



ANA PATRÍCIA
ANTUNES BATISTA

**A INTEGRAÇÃO DE NOVOS
ENFERMEIROS NO BLOCO
OPERATÓRIO PARA GARANTIR A
QUALIDADE DOS CUIDADOS:
CONTRIBUTOS PARA A
ELABORAÇÃO DE UM GUIÃO.**

Relatório de Projeto/Estágio do Mestrado em
Enfermagem Perioperatória

ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA

Prof.^a Armandina Antunes.

21 de Maio de 2019.

ANA PATRÍCIA
ANTUNES BATISTA

**A INTEGRAÇÃO DE NOVOS
ENFERMEIROS NO BLOCO
OPERATÓRIO PARA GARANTIR A
QUALIDADE DOS CUIDADOS:
CONTRIBUTOS PARA A
ELABORAÇÃO DE UM GUIÃO.**

JÚRI

Presidente: Doutora Andreia Cerqueira, ESS-IPS
Orientadora: Mestre Armandina Antunes, ESS-IPS
Arguente: Mestre Mariana Pereira, ESS-IPS

“Trabalhe duro e em silêncio. Deixe que seu sucesso faça o barulho”

Dale Carnegie

RESUMO

No âmbito da unidade curricular Projeto/Estágio I e II, integrado no Curso Mestrado em Enfermagem Perioperatória, foi-me proposto o desenvolvimento de um projeto de estágio, utilizando a Metodologia de Trabalho de Projeto. A temática escolhida foi a integração de enfermeiros em contexto perioperatório: contributos para a elaboração de um guião, após estabelecido um diagnóstico de situação (reunião com enfermeiro chefe, análise swot e 2 questionários fechados à equipa de enfermagem – caracterização socioprofissional e pertinência da temática), identificando a existência desta necessidade em contexto de estágio.

O objetivo principal deste projeto é contribuir para o processo de integração de novos enfermeiros no bloco operatório para a melhoria da qualidade dos cuidados, sendo que para que este objetivo fosse atingido foram desenvolvidas atividades, tais como: uma revisão da literatura, aplicação de questionários, elaboração de um guião de integração de acordo com as suas especificidades, planeamento de uma acção de formação para divulgação do guia de integração, ajustar o guia de integração às carências manifestadas pelos enfermeiros após apresentação do mesmo.

Consegui alcançar não só os objetivos propostos relativos ao desenvolvimento do projeto de estágio, como ao desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem perioperatória adquiridos ao longo de três semestres.

Conclui-se que o processo de integração é fundamental para otimizar as competências do indivíduo que não só o próprio beneficiará, mas também a organização e o cliente cirúrgico, através de uma integração estruturada, planeada e individualizada.

Palavras-Chave: Integração; enfermagem perioperatória; bloco operatório.

ABSTRACT

Within the curricular unit Project/internship I and II, integrated into Perioperative Nursing Master's Course, I proposed the development of a training course, using as a working methodology, the Project Methodology. The theme chosen was the integration of nurses in perioperative context: contributions to the creation of a script, after a diagnosis of situation (meeting with charge nurse, swot analysis and 2 questionnaires closed nursing team -characterization and socio-occupational relevance of subject), identifying the existence of this need in the context of stage.

The main objective of this project is to contribute to the process of integration of new nurses in the operating room to improve the quality of care, and pointed out that this goal was reached were developed activities such as: a review of literature, questionnaires, preparation of a script of integration according to their specific needs, planning a training course for publicizing the integration guide, adjust the integration guide to the needs expressed by nurses after presentation.

I was able to achieve not only the objectives proposed for the project development stage, as the development of perioperative nursing master skills acquired over three semesters.

It is concluded that the process of integration is critical to enhance the skills of the individual who not only their own benefit, but also the organization and the customer, through a structured, planned and individual integration.

Key words: Integration; perioperative nursing; operating room.

INDICE DE GRAFICOS, ESQUEMAS E QUADROS

	PÁG.
• Esquema 1 - Transição enquanto processo	27
• Quadro 1 - Análise SWOT	30
• Quadro 2: Cronograma de Atividades	40
• Gráfico 1: Anos de Experiência no bloco operatório	37
• Gráfico 2: Formação acadêmica	37
• Gráfico 3: Importância da existência de um Guião de Integração	38
• Gráfico 4: Período ideal de integração	39

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. FASE CONCEPTUAL.....	15
1.1 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA – O MEU MAPA CONCEPTUAL.....	15
1.2 PADRÕES DE QUALIDADE EM SAÚDE – ENFERMAGEM	19
1.3 PROCESSO DE INTEGRAÇÃO.....	20
1.4 TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	22
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM	24
3. FASE METODOLÓGICA	25
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	25
3.2 ANÁLISE SWOT	26
3.3 CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	28
3.4 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	30
3.5 CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	34
3.6 PLANEAMENTO DO PROJETO.....	36
3.7 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	40
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	41
CONCLUSÃO	44
BIBLIOGRAFIA	46
APÊNDICES.....	48
APÊNDICE 1 – Carta de Pedido de Autorização dos Questionários	49
APÊNDICE 2 – Questionário Caracterização Socioprofissional	51
APÊNDICE 3 – Questionário diagnóstico de situação	54
APÊNDICE 4 – Resultados do Questionário Caracterização Socioprofissional.....	58
APÊNDICE 5 – Resultados do Questionário diagnóstico de situação	64
APÊNDICE 6 – Planta Centro Cirúrgico	69
APÊNDICE 7 – Guião de Integração.....	71
APÊNDICE 8 – Formação à equipa de enfermagem sobre o Guião de Integração	112
APÊNDICE 9 - Avaliação da Formação.....	121

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Projeto/Estágio I e II, integrado no plano curricular do 2º e 3º semestre do Curso Mestrado em Enfermagem Perioperatória, foi proposto a realização de um relatório de final de estágio/projeto com o objetivo de sintetizar o trabalho desenvolvido ao longo deste período de estágio clínico, servindo como instrumento de avaliação para acesso ao grau de mestre.

O estágio clínico dividiu-se em dois períodos: o primeiro com início a 7 de Maio de 2018 e com termino a 30 de Junho de 2018, e o segundo com início a 1 de Outubro de 2018 e finalizado a 31 de Janeiro de 2019. Este foi realizado numa instituição privada do distrito de Lisboa em ambiente perioperatório com o intenção de desenvolver e adquirir as competências exigidas para a obtenção do grau de mestre.

A Enfermagem Perioperatória evolui gradativamente na arte do cuidar deixando de ser caracterizada como meramente tecnicista. Tem necessidade de acompanhar a evolução tecnológica e científica mas preocupa-se cada vez mais com o cliente, colocando-o no centro da sua atenção. O enfermeiro perioperatório tem responsabilidades acrescidas no desenrolar das suas atividades. Avalia e identifica situações de risco, atua de acordo com padrões de segurança e qualidade, cuidando do cliente cirúrgico de forma global, perspetivando a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados perioperatórios. (Pires, 2014)

Com o decorrer do estágio verifiquei a inexistência de um guião/plano de integração naquele bloco operatório, sendo o problema identificado para o desenvolvimento deste trabalho/projeto.

Uma integração adequada permite à instituição atingir os seus objetivos, ao mesmo tempo que possibilita o desenvolvimento das potencialidades de cada elemento recém-admitido. Este processo de integração é particularmente importante para os enfermeiros, sobretudo na sua primeira experiência de trabalho, ou quando têm que mudar de serviço dentro de uma mesma instituição de saúde. É fundamental um programa de integração de qualidade, que permita um processo de socialização "rápido" e eficaz, assumindo o procedimento de integração como um processo contínuo e dinâmico, para o qual contribuem os diferentes atores (Gonçalves, 2013).

A Metodologia de trabalho Projeto, é a escolhida no desenvolvimento ao longo deste processo, uma vez que tem com objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela

elaboração e concretização de um projeto numa situação real (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

A metodologia de trabalho projeto interfere no campo da investigação, aliando os conhecimentos teóricos à realidade concreta, sendo determinante conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade e compreender melhor a realidade da população afetada pelo problema (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Este projeto tem como objectivo principal *contribuir para o processo de integração de novos enfermeiros no bloco operatório para a melhoria da qualidade dos cuidados*, sendo que para a sua execução foi necessário aprofundar conhecimentos sobre processos de integração e padrões de qualidade, através de uma pesquisa bibliográfica da revisão da literatura.

Este relatório de estágio/projeto tem como objetivos:

- Demonstrar o percurso realizado para o desenvolvimento das competências na área da enfermagem perioperatória;
- Descrever as competências de mestre, adquiridas e desenvolvidas no âmbito da enfermagem perioperatória;
- Analisar e debater o trabalho desenvolvido para a obtenção do grau de mestre;

Este relatório está estruturado por capítulos: a introdução, onde são expostos os objetivos deste trabalho, uma breve apresentação do tema do trabalho e a forma como o mesmo se encontra estruturado; considerações éticas necessárias numa investigação e a forma como as mesmas orientam qualquer processo de investigação; a fase conceptual onde fundamento a problemática do estudo, apoiados numa teoria de enfermagem – Teoria das Transições de Afaf Meleis; a fase metodológica, demonstrando como a investigação é conduzida, planeada e avaliada; as atividades desenvolvidas em contexto de estágio: desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem perioperatória; e por último, a conclusão, onde faço uma sinopse sobre os contributos da realização deste trabalho não só a nível pessoal, mas também a nível profissional nesta área específica da enfermagem, a enfermagem perioperatória.

A elaboração deste trabalho escrito segundo segue as orientações de um documento elaborado pelo Departamento de Enfermagem do IPS-ESS, “Guia Orientador para realização do Relatório Final de Estágio – Ano Letivo 2017/2019” e encontra-se redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.

1. FASE CONCEPTUAL

Pode-se dizer que as duas grandes características desta fase são a escolha de um domínio da investigação e os elementos necessários à formulação do problema (Fortin, 1999). Os campos da prática podem levantar muitas interrogações e constituir desta maneira uma fonte importante de domínios a explorar (Fuller, 1982).

O domínio do estudo pode ser sugerido pelas teorias, constituindo uma fonte importante de ideias sobre componentes do mundo empírico que será pertinente estudar.

1.1 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA – O MEU MAPA CONCEPTUAL

A **Enfermagem Perioperatória** (EPO) representa *o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado, ou várias etapas integradas entre si* (AESOP, 1998) e define como **cuidados perioperatórios** *o conjuntos de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades dos doente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo* (AESOP, 1998).

Estes cuidados são baseados em **princípios de valores**, na **relação de ajuda** e **competências culturais**. A relação do cuidado é a *relação que liga essencialmente a competência técnica com a vivência ética do encontro*¹, por isso é essencial estarem bem presentes os **princípios de valores** tendo por base a **dignidade humana** onde existe a afirmação da **autonomia** para a escolha dos seus projectos de vida associado à **responsabilidade** e **respeito**, considerando as suas **vulnerabilidades**, ainda mais, no bloco operatório onde a pessoa está *numa posição precária, exposta, indefesa*.²

Sendo assim **relação de ajuda** tem um papel fundamental, pois é a *troca (...) que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de **compreensão** e o*

¹ RENAUD, Isabel Carmelo Rosa, O Cuidado em Enfermagem, Pensar Enfermagem, Vol. 14, N.º 1, 1º Semestre de 2010, pág.5.

² NUNES, Lucília, Enfermagem Perioperatória: desafios para a viagem, 6th EORNA CONGRESS, pág. 2.

fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade. É feita **com intenção** e começa com o pedido que o Outro faz, e que nós, enquanto profissionais, desmitificamos ao interpretar realmente o foco do seu pedido.

Segundo Purnell³ a cultura é inconsciente e tem grande influência na saúde e na doença, sendo imprescindível que tenhamos **competências culturais** para promovermos congruência, facilitando de maneira consciente o **ambiente etnocultural** do doente, respeitando e integrando as suas **crenças** e as **práticas culturais**.

Na primeira metade do século XIX, **Florence Nightingale**, durante a guerra da Crimeia, implantou as **bases da enfermagem** moderna, havia uma *compreensão humana dos problemas*⁴ onde a prática era baseada em regras, tradições e princípios do saber obtido através de longos períodos de trabalho em hospitais. O conhecimento da História de Enfermagem consciencializa os profissionais quanto à importância da sua preservação e *possibilita um olhar crítico sobre os avanços e percalços*⁵ da mesma, surgindo questões e respostas acerca do quotidiano.

Jacqueline Fawcett teve um papel influente na Enfermagem sempre com o objetivo de incentivar o conhecimento que orienta a prática, desenvolvendo **Criteria of Evolution**, onde define que a **estrutura holárquica do conhecimento** em enfermagem é composta por cinco elementos: **metaparadigma, filosofias, modelos conceptuais, teorias e indicadores empíricos**. Esta estrutura pretende levar a produzir, descobrir e resolver problemas, colocando os cinco componentes organizados em função do seu nível de abstracção. Para a avaliação e análise das **teorias**, Fawcett, estabeleceu os seguintes **critérios**: a sua **significância**, a **consistência interna**, a **parcimónia**, a **adequação pragmática** e a **testabilidade**.

Desta forma, é importante desenvolver competências na área de investigação e utilizar evidência científica para *melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2014)*.

Com o objetivo de salvaguardar a prestação de cuidados perioperatórios e afirmar as competências nessa área é fundada nos Estados Unidos, em 1949, a American Association of Operating Room Nurses (AORN, 1949).

³ PURNELL, Larry D., Teoria de enfermagem de alcance médio: modelo de Purnell para a competência cultural.

⁴ GRAÇA, Luís, Irmãos e Irmãs da Caridade: Os Primórdios da Enfermagem na Europa, Fevereiro, 2005, pág. 67.

⁵ FERREIRA, Amélia, Investigação em história de enfermagem: um contributo do passado para o futuro, Revista de Enfermagem Referência III, nº11, 2013, pág.154.

A AORN descreve que a prática dos cuidados do enfermeiro perioperatório assenta no modelo **Standards of Perioperative Nursing** onde o foco principal é o doente e o seu cuidador principal onde abrange a segurança, as respostas fisiológicas, aspectos comportamentais e o sistema de saúde, com o objectivo principal de resultados para o doente, tendo em conta as **necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família**, para elaborar e 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 (AORN, 1998).

O conceito **consciência cirúrgica** é um dos mais pertinentes quando falamos em EPO, pois demonstra o comportamento ético do enfermeiro, garante a segurança do doente e a prevenção de possíveis complicações, tal como vem enunciado nos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem quando enumera os descritivos de qualidade do exercício profissional. Este conceito envolve conhecimento, auto-consciência, inteligência e a coragem de tomar decisões éticas e morais que beneficiam o doente, segundo H. L. Mencken (2007) a consciência é a voz interior que nos avverte⁶.

A Enfermagem exige **responsabilidade** e é um dos princípios orientadores no exercício da sua profissão (Art.º99º DL156/2015 ponto 3 alínea a). É a *obrigação de responder pelas acções próprias, pelas dos outros ou pelas coisas confiadas*.⁷ Ser responsável ultrapassa a capacidade de designar a si mesmo como o "verdadeiro autor" de uma acção cometida ou de assumir a acção⁸, equacionando a eficácia do processo como dos seus resultados. Relacionado com os direitos associados ao cuidados de saúde podemos verificar três tipos de responsabilidade: disciplinar, civil e jurídica.

A Enfermagem Perioperatória deve ser planeada, implementada e orientada por objectivos tendo por base uma abordagem holística da pessoa nas três etapas que a contemplam: **pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório**, onde o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência⁹.

6 Surgical Conscience: Still Pertinent [GIRARD, Nancy et. all.], Aorn Journal, July 2007, Vol. 86, n.1, pg. 13

7 "responsabilidade", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/responsabilidade> [consultado em 19-11-2017]

8 NUNES, Lucília, Responsabilidade Profissional: cinco estrelas e bandeira azul – dos conceitos a um relanceio ao contexto da enfermagem perioperatória, pág.2

⁹ Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, Capítulo I, Art.º 2º

De realçar que durante o período intra-operatório o enfermeiro, devido à **vulnerabilidade** inerente que a pessoa está sujeita, assume o papel desafiante de “**advogado**” do mesmo, onde é proativo no processo de **tomada de decisão**, atendendo às suas necessidades físicas e psicológicas, protegendo-o *de qualquer dano ou prejuízo, até que seja capaz de tomar as suas próprias decisões*, garantindo que o **consentimento informado** não é violado (AESOP, 2012).

O **bloco operatório** é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto perioperatório¹⁰ o que implica **destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico (...) resposta rápida a emergências e controlo de stress**¹¹.

Em modo de conclusão, a enfermagem perioperatória assume que *talvez, em nenhuma outra área da prestação de cuidados, a situação de saúde, o bem-estar da pessoa, o seu estado de consciência, os procedimentos terapêuticos, o meio ambiente que o rodeia, exijam tanto da profissão como na sala de operações.*¹² Segue os princípios orientadores da profissão, age no **respeito** pelos direitos humanos, busca a **excelência do exercício** e assume a responsabilidade inerente ao papel assumido **perante a sociedade**¹³ e cumpre os seus deveres conforme o regulamento do exercício da profissão dos enfermeiros (**REPE**).

¹⁰ Ordem dos Enfermeiros, 2014.

¹¹ AESOP, Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, 2012, pág.8

¹² AESOP, Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, 2012, pág.7

¹³ NUNES, Lucília, Responsabilidade Profissional: cinco estrelas e bandeira azul – dos conceitos a um relanceio ao contexto da enfermagem perioperatória, pág.19

1.2 PADRÕES DE QUALIDADE EM SAÚDE – ENFERMAGEM

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde, estando atualmente apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de Maio.

Esta estratégia visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Sendo assim a sua missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (DGS, 2019).

A procura permanente da excelência no exercício profissional está regulamentada, quando o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros apresenta em 2001 seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Deste modo, assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local.

Para o desenvolvimento deste projeto é fundamental *reconhecer os diferentes papéis institucionais face ao assunto da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, o que deve ser tido como compromisso da Ordem dos Enfermeiros e o que deve ser tido como compromisso das instituições de saúde onde enfermeiros exercem a sua actividade profissional (OE, 2001).*

Compete às instituições de saúde adequar os recursos e criar as estruturas que visem o exercício profissional de qualidade, proporcionando condições e ambiente que favoreça o desenvolvimento e empenho dos enfermeiros.

A qualidade exige reflexão sobre a prática, para que sejam definidos objectivos do serviço a prestar e delineadas estratégias para os atingir, demonstrando a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados.

1.3 PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

No desempenho das suas funções, enquanto enfermeiro, o processo de integração é fundamental no sucesso da adaptação do profissional à organização e naturalmente ao seu desempenho profissional. É um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida, experiências anteriores, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados.

Assim, segundo o Parecer nº78/2017 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, a existência de um guia de integração na instituição irá permitir que o novo elemento compreenda, o mais rapidamente possível, a sua cultura, servindo também como instrumento de controlo e correcção.

A integração na vida profissional requer aprendizagens técnicas, onde a competência é enaltecida pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia (Benner, 2001).

Patrícia Benner, sustenta no Modelo de Aquisição de Competências, ideias que permitem explicar, apoiar e refletir sobre as melhores opções para aperfeiçoar o processo de integração de novos profissionais, uma vez que a autora defende a existência de cinco níveis de desenvolvimento de aquisição de competências da prática clínica: iniciado/principiante, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, existindo uma evolução gradual e temporal.

O enfermeiro iniciado é aquele que inicia funções num serviço, sendo recém-formado, ou mesmo profissional com experiência, mas que desconhece ou não se encontra familiarizado com os objetivos e as rotinas inerentes aos cuidados prestados no novo serviço. Tem dificuldade em diferenciar os aspetos relevantes dos acessórios da situação, e de integrar o que é descrito nos livros nas situações da prática clínica. É, pois, fundamental dar a conhecer ao enfermeiro iniciado as normas e princípios do serviço, auxiliando-o na aquisição de experiências práticas para desenvolver as suas competências (Benner, 2001).

Por sua vez, o enfermeiro no nível iniciado avançado integra algumas situações vividas e a identifica aspetos comuns, necessitando ainda de ser enquadrado no contexto da prática. No geral, apresenta dificuldade em determinar as prioridades, pois ainda não há a consciência da globalidade do cliente, nem do serviço no seu todo, no entanto, o

conhecimento que demonstra é mais abrangente, permitindo-lhe agir de uma forma menos normativa/rotinizada (Benner, 2001).

O enfermeiro que se encontra no nível competente, é aquele que já trabalha no mesmo serviço há cerca de dois ou três anos, mostrando claramente o saber agir de forma consciente, objetiva e concreta, tendo capacidade de aplicar os seus conhecimentos com eficácia. Este nível de competência demonstra uma progressão do raciocínio reflexivo, apresentando facilidade em estabelecer prioridades para a prática dos cuidados de enfermagem. (Benner, 2001)

Um enfermeiro proficiente tem a capacidade de se aperceber das situações na globalidade e não em termos de aspetos isolados, sendo que as suas ações são guiadas por máximas, permitindo-lhe uma compreensão global de cada situação vivenciada. Através das diversas experiências anteriores, é capaz de antever o que se poderá passar e atuar de forma antecipatória (Benner, 2001).

O enfermeiro perito não necessita de estratégias de apoio à decisão, sendo capaz de entender de forma intuitiva cada problema que se apresenta e considerar alternativas à situação e à resposta com mais certeza e segurança, pela experiência e saberes adquiridos (Benner, 2001).

Assim, as práticas de cuidados de Enfermagem assentam em diferentes tipos de conhecimento, onde a sua mobilização e função se encontram fortemente condicionadas, tanto pelo nível de competência adquirida como pelos contextos onde executam as suas funções.

O enfermeiro que entra num serviço novo, com ou sem experiência profissional anterior, é considerado enfermeiro no nível de iniciado/principiante tendo, à partida, dificuldade em integrar-se na realidade do novo contexto, ou seja, transpor os conhecimentos teóricos para a prática, pelo que se torna fundamental a existência de um programa de integração profissional que possibilite e facilite a evolução do seu estadio de competências (Luz, 2001; Macedo, 2012).

Os programas de integração devem ajudar a aceitação do enfermeiro pelo serviço, mais especificamente pela equipa de enfermagem, o mais rapidamente possível. Tal remete para a duração do processo de integração (tempo), que é variável, dependendo das necessidades imediatas e a longo prazo, do serviço e do enfermeiro em integração, assim como da facilidade de integração com que o novo elemento demonstre durante o processo. No entanto, a duração deste período de integração deve ser razoável, de modo

a que o enfermeiro a integrar possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional (Azevedo, 1996; Silva e Carvalho, 2002).

A integração representa uma das atividades primárias da administração de recursos humanos, cujos objetivos primordiais visam a adaptação adequada dos profissionais à instituição, tendo em consideração as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais (Macedo, 2012). Desta forma, a integração do enfermeiro apresenta-se como um processo estruturado e organizado, no qual os indivíduos desenvolvem habilidades e atingem determinada competência por meio da experiência prática e feedback regular (Mestrinho et al., 2000).

1.4 TEORIA DAS TRANSIÇÕES

Afaf Meleis, cria em 1985, o conceito de transição e descreve-o como: passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self.

A sua Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem. O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (MELEIS, 2007).

Teixeira (1997) afirma que 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 transição que facilitará a sua adaptação ao cargo que irão desempenhar, ou seja, todas as transições desencadeiam mudança e compreendê-la é fundamental.

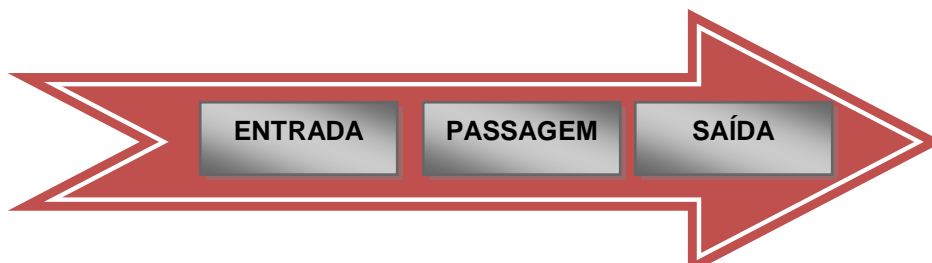
Para Meleis uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que se pode dar a partir dos indicadores de processos, tais como: o sentir-se ligado, o interagir, o estar situado, o desenvolver de confiança e coping, e dos seus resultados.

As intervenções de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição, devendo proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.

Meleis completa esta ideia afirmando que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar.

A experiência da transição exige que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social.

O processo, a percepção e a rotura são apontados como características universais da transição que pode ser caracterizada como um processo organizado numa determinada seqüência e que decorre ao longo de várias fases.



Esquema 1 – Transição enquanto processo: Chick, Norma e Meleis, Afaf. *Transitions: A Nursing Concern*. [autor do livro] Peggy Chinn. *Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York : Aspen Publication, 1986, pp. 237-257

O início e o fim não são simultâneos, compreende-se o entendimento da transição como processo que ocorre num tempo, com sentido de fluxo e movimento, sem limites evidentemente definidos.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

A investigação em enfermagem é de extrema importância, havendo uma responsabilidade e princípios éticos que têm de ser aplicados, onde os enfermeiros devem ter respeito pelos direitos e integralidade das pessoas.

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. Do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos de colheita de dados, da existência de resultados anteriores às regras de publicação e divulgação dos resultados (Nunes, 2013).

Deve-se considerar requisitos na avaliação ética num projeto de investigação, sendo eles: a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo.

O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o conhecimento consiste na prática baseada na evidência, conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos clientes, no contexto dos recursos disponíveis (O.E, 2006).

Qualquer trabalho/projeto académico que se realize numa instituição terá de ser autorizado, após realização do pedido onde deverá vir mencionado a identificação do investigador, o propósito da investigação, a população a quem se destina, e um exemplar do instrumento de colheita de dados. Foi o feito para a realização deste projeto que abrangeu os enfermeiros do bloco operatório.

Ao longo do desenvolvimento deste relatório/projeto foram respeitadas as fontes de referência bibliográfica, bem como um pedido de autorização para a aplicação de dois questionários como instrumentos de colheita de dados, assegurando o anonimato dos participantes e a sua confidencialidade, participando de forma livre,

sem ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais. (Fortin, 1999)

3. FASE METODOLÓGICA

Para Fortin (2003) a fase metodológica *consiste em precisar com o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação.*

Nesta fase é definido o tipo de estudo, a população e amostra, instrumentos de colheita de dados a utilizar e a maneira como foram analisados.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio/ Projeto do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, utilizando a Metodologia de Trabalho de Projeto, numa primeira fase é necessário estabelecer um diagnóstico de situação, identificando a existência de problemas no meu contexto de estágio para o desenvolvimento de um futuro projeto.

Em reunião com o Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório, da Instituição Privada X, sobre necessidades existentes no serviço, verificou-se a inexistência de um guião de integração, uma ferramenta que poderá ser uma mais valia, pelas seguintes razões:

- Contratação de novos enfermeiros sem experiência na área, num futuro próximo, devido ao aumento do volume operatório;
- Rotatividade de enfermeiros dentro do Centro Cirúrgico, sendo necessária a integração desses elementos no bloco operatório.

Numa outra perspetiva, também eu, enquanto profissional, por necessidade da instituição e por opção pessoal, fui integrada no Bloco Operatório nesta instituição e a existência de um guião teria facilitado este processo e teria seguido determinadas etapas e tempos de integração que são desejados que aconteçam, uma vez que o bloco operatório é um serviço com uma grande especificidade.

A integração é definida como um conjunto de meios e processos usados para o aperfeiçoamento do indivíduo na execução de determinadas funções e atividades, aumentando assim a quantidade e qualidade do serviço prestado, evitando-se perdas de tempo, material e prevenindo acidentes de trabalho. Visa na preparação e orientação de novos elementos bem como a manutenção e

aumento do seu desempenho na execução das funções que lhes são atribuídas (LAGARTINHO, 1998, p.56).

Patrícia Benner defende que a enfermagem tem uma prática socialmente organizada, implícita de conhecimento e de ética. Onde este conhecimento se adquire ao longo do tempo, sendo necessário construir estratégias para a consciencialização do saber fazer, de forma a ser desenvolvido e melhorado. (BENNER, 2001, p.31)

O bloco operatório é um serviço bastante específico, com características muito próprias: fardamento, normas e dinâmicas, especialidades cirúrgicas, tomando o processo de adaptação de um enfermeiro com experiência profissional que não em bloco operatório, seja quase tão demorado como a adaptação de um enfermeiro recém-licenciado (TEIXEIRA, 2012, p.21).

Para a realização do diagnóstico de situação foi elaborada uma análise SWOT e a aplicação de dois questionários fechados: caracterização socio-profissional e pertinência da temática, a 21 enfermeiros do bloco operatório da instituição X.

Para a aplicação destes questionários foi realizada uma carta de pedido de autorização dos mesmos à Enfermeira Diretora da Instituição, garantindo que os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.

3.2 ANÁLISE SWOT

SWOT é uma sigla que contém as iniciais, em inglês, dos termos: pontos fortes (Strengths), pontos fracos (Weaknesses), oportunidades (Opportunities) e ameaças (Threats), reflectindo uma perspectiva global da situação, permitindo a identificação de estratégias e ações de melhoria, auxiliando assim à definição da estratégia da mesma e pressupõe a divisão do ambiente em duas partes: ambiente interno e ambiente externo.

		Fatores Positivos	Fatores Negativos
Análise Interna	Strengths FORÇAS	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais especializados e treinados; • Tecnologia avançada; • Integração de enfermeiros de Intervenção em área de anestesia; • Envolvimento da chefia; • Aumento volume operatório. • Complexidade anestésica e cirúrgica dos doentes oncológicos. 	Weakness FRAQUEZAS <ul style="list-style-type: none"> • Défice de recursos humanos; • Ausência de documentos orientadores no processo de integração no bloco operatório;
	Oportunities OPORTUNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de integrar novos enfermeiros sem experiência; • Promoção no desenvolvimento de manuais/normas; • Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados; • Reconhecimento da Instituição; 	Threats AMEAÇAS <ul style="list-style-type: none"> • Verbas orçamentais para a contratação de novos enfermeiros;
Análise Externa			

Quadro 1 - Análise SWOT

3.3 CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO¹⁴

A instituição em que optei realizar o meu estágio/projeto de intervenção situa-se na área da grande Lisboa, sendo considerada de direito privado com utilidade pública pela declaração 46/2005 (Diário da República, 2005).

O seu fundador foi um empreendedor, filantropo e visionário, que pretendia utilizar a área da investigação científica ao dispor da oncologia e neurociências, com a missão de ***Promover a saúde e bem-estar da humanidade, procurando intervir ativamente na procura de soluções que aliviem o peso que a doença tem nas sociedades e no indivíduo***¹⁵.

O bem-estar, conforto e personalização do atendimento fazem deste espaço um local único, com uma arquitetura também ela visionária, mas de cariz contemporânea que alia a estética à funcionalidade.

Os seus espaços amplos com uma grande incidência de luz natural visam proporcionar condições de trabalho agradáveis e simultaneamente relaxantes para que investigadores, académicos e profissionais possam exercer as suas funções a tender para a excelência.

A instituição organiza-se em 3 áreas, mas todas elas interligadas para *promover o convívio e colaboração entre investigadores, clínicos e restantes profissionais*¹⁶. As áreas compreendem:

- Edifício principal com instalações de diagnóstico, tratamento, internamento e centro cirúrgico;
- Laboratórios de investigação das neurociências e oncologia, situados no piso 1 do edifício principal em volta do jardim interior
- Serviços administrativos.

¹⁴ A realização deste capítulo foi realizado conjuntamente com a minha colega do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, Raquel Pernas, por frequentarmos o mesmo local de estágio.

¹⁵ Referências bibliográficas retiradas por ser enquadrador da instituição onde decorreu o estágio, o qual não identificamos por questões de confidencialidade.

¹⁶ Referências bibliográficas retiradas por ser enquadrador da instituição onde decorreu o estágio, o qual não identificamos por questões de confidencialidade.

Esta entidade ainda dispõe de um auditório, centro de exposições, anfiteatro exterior, cafetaria, restaurante exterior, jardim exterior voltado para o rio Tejo, jardim zen (inserido no espaço do hospital de dia) e jardim tropical interior coberto por uma pérgola. A sua estrutura organizacional compreende um Conselho de Administração + Conselho de Oradores que formam o *Business Plan* que define políticas estratégicas para um Conselho de Curadores, Conselho Científico e Conselho Ético.

Publicamente divulga o Relatório Anual de Contas.

A missão estratégica principal é **levar os benefícios da ciência biomédica a quem mais precisa**, visando:

- *Criar e desenvolver com independência, rigor, dedicação e criatividade e obedecendo aos mais elevados padrões éticos e científicos, um ambiente propício ao desenvolvimento de programas avançados de investigação biomédica e à prestação interdisciplinar de cuidados clínicos, numa perspetiva translacional com descobertas pioneiras na área da saúde com reflexo direto na qualidade de vida das pessoas;*
- *Ser líder mundial na inovação científica e tecnológica com o objetivo de prevenir, diagnosticar e tratar a doença*¹⁷.

Numa perspetiva translacional, é fundamental uma interligação entre o departamento de investigação e o centro clínico com a colaboração de profissionais internacionalmente reconhecidos e com distintas áreas de formação e especialização.

Portanto, esta instituição compreende 3 valências – médica, científica e tecnológica – com prestação de cuidados de saúde integrados e multidisciplinares do foro oncológico e neuropsiquiátrico.

Os cuidados assistenciais são multifacetados e definem-se por:

- Unidades multidisciplinares de patologia (tratamento e investigação): mama; pulmão; urologia; digestivo; ginecologia; hemato-oncologia; dermatologia;
- Unidade de neuropsiquiatria;
- *Comprehensive metastasis centre*: um núcleo que objetiva compreender o processo de metastização para o identificar e travar;
- Programa Pâncreas que pretende garantir os melhores cuidados interdisciplinares a estes clientes;

¹⁷ Referências bibliográficas retiradas por ser enquadrador da instituição onde decorreu o estágio, o qual não identificamos por questões de confidencialidade.

- Avaliação de risco com o objetivo de diagnosticar precocemente para mudar prognósticos;
- Imuno-oncologia que consiste em utilizar a imunoterapia como medida terapêutica para combater a doença oncológica.

No seu conjunto formam o Centro Clínico, em funcionamento desde finais de 2011 que pretendem garantir um cuidado personalizado e centrado no cliente e pessoa significativa. O seu corpo clínico é vasto – oncologistas médicos, cirurgiões, radio-oncologistas, radiologistas, nutricionistas, fisioterapeutas, geneticistas, patologistas, enfermeiros, psico-oncologistas e especialistas em cuidados paliativos – com a existência de um diretor clínico e coordenadora de enfermagem.

A captação de clientes surge por iniciativa própria ou por referência de outros *stakeholders*. A cooperação com outras entidades é determinante para suprimir ou reforçar o atendimento ao cliente que não possa ser garantido na instituição (por exemplo, não dispõe de um serviço de urgência).

Em relação à área de investigação, é de acesso reservado, bem como os projetos em curso.

3.4 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO¹⁸

O Centro Cirúrgico está integrado na área clínica, estando em permanente interligação com o ramo da investigação.

Embora a abertura do Centro Clínico tenha surgido em 2011, a unidade cirúrgica surgiu em 2014, designando-se Unidade de Técnicas de Intervenção. Funciona no piso 0, com uma sala híbrida para procedimentos que necessitem de imagiologia intraoperatória e uma sala de técnicas de diagnóstico e terapêutica. Tem um recobro com 6 boxes individuais, uma zona de sujos, uma zona de desinfeção cirúrgica e uma zona de reprocessamento de material, 2 WC que funcionam para mudança de roupa dos doentes, 2 armazéns, 1 sala de equipamentos, 1 sala de monitorização, uma de apoio à

¹⁸ A realização deste capítulo foi realizado conjuntamente com a minha colega do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, Raquel Pernas, por frequentarmos o mesmo local de estágio.

imagiologia e um vestiário misto para o pessoal autorizado do bloco com acesso restrito por meio de cartão de identificação.

O seu funcionamento, bem como do recobro é das 8h00 às 20h00. Caso os critérios de alta não estejam satisfeitos, o doente é encaminhado para o internamento ou para o recobro da ACIR (atendimento de cuidados intensivos e recobro) que funciona no piso 2 em regime 24 horas.

A sala híbrida situa-se em frente ao recobro separada por um corredor, onde está situado o carro de urgência. O acesso à sala de técnicas é feito por uma porta de acesso restrito, com o objetivo de limitar o tráfego de pessoal, visto a sala híbrida ser considerada uma zona de bloco restrita e a sala de técnicas, semi-restrita.

A sala híbrida (com 72.2 m²) dispõe de um carro de anestesia, circulação e de apoio. Dispõe de um ventilador suspenso, bem como de uma unidade eletrocirúrgica e endoscópica e um ventilador específico para a realização de broncofibroscopias rígidas. Apresenta 3 entradas: uma para entrada do doente, outra para acesso ao corredor central que comunica com o recobro e outra para a zona de desinfecção cirúrgica. Possui ainda uma janela de comunicação com a zona de sujos.

A sala de técnicas tem um carro de anestesia (não padronizado), carro com equipamento de endoscopia e armários para guardar consumível e dispositivos específicos para as técnicas de diagnóstico e terapêutica. A entrada serve para entrada do doente, pessoal e material esterilizado e saída dos sujos. Tem rampa de oxigénio e aspiração.

Os circuitos dos clientes são distintos para procedimentos na sala híbrida, o mesmo já não ocorrendo na sala de técnicas, dado que esta unidade se destina fundamentalmente a procedimentos de curta duração, em regime de ambulatório, sendo a sua maioria submetidos a anestesia local ou sedação com apoio anestésico.

A abertura do bloco operatório, esterilização, ACIR e unidades de internamento deu-se em 2016, funcionando no piso 2. O funcionamento deste bloco também é das 8h00 às 20h00, mas o recobro já é de 24 horas.

A zona restrita do bloco (para além da sala híbrida) dispõe de 3 salas amplas (S3 - 83,7 m²; S2 - 78,7 m² e S1 - 67,2 m²) todas equipadas com monitores suspensos e um embutido na parede (*large screen*). Estão preparadas para realizar cirurgia minimamente invasiva e a sala 3, por ser maior, destina-se a cirurgia robótica. Tem 2 painéis de controlo de sala e sistema de comunicação para contato com pessoa significativa (audiovisual) antes e após o término de procedimento. O ventilador e o equipamento de eletrocirurgia e vídeo encontram-se suspensos. Todas possuem uniformização de carros

de anestesia, de circulação e apoio (isto também aplicado à sala híbrida). As salas dispõem ainda de 2 seringas perfusoras, uma manga de pressão e de um carro com material de apoio ao posicionamento, também ele padronizado e listado.

Tem um corredor único, estando as salas de indução, no total de três, opostas às salas operatórias (estas comunicam diretamente com a ACIR através de portas de controlo interior). No corredor central existe o carro de urgência, de via área difícil e para monitorização invasiva, bem como um broncofibroscópio. Este corredor também funciona como zona de desinfeção. Tem uma zona de acesso à ACIR, por onde se faz a transferência dos doentes, quer para o recobro (5 unidades individualizadas), quer para a unidade de cuidados intensivos (2 unidades individualizadas).

Existe uma área reservada para a estufa e frigoríficos, uma outra para acondicionar material esterilizado e ainda um armazém com dispositivos médicos e consumíveis clínicos que comunica com o exterior, funcionando como uma zona semi-restrita.

A entrada do pessoal autorizado é restrita por meio de cartões de identificação e é feita pelos vestiários – masculino e feminino (zonas livres).

A entrada dos clientes pode ser feita por duas vias:

- Internamento: em que o cliente é transferido numa zona de transfer da sua cama para a marquesa de bloco operatório. É nessa zona que se realiza o primeiro *handover* entre enfermeiros.
- Ambulatório: que corresponde à maioria das situações, em que o cliente vem do domicílio, acompanhado pela pessoa significativa. Nesta situação, o primeiro acolhimento é feito pela administrativa do piso 2 para formalizar a sua admissão que também faz a entrega de um tablet à pessoa significativa com o intuito do cirurgião informar quando inicia e termina a cirurgia, bem como alguma recomendação (a comunicação é unilateral, só o cirurgião pode comunicar). No entanto, a pessoa referenciada pode ver o cirurgião assim como o interior da sala operatória. Depois é encaminhado pelo assistente operacional até ao vestiário (específico e de uso exclusivo para os doentes), onde se faz o espólio e ocorre a mudança de roupa. A pessoa significativa pode acompanhar o doente até à sua entrada na zona de transfer, onde é colocado na marquesa do bloco (com grades laterais) e encaminhado para a sala de indução, onde é recebido pelo enfermeiro de anestesia.

Nesta sala prepara-se a medicação para o tipo de anestesia, realiza-se o teste diário do ventilador, confirma-se a funcionalidade do aspirador, realiza-se a entrevista de

verificação pré-cirúrgica, faz-se a monitorização (incluindo avaliação da temperatura corporal), punção venosa, aquecimento com manta térmica e indução anestésica. O cliente ventilado é conduzido até à sala operatória com ambu e oxigénio a alto débito.

A entrada direta de um cliente só é feita em casos muito específicos:

- Urgência;
- Entubação difícil;
- Anestesia com exclusão pulmonar;
- Indisponibilidade de utilizar a sala de indução.

Esta indução não é realizada sem que haja a presença do cirurgião que faz um *briefing* com a restante equipa e esclarecimento de dúvidas com o cliente. A preparação e monitorização de pressões invasivas, bem como algaliação e colocação de sonda nasogástrica, podem ser realizadas nesta sala ou já na sala operatória.

Após a cirurgia, o cliente é transferido para a ACIR, acompanhado pelo enfermeiro de anestesia, anestesista e preferencialmente pelo assistente operacional, onde se procede ao segundo momento de *handover*. Previamente é feito contato telefónico com esta unidade para confirmar a disponibilidade da vaga, bem como outras informações relevantes.

O circuito dos sujos faz-se pelo corredor central, com acesso à zona dos sujos, por meio de carros rodados fechados, que depois são encaminhados para a esterilização – instrumental cirúrgico (que fica fora do bloco) - ou, no caso de resíduos hospitalares, são depositados na zona de sujos exteriores ao bloco.

Em apêndice 6 (Planta do Centro Cirúrgico) está uma planificação do centro cirúrgico.

Como se trata de um bloco do foro oncológico, a maioria dos procedimentos cirúrgicos são demorados e abrangem as valências multidisciplinares de patologia já descritas anteriormente. Privilegia-se a cirurgia minimamente invasiva. Em todas as cirurgias é preconizado o contato com a pessoa significativa via audiovisual dentro da sala operatória, antes e depois da intervenção cirúrgica.

Relativamente aos recursos humanos de enfermagem, todos têm contrato de exclusividade em regime de 40 horas semanais com rotatividade de turnos (das 8h00 às 16h00 e das 12h00 às 20h00), realizando prevenções extra-horário. Todos têm experiência prévia em bloco operatório, público ou privado. A equipa de recobro está integrada nos recursos humanos da ACIR com horários rotativos que asseguram as 24 horas de cuidados os 7 dias por semana, apesar do que é preconizado e ser uma das

funções do enfermeiro perioperatório – o enfermeiro na unidade de cuidados pós-anestésicos.

3.5 CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

No bloco, a população de enfermeiros é de 21 elementos, cuja caracterização socioprofissional foi realizada por meio de um questionário anónimo (apêndice 2 – Questionário de Caracterização Socio profissional dos Enfermeiros), bem como o levantamento da necessidade/pertinência do desenvolvimento da temática do projeto de estágio (apêndice 3 – Questionário diagnóstico de situação)

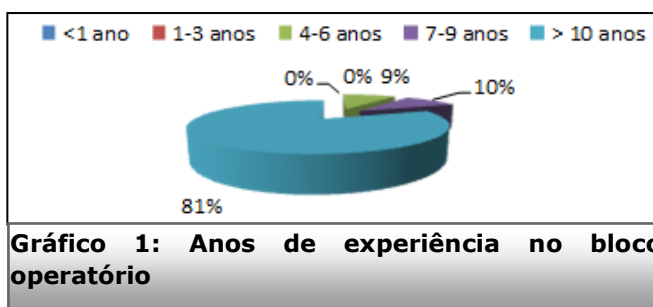


Gráfico 1: Anos de experiência no bloco operatório

com autorização prévia da Coordenadora de Enfermagem e do Enfermeiro Chefe do Bloco (apêndice 1 – Carta de Pedido de Autorização de Aplicação dos Questionários).

Toda a população preencheu os questionários, o questionário relativo à caracterização socioprofissional e o questionário referente à pertinência do desenvolvimento do projeto da temática pretendida. Os resultados foram analisados estatisticamente, constatando-se que 81% dos elementos são do sexo feminino, com idades compreendidas entre 25 e os 49 anos, a maioria casados (considerando aqui as uniões de fato) e com filhos.

Comparativamente à experiência profissional, 90% tem mais de 10 anos de exercício e 81% mais de 10 anos a prestar cuidados na área perioperatória. 81% dos elementos veio para o bloco por opção pessoal.

52% para além da licenciatura, tem uma pós-graduação e 19% uma especialidade. A pós-graduação mais frequentada foi a de anestesia e a especialidade foi enfermagem médico-cirúrgica. Apenas 1 enfermeiro tem mestrado em enfermagem perioperatória. 3 enfermeiros ainda detêm formação extraprofissional, com licenciatura em psicologia clínica, quiromassagem e tatuagem paramédica.

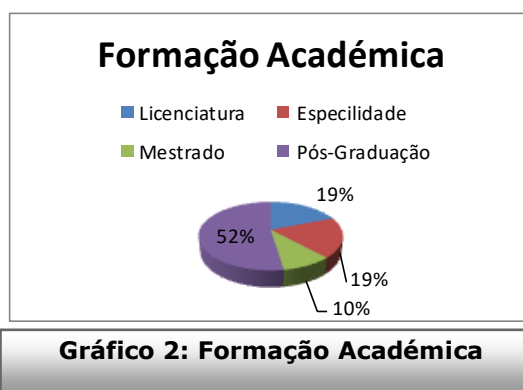


Gráfico 2: Formação Académica

A partir destes resultados pode-se inferir que se trata de enfermeiros peritos, uma vez que detêm conhecimento profundo e dominam a área onde trabalham, têm uma educação reconhecida, tanto a nível de ensino superior como na prática pela experiência acumulada ao longo da experiência profissional e suportam a acção a partir da experiência e da compreensão intuitiva, sendo o seu desempenho fluído, complexo e eficaz. (Nunes, L., 2010).

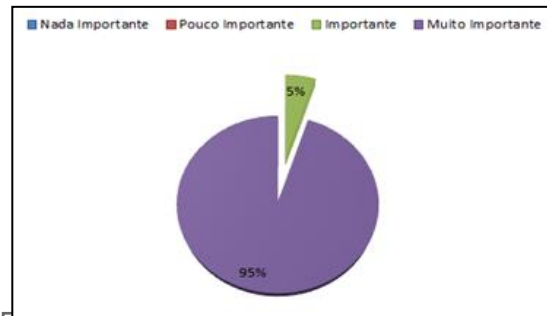


Gráfico 3: Importância da existência de um Guião de Integração

Este bloco operatório tem como especificidades: foro oncológico, complexidade cirúrgica, cirurgia minimamente invasiva e onde a equipa de enfermagem está organizada por valências cirúrgicas, que contém cerca de 3 a 4 elementos cada.

Para 95% da equipa é muito importante a estruturação de um guião de integração para novos enfermeiros sem experiência no bloco operatório.

40% refere que a duração ideal do período de integração de um novo elemento sem experiência, neste bloco operatório, seria igual ou superior a 1

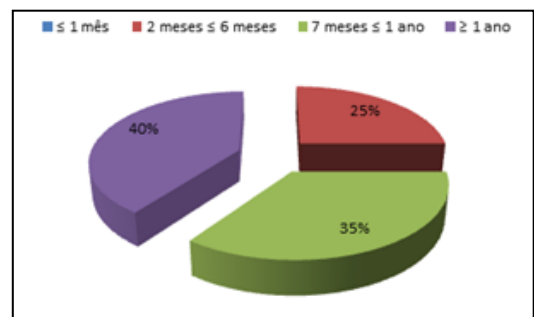


Gráfico 4: Período ideal de integração

ano, sendo que para 90% o processo de integração deverá ser realizado pelas diferentes equipas existentes de especialidade, para os restantes 10% justificaram que esse processo deveria ser feito apenas por 2 pessoas no máximo devido: acompanhamento contínuo, não dispersar informação, elo facilitador na supervisão e a mesma linha de actuação.

Quando foi pedido para enumerar do mais prioritário para o menos prioritário, a ordem de integração nas áreas de especialidade, para a equipa de enfermagem, a mais prioritária de integração é o Digestivo e a menos prioritária é a Radiologia de Intervenção.

Para cerca de 80 a 85% é muito importante as formações de serviço, reunião/partilha em equipa e a existência de um guia orientador de material cirúrgico por especialidade.

Foram ainda sugeridos os seguintes aspectos: métodos de trabalho idênticos para facilitar a integração; o período de integração a ser considerado tendo em conta a experiência anterior no novo elemento (ex.: UCI, internamento); não existe uma ordem

específica na integração das especialidades e o guia deverá ser considerado para novos elementos mesmo com experiência em bloco operatório.

3.6 PLANEAMENTO DO PROJETO

- **OBJETIVO GERAL:** Contribuir para o processo de integração de novos enfermeiros no bloco operatório para a melhoria da qualidade dos cuidados.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
 1. *Adquirir conhecimentos sobre o processo de integração*
 - Atividades:
 - Efectuar pesquisa bibliográfica sobre os conceitos: processo de integração, em base de dados científica, RCAAP e biblioteca do IPS- ESS;
 - Realizar uma revisão da literatura;
 - Reunião informal com enfermeiro chefe e enfermeiro orientador;
 - Conferenciar informalmente com os enfermeiros peritos do bloco operatório;
 - Recursos Humanos: Enfermeira responsável pelo projeto; Enfermeiro orientador; Enfermeiros do bloco operatório; Técnicos bibliotecários.
 - Recursos Materiais: Base de dados, internet, fotocópias da revisão bibliográfica, local de estágio, deslocações à biblioteca do IPS-ESS.
 - Indicadores de Avaliação: Leitura, análise e síntese dos documentos consultados; apresentação do enquadramento teórico no relatório final.

 2. *Elaborar instrumento orientador para o processo de integração*
 - Atividades:
 - Elaboração de um Guião de Integração para novos elementos sem experiência em bloco operatório;
 - Partilha da proposta final do guião de integração com o Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe;
 - Ajustar guião de integração às reorganizações propostas pelo Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe.
 - Recursos Humanos: Enfermeira responsável pelo projeto; Enfermeiro orientador; Enfermeiro chefe.

- Recursos Materiais: Computador, tinteiros, folhas, canetas, mesa, cadeira, impressora.
- Indicadores de Avaliação: Apresentação da proposta do Guião de Integração.

3. *Envolver toda a equipa de enfermagem no processo de integração*

- Atividades:
 - Aplicar questionário sobre como deverá ser a integração de novos elementos no bloco operatório do contexto de estágio;
 - Reuniões informais com as equipas de cada especialidade;
 - Planear a sessão de divulgação sobre o guião de integração;
 - Divulgar a sessão sobre o guião de integração;
 - Apresentar o guião de integração;
 - Ajustar o guião de integração às carências manifestadas pelos enfermeiros após apresentação do mesmo.
- Recursos Humanos: Enfermeira responsável pelo projeto; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Enfermeiros do bloco operatório;
- Recursos Materiais: Mesas, cadeiras, exemplares do guião de integração, folhas e canetas;
- Indicadores de Avaliação: Comentários realizados por toda a equipa de enfermagem do bloco operatório, colocação de questões e sugestões de renovação.

Todas as atividades foram planejadas de acordo com o plano representado no quadro:

ATIVIDADES	MAIO 2018	JUNHO 2018	SETEMBRO 2018	OUTUBRO 2018	NOVEMBRO 2018	DEZEMBRO 2018	JANEIRO 2019
Efectuar pesquisa bibliográfica sobre os conceitos: processo de integração, em base de dados, RCAAP e biblioteca do IPS- ESS							
Realizar uma revisão da literatura;							
Reunião informal com enfermeiro chefe e enfermeiro orientador;							
Conferenciar informalmente com os enfermeiros peritos do bloco operatório							
Elaboração de um Guião de Integração para novos elementos sem experiência em bloco operatório;							
Partilha da proposta final do guião de integração com o Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe;							

ATIVIDADES	MAIO 2018	JUNHO 2018	SETEMBRO 2018	OUTUBRO 2018	NOVEMBRO 2018	DEZEMBRO 2018	JANEIRO 2019
Ajustar guião de integração às reorganizações propostas pelo Enfermeiro orientador e Enfermeiro chefe.							
Aplicar questionário sobre como deverá ser a integração de novos elementos no bloco operatório do contexto de estágio;							
Reuniões informais com as equipas de cada especialidade;							
Planear a sessão de divulgação sobre o guião de integração;							
Divulgar a sessão sobre o guião de integração;							
Apresentar o guião de integração;							
Ajustar o guião de integração às carências manifestadas pelos enfermeiros após apresentação do mesmo.							

Quadro 2 - Cronograma de Atividades

3.7 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Com o meu projeto de estágio elaborei um Guião de Integração para Enfermeiros do bloco operatório da instituição privada do distrito de Lisboa (Apêndice 7), tendo como exemplo, o que está preconizado pela AESOP, adaptado à realidade e necessidades deste bloco operatório. Encontra-se estruturado da seguinte maneira: Acolhimento (caraterização da organização, estrutura física, missão, organização do centro cirúrgico, valências e técnicas cirúrgicas), Programa de Integração (duração da integração, cronograma da implementação da integração, fases de integração: acolhimento/observação, enfermeiro anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista) e Avaliação (ficha de avaliação diagnóstica, ficha de registo de atividades, ficha de avaliação formativa, ficha de avaliação do período de integração).

O Guião de Integração foi validado em primeira instância com o Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador e Professora Orientadora, antes de ser apresentado à restante equipa de enfermagem. Para a apresentação do Guião à equipa de enfermagem realizei uma acção de formação (Apêndice 8), em dia e hora combinada atempadamente e em local próprio, tendo sido avaliada no final (Apêndice 9).

Estiverem presentes 15 enfermeiros, representando cerca de 71% dos enfermeiros do bloco operatório, a ausência dos restantes deveu-se a atividade operatória a decorrer na mesma altura. No final da sessão toda a equipa presente afirmou que este Guião de Integração veio ao encontro das necessidades sentidas, apresentando conteúdos adequados e pertinentes, os quais iriam num futuro influenciar a sua atividade profissional na integração de um novo elemento no bloco operatório.

Posteriormente, enviei via e-mail a toda a equipa o referido Guião de Integração para darem os seus contributos de modo a melhorar e tornar este Guia funcional a todos. Até à data presente não houve sugestões, mantendo-se na íntegra como o tinha realizado. No início do mês de Março foi admito um enfermeiro neste bloco operatório, pondo em prática o Guião elaborado. No final de Março de 2020 está prevista a revisão e atualização do Guião de Integração, incluindo a avaliação dos enfermeiros integradores e integrados até então, assim como outras sugestões e necessidades identificadas.

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O estágio decorreu em contexto de prática clínica em ambiente perioperatório, tendo sido orientado por um Enfermeiro Mestre em Enfermagem Perioperatória e concomitantemente supervisionado por uma docente. Para a sua realização foram estabelecidos objetivos que me foram propostos em sala de aula, sendo eles:

- Capacitar para o uso das principais técnicas de enfermagem perioperatória;
- Promover o desenvolvimento de competências em contexto clínico de enfermagem perioperatória;
- Capacitar para a elaboração de um projeto de formação individual;
- Promover o desenvolvimento de competências de decisão clínica e decisão ética de enfermagem, em contexto específico da enfermagem perioperatória;
- Aplicar a metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.

O estágio realizou-se num bloco operatório de uma instituição privada do distrito de Lisboa, como já foi referido anteriormente, em dois períodos: o primeiro realizado entre 7 de Maio de 2018 a 29 de Junho de 2018, com um total de 124 horas, e o segundo período entre 1 de Outubro de 2018 a 31 de Janeiro de 2019, num total de 236 horas, perfazendo um total de 360 horas de prestação clínica em contexto de estágio.

Com este estágio tive a oportunidade de desenvolver competências em áreas de especialidade das quais não estava tão rotinizada, tais como: o papel do enfermeiro circulante na valência hepatobiliopancreática e na valência de urologia, tendo sido uma mais valia para num futuro, não só enquanto profissional por ter adquirido estas competências e conhecimentos nestas áreas, mas também por manter a qualidade e excelência ao prestar cuidado ao cliente cirúrgico.

Ao longo do estágio procurei sempre desenvolver e contextualizar na prática clínica os domínios que fui adquirindo ao longo do mestrado, permitindo complementar e relacionar a informação e mobilizá-la para a prática dos cuidados, fundamentando sempre as ações com base em evidência científica e atualizada.

Com o decorrer não apenas deste estágio, mas também, ao longo de todo o curso do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, desenvolvi as competências exigidas enquanto futura mestre:

- *Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;*

No bloco operatório, competência representa o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório (Gruendemann, 1995). Ao longo deste estágio fui aperfeiçoando estas competências, tendo particular atenção em áreas de especialidade das quais não me encontrava tão rotinizada, como tinha referido anteriormente, mas também novas aprendizagens/conhecimentos que adquiri ao longo deste mestrado partilhá-las com toda a equipa de enfermagem.

- *Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;*

Os conhecimentos adquiridos ao longo deste mestrado permitiram uma melhor prestação de cuidados perioperatórios, pois houve algumas mudanças de comportamentos, com o objetivo de aprimorar os cuidados ao cliente cirúrgico que anteriormente não acontecia por falta de informação e/ou desconhecimento.

- *Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;*

Com a realização do projeto de estágio é notório o envolvimento da equipa multidisciplinar de uma maneira proativa, através da aplicação dos questionários, na formação realizada, uma vez que a elaboração do guia de integração teve sempre em conta as críticas/sugestões da equipa de enfermagem. Também o estágio clínico permitiu a interação com toda a equipa multidisciplinar, tornando a experiência enriquecedora.

- *Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;*

A tomada de decisão faz parte da rotina diária, sendo por isso fundamental que esta seja tomada, sempre que possível, consoante a Prática Baseada na Evidência, reconhecendo que é necessário o investimento diário na atualização dos conhecimentos, facilitando a tomada de decisão perante uma situação nova. Não esquecendo que segundo o REPE (Artº8, ponto 1), os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2012).

Com a realização do projeto de estágio a metodologia trabalho de projeto utilizada evidencia a necessidade de argumentação rigorosa em todas as etapas de elaboração.

- *Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;*

Como enfermeira e futura mestre, o contributo para a investigação promove a prática diária, permitindo analisar, gerar e implementar resultados, tendo sempre em atenção os aspectos éticos e sociais. Sem dúvida todo este mestrado contribuiu para o desenvolvimento desta competência, destacando a unidade curricular de Investigação da qual resultou a aprendizagem da revisão sistemática da literatura, elaboração de um artigo científico, a própria metodologia de trabalho de projeto utilizada ao longo deste trabalho que é sustentada e validada pela investigação realizada, promovendo uma prática de enfermagem baseada na evidência. Foi também apresentado, a 25 de Janeiro de 2019, no Congresso de Enfermagem Perioperatória: Da evidência à prática de cuidados um resumo deste projeto.

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

A concretização deste projeto de estágio foi certamente o que mais contribuiu para o desenvolvimento desta competência e que espelha a análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação, envolvendo sempre a equipa de enfermagem do bloco operatório.

CONCLUSÃO

A execução de um projeto de intervenção permite praticar competências sociais como a comunicação, o trabalho de equipa, a gestão de conflitos, a tomada de decisão e avaliação de processos, bem como a realização de inúmeras aprendizagens e desenvolvimento de múltiplas capacidades quer pessoais (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Com a ligação da teoria à prática, promove-se a aprendizagem e a resolução de problemas a partir de uma situação concreta, utilizando os recursos existentes, aumentando a qualidade dos cuidados, uma vez que é baseada numa prática fundamentada

Os objetivos aos quais me foram propostos e me propus foram atingidos, quer a nível pessoal como profissional, pelos momentos de vivências, introspeção e reflexão, conduzindo diariamente para a melhoria da prática clínica, tendo como finalidade primordial o cuidado perioperatório ao cliente cirúrgico.

Também ao longo deste percurso existiram algumas dificuldades, cansaço e períodos de desmotivação, mas que olhando para trás, todo o esforço e empenho valeram a pena, pelo trabalho final agora terminado, sendo apenas a peça de uma puzzle por construir ao longo do tempo e por toda a equipa de enfermagem, sendo um reconhecimento e investimento para a investigação e a prática baseada na evidência dos enfermeiros perioperatório e da enfermagem em Portugal.

O processo de integração na vida profissional de um enfermeiro é crucial, sendo um momento de transição que deve ser apoiado pela equipa já existente e a própria organização, saindo todos a ganhar: o profissional, a equipa de enfermagem, o cliente cirúrgico e a organização.

O bloco operatório uma unidade *complexa e completa, com atividade altamente especializada [traduz-se num] centro de custos com um uso intensivo de recursos humanos, materiais, tecnológicos, económicos e, sobretudo, de tempo* (Bilbao e Fragata, 2006).

Assim sendo, o bloco operatório destaca-se não só pela eficiência, mas também pela qualidade nos cuidados perioperatórios, a forma como são planeados e geridos, e para isto é fulcral a existência de um guia de integração estruturado, apoiado num plano funcional para garantir que isto aconteça.

A qualidade assume peculiar importância para os cuidados de saúde em contexto de bloco operatório, uma vez que estes são caracterizados por uma interação constante e

uma influência recíproca entre os vários elementos que os compõem, sobretudo, humanos, mas também tecnológicos.

O desempenho dos enfermeiros deve estar bem organizado, no que diz respeito às normas institucionais, do serviço, aos valores éticos de cuidados ao cliente e respeito pela sua dignidade. O profissional deverá ser bem preparado e continuamente treinado, com a finalidade de saberem defender e proporcionar cuidados de excelência ao cliente cirúrgico. Deste modo, a necessidade de intervenção relativamente a esta temática, conduziu à elaboração de um guia de integração, com o contributo de todos os enfermeiros peritos que pertencem ao bloco operatório do estágio clínico.

Afaf Meleis foi a teórica que suportou este trabalho, uma vez que faz referência a *acontecimentos previsíveis ou não, face a um qualquer evento de vida, em que o ser humano reage no sentido de adaptar e adotar estratégias que permitam vivenciar a mudança de forma a atingir um novo estado de equilíbrio, segurança e estabilidade.* (Pires, 2014) Permitiu compreender que o todo o processo de integração é rico em transições e que as, mesmas *constituem momentos de ansiedade, medo do desconhecido e uma adaptação a uma realidade que não tardará a chegar* (Pires, 2014).

Com a elaboração deste relatório foram necessários períodos de reflexão, construção, investigação, permitindo relacionar a teoria com a prática clínica, desenvolvendo competências e resolução de obstáculos vivenciados, sendo por isso também uma fase de transição toda a experiência vivenciada.

BIBLIOGRAFIA

- Azevedo, C. - Integração de Enfermeiros às unidades/serviços. *Divulgação*, 38, 9-30, 1996
- Benner, P. - *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001
- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do bloco operatório. Em J. Fragata, *Risco clínico. Complexidade e performance* (pp. 277-296). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Chick, Norma e Meleis, Afaf. *Transitions: A Nursing Concern*. [autor do livro] Peggy Chinn. *Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York : Aspen Publication, 1986, pp. 237-257
- DGS. (12 de 02 de 2019). Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Diário da República. (2005). Diário da república Eletrónico. Obtido de <https://dre.pt/application/file/743931>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (Jan- Março de 2010). Metodologia de Projeto - Colectânea descritiva de estapas. *Revista Percursos*(15).
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fuller, E.O. (1982). Seleting a clinical nursing problema for research. *Image: The journal of Nursing Scholarship*, nº14, p.60-61;
- Gonçalves, Rui - *Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros*, Porto, 2013;
- Gruendemann, B.J. ; Ferrnsebner, B. (1995). *Comprehensive perioperative nursing*. Boston: Jones and Bartlet Publishers;
- Luz, M. - Programa de integração para enfermeiros. *Revista Servir*, vol. 49(6), p.288-294, 2001.
- Macedo, M. - *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2012.
- Meleis, Afaf, et al. *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory*. *Advanced Nursing Science*. 2000, Vol. 23(3), pp. 12-28.
- Meleis, Afaf. *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York : Springer Publishing Company, 2010.
- Mestrinho, M. [et al] - *Formação em enfermagem: Docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000

- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: IPS, ESS - Departamento de Enfermagem.
- OE, C. d. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. In C. d.-O. Enfermeiro. Lisboa.
- Pires, M. (2014). Handover – Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório. Setúbal.
- Silva, A.; Carvalho, C. - Integração do enfermeiro numa organização hospitalar. Revista Nursing, (164), p.16-20, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Carta de Pedido de Autorização dos Questionários

Lisboa, 14 de maio de 2018

Exma. Sr^a
Enfermeira Diretora

Como é do seu conhecimento, estamos a realizar um estágio no bloco operatório desta instituição, inserido no âmbito da disciplina Projeto/Estágio, do Mestrado em Enfermagem Perioperatória.

É pretendido a aquisição de competências na área da metodologia do projecto, visando que até ao final do semestre (Junho de 2018) seja entregue um relatório de estágio que compreenda o diagnóstico da situação e planeamento com elaboração de um cronograma e dum relatório de estágio final.

Para dar resposta a estes objetivos, necessito de construir um questionário de caracterização socioprofissional dos enfermeiros do bloco operatório e um outro como instrumento de diagnóstico da situação. Assim, vimos por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para a sua aplicação à equipa de enfermagem do nosso local de estágio.

O questionário inserido como instrumento de diagnóstico da situação refere-se à temática a *integração de novos enfermeiros no bloco operatório para garantir a qualidade dos cuidados: contributos para a elaboração de um guião*.

Os dados recolhidos serão utilizados unicamente para âmbito académico.

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

Sem outro assunto de momento e gratas pela disponibilidade e atenção.

Cumprimentos,

(Patrícia Batista)

APÊNDICE 2 – Questionário Caracterização Socioprofissional

Cara(o) colega,

Enquanto estudantes do Mestrado de Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontramos-nos a realizar estágio no Bloco Operatório, sendo necessário a realização de um Projeto de Intervenção em serviço.

Nesta primeira fase, para a concretização do mesmo, é necessário realizar a caracterização socioprofissional da equipa de Enfermagem do Bloco Operatório.

Assim, vimos solicitar a vossa colaboração para o preenchimento deste questionário que é composto substancialmente por questões fechadas (onde deverá colocar um X na sua resposta).

O questionário é confidencial, sendo os dados recolhidos utilizados exclusivamente neste âmbito académico.

Gratas pela vossa colaboração,

Patrícia Batista e Raquel Pernas

Sexo

Masculino Feminino

Idade

20-24 anos 25-29 anos 30-34 anos 35-39 anos
40-44 anos 45-49 anos >50 anos

Estado Civil

Casado Solteiro Divorciado Viúvo

Filhos

Sim Não

Formação Académica

Bacharelato Licenciatura
Especialidade : Em que área? _____
Mestrado : Em que área? _____

Formação Extra-Profissional

Sim Não

Se sim, em que área? _____

Anos Experiência Profissional

<1 ano 1-3 anos 4-6 anos 7-9 anos
>10 anos

Anos Experiência Profissional no Bloco Operatório

<1 ano 1-3 anos 4-6 anos 7-9 anos
>10 anos

A opção de desempenhar funções no Bloco Operatório foi:

Pessoal Institucional

OBRIGADA!

APÊNDICE 3 – Questionário diagnóstico de situação

Cara(o) colega,

Enquanto estudante do Mestrado de Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a realizar estágio no Bloco Operatório, sendo necessário a realização de um Projeto de Intervenção em serviço.

Nesta etapa – Diagnóstico de Situação, pretendo avaliar junto da equipa de enfermagem a necessidade de desenvolver/trabalhar a temática sobre “A Integração de novos enfermeiros no bloco operatório para garantir a qualidade dos cuidados – Contributo para a elaboração de um Guião”

Deste modo, venho solicitar a sua colaboração como enfermeiro(a) do serviço no preenchimento deste questionário entre os dias 8/10/2018 a 10/10/2018. A sua participação é voluntária, mas fundamental para dar continuidade a este projecto e não despende mais que 5 minutos.

O questionário é anónimo e confidencial, sendo que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente neste âmbito.

Grata pela vossa colaboração,

Patrícia Batista

QUESTIONÁRIO

“A integração de novos enfermeiros no bloco operatório para garantir a qualidade dos cuidados: Contributo para a elaboração de um Guião”

1. Qual a importância da estruturação de um guião de integração para novos Enfermeiros sem experiência no bloco operatório?

NADA IMPORTANTE	POUCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE

2. Tendo como base o seu nível de perito e a sua integração quando iniciou a sua actividade profissional em bloco operatório, responda às seguintes questões:

- 2.1 Qual a duração ideal do período de integração de um novo elemento sem experiência, neste bloco operatório?

≤ 1 MÊS	2 MESES - ≤ 6 MESES	7 MESES - ≤ 1 ANO	≥ 1 ANO

- 2.2 Será pertinente o processo de integração ser realizado pelas diferentes equipas existentes de especialidade?

Sim Não

- **Caso responda Não**, por quantos elementos deve ser integrado um novo elemento sem experiência neste bloco operatório?

1	2	3	➤ 3

Justifique a sua resposta:

3. Qual deverá ser a ordem de integração nas áreas de especialidade existentes neste bloco operatório (Enumere de 1 a 8, sendo o 1 o mais prioritário e o 8 o menos prioritário):

4. Classifique

	Digestivo		Robótica
	Mama		Radiologia de Intervenção
	Urologia		Torácica
	Ginecologia		Hepatopancreobiliar

que a importância que cada um destes factores têm no processo de integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório:

- Formações em Serviço

NADA IMPORTANTE	POUCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE

- Reunião/Partilha em Equipa

NADA IMPORTANTE	POUCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE

- Consulta de guia orientador de material cirúrgico por especialidade/cirurgião.

NADA IMPORTANTE	POUCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE

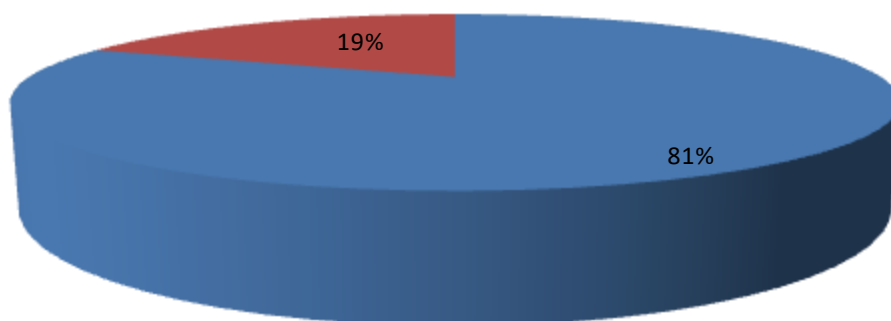
5. Gostaria de acrescentar alguma consideração/sugestão sobre este assunto?

OBRIGADA!

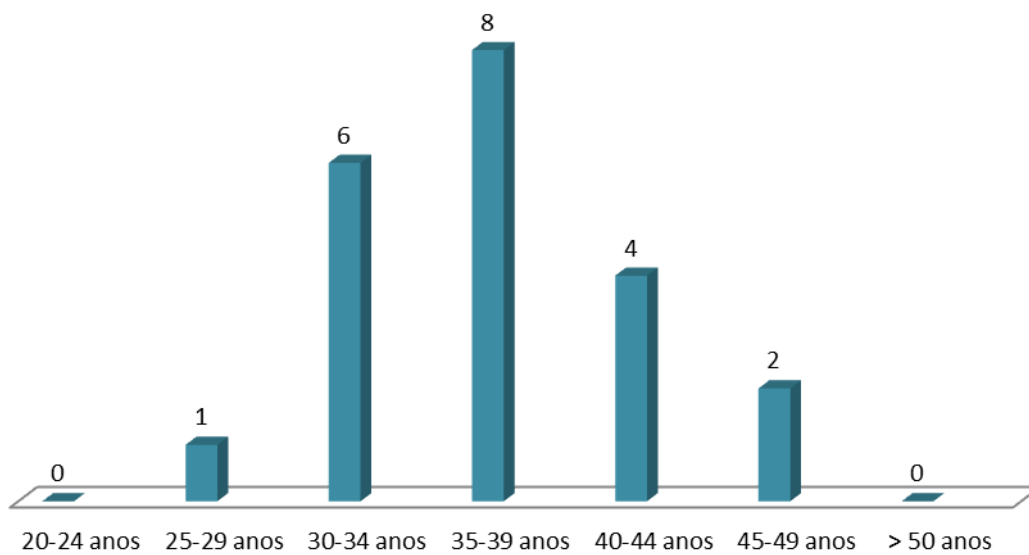
APÊNDICE 4 – Resultados do Questionário Caracterização Socioprofissional

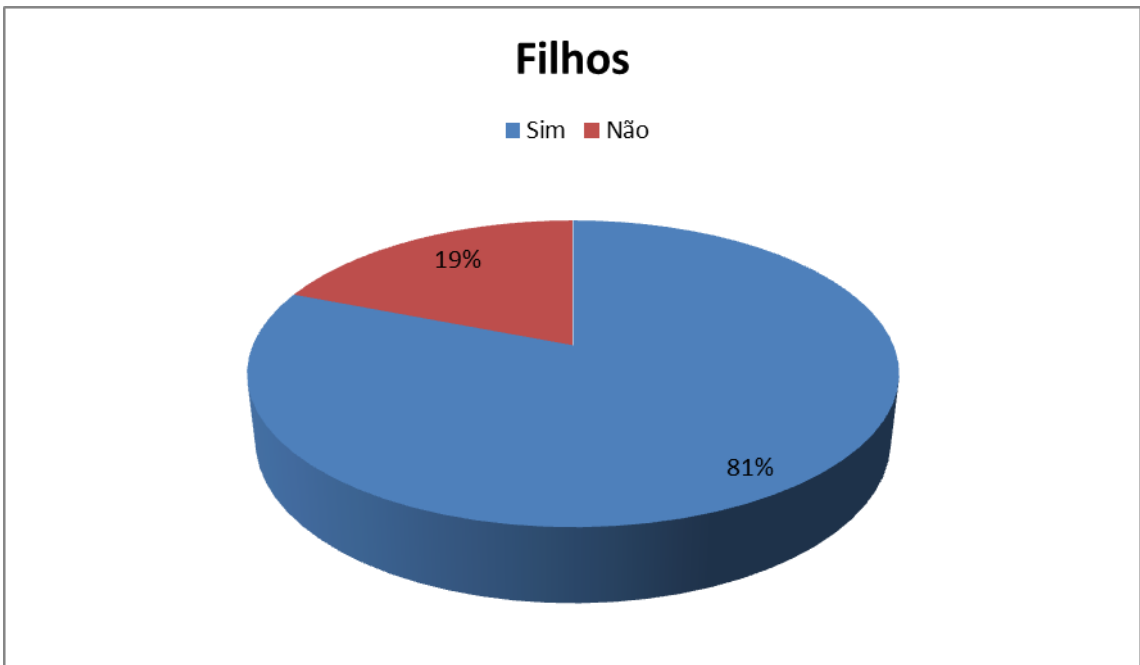
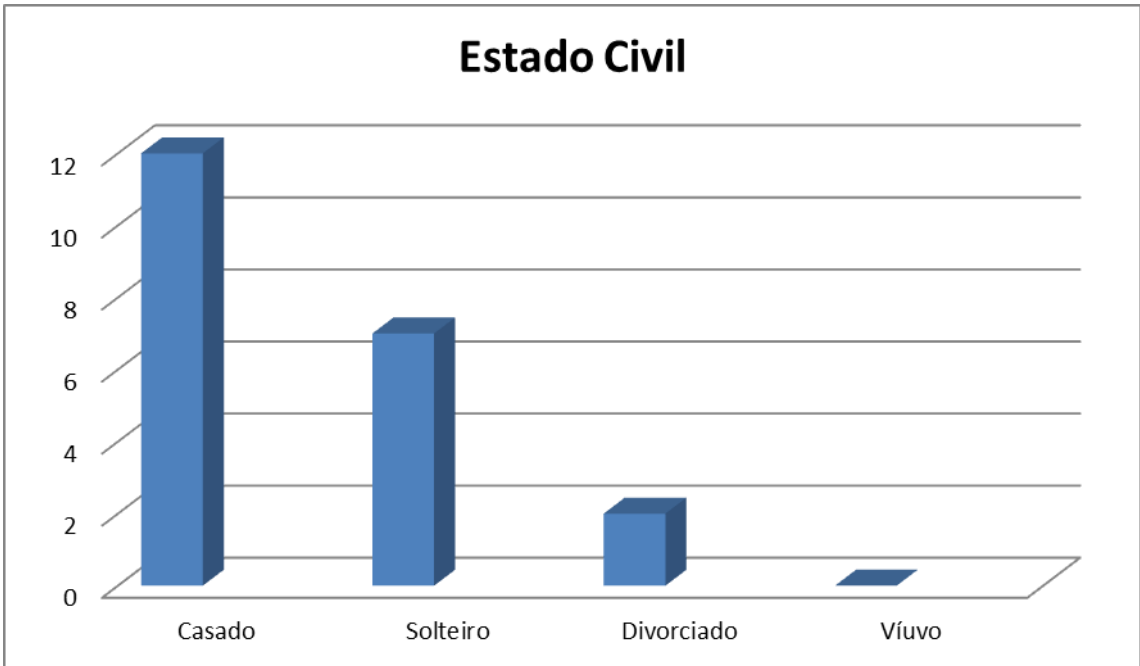
SEXO

■ Feminino ■ Masculino ■ ■



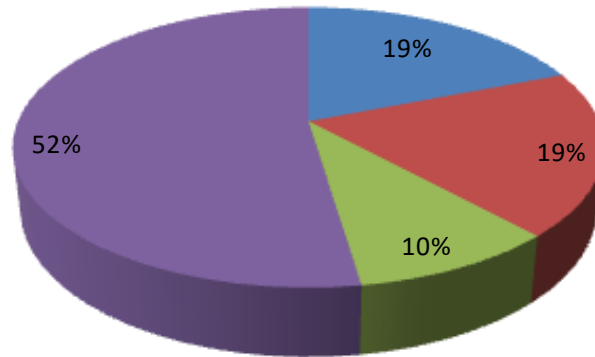
IDADE



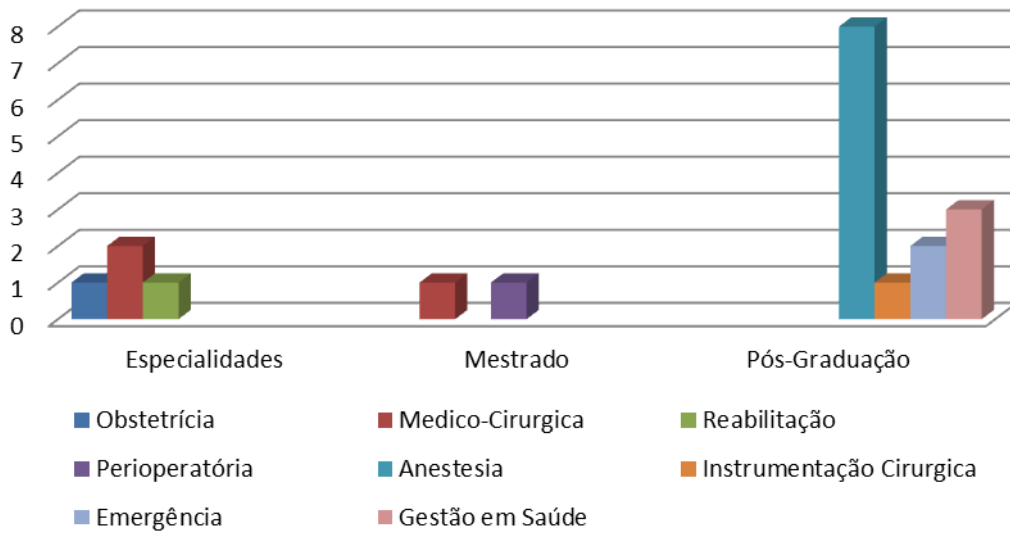


Formação Acadêmica

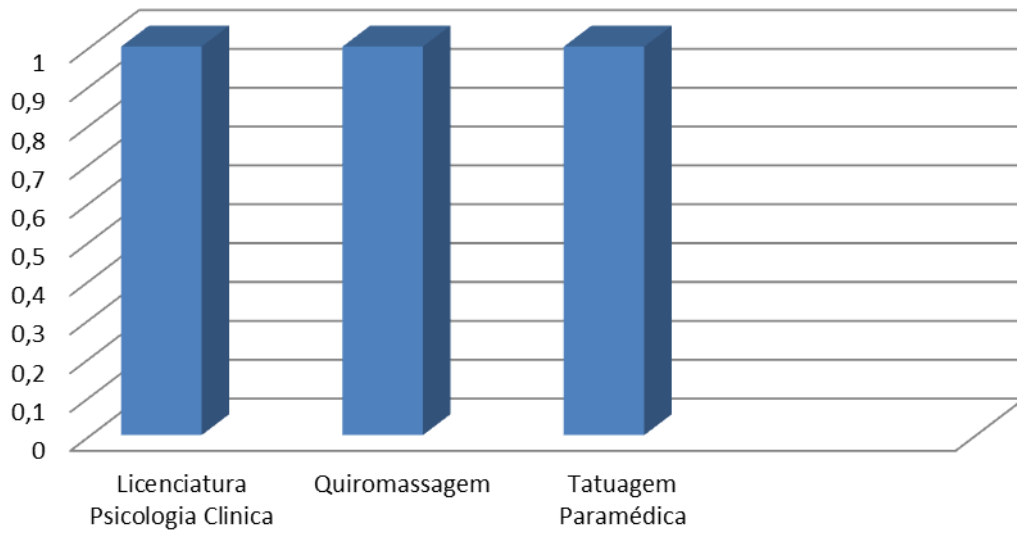
■ Licenciatura ■ Especialidade ■ Mestrado ■ Pós-Graduação



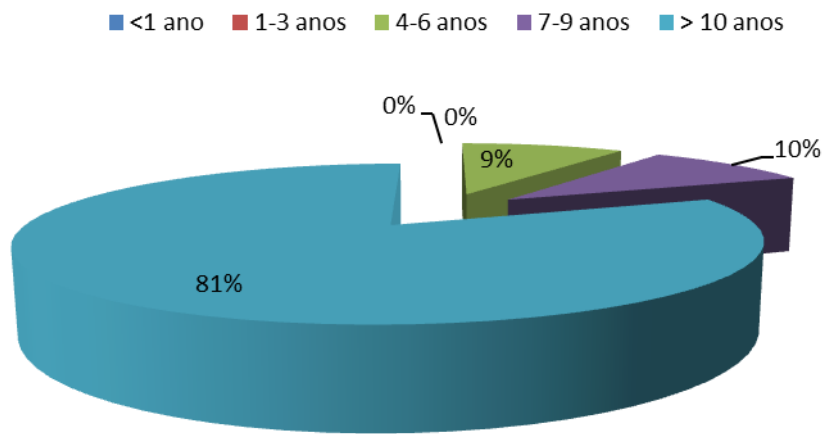
Formação Acadêmica Específica



Formação Extra-Profissional

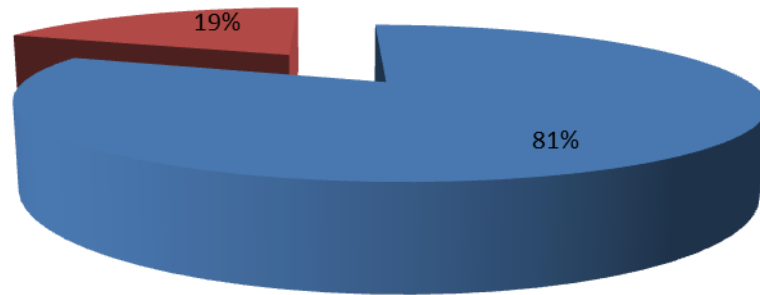


Anos de Experiência no Bloco Operatório



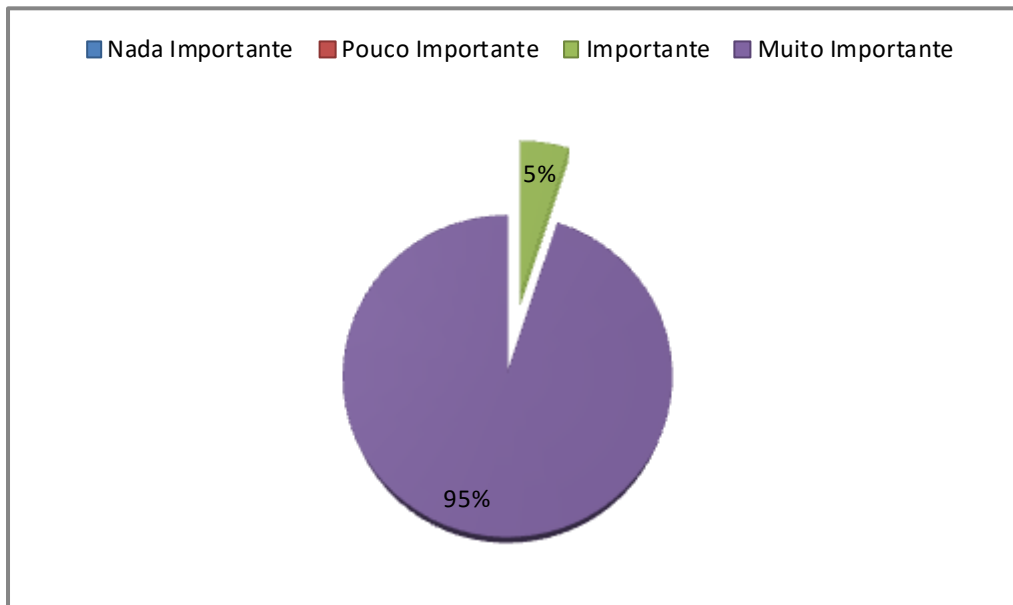
Opção a desempenhar funções no Bloco Operatório

■ Pessoal ■ Institucional



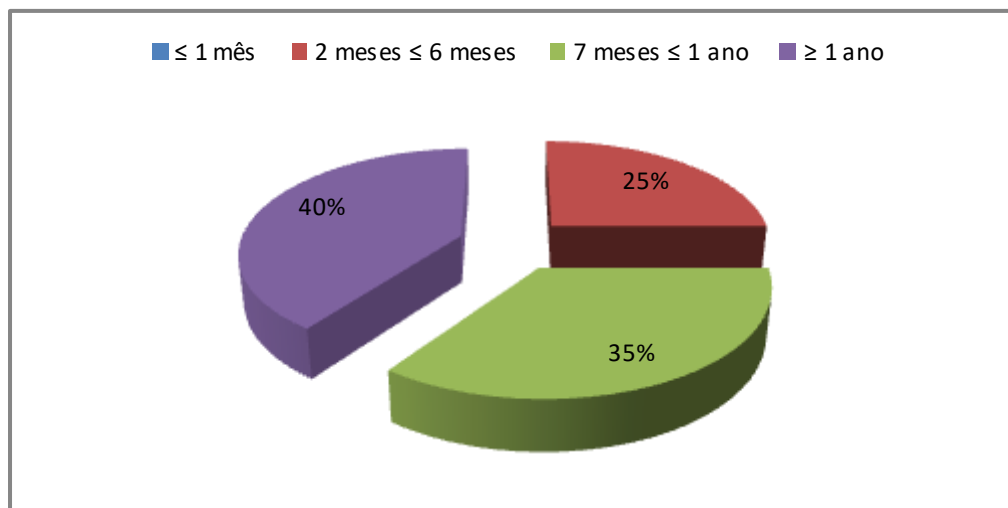
APÊNDICE 5 – Resultados do Questionário diagnóstico de situação

1. Qual a importância da estruturação de um guião de integração para novos Enfermeiros sem experiência no bloco operatório?

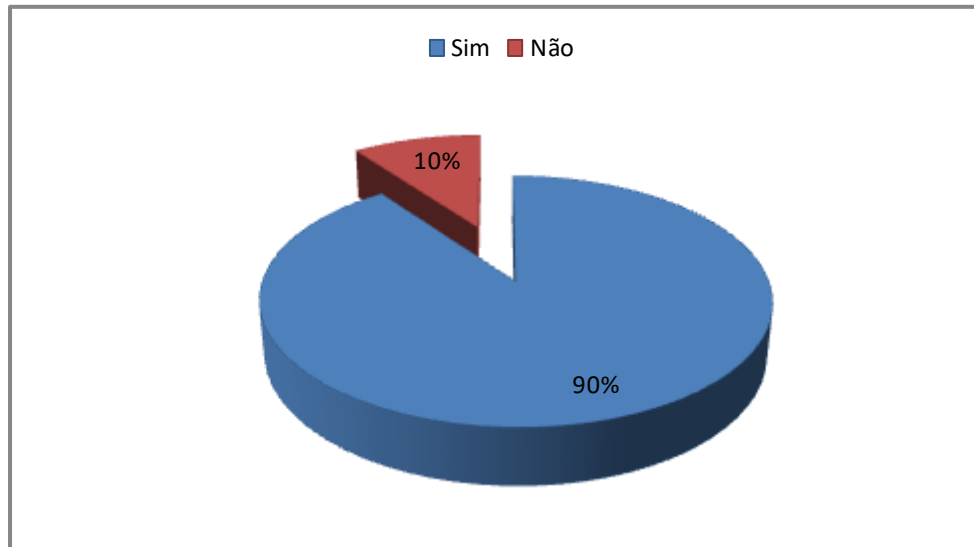


2. Tendo como base o seu nível de perito e a sua integração quando iniciou a sua actividade profissional em bloco operatório, responda às seguintes questões:

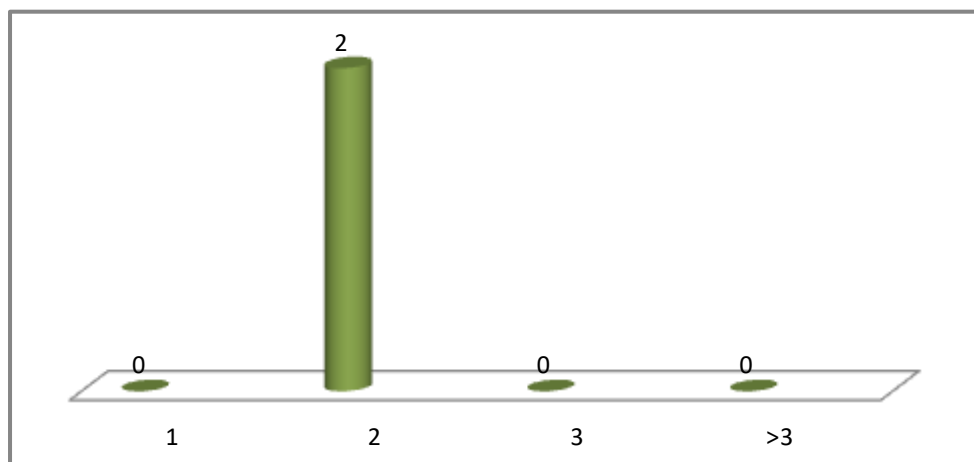
a. Qual a duração ideal do período de integração de um novo elemento sem experiência, neste bloco operatório?



2.2 Será pertinente o processo de integração ser realizado pelas diferentes equipas existentes de especialidade?



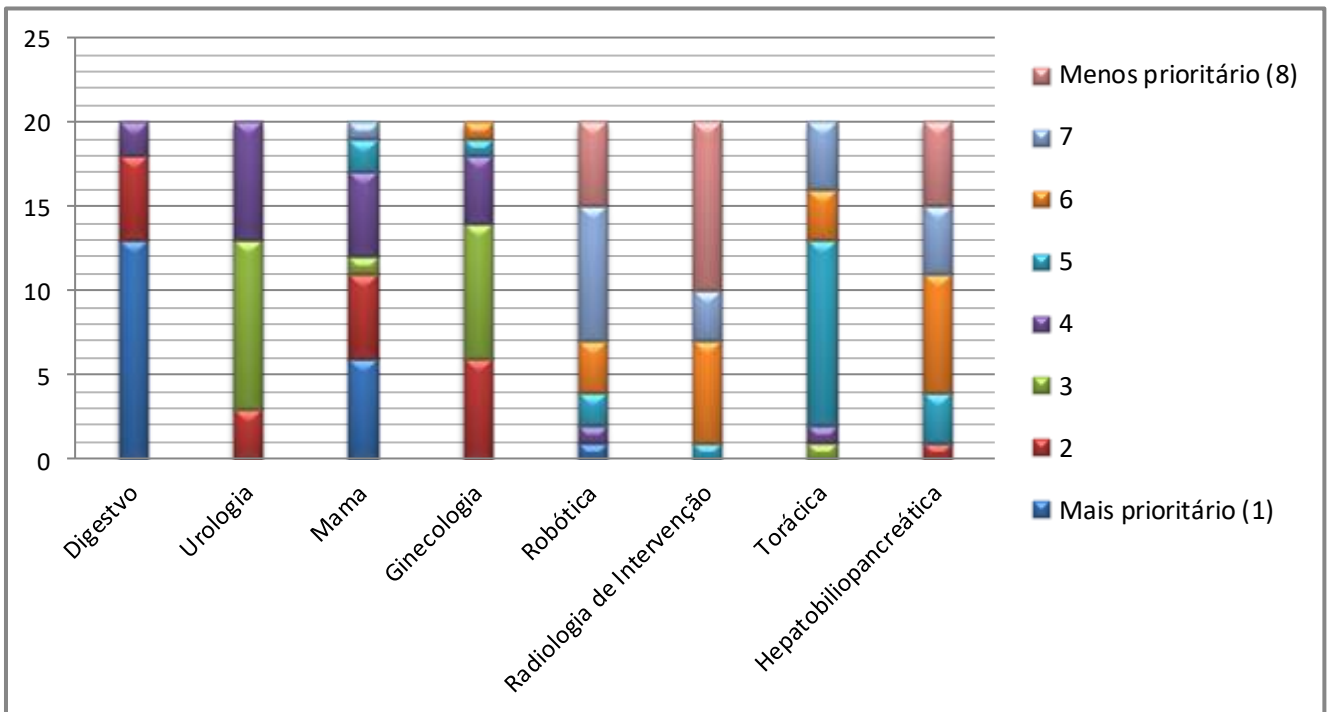
- **Caso responda Não**, por quantos elementos deve ser integrado um novo elemento sem experiência neste bloco operativo?



Justifique a sua resposta:

- Acompanhamento contínuo;
- Não dispersar informação;
- Elo facilitador na supervisão;
- Mesma linha de actuação.

3. Qual deverá ser a ordem de integração nas áreas de especialidade existentes neste bloco operatório (Enumere de 1 a 8, sendo o 1 o mais prioritário e o 8 o menos prioritário):



4. Classifique a importância que cada um destes factores têm no processo de integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório:

- Formações em Serviço



- Reunião/Partilha em Equipa



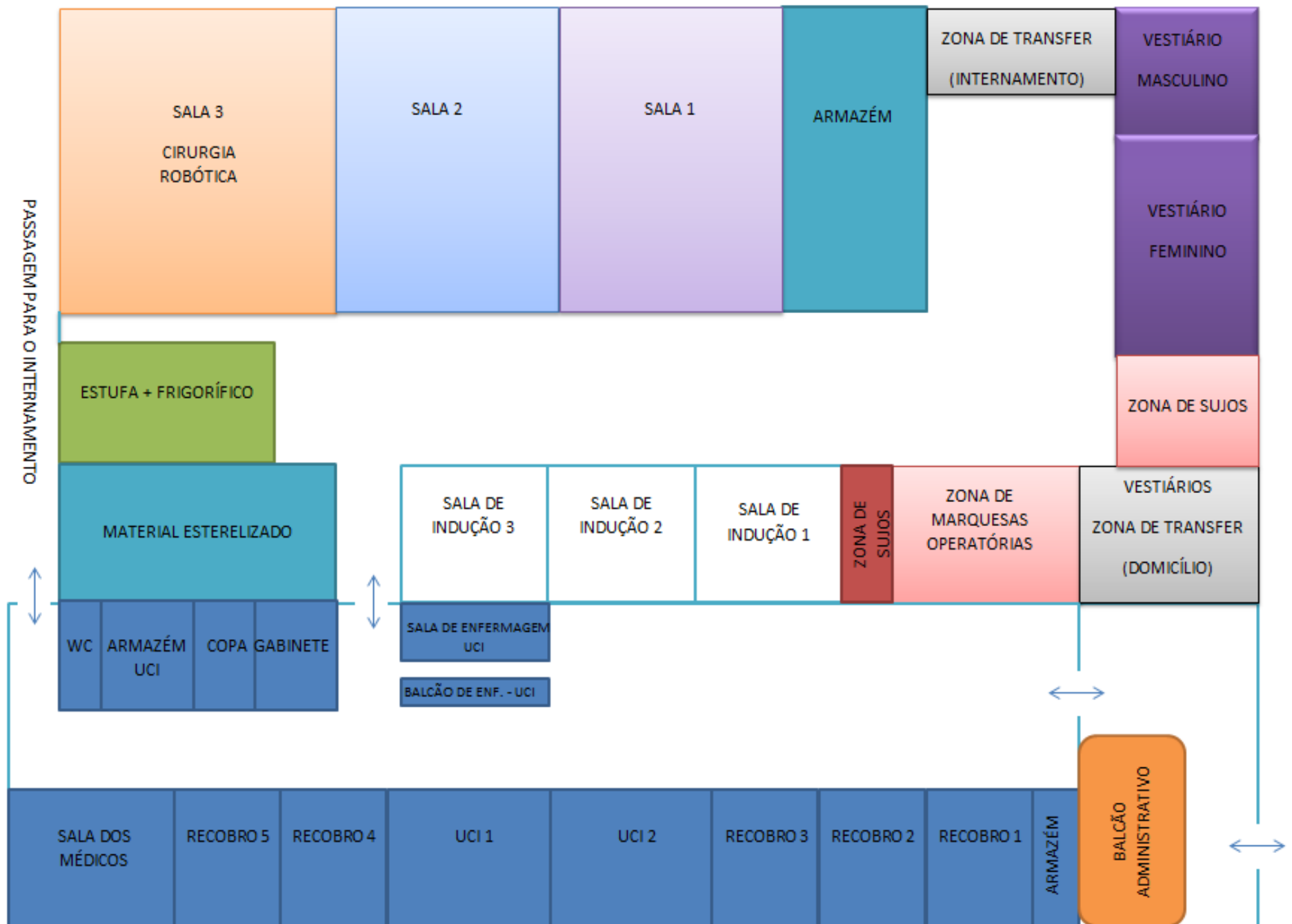
- Consulta de guia orientador de material cirúrgico por especialidade/cirurgião.



5. Gostaria de acrescentar alguma consideração/sugestão sobre este assunto?

- Métodos de trabalho idênticos para facilitar a integração;
- Período de integração deve ser considerado tendo em conta a experiência anterior no novo elemento (ex.: UCI, internamento);
- Não existe uma ordem específica na integração das especialidades;
- O guia deverá ser considerado para novos elementos mesmo com experiência em bloco operatório.

APÊNDICE 6 – Planta Centro Cirúrgico



APÊNDICE 7 – Guião de Integração

GUIÃO DE INTEGRAÇÃO PARA ENFERMEIROS
BLOCO OPERATÓRIO – INSTITUIÇÃO PRIVADA X

Janeiro de 2019

Patrícia Batista

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	74
1. ACOLHIMENTO	75
1.1 CARATERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	75
1.2 ESTRUTURA FÍSICA	75
1.3 MISSÃO	76
1.4 ORGANIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO	76
1.5 VALÊNCIAS E TÉCNICAS CIRÚRGICAS	81
2. GUIÃO DE INTEGRAÇÃO	81
2.1 DURAÇÃO DA INTEGRAÇÃO	81
2.2 CRONOGRAMA DA IMPLEMENTAÇÃO DA INTEGRAÇÃO	82
2.3 FASES DA INTEGRAÇÃO	84
3. AVALIAÇÃO DO GUIÃO DE INTEGRAÇÃO	102
BIBLIOGRAFIA	103
ANEXOS	Erro! Marcador não definido.
<input type="checkbox"/> ANEXO 1 – Ficha de Avaliação Diagnóstica;	104
<input type="checkbox"/> ANEXO 2 – Ficha de Registo de Atividades	104
<input type="checkbox"/> ANEXO 3 – Ficha de Avaliação Formativa	104
<input type="checkbox"/> ANEXO 4 – Ficha de Avaliação do Período de Integração	104

INTRODUÇÃO

No desempenho das suas funções, enquanto enfermeiro, o processo de integração é fundamental no sucesso da adaptação do profissional à organização e naturalmente ao seu desempenho profissional. É um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida, experiências anteriores, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados.

Assim, segundo o Parecer nº78/2017 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, a existência de um guia de integração na instituição irá permitir que o novo elemento compreenda, o mais rapidamente possível, a sua cultura, servindo também como instrumento de controlo e correcção.

Segundo a AESOP, (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses) o enfermeiro de perioperatório é *responsável pelos cuidados individualizados que presta em unidades ou serviços onde se encontram doentes agudos ou em estado crítico, submetidos a exames invasivos ou intervenções cirúrgicas.*

Define-se como função do enfermeiro perioperatório, segundo a AORN (Association of Operating Room Nurses), saber *identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, por em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as ações, baseado no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, no período pré, intra e pós-operatório imediato.*

A elaboração deste guia de integração tem como objetivos:

- ✓ Padronizar o processo de integração;
- ✓ Estruturar a informação;
- ✓ Garantir a qualidade dos cuidados prestados ao cliente cirúrgico;
- ✓ Estabelecer um elemento facilitador para uma eficaz adaptação de novos enfermeiros ao bloco operatório.

De maneira a facilitar a realização destes objectivos e para contribuir na eficiência do processo, preconiza-se que a integração do novo elemento seja realizada por uma única equipa, constituída entre 3 a 4 elementos.

O enfermeiro chefe tem a responsabilidade de seleccionar a equipa que assumirá a função de integrar o novo elemento, bem como o respectivo integrador, no entanto, todos os membros da equipa estarão envolvidos neste processo. Assim, na ausência do integrador, os restantes elementos asseguram-se deste processo.

1. ACOLHIMENTO

O acolhimento e integração funcionam como um estímulo, não só da parte da organização como da pessoa que irá passar por este processo, em que cada uma das partes procura influenciar-se e adaptar-se mutuamente.

Deste modo, a organização define as ações que facilitam esta interação dando a conhecer os aspetos que a caracterizam nomeadamente, a missão, a sua história, normas, valores, a estrutura dirigente, assim como os direitos e deveres e objetivos estratégicos da organização.

1.1 CARATERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A instituição privada situa-se na área da grande Lisboa, sendo considerada de direito privado com utilidade pública pela declaração 46/2005.(Diário da República, 2005)

O seu fundador foi um empreendedor, filantropo e visionário, que pretendia utilizar a área da investigação científica ao dispor da oncologia e neurociências, com a missão de promover a saúde e bem-estar da humanidade, procurando intervir ativamente na procura de soluções que aliviem o peso que a doença tem nas sociedades e no indivíduo.

O bem-estar, conforto e personalização do atendimento fazem deste espaço um local único, com uma arquitetura também ela visionária, mas de cariz contemporânea que alia a estética à funcionalidade.

Os seus espaços amplos com uma grande incidência de luz natural visam proporcionar condições de trabalho agradáveis e simultaneamente relaxantes para que investigadores, académicos e profissionais possam exercer as suas funções a tender para a excelência.

1.2 ESTRUTURA FÍSICA

A instituição organiza-se em 3 áreas, mas todas elas interligadas para promover o convívio e colaboração entre investigadores, clínicos e restantes profissionais. As áreas compreendem:

- Edifício principal com instalações de diagnóstico, tratamento, internamento e centro cirúrgico;

- Laboratórios de investigação das neurociências e oncologia, situados no piso 1 do edifício principal em volta do jardim interior
- Serviços administrativos.

Esta entidade ainda dispõe de um auditório, centro de exposições, anfiteatro exterior, cafetaria, restaurante exterior, jardim exterior voltado para o rio Tejo, jardim zen (inserido no espaço do hospital de dia) e jardim tropical interior coberto por uma pérgola.

A estrutura organizacional compreende um Conselho de Administração e Conselho de Oradores formando o Business Plan que define políticas estratégicas para um Conselho de Curadores, Conselho Científico e Conselho Ético.

1.3 MISSÃO

A missão estratégica principal é **levar os benefícios da ciência biomédica a quem mais precisa, visando:**

- *Criar e desenvolver com independência, rigor, dedicação e criatividade e obedecendo aos mais elevados padrões éticos e científicos, um ambiente propício ao desenvolvimento de programas avançados de investigação biomédica e à prestação interdisciplinar de cuidados clínicos, numa perspetiva translacional com descobertas pioneiras na área da saúde com reflexo direto na qualidade de vida das pessoas;*
- *Ser líder mundial na inovação científica e tecnológica com o objetivo de prevenir, diagnosticar e tratar a doença.*

1.4 ORGANIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico está integrado na área clínica, estando em permanente interligação com o ramo da investigação.

A unidade cirúrgica surgiu em 2014, designando-se Unidade de Técnicas de Intervenção. Funciona no piso 0, com uma sala híbrida para procedimentos que necessitem de imagiologia intraoperatória e uma sala de técnicas de diagnóstico e terapêutica. Tem um recobro com 6 boxes individuais, uma zona de sujos, uma zona de desinfeção cirúrgica e uma zona de reprocessamento de material, 2 WC que funcionam para mudança de roupa dos doentes, 2 armazéns, 1 sala de

equipamentos, 1 sala de monitorização, uma de apoio à imagiologia e um vestiário misto para o pessoal autorizado do bloco com acesso restrito por meio de cartão de identificação.

O seu funcionamento, bem como do recobro é das 8h00 às 20h00. Caso os critérios de alta não estejam satisfeitos, o doente é encaminhado para o internamento ou para o recobro da ACIR (atendimento de cuidados intensivos e recobro) que funciona no piso 2 em regime 24 horas.

A sala híbrida situa-se em frente ao recobro separada por um corredor, onde está situado o carro de urgência. O acesso à sala de técnicas é feito por uma porta de acesso restrito, com o objetivo de limitar o tráfego de pessoal, visto a sala híbrida ser considerada uma zona de bloco restrita e a sala de técnicas, semi-restrita.

A sala híbrida (com 72.2 m²) dispõe de um carro de anestesia, circulação e de apoio. Dispõe de um ventilador suspenso, bem como de uma unidade eletrocirúrgica e endoscópica e um ventilador específico para a realização de broncofibroscopias rígidas. Apresenta 3 entradas: uma para entrada do doente, outra para acesso ao corredor central que comunica com o recobro e outra para a zona de desinfeção cirúrgica. Possui ainda uma janela de comunicação com a zona de sujeitos.

A sala de técnicas tem um carro de anestesia não padronizado, carro com equipamento de endoscopia e armários para guardar consumível e dispositivos específicos para as técnicas de diagnóstico e terapêutica. A entrada serve para entrada do doente, pessoal e material esterilizado e saída dos sujeitos. Tem rampa de oxigénio e aspiração.

Os circuitos dos clientes são distintos para procedimentos na sala híbrida, o mesmo já não ocorrendo na sala de técnicas, dado que esta unidade se destina fundamentalmente a procedimentos de curta duração, em regime de ambulatório, sendo a sua maioria submetidos a anestesia local ou sedação com apoio anestésico.

A abertura do bloco operatório, esterilização, ACIR e unidades de internamento deu-se em 2016, funcionando no piso 2. O funcionamento deste bloco também é das 8h00 às 20h00, mas o recobro já é de 24 horas.

A zona restrita do bloco (para além da sala híbrida) dispõe de 3 salas amplas (S3 - 83,7 m²; S2 - 78,7 m² e S1 - 67,2 m²) todas equipadas com monitores suspensos (4) e um embutido na parede (large screen). Estão preparadas para realizar cirurgia minimamente invasiva e a sala 3, por ser maior, destina-se a cirurgia robótica. Tem 2 painéis de controlo de sala e sistema de comunicação para contato com pessoa

significativa (audiovisual) antes e após o término de procedimento. O ventilador e o equipamento de eletrocirurgia e vídeo encontram-se suspensos. Todas possuem uniformização de carros de anestesia, de circulação e apoio (isto também aplicado à sala híbrida). As salas dispõem ainda de 2 seringas perfusoras, uma manga de pressão e de um carro com material de apoio ao posicionamento, também ele padronizado e listado.

Tem um corredor único, estando as salas de indução opostas às salas operatórias (estas comunicam diretamente com a ACIR através de portas de controlo interior). Uma das salas de indução funciona como sala de arrumação de equipamento. No corredor central existe o carro de urgência, de via área difícil e para monitorização invasiva, bem como um broncofibroscópio. Este corredor também funciona como zona de desinfeção. Tem uma zona de acesso à ACIR, por onde se faz a transferência dos doentes, quer para o recobro (5 unidades individualizadas), quer para a unidade de cuidados intensivos (2 unidades individualizadas).

Existe uma área reservada para a estufa e frigoríficos, uma outra para acondicionar material esterilizado e ainda um armazém com dispositivos médicos e consumíveis clínicos que comunica com o exterior, funcionando como uma zona semi-restrita.

A entrada do pessoal autorizado é restrita por meio de cartões de identificação e é feita pelos vestiários – masculino e feminino (zonas livres).

A entrada dos doentes pode ser feita por duas vias:

Internamento: em que o cliente é transferido numa zona de transfer da sua cama para a marquesa de bloco operatório. É nessa zona que se realiza o primeiro handover entre enfermeiros.

Ambulatório: que corresponde à maioria das situações, em que o cliente vem do domicílio, acompanhado pela pessoa significativa. Nesta situação, o primeiro acolhimento é feito pela administrativa do piso 2 para formalizar a sua admissão que também faz a entrega de um tablet à pessoa significativa com o intuito do cirurgião informar quando inicia e termina a cirurgia, bem como alguma recomendação (a comunicação é unilateral, só o cirurgião pode comunicar). No entanto, a pessoa referenciada pode ver o cirurgião assim como o interior da sala operatória. Depois é encaminhado pelo assistente operacional até ao vestiário (específico e de uso exclusivo para os doentes), onde se faz o espólio e ocorre a mudança de roupa. A pessoa significativa pode acompanhar o doente até à sua entrada na zona de

transfer, onde é colocado na marquesa do bloco (com grades laterais) e encaminhado para a sala de indução, onde é recebido pelo enfermeiro de anestesia.

Nesta sala prepara-se a medicação para o tipo de anestesia, realiza-se o teste diário do ventilador, confirma-se a funcionalidade do aspirador, realiza-se a entrevista de verificação pré-cirúrgica, faz-se a monitorização (incluindo avaliação da temperatura corporal), punção venosa, aquecimento com manta térmica e indução anestésica. O cliente ventilado é conduzido até à sala operatória comambu e oxigénio a alto débito. A entrada direta de um cliente só é feita em casos muito específicos: urgência, entubação difícil, anestesia com exclusão pulmonar e indisponibilidade de utilizar a sala de indução.

Esta indução não é realizada sem que haja a presença do cirurgião que faz um briefing com a restante equipa e esclarecimento de dúvidas com o doente. A preparação e monitorização de pressões invasivas, bem como algaliação e colocação de sonda nasogástrica, podem ser realizadas nesta sala ou já na sala operatória.

Após a cirurgia, o cliente é transferido para a ACIR, acompanhado pelo enfermeiro de anestesia, anestesista e preferencialmente pelo assistente operacional, onde se procede ao segundo momento de handover.

Previamente é feito contato telefónico com esta unidade para confirmar a disponibilidade da vaga, bem como outras informações relevantes.

O circuito dos sujos faz-se pelo corredor central, com acesso à zona dos sujos, por meio de carros rodados fechados, que depois são encaminhados para a esterilização – instrumental cirúrgico (que fica fora do bloco) - ou, no caso de resíduos hospitalares, são depositados na zona de sujos exteriores ao bloco.

Como se trata de um bloco do foro oncológico, a maioria dos procedimentos cirúrgicos são demorados e abrangem as valências multidisciplinares de patologia já descritas anteriormente. Privilegia-se a cirurgia minimamente invasiva. Em todas as cirurgias é preconizado o contato com a pessoa significativa via audiovisual dentro da sala operatória, antes e depois da intervenção cirúrgica.

Relativamente aos recursos humanos de enfermagem, todos têm contrato de exclusividade em regime de 40 horas semanais com rotatividade de turnos (das 8h00 às 16h00 e das 12h00 às 20h00), realizando prevenções extra-horário. Todos têm experiência prévia em bloco operatório, público ou privado. A equipa de recobro está integrada nos recursos humanos da ACIR com horários rotativos que asseguram as 24 horas de cuidados os 7 dias por semana, apesar do que é preconizado e ser uma

das funções do enfermeiro perioperatório – o enfermeiro na unidade de cuidados pós-anestésicos.

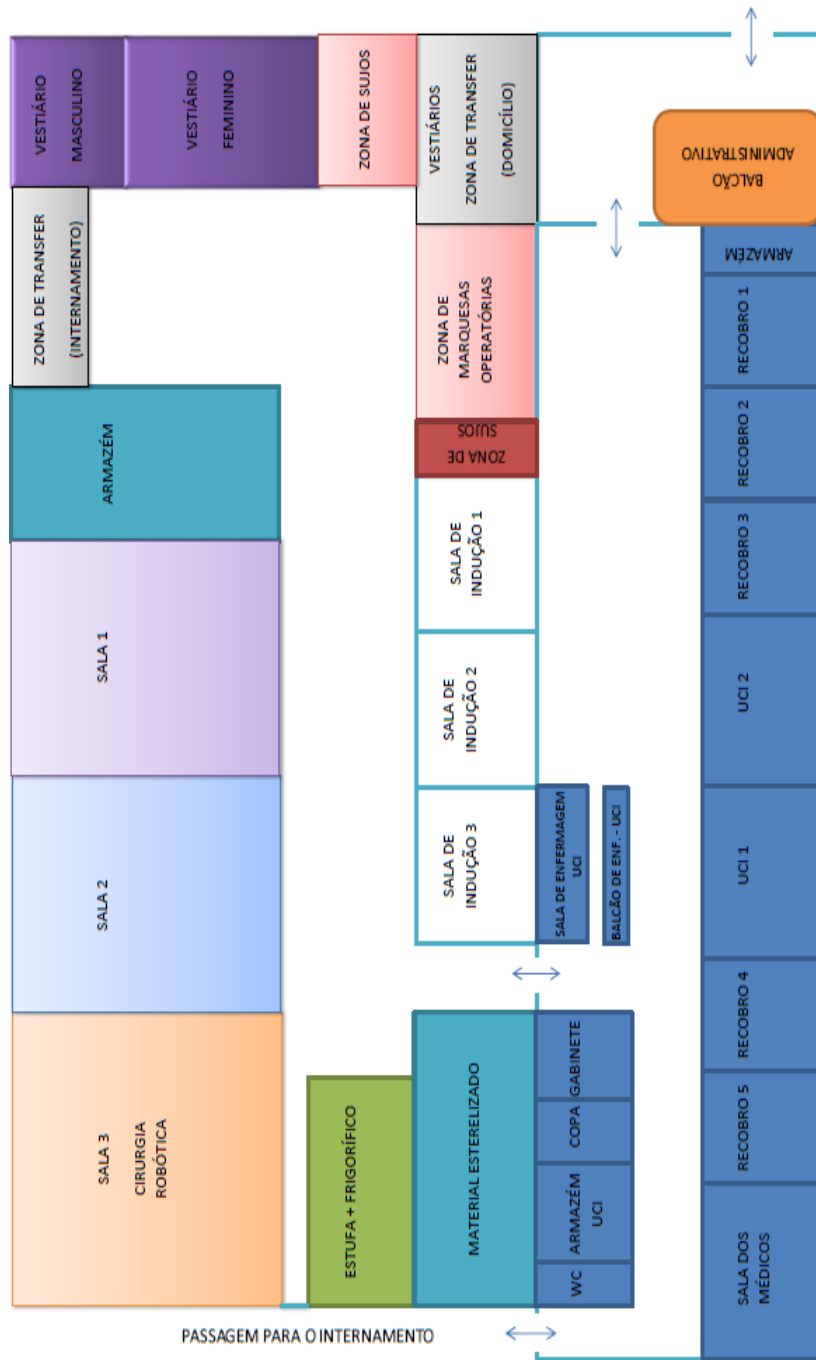


Imagem 2 - Cronograma BO/ACIR

1.5 VALÊNCIAS E TÉCNICAS CIRÚRGICAS

As especialidades cirúrgicas presentes neste bloco operatório são: Digestivo, Ginecologia, Urologia; Mama; Torácica, Hepatobiliopancreática e Radiologia de Intervenção.

As técnicas cirúrgicas utilizadas são: cirurgia convencional, cirurgia laparoscópica e cirurgia robótica.

2. GUIA DE INTEGRAÇÃO

Segundo AORN (2016), o enfermeiro perioperatório deverá:

- Ter pensamento crítico para desenvolver planos de cuidados e implementar intervenções de enfermagem apropriadas;
- Promover a segurança do cliente, defende-o;
- Educar o cliente e família/pessoa significativa sobre o plano perioperatório e cuidados e avaliação da prontidão do cliente e da família para a cirurgia;
- Monitorizar quaisquer quebras de técnica asséptica ou esterilidade;
- Cuidar dos clientes de todas as idades, dependendo das configurações da prática;
- Manter-se atualizado sobre diretrizes legais / éticas, como o consentimento informado e os Objetivos Nacionais de Segurança do Cliente;
- Trabalhar em equipa multidisciplinar (enfermagem, anestesia, cirurgia);
- Permanecer atualizado em práticas baseadas em evidências e técnicas/modalidades cirúrgicas.

2.1 DURAÇÃO DA INTEGRAÇÃO

A durabilidade da integração deve ser flexível, consoante as características pessoais e a experiência profissional anterior. No entanto, está preconizado que todos os enfermeiros a desempenhar funções em contexto perioperatório, tenham um **período de integração nunca inferior a 6 meses**, no qual deverão ser orientados de forma sistemática a adquirir um conjunto mínimo de competências técnicas e não técnicas.

Segundo o Parecer nº78/2017 da Ordem dos Enfermeiros juntamente com a Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP), num bloco operatório estão identificadas três categorias de experiência profissional e com base nas mesmas, na especificidade das funções e na falta de formação nesta área, foram

determinados os tempos de integração para cada uma das situações, podendo ser sempre ajustável este tempo. Portanto:

- Enfermeiros sem experiência profissional: 1 ano e meio;
- Enfermeiros com experiência profissional: 1 ano;
- Enfermeiro com experiência em bloco operatório: 6 meses

2.2 CRONOGRAMA DA IMPLEMENTAÇÃO DA INTEGRAÇÃO

O cronograma apresentado refere-se à integração de um elemento sem experiência profissional em bloco operatório, num período de 1 ano. Este cronograma poderá ser ajustado e adaptado às condicionalidades que possam surgir.

O primeiro dia será para acolhimento do novo elemento ao serviço dando-o a conhecer a equipa multidisciplinar do bloco operatório, a equipa que ficará responsável pela sua integração, o espaço físico e organizacional do serviço e apresentação dos manuais e normas existentes.

A integração será fracionada por cada valência cirúrgica, com avaliações parciais. Como já referido anteriormente, o processo de integração é flexível de acordo com a pessoa, deste modo, o tempo de integração em cada valência irá depender do próprio e da sua equipa de integração, consoante as avaliações parciais realizadas. Durante a integração numa valência, o enfermeiro passará pelas funções de anestesia, circulação e instrumentação, preferencialmente por esta ordem. Após a integração em cada função será considerado um período como Elemento Autónomo.

O agendamento da integração em cada valência cirúrgica será ajustado de acordo com o programa previsto para os respetivos tempos operatórios.

Deverá ainda durante o seu processo de integração: visitar o Serviço Central de Esterilização (SEC), visitar os serviços Unidade de Técnicas e Intervenção (UTI) e Atendimento, Cuidados Intensivos e Recobro (ACIR) e internamento.

Na fase final da integração o enfermeiro terá um período de 14 dias como elemento extranumerário, numa escala normal de serviço.

ATIVIDADES	MÊS											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Acolhimento do novo enfermeiro no serviço												
Integração do enfermeiro na anestesia												
Integração do enfermeiro na circulação												
Integração do enfermeiro na instrumentação												
Observação ao Serviço Central de Esterilização												
Visita aos serviços: ACIR, UTI e Internamento												
Tomar conhecimento das normas e práticas do serviço												

Tabela 1 - Cronograma da Integração

2.3 FASES DA INTEGRAÇÃO

1ª Fase – Acolhimento/Observação

Objetivo Geral: Conhecer a Instituição e identificar o funcionamento do Centro Cirúrgico/Bloco Operatório da Instituição Privada

Objetivos Específicos	Atividades do Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Integrador
1. Conhecer a história, missão e objectivos da Instituição Privada.	- Apresentação do guião de integração da Instituição Privada
2. Compreender a estrutura física da Instituição Privada	- Explicação da organização dos diferentes serviços na Instituição Privada
3. Conhecer a dinâmica organizacional do Bloco Operatório (B.O).	- Acolhimento do novo elemento; - Apresentação das normas e documentos do serviço (Normas, plano de formação, guia de integração).
4. Compreender a estrutura física do Centro Cirúrgico.	- Visita guiada ao Bloco Operatório, UTI, ACIR, SEC e Internamento.
5. Compreender a estrutura funcional do B.O.	- Informa sobre a gestão de: métodos de trabalho, registos, horários, registo de horas, material de uso clínico e equipamentos; - Fornece informações sobre: circuitos os zonas restritas, semi-restritas e livres; conceito de assepsia; circuito do

	<p>instrumental cirúrgico;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explica o circuito do cliente desde o acolhimento até à transferência para ACIR ou UTI; - Explica as características de uma sala operatória: iluminação, temperatura, ventilação, humidade, materiais, equipamento.
6. Conhecer a articulação com ou outros serviços da Instituição Privada.	- Explica a articulação com: anatomia patológica, patologia clínica, imagiologia, farmácia, SEC, serviço de logística.

2ª Fase – Integração ao Enfermeiro de Anestesia

Objetivo Geral: *Desenvolver competências como enfermeiro de anestesia*

Tempo de Integração: *2 meses*

Objetivos Específicos	Atividades do Integrador	Atividades do Integrande
1. Conhecer as diferentes técnicas anestésicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Define o conceito de anestesia; - Explica as diferentes técnicas anestésicas e sua indicação de acordo com cada cliente, patologia associada e cirurgia a efectuar; - Sugere bibliografia 	<ul style="list-style-type: none"> - Compreende a técnica anestésica utilizada em cada cliente; - Identifica qual a técnica anestésica adequada a cada situação.

<p>2. Conhecer as opções farmacológicas utilizadas em anestesia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explica o tipo de fármacos utilizados durante a anestesia; - Esclarece, sucintamente, os mecanismos de ação dos mesmos; - Explica os cuidados de enfermagem na preparação e administração dos fármacos – diluições e interações farmacológicas; - Demonstra o registo dos estupefacientes em impresso próprio; - Apresenta os relaxantes musculares e o seu acondicionamento específico; - Fornece e indica referências bibliográficas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica os fármacos necessários para a anestesia; - Compreende os mecanismos de ação e cuidados de enfermagem na preparação e administração dos fármacos utilizados; - Prepara os fármacos necessários à anestesia cumprindo princípios fundamentais de assepsia, compatibilidade e dosagem; - Regista os estupefacientes administrados no impresso próprio.
<p>3. Conhecer o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra e exemplifica o funcionamento dos ventiladores; - Demonstra e exemplifica o teste do ventilador; - Fornece suporte teórico relativo ao ventilador; - Descreve e demonstra o funcionamento dos monitores; - Demonstra como se desmonta a cabeça do ventilador e se procede à sua 	<ul style="list-style-type: none"> - Manipula o ventilador; - Procede ao teste do ventilador; - Compreende o funcionamento dos monitores e manipula-os; - Compreende o modo de funcionamento dos aspiradores; - Manipula o material de entubação endotraqueal-

	<p>esterilização SEC;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explica o funcionamento do material de entubação endotraqueal; - Explica os procedimentos relativos à higienização do ventilador, monitor e acessórios; - Demonstra o funcionamento dos aspiradores de vácuo; - Apresenta a sala de indução anestésica e material aí existente; - Apresenta os carros de apoio à anestesia e o que contêm: carro entubação difícil, carro de monitorização evasiva, carro de anestesia; - Fornece suporte teórico e referências bibliográficas sobre os temas apresentados; - Explica o funcionamento do carro de urgência e desfibrilhador. 	<p>laringoscópio e lâminas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elucida-se do material existente no carro de urgência, manipula o desfibrilhador. - Compreende como se desmonta a cabeça ventilador e executa-o; - Envia a cabeça do ventilador para o SEC.
<p>4. Acolher o cliente no B.O</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra como se realiza o acolhimento do cliente; - Executa lista de verificação de segurança cirúrgica antes da indução anestésica: Sign In 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza o acolhimento do cliente; - Identifica a informação pertinente para o processo de cuidados;

	<p>(OMS);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica: identificação positiva do cliente cirúrgico, comorbilidades, cirurgias prévias, alergias conhecidas, jejum, consentimento informado cirúrgico e anestésico. - Confirma pulseira de identificação do cliente; - Coloca pulseira de alergias, caso necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Confirma que o processo do cliente está completo;
<p>5. Colaborar com o médico anestesista na realização dos procedimentos inerentes à anestesia do cliente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prepara a sala operatória e de indução para receber o cliente; - Prepara a anestesia selecionada; - Monitoriza o cliente; - Realiza cateterismo venoso periférico, se necessário; - Prepara e testa o material de EOT, entubação nasogástrica, monitorização invasiva e epidurais, se necessário; - Administra os fármacos sob confirmação dupla antes da administração; 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na monitorização do cliente, valorizando os parâmetros vitais; - Prepara e administra fármacos; - Colabora na preparação do material de entubação e cateterismos; - Colabora com o anestesista do início ao fim da anestesia;

	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora com o médico anestesista na entubação do doente, cateterismos periféricos e centrais, manutenção da permeabilidade das vias aéreas, controlo do balanço hídrico, manutenção de uma vigilância intensiva para despiste de possíveis complicações e situações de urgência. 	
6. Garantir a continuidade dos cuidados através da realização de registos de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra o coreto preenchimento dos registos intraoperatórios em folha própria e na aplicação informática própria; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza os registos intraoperatórios em folha própria e na aplicação informática própria;
7. Colaborar na transferência do cliente para outra Unidade de Cuidados (ACIR, UTI ou Serviço de Origem).	<ul style="list-style-type: none"> - Orienta e supervisiona na transferência do cliente da marquesa operatória para a cama; - Assegura a permeabilidade dos cateterismos e a oxigenação/ventilação do cliente durante o transporte; - Transmite informações orais e escritas ao Enfermeiro do Serviço de destino, garantindo a continuidade de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Participa na transferência do cliente da marquesa para a cama; - Observa e monitoriza a permeabilidade dos cateterismos e a oxigenação/ventilação do cliente durante o transporte; - Realiza o handover relativas ao cliente, ao Enfermeiro do Serviço de destino.

<p>8. Reorganizar a sala operatória e proceder à reposição de material.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orienta e supervisiona os assistentes operacionais na higienização do equipamento utilizado; - Repõe os stocks de material de consumo e fármacos; - Assegura que a sala fica preparada para receber o cliente seguinte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na arrumação e reorganização da sala operatória; - Colabora na reposição de stocks de material de consumo e fármacos; - Colabora na preparação da sala para receber o cliente seguinte.
---	---	--

3ª Fase – Integração ao Enfermeiro Circulante

Objetivo Geral: *Desenvolver competências como enfermeiro circulante.*

Tempo de Integração: *3 meses*

Objetivos Específicos	Atividades do Integrador	Atividades do Integrande
<p>1. Verificar o plano operatório e planear os cuidados de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exemplifica a consulta antecipadamente do plano operatório; - Verifica a existência e funcionamento de material específico necessário às cirurgias programadas; - Planeia os cuidados de enfermagem de acordo com as características do cliente, da cirurgia e do cirurgião. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toma conhecimento das cirurgias programadas; - Prepara-se para as cirurgias programadas, através da consulta de referencial teórico sobre as mesmas; - Colabora no planeamento dos cuidados ao cliente.
<p>2. Controlar as condições da sala</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica as condições ambientais da sala; 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na verificação das

operatória.	<ul style="list-style-type: none"> - Confirma que o sistema de exaustão de gases anestésicos e o sistema de iluminação da sala estão a funcionar adequadamente; - Explica a importância destes cuidados no controlo das IACS (Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde). 	<p>condições ambientais da sala;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreende a importância das condições ambientais e sua relação com as IACS.
3. Preparar e testar todo o equipamento necessário à cirurgia.	<ul style="list-style-type: none"> - Reúne todo o equipamento necessário para cada cirurgia explicando o seu funcionamento: unidade de eletrocirurgia; aspirador de vácuo, trólei de vídeo-cirurgia, microscópio, entre outros; - Orienta e supervisiona os testes de funcionamento de todo o equipamento necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na seleção do equipamento necessário à cirurgia; - Observa o modo de funcionamento dos diversos equipamentos; - Realiza o teste aos equipamentos necessários, garantindo o seu correto funcionamento.
4. Colaborar na preparação das mesas cirúrgicas cumprindo a técnica asséptica cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na seleção dos dispositivos médicos necessários à cirurgia: instrumental cirúrgico e material de consumo; - Colabora no vestir da equipa cirúrgica; - Realiza a abertura de todo o material estéril, até à última embalagem e faculta-o ao 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa e colabora na seleção dos dispositivos médicos necessários à cirurgia; - Identifica o local de acondicionamento do material esterilizado: instrumental cirúrgico e material de consumo clínico; - Observa todos os

	<p>enfermeiro instrumentista respeitando a técnica asséptica cirúrgica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confirma a integridade da embalagem dos dispositivos médicos, do prazo de validade e do indicador de esterilização quando aplicável; - Procede ao posicionamento da iluminação na posição adequada; - Procede à conexão de equipamentos do campo estéril para o campo não estéril; - Prepara o material de drenagem e penso e fornece-o no momento devido ao enfermeiro instrumentista; - Realiza e regista na aplicação informática a contagem de compressas, material corto-perfurante e instrumental cirúrgico. 	<p>procedimentos necessários ao início da cirurgia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza todos os procedimentos respeitando a técnica asséptica cirúrgica; - Reconhece a importância da verificação da integridade das embalagens, do prazo de validade e do indicador de esterilização; - Observa e procede à contagem de compressas, material corto-perfurante e instrumental cirúrgico e colabora no seu registo.
<p>5. Realizar a algáliação do cliente quando indicada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prepara o material necessário ao procedimento; - Explica e executa o procedimento de acordo com a norma do CCC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa e procede de acordo com a norma.

<p>6. Colaborar no posicionamento do cliente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Providencia todo o material necessário ao posicionamento do cliente: proteções em gel, acessórios da mesa operatória; - Confirma o local da incisão cirúrgica para realizar o posicionamento do cliente; - Explica a implicação das patologias do cliente no seu posicionamento; - Mantém sob visão direta os cateterismos venosos, arteriais e vesicais por forma a assegurar a sua permeabilidade durante o posicionamento do cliente; - Mantém o alinhamento corporal do cliente evitando comprometimento da função respiratória, circulatória e neurológica; - Explica os principais posicionamentos realizados nos diferentes procedimentos cirúrgicos; - Explica e justifica ao integrando todos os procedimentos realizados durante o posicionamento, 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na seleção do material necessário ao posicionamento do cliente; - Observa e colabora no posicionamento do cliente; - Compreende a responsabilidade e função dos restantes elementos da equipa cirúrgica no posicionamento do cliente; - Compreende a responsabilidade e a função do enfermeiro circulante na segurança do cliente;
---	--	--

	tendo como finalidade a segurança do cliente.	
7. Colaborar na desinfeção do campo operatório.	<ul style="list-style-type: none"> - Prepara o campo operatório expondo a área a intervencionar; - Fornece o antisséptico adequado à desinfeção do campo operatório e explica as suas indicações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na preparação do campo operatório; - Conhece os antissépticos e as suas indicações.
8. Garantir um ambiente seguro na sala operatória para o cliente e para a equipa cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” e seus objectivos; - Apresenta o enfermeiro circulante como coordenador da lista de verificação; - Executa lista de verificação de segurança cirúrgica nas três fases: antes da indução anestésica (Sign In), antes da incisão da pele (Time Out) e antes do utente sair da sala operatória (Sign Out); - Isola o corpo do cliente de metais, de modo a prevenir queimaduras; - Coloca o eléctrodo neutro autoadesivo de acordo com as normas de segurança 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta bibliografia “Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS”; - Colabora na manutenção do ambiente na sala; - Respeita a distância entre a equipa estéril e não estéril; - Mantém a sala limpa e arrumada;

	<p>preconizadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assegura o silêncio e a tranquilidade na sala operatória; - Limita a movimentação de pessoas na sala; - Mantém fechadas as portas da sala operatória; - Vigia e alerta sobre comportamentos indevidos da equipa cirúrgica que possam comprometer a segurança do cliente (quebra da técnica asséptica cirúrgica, pressão exagerada sobre o corpo do cliente); - Respeita e faz respeitar a distância mínima de segurança entre a equipa estéril e não estéril; - Assegura que a sala se mantém limpa e arrumada. 	
<p>9. Garantir a continuidade dos cuidados através da realização de registos de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orienta e supervisiona os registos intraoperatórios no sistema informático, referentes aos procedimentos realizados ao cliente; - Orienta e supervisiona os registos na plataforma da cirurgia segura salva-vidas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora os registos de enfermagem na plataforma informática; - Confirma e preenche a lista de verificação cirúrgica em três fases: antes da indução da anestesia; antes da incisão da pele; e antes

		do cliente sair da sala operatória.
10. Assegurar e rotular o envio das peças operatórias para o respectivo laboratório.	<ul style="list-style-type: none"> - Recebe as peças operatórias e outros produtos biológicos para análise laboratorial; - Acondiciona as peças nos contentores adequados e com os solutos próprios; - Identifica os contentores das peças; - Providencia o envio dos produtos biológicos para o respectivo laboratório; - Procede aos registos em livro próprio; 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora no acondicionamento, identificação e registo dos produtos biológicos;
11. Colaborar com o enfermeiro de anestesia na transferência do cliente para outra unidade de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na transferência do cliente para outra unidade; - Transmite oralmente ao enfermeiro de anestesia algum dado relevante para a continuidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na transferência do cliente; - Realiza a transmissão de dados relevantes para a continuidade dos cuidados.
12. Garantir o envio do instrumental cirúrgico para processamento no SEC.	<ul style="list-style-type: none"> - Confere todo o instrumental cirúrgico fornecido com o enfermeiro instrumentista; - Procede aos registos em impresso próprio, do material a enviar para o SEC; - Orienta e supervisiona os assistentes operacionais no acondicionamento e envio do 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa e colabora na verificação do instrumental cirúrgico; - Procede aos registos.

		material para o SEC.	
13. Assegurar a higienização e reorganização da sala operatória.	a e da	<ul style="list-style-type: none"> - Orienta e supervisiona os assistentes operacionais na limpeza e desinfecção da sala operatória: equipamento médico utilizado na cirurgia, superfícies e chão; - Repõe os stock's de material clínico; - Prepara a sala para o cliente seguinte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa e colabora na arrumação e reorganização da sala operatória; - Colabora na reposição de stock de material clínico; - Colabora na preparação da sala para o cliente seguinte.

4ª Fase – Integração ao Enfermeiro Instrumentista

Objetivo Geral: *Desenvolver competências como enfermeiro instrumentista.*

Tempo de Integração: *6 meses*

Objetivos Específicos	Atividades do Integrador	Atividades do Integrando
1. Selecionar o instrumental cirúrgico adequado à cirurgia, ao cliente e à equipa cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> - Confirma a cirurgia programada para a sala; - Colabora com o enfermeiro circulante na seleção do material cirúrgico e dos DM necessários à cirurgia; - Confirma os passos da técnica cirúrgica com a equipa de cirurgiões; - Fornece referências bibliográficas relevantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta a bibliografia recomendada; - Colabora na seleção do material adequado para a cirurgia.

<p>2. Assegurar a assepsia nos procedimentos de vestir da equipa cirúrgica e colocação dos campos cirúrgicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Salaria os conceitos relevantes associados à prevenção da infeção cirúrgica; - Dá a conhecer a Norma do GCL-PPCIRA sobre a lavagem cirúrgica das mãos; - Explica e demonstra a técnica de lavagem cirúrgica das mãos e quais os antissépticos a utilizar; - Explica a importância da assepsia no controlo da infeção e na segurança do cliente e do enfermeiro; - Demonstra e explica o procedimento de vestir a bata cirúrgica e as luvas; - Demonstra o método aberto e o método fechado de calçar luvas estéreis; - Exemplifica e explica os procedimentos necessários para vestir a bata e calçar as luvas ao cirurgião. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar as normas disponibilizadas; - Observa e realiza as diferentes técnicas de lavagem cirúrgica das mãos, o procedimento de vestir a bata cirúrgica, e o procedimento de calçar luvas cirúrgicas por método aberto e fechado. - Observa e realiza os procedimentos necessários para vestir a bata e calçar as luvas ao cirurgião.
<p>3. Descrever os princípios gerais da colocação de mesas de instrumentação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mostra todos os instrumentos necessários para a cirurgia: nome, função e correta utilização; 	<ul style="list-style-type: none"> - Compreende a exemplificação do enfermeiro integrador; - Consulta suporte teórico

	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve e exemplifica os princípios gerais da colocação das mesas de instrumentação; - Realça as características de destreza mecânica e manual no manuseamento de instrumentos e equipamentos cirúrgicos. 	<p>sobre a temática;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza o procedimento de colocação da mesa de instrumentação.
<p>4. Proceder à preparação do campo operatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta os diferentes antissépticos disponíveis e sua correta utilização; - Orienta e supervisiona a desinfeção do campo operatório, respeitando os princípios básicos da desinfeção; - Exemplifica o procedimento da colocação dos campos cirúrgicos; - Fornece as conexões dos materiais e equipamentos do campo estéril para o não estéril; - Respeita a técnica asséptica cirúrgica; - Explica todos os procedimentos realizados e justifica a sua importância na segurança do cliente e no controlo da infeção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa e realiza o procedimento de desinfeção do campo operatório; - Consulta suporte teórico sobre a temática; - Observa todos os procedimentos necessários ao início da cirurgia; - Compreende a importância de cumprir com rigor a técnica asséptica cirúrgica.

<p>5. Garantir um ambiente seguro para o cliente e para a equipa cirúrgica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigia e alerta sobre comportamentos que possam comprometer a segurança da equipa cirúrgica que possam comprometer a segurança do cliente: quebra da técnica asséptica cirúrgica, pressão exagerada sobre o corpo do cliente, movimentação indevida de algum elemento da equipa cirúrgica; - Respeita e faz respeitar a distância mínima de segurança entre a equipa estéril e não estéril; - Disponibiliza os instrumentos à equipa cirúrgica respeitando os princípios básicos da instrumentação; - Conserva o campo operatório limpo e organizado; - Conserva os instrumentos cirúrgicos no lugar apropriado, livres de matéria orgânica; - Antecipa os pedidos da equipa cirúrgica, evitando atraso no tempo operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa e colabora na realização dos procedimentos; - Respeita a distância entre a equipa estéril e não estéril; - Mantém a mesa de instrumentação limpa e organizada e os instrumentos cirúrgicos livres de matéria orgânica; - Observa e disponibiliza os instrumentos à equipa cirúrgica, respeitando os princípios básicos da instrumentação; - Consulta suporte teórico sobre a temática;
<p>6. Garantir a segurança do cliente através da realização</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orienta e supervisiona os cuidados recomendados no manuseamento do material 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza o procedimento adequadamente sob supervisão do enfermeiro

<p>de contagem de compressas, material de corto perfurante e instrumental cirúrgico.</p>	<p>corto-perfurante, colocando-o em local próprio durante a cirurgia e no final no respetivo contentor;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descreve e exemplifica os princípios gerais da contagem de compressas, material corto perfurante e instrumental cirúrgico e informa do resultado das respetivas contagens. 	<p>integrador;</p>
<p>7. Colaborar na colocação de drenos e realizar penso operatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta material de drenagem disponível e explica a importância do mesmo; - Solicita o material adequado à colocação dos drenos e à realização do penso operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta suporte teórico sobre a temática; - Solicita o material adequado sob a supervisão do enfermeiro integrador; - Realiza o procedimento sob supervisão do enfermeiro integrador.
<p>8. Preparar as peças e outros produtos biológicos para análise laboratorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realça a importância de uma correta identificação das peças operatórias e outros produtos biológicos; - Orienta e supervisiona a correta identificação das peças operatórias e outros produtos biológicos; - Fornece a peça cirúrgica e outros produtos biológicos ao enfermeiro circulante, para 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza o procedimento sob supervisão do enfermeiro integrador.

	que este os possa acondicionar e remeter ao respectivo laboratório.	
9. Garantir o envio do instrumental cirúrgico para processamento no SEC.	<ul style="list-style-type: none"> - Remove o instrumental cirúrgico da mesa operatória e acondiciona-o nos respetivos contentores; - Confere todo o instrumental cirúrgico com o enfermeiro circulante; - Orienta e supervisiona os assistentes operacionais no acondicionamento e envio do material para o SEC. 	- Observa e colabora na verificação do instrumental cirúrgico.

3. AVALIAÇÃO DO GUIÃO DE INTEGRAÇÃO

O processo de integração num serviço constitui uma fase muito importante na vida profissional de um enfermeiro, por ser um período de transição e de aprendizagem onde se produzem mudanças de atitudes, padrões de eficiência e comportamento. (AESOP, 2012)

O processo de integração e a respetiva avaliação iniciam-se concomitantes. Na primeira reunião, com a presença do enfermeiro integrando, da equipa integradora e do enfermeiro chefe, são ajustados os objetivos e estratégias do plano de integração assim como do processo de avaliação.

No final de cada fase proceder-se a uma reunião de avaliação, com o objetivo de refletir sobre o percurso da integração e revelar dificuldades/necessidades sentidas, de maneira a serem definidas estratégias que permitam superar os problemas encontrados.

Do guia de integração fazem parte os seguintes instrumentos de avaliação:

- Ficha de Avaliação Diagnóstica – cujo preenchimento deverá ser efetuado quando da chegada no novo elemento ao bloco operatório;

- Ficha de Registo de Atividades – deverá ser preenchida pelo formando no decorrer do processo de integração, com as atividades desenvolvidas. Será feito o preenchimento de um impresso individualizado para a cada uma das especialidades cirúrgicas;
- Ficha de Avaliação Formativa – cujo preenchimento deverá ser realizado para cada função (enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista) e especialidade cirúrgica;
- Ficha de Avaliação do Período de Integração – cujo preenchimento deverá ser realizado após finalizada a integração.

Estes documentos deverão ficar arquivados no Serviço do BO.

O processo de integração só deverá estar concluído quando o indivíduo se encontrar inserido na filosofia organizacional, na sua equipa de trabalho e apto a desenvolver as suas actividades funcionais autonomamente.

BIBLIOGRAFIA

- AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lisboa: Lusodidacta, 2012.
- AORN - <https://www.aorn.org/>
- BENNER, Patrícia – De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem, Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- MELEIS A.I. Theoretical nursing: development e progress. Ed. Philadelphia: Lippincott, 2007, 832.
- MELEIS AI, Sawyer LM, Im EO, et al. Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory. Advances in Nursing Science. 2000; 23 (1): 12-28. 3.
- NUNES, L. – Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. Percursos, nº17, Julho-Setembro 2010, Pg. 3-9.
- O.E. – Parecer nº78/2017: Integração em Bloco Operatório (Circulação e Instrumentação). Lisboa, 2017, Pg. 1-3.
- <https://dicionario.priberam.org/integra%C3%A7%C3%A3o> (visitado a 14/01/2019 às 10h50)

APENDICES

- **APÊNDICE 1** – Ficha de Avaliação Diagnóstica;
- **APÊNDICE 2** – Ficha de Registo de Atividades;
- **APÊNDICE 3** – Ficha de Avaliação Formativa;
- **APÊNDICE 4** – Ficha de Avaliação do Período de Integração;
- **APÊNDICE 5** – Instrumento de Avaliação do Guião de Integração.

APÊNDICE 1 – Ficha de Avaliação Diagnóstica

1. NOME: _____.

2. DATA DE NASCIMENTO: __/__/____.

3. HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS:

_____.

4. TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: _____.

5. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM BLOCO OPERATÓRIO: SIM NÃO

5.1 Se Sim, quanto tempo? _____.

5.2 Em que áreas?

_____.

6. OUTRAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS ANTERIORES:

_____.

7. QUAIS AS SUAS EXPETTIVAS NO BLOCO OPERATÓRIO?

_____.

DATA	ÍNICIO DA INTEGRAÇÃO	FIM PREVISTO DA INTEGRAÇÃO	FIM REAL DA INTEGRAÇÃO

ENFERMEIRO INTEGRADOR	ENFERMEIRO INTEGRANDO	ENFERMEIRO CHEFE/RESPONSÁVEL

APÊNDICE 2 – Ficha de Registo de Atividades

FUNÇÃO	TÉCNICAS ANESTÉSICAS/ CIRURGIAS EFETUADAS Nº	OBSERVAÇÕES												
<p>ANESTESIA</p> <p>Início __ / __ / __</p> <p>Fim __ / __ / __</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>													
<p>CIRCULANTE</p> <p>Início __ / __ / __</p> <p>Fim __ / __ / __</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>													
<p>INSTRUMENTAÇÃO</p> <p>Início __ / __ / __</p> <p>Fim __ / __ / __</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>													

APÊNDICE 3 – Ficha de Avaliação Formativa

- ENFERMEIRO ANESTESIA**

ESPECIALIDADE CIRÚRGICA

ENFERMEIRO INTEGRADOR

ENFERMEIRO INTEGRANDO

Tendo em consideração os objetivos desta fase de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro de anestesia, assinale com um X o nível em que se situa em cada um dos itens.

Escala: 1 - Mal preparado; 2 - Com supervisão; 3 - Preparado; 4 - Bem Preparado; 5 – Autônomo

OBJETIVOS	ESCALA
1. Conhece as diferentes técnicas anestésicas.	① ② ③ ④ ⑤
2. Conhece as opções farmacológicas utilizadas em anestesia.	① ② ③ ④ ⑤
3. Conhece o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia.	① ② ③ ④ ⑤
4. Acolhe o cliente no B.O.	① ② ③ ④ ⑤
5. Colabora com o médico anestesista na realização dos procedimentos inerentes à anestesia do cliente.	① ② ③ ④ ⑤
6. Garante a continuidade dos cuidados através da realização de registos de enfermagem.	① ② ③ ④ ⑤
7. Colabora na transferência do cliente para outra Unidade de Cuidados (ACIR, UTI ou Serviço de Origem).	① ② ③ ④ ⑤
8. Reorganiza a sala operatória e procede à reposição de material.	① ② ③ ④ ⑤

SUGESTÕES/COMENTÁRIOS:

DATA: ___/___/____.

ENFERMEIRO: _____.

- **ENFERMEIRO CIRCULANTE**

ESPECIALIDADE CIRÚRGICA

ENFERMEIRO INTEGRADOR

ENFERMEIRO INTEGRANDO

Tendo em consideração os objetivos desta fase de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro circulante, assinale com um X o nível em que se situa em cada um dos itens.

Escala: 1 - Mal preparado; 2 - Com supervisão; 3 - Preparado; 4 - Bem Preparado; 5 - Autônomo

OBJETIVOS	ESCALA
1. Verifica o plano operatório e planejar os cuidados de enfermagem.	① ② ③ ④ ⑤
2. Controla as condições da sala operatória.	① ② ③ ④ ⑤
3. Prepara e testa todo o equipamento necessário à cirurgia.	① ② ③ ④ ⑤
4. Colabora na preparação das mesas cirúrgicas cumprindo a técnica asséptica cirúrgica.	① ② ③ ④ ⑤
5. Realiza a algaliação do cliente quando indicada.	① ② ③ ④ ⑤
6. Colabora no posicionamento do cliente.	① ② ③ ④ ⑤
7. Colabora na desinfecção do campo operatório.	① ② ③ ④ ⑤
8. Garante um ambiente seguro na sala operatória para o cliente e para a equipa cirúrgica.	① ② ③ ④ ⑤
9. Garante a continuidade dos cuidados através da realização de registos de enfermagem.	① ② ③ ④ ⑤
10. Assegura o envio das peças operatórias para o respectivo laboratório.	① ② ③ ④ ⑤
11. Colabora com o enfermeiro de anestesia na transferência do cliente para outra unidade de cuidados.	① ② ③ ④ ⑤
12. Garante o envio do instrumental cirúrgico para processamento no SEC.	① ② ③ ④ ⑤

13. Assegura a higienização e reorganização da sala operatória.

① ② ③ ④ ⑤

SUGESTÕES/COMENTÁRIOS:

DATA: ___/___/_____.

ENFERMEIRO: _____.

• **ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA**

ESPECIALIDADE CIRÚRGICA

ENFERMEIRO INTEGRADOR

ENFERMEIRO INTEGRANDO

Tendo em consideração os objetivos desta fase de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinale com um X o nível em que se situa em cada um dos itens.

Escala: 1 - Mal preparado; 2 - Com supervisão; 3 - Preparado; 4 - Bem Preparado; 5 - Autónimo

OBJETIVOS	ESCALA
1. Seleciona o instrumental cirúrgico adequado à cirurgia, ao cliente e à equipa cirúrgica.	① ② ③ ④ ⑤
2. Assegura a assepsia rigorosa nos procedimentos de vestir da equipa cirúrgica e colocação dos campos cirúrgicos.	① ② ③ ④ ⑤
3. Descreve os princípios gerais da colocação de mesas de instrumentação.	① ② ③ ④ ⑤
4. Procede à preparação do campo operatório.	① ② ③ ④ ⑤
5. Garante um ambiente seguro para o cliente e para a equipa cirúrgica.	① ② ③ ④ ⑤

6. Garante a segurança do cliente através da realização de contagem de compressas, material de corte perfurante e instrumental cirúrgico.	① ② ③ ④ ⑤
7. Colabora na colocação de drenos e realizar penso operatório.	① ② ③ ④ ⑤
8. Prepara as peças e outros produtos biológicos para análise laboratorial.	① ② ③ ④ ⑤
9. Garantir o envio do instrumental cirúrgico para processamento no SEC.	① ② ③ ④ ⑤

SUGESTÕES/COMENTÁRIOS:

DATA: ___/___/_____.

ENFERMEIRO: _____.

• **APÊNDICE 4 – Ficha de Avaliação do Período de Integração**

Assinale com um X o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados , sendo 1 o nível mais baixo e 5 o nível mais alto.

1. AVALIAÇÃO GERAL

	1	2	3	4	5
Os objetivos propostos foram cumpridos.					
A metodologia foi adequada.					
O guia de integração tem coerência.					
A linguagem utilizada foi clara.					

2. AVALIAÇÃO DO INTEGRADOR

	1	2	3	4	5
Os conteúdos do guia de integração são pertinentes.					
Os tempos de integração são adequados.					

3. APRECIÇÃO GLOBAL

Fraca		Muito Boa	
Satisfatória		Excelente	
Boa			

SUGESTÕES:

**APÊNDICE 8 – Formação à equipa de enfermagem sobre
o Guião de Integração**

GUIA DE INTEGRAÇÃO PARA ENFERMEIROS: BLOCO OPERATÓRIO

Patrícia Batista
18 de Janeiro de 2019

OBJETIVOS

- ✓ Padronizar o processo de integração;
- ✓ Estruturar a informação;
- ✓ Estabelecer um elemento facilitador para uma eficaz adaptação de novos enfermeiros ao bloco operatório;
- ✓ Garantir a qualidade dos cuidados prestados ao cliente cirúrgico.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- *O processo de integração é fundamental 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, experiências, atitudes e ritmos diferentes, aos quais devem ser considerados.*

(Parecer nº78/2017 da OE)



DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO



Contratação de novos enfermeiros sem experiência na área

Rotatividade de enfermeiros



Necessidade pessoal e da instituição

QUESTIONÁRIOS

- Caracterização Socio profissional ;
- Levantamento da necessidade/pertinência do desenvolvimento da temática;
- População total: 21 Enfermeiros.

QUESTIONÁRIO: CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

- 90% tem mais de 10 anos de exercício e 81% mais de 10 anos a prestar cuidados na área peri operatória;
- 52% para além da licenciatura, tem uma pós-graduação e 19% uma especialidade.

Gráfico 1: Anos de Experiência profissional

■ <1 ano ■ 1-3 anos ■ 4-6 anos ■ 7-9 anos ■ > 10 anos

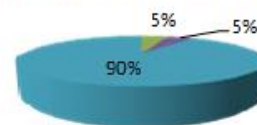
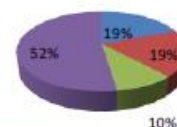


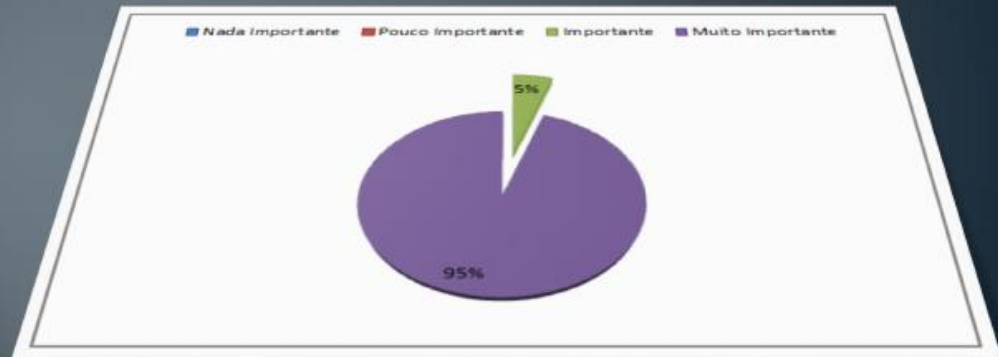
Gráfico 2: Formação Académica

■ Apenas Licenciatura ■ Especialidade ■ Mestrado ■ Pós-Graduação



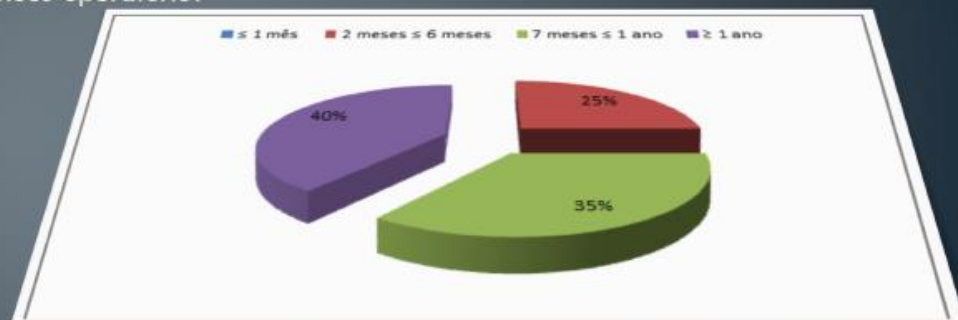
QUESTIONÁRIO: NECESSIDADE PERTINÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

- Qual a importância da estruturação de um guião de integração para novos Enfermeiros sem experiência no bloco operatório?



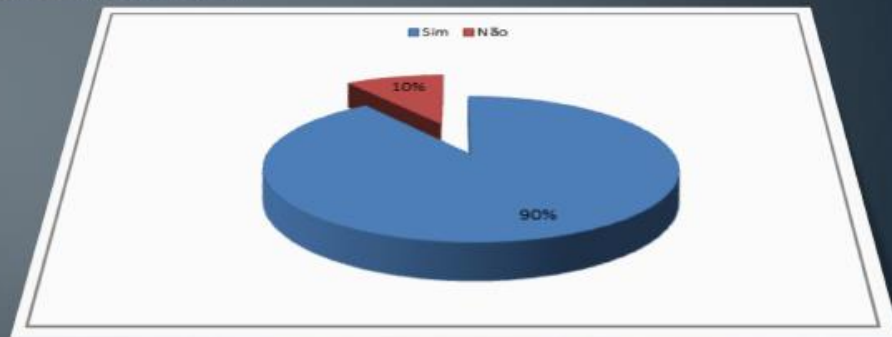
QUESTIONÁRIO: NECESSIDADE PERTINÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

- Qual a duração ideal do período de integração de um novo elemento sem experiência, neste bloco operatório?



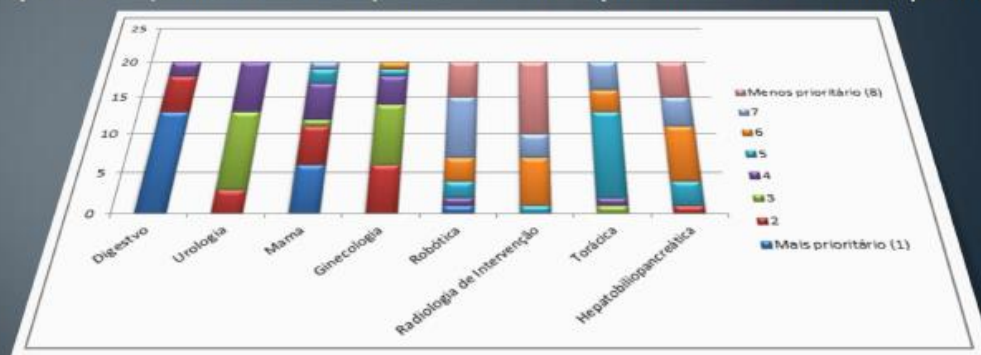
QUESTIONÁRIO: NECESSIDADE PERTINÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

- Será pertinente o processo de integração ser realizado pelas diferentes equipas existentes de especialidade?



QUESTIONÁRIO: NECESSIDADE PERTINÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

- Qual deverá ser a ordem de integração nas áreas de especialidade existentes neste bloco operatório. (Enumere de 1 a 8, sendo o 1 o mais prioritário e o 8 o menos prioritário)



QUESTIONÁRIO: NECESSIDADE PERTINÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

- SUGESTÕES

Métodos de trabalho idênticos para facilitar a integração.

Período de integração deve ter em conta a experiência anterior no novo elemento. (ex.: UCI, internamento)

Não existe uma ordem específica na integração das especialidades cirúrgicas.

Considerado para novos elementos mesmo com experiência em bloco operatório.

GUIÃO DE INTEGRAÇÃO

ACOLHIMENTO

- CARATERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO
- ESTRUTURA FÍSICA
- MISSÃO
- ORGANIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
- VALÊNCIAS E TÉCNICAS CIRÚRGICAS

GUIA DE INTEGRAÇÃO

- DURAÇÃO DA INTEGRAÇÃO
- CRONOGRAMA DA IMPLEMENTAÇÃO DA INTEGRAÇÃO
- FASES DE INTEGRAÇÃO: Acolhimento/Observação, Enfermeiro Anestesia, Enfermeiro Circulante, Enfermeiro Instrumentista

AVALIAÇÃO

- FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA
- FICHA DE REGISTO DE ATIVIDADES
- FICHA DE AVALIAÇÃO FORMATIVA
- FICHA DE AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE INTEGRAÇÃO



IMPLICAÇÕES



CONCLUSÃO



APÊNDICE 9 - Avaliação da Formação

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO – GUIÃO DE INTEGRAÇÃO PARA ENFERMEIROS: BLOCO OPERATÓRIO

Assinale com um X o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados , sendo 1 o nível mais baixo e 5 o nível mais alto.

1. AVALIAÇÃO GERAL

	1	2	3	4	5
Os objetivos propostos foram cumpridos.					
A metodologia foi adequada.					
O trabalho apresentado tem coerência.					
A gestão dos recursos foi adequada.					
O espaço em que decorreu a ação foi adequado.					
Relação do formador com o grupo de formandos.					
A ação de formação veio ao encontro das necessidades de formação.					

2. AVALIAÇÃO DO FORMADOR

2.1 Conhecimentos/ Conteúdos

	1	2	3	4	5
Os conteúdos apresentados foram adequados/pertinentes.					
Os conteúdos apresentados vão influenciar a minha actividade profissional no futuro.					
O formador demonstrou dominar os conteúdos apresentados.					

2.2 Exposição

	1	2	3	4	5
A linguagem utilizada foi clara e assertiva.					
A adaptação do discurso aos destinatários / finalidades foi conseguida.					
Houve capacidade para esclarecer as dúvidas surgidas.					

3. APRECIÇÃO GLOBAL

Fraca		Muito Boa	
Satisfatória		Excelente	
Boa			

SUGESTÕES:
