2012). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidata.
- AESOP (2013). *Práticas recomendadas para bloco operatório*. (3ª ed). Lisboa: Espaço Gráfico, Lda.
- Chiavenato, I. (1981). *Administração de Recursos Humanos*. (1ª Vol. 2ª Edição). São Paulo: McGraw Hill
- Chiavenato, I. (1999) *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: editora Campus Ltda. ISBN 85-352-0427-x
- Diário Da República (1996). I Série A, n.º 205 - REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril)
- Diário da República (1998). I Série A, n.º 93 - Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril
- Diário da República (2017). II Série, n.º 122 - Regulamento n.º 344/2017 da OE
- Ferreira, M., Pontes, M., Ferreira, N. (2009) *Cuidar em Enfermagem – percepção dos utentes*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480-6., pp. 358-366
- Frederico, M.; Leitão, M. A. (1999) *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Editora FORMASAU. ISBN 972-8485-09-3
- IVANCEVICH, John (2008). *Gestão de Recursos Humanos*. 10ª ed. São Paulo: McGraw-Hill. ISBN 978-85-86804-80-9
- Ordem dos enfermeiros (2012) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual*. Enunciados descritivos, in *Divulgar Ordem dos Enfermeiros (2004). Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao\\_7set2004.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao_7set2004.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem 2016-2019 : Parecer n.º 78/2017, sobre Integração em Bloco Operatório (Circulação e Instrumentação) – Retificado
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho Jurisdicional: Parecer CJ 75/2008, sobre Processo de Integração no Serviço
- Redaelli, Ilaria. (2018) *Nontechnical skills of the operating theatre circulating nurse: An ethnographic study in J. Adv. Nurs.* 74: 2851-2859. DOI: 10.1111/jan.13800
- UNAIBODE (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório – Desenvolver uma cultura de qualidade*. Loures: Lusociência.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9



