



Carla Maria Jesus
Costa Cambotas

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA EM
CONTEXTO DA ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA

Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem
Perioperatória apresentado para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Perioperatória, realizado sob a
orientação científica da Professora Doutora
Candida Rosa de Almeida Clemente Ferrito.

Setembro 2014



Carla Maria Jesus
Costa Cambotas

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA EM
CONTEXTO DA ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA

Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem
Perioperatória apresentado para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Perioperatória, realizado sob a
orientação científica da Professora Doutora
Candida Rosa de Almeida Clemente Ferrito.

Setembro 2014

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando,

A certeza de que precisamos continuar,

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar.

Portanto devemos:

Fazer da interrupção, um novo caminho;

Da queda, um passo de dança;

Do medo, uma escada;

Do sonho, uma ponte;

Da procura, um encontro.

Fernando Pessoa

À memória da *mãe* e do *pai*,

que souberam incutir os valores que hoje são
os que transmitimos aos descendentes

O caminho realizado até então, não seria possível sem a ajuda, a compreensão e a dedicação de um suporte familiar generoso, compreensivo e paciente. Obrigada:

Luís António,

Miguel,

Duarte,

João,

Vasco

Para vós um especial agradecimento

AGRADECIMENTOS:

Uma caminhada desta natureza não seria possível sem a colaboração de algumas pessoas que por este ou aquele motivo estiveram presentes neste percurso. Aqui expressamos a nossa gratidão a todos, que desde o início apoiaram e contribuíram solidariamente com este nosso projeto, por acreditarem em nós, pelo incentivo, pela motivação contínua. Permitindo-nos destacar:

- A Professora Doutora Cândida Clemente, nossa orientadora, a qual diferencio pela sua orientação em todo este projeto, escutando as nossas lamentações, dando apoio motivacional nos momentos de desespero e partilhando os nossos sorrisos;
- As orientadoras locais do projeto, pelo incentivo dado;
- Os enfermeiros perioperatórios que integram a Direção da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses pois têm sido eles os grandes motores e impulsionadores deste processo;
- A todos os enfermeiros perioperatórios dos diferentes Blocos Operatórios envolvidos, os quais se disponibilizaram a participar neste trabalho e permitiram a respetiva concretização, uma vez que acreditaram e acederam com a sua colaboração e contribuição, que de outra forma não teria sido possível a realização deste estudo;
- A alguns dos pares do exercício profissional no meu subsistema, pelo reforço e incentivo;
- A todos os clientes perioperatórios, pois são eles os principais futuros recetores dos resultados deste estudo;
- A todos os meus amigos, pelo incentivo, reforço dado em todo este projeto, e também pela compreensão dos diversos momentos de ausência do saudável convívio.

A todos o meu profundo agradecimento.

Resumo

O presente estudo pretende contribuir para conhecer a realidade perioperatória, identificando necessidades formativas dos enfermeiros no que concerne à evidência científica e ao seu contributo para o exercício das suas intervenções. É na evidência científica que os enfermeiros fundamentam as práticas perioperatórias, nomeadamente através da utilização de Guias de Boa Prática, a saber, as Práticas Recomendadas (PR) publicadas pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). O principal objetivo é identificar as necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática profissional.

O desenho do estudo é exploratório e descritivo. O questionário foi o instrumento de recolha de dados aplicado a uma amostra de conveniência de 75 enfermeiros perioperatórios de 3 Organizações de Saúde de Lisboa e Porto.

Da análise dos resultados, os inquiridos identificam necessidades formativas contínuas na área perioperatória. Recorrem com grande adesão às fontes científicas disponíveis, constituindo a pesquisa em base de dados uma preocupação constante na procura de evidências com relevo para a prática clínica. No entanto, os inquiridos reconhecem que o incentivo dado às atividades de investigação é escasso, produzindo pouca atividade de investigação.

Os inquiridos estão familiarizados com o conceito Enfermagem Baseada na Evidência, compreendem a importância da Evidência Científica (EC) na prática, constituindo uma ferramenta fundamental para a tomada de decisões sobre os cuidados de enfermagem. Estes são fundamentados através dos resultados científicos obtidos, provenientes da investigação realizada, tornando-se a EC um instrumento facilitador para melhor a eficácia da prática dos cuidados.

A maioria dos inquiridos sabe o que são Normas de Orientação Clínica e utiliza-as na prática perioperatória. Relativamente às PR da AESOP, a maioria dos enfermeiros conhece-as e utiliza-as com muita regularidade. Igualmente reconhecida é a importância atribuída às PR, enquanto contributo indiscutível para a prática dos cuidados perioperatórios, constituindo instrumento base de elaboração das Normas de Serviço e de integração de novos enfermeiros no BO.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Prática Baseada na Evidência; Normas de Orientação Clínica

Abstract

This study aims to meet the perioperative reality by identifying nurses training needs regarding the scientific evidence and its contribution to the performance of their activities. Scientific evidence supports nurses in the perioperative practice through the use of Good Clinical Practice Guidelines, namely the Recommended Practices (RP), published by the Portuguese Association of Operating Room Nurses (AEOSOP). The main objective of the study is to identify the scientific training needs of perioperative nurses confronted with their professional practice.

The study layout is exploratory and descriptive. The questionnaire was the data collection instrument applied to a sample of 75 perioperative nurses of 3 Healthcare Organizations in Lisbon and Porto.

The survey results show that (1) the respondents identify continuous training needs in the perioperative area and that (2) they eagerly make use of the available scientific sources. In fact, database analysis constitutes a constant concern in the search for evidence with emphasis on clinical practice. However, the respondents also admit that the encouragement given to research activities is scanty, leading to little research output.

The respondents are also familiar with the concept of Evidence-Based Nursing. They understand the importance of Scientific Evidence (EC) for clinical practice, which is considered an essential tool for good decision-making. Nursing care is based on the scientific evidence resulting from the research carried out and the EC is a facilitating tool to improve the effectiveness of nursing practice.

Most respondents are aware of the Clinical Orientation Guidelines and use them in the perioperative practice. With regard to AESOP PR, most nurses know them and use them very often. Also recognized is the importance assigned to PR as an indisputable contribution to the practice of perioperative care. They form a fundamental basis for producing the Service Instructions and the guidelines on the new nurses' induction into BO.

Keywords: Perioperative Nursing; Evidence-based practice; Clinical Guidelines

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	15
ÍNDICE DE TABELAS	16
SIGLAS	18
0 – INTRODUÇÃO	19
1– EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM PORTUGAL	23
1.1 – A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	23
1.2 – PERSPETIVA HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DOS BLOCOS OPERATÓRIOS	26
1.3- ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	31
1.4 – CONCEITO DE FORMAÇÃO / EDUCAÇÃO	33
1.4.1 – A FORMAÇÃO / EDUCAÇÃO CONTÍNUA	34
1.4.2 - A INTEGRAÇÃO / SOCIALIZAÇÃO NA ÁREA PERIOPERATÓRIA.....	38
2 – QUALIDADE EM SAÚDE.....	45
2.1 - SEGURANÇA	48
3 A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	53
3.1 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	54
3.1.1 – NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA.....	65
3.1.2 – GUIAS DE BOA PRÁTICA	73
3.1.3 – PRÁTICAS RECOMENDADAS DA AESOP	74
4 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA EM CONTEXTO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	77
4.1 – PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	79
4.2 – DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	80
5 – METODOLOGIA.....	81
5.1 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	81
5.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	83
5.2.1 – POPULAÇÃO	83
5.2.2 – SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	83
6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	85
7 – RESULTADOS.....	89
7.1 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	89
7.1.1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	89
7.1.2 – DADOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	94
7.1.3 – DADOS SOBRE PESQUISA EM DIFERENTES FONTES DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM.....	95
7.1.4 – DADOS SOBRE PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	104
8– ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	117
8.1– CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS RESULTADOS	117
8.1.1– CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	117

8.1.2- FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA NA FORMAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM.....	118
8.1.3- FORMAÇÃO CONTÍNUA PERIOPERATÓRIA:FREQUÊNCIA E FORMAS	118
8.1.4- INCENTIVO DOS SUBSISTEMAS OPERATÓRIOS PARA A FORMAÇÃO CONTÍNUA	121
8.1.5- FAMILIARIDADE COM O CONCEITO ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA (EBE)	122
8.1.6- OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE A APLICAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA NA PRÁTICA DOS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS	123
8.1.7- FAMILIARIEDADE COM O CONCEITO NORMAS DE ORIENTAÇÃOCLÍNICA (NOCs).....	125
8.1.8- OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O GUIA DE BOAS PRÁTICAS – PRÁTICAS RECOMENDADAS DA AESOP – E SUA APLICABILIDADE NA PRÁTICA DOS CUIDADOS.....	125
8.2 – CONCLUSÕES DO ESTUDO	126
8.3 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	128
9 – REFLEXÕES	129
CONCLUSÕES	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147
APÊNDICES E ANEXOS	159
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO	
APÊNDICE II – RECODIFICAÇÃO DA PERGUNTA Q22	
APÊNDICE III - ARTIGO CIENTÍFICO	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição por idade	89
Gráfico 2 - Distribuição por sexo	89
Gráfico 3 – Distribuição por habilitações literárias.....	90
Gráfico 4 – Caixa de bigodes das situações em que os inquiridos recorrem às fontes de Informação	96
Gráfico 5 – Caixa de bigodes das fontes de informação científica de enfermagem utilizadas	100
Gráfico 6 - Caixa de bigodes dos incentivos recebidos no serviço pelos inquiridos	102
Gráfico 7 - Caixa de bigodes da opinião acerca da evidência científica nos cuidados perioperatórios	109
Gráfico 8 – PR da AESOP utilizadas com maior frequência.....	113

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por sexo.....	90
Tabela 2 – Distribuição por idade de conclusão do curso e início da atividade profissional.....	90
Tabela 3 – Distribuição por habilitações literárias.....	90
Tabela 4 – Especialização na área de enfermagem.....	91
Tabela 5 - Outras habilitações: Pós-graduação	91
Tabela 6 - Outras habilitações: Mestrados	92
Tabela 7 – Distribuição pelos anos de exercício profissional na área perioperatória	92
Tabela 8 – Distribuição pela categoria profissional	93
Tabela 9 – Distribuição pelo local do exercício profissional: Público vs Privado	93
Tabela 10 – Distribuição por outro serviço/especialidade e respetiva anuidade.....	93
Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos pela formação em enfermagem perioperatória no CE	94
Tabela 12 – Distribuição dos enfermeiros pela formação contínua na área perioperatória e respetivas horas anuais de formação	94
Tabela 13 – A que fontes de informação científica de enfermagem os inquiridos recorrem	95
Tabela 14 – Identificação e frequência das fontes de informação científica utilizada pelos inquiridos	97
Tabela 15 – Base de dados utilizados.....	98
Tabela 16 – Com quem obtém esclarecimentos	99
Tabela 17 – Frequência dos Incentivos formativos que os inquiridos recebem no serviço	101
Tabela 18 – Pesquisas em bases de dados sobre informação científica como resposta a questões da prática diária no ano anterior	103
Tabela 19 – Horas anuais para a leitura de artigos científicos de enfermagem perioperatória.....	103
Tabela 20 – Distribuição dos inquiridos assinantes de revista de enfermagem perioperatória.....	104
Tabela 21 - Conhecimento sobre o conceito EBE e como obteve esse conhecimento.....	104
Tabela 22 – Opinião dos inquiridos sobre a aplicabilidade da EC na prática dos cuidados perioperatórios.....	106
Tabela 23 – Conhecimento das Normas de Orientação Clínica	110
Tabela 24 – Utilização das Normas de Orientação Clínica	110

Tabela 25 – PR da AESOP: frequência de conhecimento	111
Tabela 26 - PR da AESOP: frequência de utilização	111
Tabela 27 - PR da AESOP: importância das PR na prática clínica	112
Tabela 28 - PR da AESOP: identificação da PR utilizada com maior frequência.....	112
Tabela 29 - PR da AESOP: serviram de base para elaborar as Normas do Serviço	114
Tabela 30 - PR da AESOP: constituem instrumento à integração de novos elementos no Serviço.....	114
Tabela 31 - Novas práticas sugeridas para integrar ou desenvolver a lista das PR da AESOP	115

SIGLAS

a.c. – antes de Cristo

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - American Association of Operating Room Nurses

BO – Bloco Operatório

BOs – Blocos Operatórios

CE – Curso de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIME – Grupo de Trabalho de Terminologia. Terminologia da Formação Profissional

Dec. Reg – Decreto Regional

d.c. – depois de Cristo

DEP – Departamento de Educação Permanente

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-lei

EC – Evidência Científica

EBE – Enfermagem Baseada na Evidência

EORNA – European Operating Room Nurses Association

EORNAC – European Operating Room Nurses Association Congress

EP – Enfermagem Perioperatória

EUA – Estados Unidos da América

MBE – Medicina Baseada na Evidência

NOC – Norma de Orientação Clínica

NOC (s) – Normas de Orientação Clínica

Nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

PR – Práticas Recomendadas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

WHO – World Health Organization

0 - INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das práticas de enfermagem surgiu na sociedade como uma forma de prestação de cuidados associada a uma índole teológica, cuja assistência se relacionava com o saber prático, situação que evoluiu ao longo da história até à atualidade, sofrendo transformações decorrentes das exigências ocorridas pela evolução técnico-científica dos cuidados, da evolução e do desenvolvimento académico e científico dos enfermeiros enquanto prestadores de cuidados. Podemos afirmar que hoje é uma profissão fundamentada, detentora de um corpo de conhecimentos científicos sólido.

Paralelamente à evolução da enfermagem surgiram os blocos operatórios (BOs) acompanhando a evolução da história da cirurgia e da higiene hospitalar. Na altura, as pessoas que necessitavam de cuidados cirúrgicos estavam expostas nas enfermarias com as restantes pessoas. Aí realizavam-se as cirurgias sem qualquer proteção (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006); situação que foi sofrendo evoluções sucessivas acompanhando o desenvolvimento do conceito de controlo de infeção, demonstrado através das evidências científicas encontradas ao longo da história.

Atualmente o Bloco Operatório (BO) integra o Departamento Cirúrgico que inclui todas as áreas de especialidade cirúrgica e procedimentos invasivos, promovendo uma gestão mais eficiente dos recursos humanos, equipamentos e dispositivos médicos disponíveis (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Até à década de oitenta, a filosofia da enfermagem de sala de operações centrava-se no modelo biomédico, e o cirurgião era a pessoa central da sala de operações. A partir de então o conceito foi alterado, passando os enfermeiros a centrar a sua atenção na pessoa doente (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006).

O nosso percurso profissional pode ser descrito tendo em conta o “modelo de competências de Dreyfus” (Benner, 2001:43). Nesse percurso, caminhamos pelos diferentes níveis de proficiência, considerando hoje, que o quinto nível é o que mais se adequa ao nosso estágio de desenvolvimento, *“a enfermeira perita tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num leque de soluções e diagnósticos estéreis”* (Benner, 2001:58).

A nossa viagem iniciou-se aquando na formação académica, as aulas lecionadas sobre enfermagem perioperatória (EP) constituíram na altura, uma forte motivação e um suporte teórico motivador para ingresso no BO. Nesta área fomos chamadas a desempenhar funções na equipa de coordenação do BO, situação que ocorre há mais de uma década.

A par do nosso percurso profissional na área perioperatória, temo-nos motivado a abraçar outra causa, como voluntária, e que se prende com a associação profissional, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), que desde sempre se preocupou com a qualidade e a segurança dos cuidados aos clientes cirúrgicos.

A atual sociedade está em permanente evolução e a EP tem acompanhado este desenvolvimento ao nível científico, técnico e relacional, e por isso os enfermeiros têm acompanhando esta evolução, o que só é possível através da aquisição de novos conhecimentos, da atualização dos já adquiridos, com o objetivo de adequar e melhorar a qualidade dos cuidados. Para a consecução destes pressupostos é necessário recorrer à informação científica disponível nas diferentes fontes de informação, procurando as melhores evidências, operacionalizando-as no contexto, transformando assim a realidade e melhorando os cuidados perioperatórios.

Os Guias de Boa Prática constituem ferramentas essenciais para assegurar a excelência do exercício profissional e simultaneamente, implicar a equipa pluridisciplinar na mudança da realidade com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados. Os Guias de Boa Prática resultam da aplicação de linhas orientadoras baseadas em estudos sistematizados, fontes científicas e a opinião de peritos reconhecidos por mérito, a fim de obter respostas adequadas na resolução de problemas específicos. São considerados enunciados sistemáticos que têm em conta diversos parâmetros, como sejam legais, psicossociais e técnicos. Assentam em avaliações e intervenções necessárias aos processos de cuidados e aos seus resultados (OE, 2011). Quando rigorosamente elaborados e utilizados constituem a base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e a segurança da prática, à eficácia do resultado.

Este documento inscreve-se no contexto do 1º Mestrado em Enfermagem Perioperatória, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, no âmbito da Unidade Curricular – Projeto/Estágio. A Unidade Curricular permitiu-nos desenvolver duas grandes áreas. Por um lado, permitiu-nos desenvolver um Trabalho de Projeto, cuja metodologia favoreceu utilizar técnicas e procedimentos com a finalidade de estudar um aspeto da realidade, de forma a prever, orientar e preparar os caminhos a percorrer para efetivar o Projeto, tendo por base a investigação, a análise e a resolução de problemas (Leite, 2001). O Projeto não é apenas uma ideia, uma intenção, mas antes, um comprometimento, o qual passa da intenção à ação, havendo uma transformação do real (Boutinet, 1986). Qualquer Trabalho de Projeto tem uma metodologia própria que resulta da necessidade de

articular, de forma coerente e sistemática, um projeto que incorpora a intervenção de um grupo de pessoas, a fim de resolver um problema real (Leite, 1991). O Projeto é centrado no estudo de problemas no seu contexto social (Leite, 1991), distribuindo-se por etapas, desenvolvendo-se em cada uma, estratégias que abordam os diferentes problemas (Guerra, 1994). Por outro lado, o Estágio permitiu desenvolver competências a nível técnico, cognitivo e relacional.

O corpo de conhecimentos da EP constrói-se sobretudo pela investigação, afirmação congruente com a citação *“a enfermagem só pode evoluir se houver investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados”* Nunes, (2003, p 349). A Prática Baseada na Evidência (PBE) *“é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, (...) para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”* Benner (2001, p 12), sustentando a prática e contribuindo para cuidados seguros e de qualidade.

A primeira etapa do Projeto é o Diagnóstico de Situação, o qual permite elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar (Guerra, 1994). A PBE tem como ponto de partida a praxis, centrando-se naquilo que se faz. Foi a partir da reflexão à prática perioperatória e simultaneamente, tendo em conta a nossa atividade de voluntariado, que surgiu a inquietação acerca da aplicação da Evidência Científica (EC) à prática dos cuidados perioperatórios.

Assim, definimos como objetivo geral:

- ✓ Identificar as necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática profissional.

Este documento está dividido em doze partes: à introdução, segue-se o referencial teórico que tem norteador o nosso percurso profissional, destacando-se a evolução dos BOs e da EP em Portugal, os conceitos de formação/educação e de integração/socialização. Segue-se o capítulo relacionado com os conceitos de qualidade em saúde, seguido do capítulo que aborda conceitos relacionados com investigação em enfermagem, nomeadamente a PBE, as Normas de Orientação clínica (NOCs) e os Guias de Boa Prática com inclusão das Práticas Recomendadas (PR) da AESOP. Segue-se o capítulo da PBE em contexto da enfermagem perioperatória, com o problema de investigação e a definição dos objetivos. Posteriormente segue-se a metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto, seguido das considerações éticas inerentes a um projeto desta natureza. Apresentam-se seguidamente os resultados, e conseqüentemente segue-se a análise e discussão dos

mesmos. No capítulo seguinte é feita uma reflexão do estágio em que abordamos as competências aí aprendidas e desenvolvidas. Segue-se a conclusão, procedida das referências bibliográficas e dos apêndices/anexos.

1- EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM PORTUGAL

Procuramos refletir sobre os principais conceitos ao nível da EP, inserida num contexto específico da prática clínica relacionada com os Guias de Boa Prática. Definimos conceitos fundamentais relacionados com a EP e a sua visibilidade junto dos que são alvo dos nossos cuidados; e também desenvolvemos conceitos que fundamentam a prática clínica determinando cuidados seguros, eficientes, eficazes e de qualidade. Uns e outros constituem a base que tem norteado o nosso percurso nesta área.

1.1 – A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

O desenvolvimento das práticas da enfermagem esteve associado às diferentes sociedades ao longo da história. A profissão de enfermagem surgiu na sociedade, originalmente como uma forma de prestação de cuidados basicamente feminina, associada a uma índole teológica, sendo uma atividade exercida sobretudo através da prática da caridade, realizada pelas religiosas, cuja principal preocupação era aliviar a miséria dos pobres e dos enfermos. A assistência relacionava-se com o saber prático, fundamentado nas tisanas e nos cuidados domésticos ministrados pela mulher, às famílias, às crianças e aos enfermos Collière, (1999, p 40); (Lourenço, 2006); Nogueira, (1990, p 9); Vieira, (2009, p 14). No século XIX (1854), teve início um marco da enfermagem moderna, através de Florence Nightingale; a enfermagem deixa o seu caráter religioso e inicia um caminho orientado para uma profissão subjacente ao desenvolvimento de competências técnicas específicas, resultantes de formação teórica/prática. Inicia-se a *segunda fase* do processo de desenvolvimento do ensino de enfermagem. Em 1965, as Escolas de Enfermagem passam a ter autonomia técnica e administrativa. Em 1967, através do DL nº 48166 de 27 de Dezembro é criada uma nova carreira de enfermagem. Em 1976 é aprovado o Curso de Enfermagem Geral e em 1977 tem início a formação pós graduada com os Cursos de Especialização em Enfermagem (Gil, 2006); (Carvalho, 2010).

Na década de oitenta as Escolas de Enfermagem ministram os cursos de especialidade. O Ensino da Enfermagem passa a integrar o Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico através do DL nº 480/88 de 23 de Dezembro de 1988, conquistando as escolas de enfermagem, a autonomia científica pretendida. A década de noventa constitui, não só, a sedimentação e a consciencialização da enfermagem enquanto profissão, como também um crescente de desafios inter relacionados com o desenvolvimento e a aquisição de novas competências (Nunes, 2003). O

Curso Superior de Enfermagem é criado em 1990. Um marco importante na história da enfermagem surge em 1996, através do DL nº 161/96 de 4 de Setembro, através da publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o qual regulamenta a profissão, clarifica conceitos, intervenções e funções, e ainda, clarifica os direitos e deveres dos enfermeiros. Finalmente, a consagração da autonomia da profissão de enfermagem é conseguida não só com o REPE, mas também através da publicação dos Estatutos da Ordem, onde se inclui o Código Deontológico (Nunes, 2003). Em 1998, através do DL nº 104/98 de 21 de Abril, é constituída a Ordem dos Enfermeiros (OE).

O século XX constituiu um marco importante na enfermagem, pela conquista feita na procura da identidade profissional subjacente à produção de conhecimento, reconhecimento de competências e conquista do seu espaço, junto do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Na conceptualização de enfermagem e na respetiva prestação de cuidados, é dado ênfase ao Cuidar e às suas dimensões. Cuidar é um processo inerente ao ser humano, transversal a todas as etapas do ciclo de vida *“desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso, tomar conta, da vida para que ela possa permanecer”* Collière, (1989, p 27). Promove no enfermeiro uma atitude de compreensão para a vida e seu limite, considerando que este não é uma incapacidade da ciência, e quando a cura já não é possível e o tratar não faz sentido, o cuidar continua, de forma a proporcionar até ao final da vida, uma existência de qualidade (Watson, 2002). O cuidar permite ajudar a pessoa a alcançar um maior grau de harmonia interna e externa, com compromisso moral de proteção da dignidade humana e preservação da própria humanidade. Cuidar o outro tem início quando o enfermeiro entra no seu campo fenomenológico, percebe o seu estado, sente a situação como se fosse dele, respondendo às suas necessidades. Assim, permite que o outro liberte sentimentos/pensamentos que estava ansioso por libertar. Respeita-se a vida e a pessoa, usando valores não paternalistas; favorece-se a autonomia e a liberdade de escolha (Watson, 1988) e ajuda-se a pessoa a obter níveis elevados de auto conhecimento e auto controlo dos sentimentos/necessidades, a fim de atingir níveis superiores de bem-estar. A harmonia no interior do corpo e espírito, obtida pelos processos de cuidar, permite que a pessoa encontre significado na sua existência e sofrimento, quaisquer que sejam as condições externas de saúde (Watson, 1988).

Os cuidados de enfermagem são prestados durante o ciclo vital, e permitem *“prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de*

processos de aprendizagem do cliente” OE (2001, p 8). O cuidar relaciona-se com a forma como as pessoas vivem às suas situações de saúde/doença, sendo intersubjetivo, promovendo nos prestadores de cuidados um conhecimento profundo do cuidar e das suas próprias capacidades para cuidar do outro. Requer uma constante reflexão, ação e pesquisa, a fim de identificar novos conhecimentos/aprendizagens na descoberta do significado da pessoa e do processo de cuidar o outro (Watson, 1999).

A função do enfermeiro é assistir a pessoa saudável ou com doença, no desempenho de atividades que contribuem para a sua saúde, para a sua recuperação e até para a sua morte, permitindo-lhe uma morte serena, que o indivíduo executaria sem auxílio se tivesse força, vontade e conhecimentos necessários. O enfermeiro promove e ajuda a pessoa tornando-a independente o mais rapidamente possível (Henderson, 2004), conceção congruente com vista à independência do indivíduo, através dos cuidados prestados quando ele não consegue, não tem vontade ou conhecimento para satisfazer as suas necessidades.

A saúde é o estado e a representação mental do indivíduo na procura do equilíbrio, obtido pelo bem-estar físico, conforto emocional, espiritual e cultural e controlo do sofrimento. É o reflexo de um processo dinâmico, contínuo e qualquer pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio, traduzido no controlo do sofrimento, no bem-estar físico, e no conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2001).

A pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem, em que o doente e a família são uma unidade (Henderson, 2004). A pessoa existe num contexto familiar, ou de pessoa significativa no seu percurso e experiência de vida. Importa não dissociar o corpo da mente, mas antes, enfatizar que o equilíbrio emocional é inseparável do equilíbrio fisiológico (Henderson, 2004). Isto é uma condição incontornável, que se adapta, em nosso entender, a todo o ciclo vital da pessoa, por permitir enquadrar a compreensão das reações dos indivíduos a situações de vida como o nascimento, acontecimentos traumáticos, doenças e morte (Tourville e Ingalls, 2004). A pessoa é um *“ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna a pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia”* OE (2001, p 6,7).

A relação de ajuda é a relação terapêutica entre o enfermeiro/pessoa alvo dos cuidados, reportando-nos para o enunciado nº 2, artigo 5º do DL nº 101/96 de 4 de Setembro alterado pelo DL nº 104/98 de 21 de Abril (REPE), *“estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”*, sendo primordial: a aceitação incondicional das perspetivas e sentimentos do outro e a compreensão empática das

componentes que envolvem a pessoa (Lazure, 1994). É entendida como “...as relações nas quais pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” Rogers (1985, p 43). É por si um instrumento do cuidar que utilizado adequadamente associa-se ao processo de intervenção terapêutica, englobando toda e qualquer intervenção do enfermeiro feito com intencionalidade terapêutica e dirigida ao outro; e utilizando uma diversidade de instrumentos do cuidar igualmente importantes, complementam-se entre si. A par dos cuidados técnicos e instrumentais, releva-se empatia, respeito, escuta ativa, confrontação, clarificação, disponibilidade e esperança Lopes (2005, p 224). Igualmente importante é o aconselhamento, constituindo uma relação dinâmica, ajustada às necessidades da pessoa, sem perder o essencial do pedido de ajuda; acompanhando a evolução ocorrida e proporcionando mudanças desejadas pela pessoa Lopes (2010, p 68). O respeito pela integridade do outro é essencial, influenciando o clima de aconselhamento, identificando características da relação favoráveis ao crescimento de ambos os sujeitos e proporcionando: autonomia, acreditando na capacidade de ajustamento da pessoa, respeitando-a como um todo, manifestando tolerância, aceitação pela unicidade e diferença, motivando-a a compreender-se e a aceitar-se a si próprio (Rogers, 2000).

Os instrumentos do cuidar devem ser usados diariamente pelos enfermeiros, em função da avaliação feita da situação única da pessoa e entendidos como um todo. O enfermeiro assume a sua profissão, integrando na sua praxis direitos e deveres inerentes ao título profissional, os quais são obtidos através do esforço, mérito, educação, experiência e competência, valores essenciais no cumprimento das suas obrigações enquanto profissional, exercendo-o livremente, mobilizando para o efeito, os conhecimentos científicos e técnicos de que é detentor (Germano, 2003).

1.2 - PERSPETIVA HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DOS BLOCOS OPERATÓRIOS

O surgimento dos BOs está ligado à história da cirurgia e da higiene hospitalar. Na Idade Média, as cirurgias eram realizadas nas enfermarias, sem qualquer tipo de proteção e quem necessitava de cuidados cirúrgicos estava completamente exposto nas enfermarias, em simultâneo com quem não necessitava de cuidados não cirúrgicos (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Foi em 1800 que surgiram as primeiras salas de operações, contíguas às enfermarias. Neste local e com alguma proteção realizavam-se cirurgias, sendo a pessoa isolada das restantes, sem qualquer tipo de proteção em relação ao ambiente hospitalar (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Cerca de

cinquenta anos depois (1850) com as descobertas de Pasteur sobre infecção, aliado às teorias de Florence Nightingale sobre infecção e respetiva propagação, surge a preocupação do isolamento da pessoa e o controlo da infecção. Foi no século XX (1907) que surgiu o primeiro tratado de Higiene Hospitalar (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006).

Após a primeira guerra mundial (1914-1918), e aliado às experiências vividas, surge a necessidade de integrar o BO como uma unidade específica em contexto hospitalar, com a necessidade de criar acessos e circuitos próprios, bem definidos e interligados funcionalmente a outros subsistemas. Estes BOs até aí construídos com uma ou duas salas operatórias foram redimensionados, evoluindo até ao conceito de BO centralizado, isto é, cada especialidade cirúrgica possuía uma sala própria com equipamento específico. Este conceito evoluiu para o de Departamento Cirúrgico, o qual engloba todas as áreas de especialidade cirúrgica e procedimentos invasivos, proporcionando uma gestão mais eficiente dos recursos humanos e materiais (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006).

Paralelamente ao desenvolvimento dos BOs surgiu o conceito de controlo de infecção. Em 460 a.C., Hipócrates, o pai da cirurgia, desinfetava as feridas com vinho ou água em ebulição. Em 131-210 d. C., Claudius Galeno passou a ferver os instrumentos que iria utilizar no tratamento das feridas. Em 1818, Semmelweis relacionou a febre puerperal com a presença de microrganismos invisíveis levando com isto à necessidade de práticas como por exemplo a higienização das mãos (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Pasteur (1822-1895), cientista com relevo na história da microbiologia, estuda a relação entre os microrganismos e as doenças. Descobriu que o vinho se transformava em vinagre por ação de um microrganismo, tendo mais tarde utilizado o calor na destruição dos agentes patogénicos contidos em alimentos líquidos (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Em 1847 o obstetra *Semmelweis* regista uma elevada mortalidade nas mulheres puérperas da maternidade de Viena de Áustria, situação causada por infeções. Relacionou esse fato com a exploração manual realizada pelos médicos às diferentes parturientes. Verificou que as parturientes apenas cuidadas por enfermeiras que não frequentavam a sala de autópsias como os médicos e estudantes de medicina tinham menor número de infeções. Com isto demonstrou a redução da infeção através da introdução de uma nova prática, a descontaminação das mãos com água clorada. Esta foi a primeira grande contribuição para a higienização e descontaminação das mãos em ambiente hospitalar, diminuindo desta forma o índice de mortalidade puerperal e contribuindo para a diminuição das infeções (Bilbao e Rola, 2006).

Mais tarde e tendo por base os trabalhos de Pasteur, Joseph Lister (1865) contribuiu de forma significativa para o controle da infeção em meio hospitalar, constituindo um marco na história da

assépsia, quando promoveu junto dos cirurgiões uma prática inovadora, introduzindo no processo de higienização cirúrgica das mãos, uma solução de fenol. Lister concluiu que ao controlar os microrganismos controlava a infecção. Desenvolveu o conceito de antissepsia e a introdução de práticas baseadas nos princípios de assepsia como seja, a utilização de uma solução de fenol, a fim de descontaminar não só as mãos dos cirurgiões, como também os instrumentos, as compressas e as suturas. Neste contexto, ainda utilizou essa solução para vaporizar o ambiente da incisão cirúrgica. Estes procedimentos reduziram de forma significativa os casos de mortalidade por infecção pós operatória (Bilbao e Rola, 2006). Em 1876, o alemão R. Koch isolou a bactéria causadora do carbúnculo; seis anos mais tarde (1882), descobriu, entre outros, o bacilo da tuberculose. Aquele cientista propõe a exposição do material cirúrgico ao vapor de água (incluindo as roupas). Bastian demonstrou que alguns microrganismos, como os esporos de *Bacillus Subtilis*, resistiam à fervura prolongada, pelo que era necessário aumentar a temperatura além dos 100°C para garantir a esterilidade. Foi Charles Chamberland, colaborador de Pasteur, que projetou o primeiro esterilizador a vapor de água, inventando o filtro bacteriano de porcelana (Bilbao e Rola, 2006).

Em 1886 a esterilização a vapor dá o seu primeiro passo. Em 1900, os cirurgiões passam a lavar as mãos preparando os instrumentos cirúrgicos e a pessoa para a cirurgia. Em 1905 surgem as primeiras luvas usadas na cirurgia e nessa década o enfermeiro veste pela primeira vez a bata cirúrgica para colaborar na cirurgia (Bilbao e Rola, 2006). Em 1907 é recomendado a cobertura dos cabelos (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). As máscaras faciais foram introduzidas inicialmente por Von Mikulicz-Radeckide em 1896, sendo constituídas de gaze. A sua utilização não foi muito bem aceite porque os cirurgiões consideravam suficiente o silêncio, como medida de prevenção das infecções. Em 1914 é recomendada a utilização da máscara cirúrgica (Bilbao e Rola, 2006). Foi sentida a necessidade por parte dos cirurgiões de ter alguém, não médico, para colaborar na cirurgia. Linda Groah refere que foi em 1875 que surgiram os primeiros currículos escolares com conteúdos de enfermagem de sala de operações (instrumentos cirúrgico, preparação para a cirurgia, hemóstase e pensos cirúrgicos), nas escolas de enfermagem dos Estados Unidos da América, Reino Unido e Canadá. “...Só depois de Lister ter referido a importância da assépsia na cirurgia é que se deu importância à necessidade de enfermeiras com boas capacidades intelectuais e faculdades físicas que fossem capazes de ser ensinadas e treinadas na aprendizagem da prevenção da infecção cirúrgica” (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006).

A primeira área de especialização em enfermagem surgiu no contexto da enfermagem de sala de operações, em 1889, nos Estados Unidos. Leila Clark, em 1903, sobre a enfermagem de sala

de operações, escreve *“A enfermagem cirúrgica é uma matéria tão vasta e ilimitada que daria para escrever muitos livros ... a preparação do doente e o ambiente estranho desta área do hospital colocam os doentes muito apreensivos e num deplorável estado de espírito. Uma boa enfermeira de sala de operações, com tacto, palavras de encorajamento e animadoras pode reverter pensamento do doente ou minorar os seus medos ... uma enfermeira de sala de operações que é económica é duplamente válida. Em nenhum outro departamento de enfermagem o ser económico é tão importante como no bloco operatório. Muitos dos materiais são caros e uma enfermeira experiente e com cuidados pode reduzir imenso as despesas”* (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Em 1910 são descritas as funções das enfermeiras de sala de operações (instrumentação, circulação e anestesia), bem como as disciplinas que integram a formação de enfermeiros de sala de operações. No American Journal of Nursing surge um artigo intitulado *“As qualificações da Enfermeira de sala de Operações”*, sendo referido que os enfermeiros desta área de cuidados devem demonstrar um imenso sentido de responsabilidade para com a pessoa doente, respeitar o cirurgião e contribuir para a formação dos enfermeiros recém-chegados (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006).

Nos Estados Unidos, em 1933, surge o primeiro curso avançado para enfermeiros de sala de operações e as primeiras normas escritas para a área do BO (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Em 1949, nos Estados Unidos, as enfermeiras chefes dos BOs, preocupadas com a qualidade na prestação de cuidados à pessoa, reúnem-se com o objetivo de criar uma associação que salvaguarde os interesses de quem necessita de cuidados cirúrgicos, sendo então criada a American Association of Operating Room Nurses (AORN). Em 1965, a AORN edita as suas primeiras orientações para a prática dos cuidados, as quais foram aprovados pelo departamento federal da saúde (United States Department of Health and Human Services) dos Estados Unidos. (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Em 1978 a AORN enuncia pela primeira vez os conceitos: *“A função perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste nas actividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós operatórias da experiência cirúrgica do doente”* Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues (2006, p 6); e o enfermeiro perioperatório *“identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do individuo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo, antes, durante e após a cirurgia”* Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues (2006, p 6);

A par do que acontecia na Europa ao nível do ensino, em Portugal, no ensino de enfermagem, surgem pela primeira vez em 1901, temáticas alusivas à sala de operações. No entanto, só em 1940, a então Escola Técnica de Enfermeiras integra no seu programa letivo a disciplina “Técnicas de Sala de Operações”. Em 1947 é normalizado o Programa letivo integrando aquela disciplina em todas as Escolas de Enfermagem portuguesas. No entanto, em 1970 com a reforma do Ensino da Enfermagem, a disciplina “Técnicas de Sala de Operações” passou a ser opcional. Até à década de oitenta a enfermagem de sala operações assentava numa filosofia baseada no modelo biomédico, situação que foi profundamente alterada a partir daí, passando os enfermeiros a centrar a sua atenção na pessoa doente (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Em 1980, durante a Segunda Conferência Mundial de Enfermagem de Sala de Operações, organizada pela AORN, os enfermeiros de diferentes países da Europa sentem a necessidade de se constituírem num grupo organizado, para discutirem assuntos relativos à enfermagem de sala de operações. A primeira reunião informal foi em 1981, em Brighton e a partir daí, outros países europeus mostraram interesse em integrar o grupo, tendo o mesmo sido alargado (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006).

Em Portugal, no ano 1986 é fundada a AESOP, que fundamenta a sua existência numa filosofia de cuidados perioperatórios, centrada na pessoa, sendo esta o alvo dos cuidados de enfermagem. Em 1988, Portugal integra o grupo europeu de enfermeiros de sala de operações (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Em 1992 o grupo europeu constituído por dezassete países constitui-se formalmente com a designação de European Operating Room Nurses Association (EORNA). Na altura, esta associação definiu os seus estatutos tendo sido feitas diligências no sentido de criar um curriculum de formação comum para os enfermeiros perioperatórios. Em 1996 a EORNA publicou o *“European Common Core Curriculum for Operating Department Nursing”*, que tinha o objetivo de unificar as competências e as práticas da EP na Europa, contribuindo assim, para a livre circulação de profissionais de enfermagem perioperatórios e para a igualdade de cuidados aos cidadãos europeus (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006; EORNA, 1997). A AESOP tem percorrido um caminho por várias etapas, das quais destacamos:

- ✓ Integração da AESOP na EORNA em 1988;
- ✓ Realização de atividades formativas em organizações hospitalares;
- ✓ Realização sistemáticas de congressos nacionais de EP;
- ✓ Participação em conferências nacionais e internacionais de EP;
- ✓ Realização do Congresso da EORNAC em 2012, Lisboa;
- ✓ Realização do “1º Curso para Enfermeiros Perioperatórios”, em 2001. Colaboração entre a AESOP e a Escola Superior de Enfermagem de S. Vicente de Paulo;

- ✓ Edição do livro “Práticas Recomendadas” para o Bloco Operatório em 2005. Com esta edição pretendeu-se fornecer Guias Orientadores de boa prática em contexto perioperatório;
- ✓ Edição do livro intitulado “Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados”, em 2006, o qual tem pretendido contribuir por um lado, para uma reflexão à prática dos cuidados perioperatórios e por outro, para melhorar a qualidade dos cuidados;
- ✓ Edição da 2ª edição do livro sobre “Práticas Recomendadas” em 2010. Estas práticas foram adotadas como Normas de Boas Práticas Perioperatórias pela OE em janeiro de 2011;
- ✓ Realização da 1ª Pós Graduação em Enfermagem Perioperatória (Portugal), em 2010. Colaboração entre a AESOP e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
- ✓ Edição do livro da comemoração dos 25 anos da AESOP, intitulado “Uma História, Muitas Vidas. Os 25 anos da AESOP”, em 2012;
- ✓ Iniciação do 1º Mestrado (Portugal e Europa) em Enfermagem Perioperatória, em 2012. Colaboração entre a AESOP e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

1.3 - ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Falar de BO só faz sentido se inserido em contexto hospitalar, a par de uma política organizacional direcionada pela missão e objetivos organizacionais. O BO é considerado um ponto de convergência de inúmeras atividades, ligadas de forma direta ou indireta a serviços e especialidades cirúrgicas. No BO existem valores essenciais ao seu funcionamento, podendo ter várias perceções, conforme a pessoa que o utiliza: um local de trabalho, um local para alcançar um estágio de saúde melhor, um local de esperança no futuro; e ainda, um local de ensino e formação. São muitas as definições de BO. A Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo define BO como uma unidade orgânico-funcional *“constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinados à prestação de tratamento cirúrgico ou de realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia.”* (Portugal. MS. ARSLVT, 200-:1). O BO é uma *“unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.”* (Bilbao, 2006:20). Pode ser definido como *“uma organização complexa e completa, com atividade altamente especializada”* Bilbao e Fragata (2006, p 280); ou uma *“unidade orgânico-funcional, constituída por um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos, vocacionados para prestação de cuidados anestésicos cirúrgicos, onde se realizam intervenções cirúrgicas programadas*

e de urgência, bem como exames e tratamentos invasivos que requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia, ao doente adulto e pediátrico” Bilbao e Fragata (2006, p 281).

Em Portugal, a EP rompe com o modelo biomédico centrado na patologia cirúrgica e no cirurgião, quando o enfermeiro centraliza a sua intervenção no cliente, abrindo as portas do BO e caminhando ao encontro do outro, com o objetivo de o conhecer, saber as suas expectativas/necessidades físicas, emocionais, religiosas e culturais, uma vez que descreve a dimensão dos cuidados *“durante as três fases da experiência cirúrgica do doente – Pré, intra e Pós operatória”* AESOP (1994, p 3). A EP abrange todo o ciclo de vida desde a cirurgia intra uterina até à colheita de órgãos post mortem e *“representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado”* Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues (2006, p 7).

Ao considerar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o enfermeiro perioperatório utiliza para prestar cuidados, é fundamental dar *“visibilidade a esses instrumentos do cuidar, os quais correspondem ao saber, ao saber fazer e ao saber ser ou estar da especificidade perioperatória e por isso mesmo, dão uma outra dimensão ao cuidar, a qual não se limita ao momento cirúrgico, mas que atravessa transversalmente a fase pré, intra e pós operatória da experiência anestésica e cirúrgica do doente”* Cambotas et al (2006, 107). Os cuidados de enfermagem perioperatórios sendo curtos em tempo, dado que a permanência do cliente neste local geográfico é limitada no tempo; é intensa, pois em tão curto espaço de tempo, são realizados cuidados que atravessam transversalmente o período perioperatório e podem ser definidos como um *“conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia e/ou qualquer procedimento invasivo”* Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues (2006, p 9).

A missão do enfermeiro perioperatório é *“identificar 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 “antes” reporta-se à avaliação pré operatória, ou ao momento da

Visita Pré Operatória, altura em que o cliente e o enfermeiro se encontram e estabelecem uma relação terapêutica de ajuda e aconselhamento, e um contrato de cuidados individualizado para o intra operatório. O “intra” reporta-se ao momento em que o cliente se encontra na área física do BO incluindo a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), sendo aí alvo dos cuidados perioperatórios. O “após” relaciona-se com a Visita Pós Operatória, 24 a 72 horas após o procedimento, altura em que se avaliam os cuidados de enfermagem (Cambotas et al, 2006). A missão do enfermeiro perioperatório pode ser definida *“cuidar do doente em contínua busca da excelência desenvolvida por uma equipa multidisciplinar, com o fim de restabelecer ou conservar a saúde ou o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia”* Bilbao e Fragata (2006, p 281). Ao pensar em doente cirúrgico reportamo-nos para uma definição da EORNA *“Os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória. Esse pessoal experiente e qualificado, (...), prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o Bloco Operatório e com os cuidados perioperatórios. O doente, os familiares e outras pessoas significativas têm o direito de receber informação necessária, bem como apoio emocional e físico que lhe permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios.”* EORNA (1997). Em muitos casos a cirurgia é a única esperança, mesmo associada a mutilações importantes, que vivida de forma diferente por cada pessoa, tem certamente uma experiência cirúrgica contextualizada numa situação de vida única, animada por uma vontade e um desejo de viver igualmente único.

1.4 – CONCEITO DE FORMAÇÃO / EDUCAÇÃO

Hoje a formação é essencial ao Homem, podendo ser considerada uma dimensão da atividade humana ligada à mudança e à adaptação, caracterizada por fenómenos evolutivos. Contribui para o desenvolvimento não só do próprio indivíduo, como também da sua profissão. Atualmente considera-se uma exigência, dado a sua ligação à existência do Homem, podendo ser entendida como uma forma de descoberta das potencialidades do indivíduo (Honoré, 1990). Aquele conceito evoluiu ao longo dos anos; entendido como uma forma de aprendizagem que origina um modelo de construção pessoal, interior ao próprio indivíduo, resultando num processo experiencial, originando alterações de comportamento (Alarcão, 1987). Ainda pode definir-se como *“um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber fazer (capacidades) e do saber ser (atitudes)”* Novoa e Finger (1988, p 128).

A formação, enquanto promotora do conhecimento promove nos indivíduos um potencial de consciência, de capacidade de ação sobre o mundo que o rodeia, dando-lhe assim a premissa de construir o seu próprio destino (Stoer e Magalhães, 2003). Pode ser vista como uma forma de desenvolver no indivíduo competências necessárias, podendo ser mobilizadas em situações concretas, através da utilização dos recursos teóricos, técnicos e as práticas adquiridas. Uma vez adquirido e consolidado, esse conhecimento pode ser transferido como uma forma de aprendizagem, sendo definido *“como um processo de utilizar conhecimentos gerais ou específicos aprendidos numa dada situação e aplicá-los a novas situações similares ou a situações mais genéricas e afastadas da situação inicial de aprendizagem”* Miranda (2005, p 236). Ainda pode ser entendida como um conjunto de *“atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias duma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de actividade económica”* CIME (2001).

Na atual conjuntura científica, técnica e social, face ao carater evolutivo das necessidades em matéria de prestação de cuidados, impõem-se uma constante aprendizagem promotora de desenvolver nos enfermeiros a capacidade de responderem às novas exigências, tornando-os detentores de conhecimentos, competências e atitudes essenciais à diferenciação dos cuidados a prestar (Bessa, 1986). As transformações estruturais da sociedade, quer no século XX, quer no início do século XXI, fizeram emergir uma profissão com maior competência técnico-científica. A sociedade está em constante evolução científica e técnica, com transformações constantes, exigindo do profissional mudanças decisivas na aquisição de conhecimentos, capacidades e atitudes, a fim de habilitá-lo para os desafios que diariamente são colocados às organizações e aos subsistemas prestadores de cuidados de saúde. O novo desafio de hoje implícita a corresponsabilização do próprio, de forma a tornar-se capaz, atualizando-se constantemente. Tendo em conta este desiderato, importa dar ênfase à formação contínua e à formação em serviço.

1.4.1 – A FORMAÇÃO / EDUCAÇÃO CONTÍNUA

Na década de setenta, desenvolveram-se em Portugal e em todas as organizações de saúde, os Departamentos de Educação Permanente (DEP), que tinham como objetivo permitir aos enfermeiros uma atualização permanente, que muitas vezes combatia os défices na formação de que eram detentores esses profissionais. Na época, proliferaram formações contínuas dirigidas a enfermeiros e ajudantes de enfermagem. O conceito de formação contínua surgiu primeiramente em 1971. O seu principal objetivo era o de permitir a adequação dos profissionais às mudanças técnicas e às condições de trabalho, pretendendo-se promover em termos sociais, culturais e de qualificação profissional, os

profissionais envolvidos, a fim de obter contributos a nível cultural, económico e social (Goglin, 1983). A formação pode também ser entendida como uma condição das pessoas serem capazes de se atualizarem cientificamente e de um modo permanente com o objetivo de corresponderem às mudanças que ocorrem de forma eficaz (Novoa e Finger, 1988). Posteriormente existiu um período cujo objetivo formativo era o aperfeiçoamento geral relacionado com as competências relacionais e com uma atualização técnica e profissional, embora sem relação com os objetivos de evolução da organização. Em 1987 surgiu a definição de Formação Contínua como sendo a *“formação que engloba todos os processos formativos organizados e institucionalizados, subsequentes à formação profissional inicial, com vista a permitir uma adaptação às transformações tecnológicas e técnicas, favorecer a promoção social dos indivíduos, bem como permitir a sua contribuição para o desenvolvimento cultural, económico e social”*. Nessa altura, foi definido o conceito de Formação em Serviço como *“toda a formação adquirida, através da experiência, no exercício de uma profissão ou atividade profissional”* CIME (2001).

Na década de noventa, surgiram novas estruturas suportadas em legislação, originando os Centros de Formação, que alargaram o seu âmbito a outros profissionais de saúde, respondendo assim à uniformização de conceitos e procedimentos. Hoje, a tendência é que a formação acompanhe os projetos de desenvolvimento organizacional, considerando-a uma dimensão relevante na edificação da identidade profissional. Esta construção relaciona-se com aquilo que o profissional faz, como vê a sua profissão e como é que os outros a vêem (Bártolo, 2007).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a formação contínua é a formação que um profissional apropria após a formação base e até complementar, com o objetivo de se preparar para uma carreira de generalista ou especialista e que visa melhorar as suas competências na prática dos cuidados, não tendo como objetivo obter um novo diploma ou um título OMS (1978). O DL nº 9/94, de 13 de janeiro, refere-se à formação contínua considerando que esta tem como objetivo promover a atualização e valorização pessoal e profissional dos funcionários e agentes. Através do DL nº 437/91, de 8 de novembro, a formação contínua foi normalizada, passando a ser, não só um direito, como também um dever *“a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum e das necessidades individuais de cada membro do grupo”*. No artigo Artº 88 do Código Deontológico, ao nível da excelência do exercício, é referido que o enfermeiro deve exercer com autonomia as suas funções, através do *“assegurar por todos os ao seu alcance, as condições de trabalho que permitem*

exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados” OE (1998, p 57).

A literatura refere que a formação contínua é considerada um item fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional de pessoas e organizações, promovendo o desenvolvimento de capacidades de adaptação à mudança e às inovações. A formação é feita em *continuum*, isto é, tem início na formação base, inclusão da complementar, prosseguindo com a contínua, isto é, a aprendizagem ao longo da vida Nunes (2003, p 347), a qual é considerada um “*sistema global de educação/formação em que se integram todos os tipos e níveis de educação - pré-escolar, escolar, extraescolar e qualquer outro tipo de educação não formal-, constituindo um processo de longo prazo que se desenvolve durante toda a vida*” CIME (2001). Ainda pode ser definida como uma forma de “*visar um outro tipo de conhecimento, aquele que torna os indivíduos e grupos mais competentes para circularem num mercado de trabalho...*” Stoer e Magalhães (2005, p 7).

Para a OE na Formação Contínua o enfermeiro deve fazer uma revisão regular das suas práticas; assumir a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das suas competências; atuar com o objetivo de responder às suas necessidades de formação contínua; contribuir para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e pares; atuar como mentor / tutor de forma eficaz; aproveitar as oportunidades de aprendizagem em conjunto com os outros, contribuindo desta forma para os cuidados de saúde OE (2003). Assiste-se cada vez mais a uma procura intensiva em aliar a formação ao mundo do trabalho. A formação de adultos tal como hoje é defendida releva os saberes da prática dos adultos relativamente às suas atividades profissionais. É considerada uma forma de favorecer o desenvolvimento de um cidadão responsável, ativo, consciente e participativo na tomada de decisões. Para Sorel, em cada adulto é necessário ter em conta o que ele sabe, o modo como o sabe, e a forma em que se apoia naquilo que sabe, para poder evoluir (Malglaive, 1995). No adulto enquanto profissional, a formação/educação constitui uma ferramenta essencial para o desenvolvimento ou para a construção de estruturas intelectuais, físicas e morais, produzindo mudanças ao nível da sua personalidade e alterando o ambiente em que o indivíduo está inserido (Goglin, 1983).

Retrospectivamente verifica-se que ao longo dos anos, e segundo Jarvis, na educação de adultos houve a preocupação de satisfazer as necessidades dos profissionais, antes até de responder às necessidades sociais (Castro, Sancho e Guimarães, 2006). A formação de adultos constituiu uma preocupação, dado ser entendida como um processo abrangente, que corresponde ao ciclo de vida de cada pessoa e nessa perspetiva, sempre existiu educação e formação de adultos (Quintas, 2008).

Diariamente e face à constante evolução científica e técnica, os enfermeiros debatem-se com situações singulares, complexas e incertas. A sua atividade diária está em constante transformação e mudança e consequentemente, a uma desatualização dos saberes e das experiências adquiridas. É aqui que a formação contínua pode ser um instrumento valioso para colmatar esta lacuna, desempenhando um papel preponderante relativamente à evolução dos cuidados de enfermagem, sendo geradora de condutas, comportamentos e atitudes (Collière, 1989). A formação contínua deve ser considerada um recurso para responder não só às novas necessidades, como também favorecer a segurança dos cuidadores e a motivação para continuar a formar-se. Por outro lado, promove no enfermeiro capacidades de autonomia, iniciativa e criatividade (Josso, 1988).

No Artº 88 do Código Deontológico e relativamente à excelência do exercício, (alínea a) “o enfermeiro tem o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” OE (1998, p 57), isto é, o enfermeiro mantém uma atualização contínua dos conhecimentos, utilizando de forma competente as tecnologias existentes, sem esquecer a formação permanente e aprofundada ao nível das ciências humanas (alínea c) OE (1998). O Plano Nacional de Saúde (PNS) prevê, no planeamento dos recursos humanos para os anos 2012-2016, o desenvolvimento profissional dos seus profissionais na área da saúde, com inclusão da “*formação pré e pós graduada, formação contínua, ...*” entre outros PNS (2012, p 6).

As organizações de saúde consideram os enfermeiros um recurso promotor de uma cultura pro ativa, sendo importante que todos os dispositivos formativos sejam próximos do contexto do exercício profissional (Canário, 1999). Nas instituições o planeamento dos planos formativos organizacionais é feito a partir do levantamento de necessidades de formação realizada nos respetivos subsistemas, feito pelo Departamento de Formação. Este elabora anualmente o seu plano de formação respondendo aos objetivos formativos organizacionais (Macedo, 2002). Esta forma de organização desencadeia duas situações: por um lado, assiste-se ao fato dos efeitos formativos serem incertos; e por outro, ao fato de que a identificação das necessidades de formação não está enquadrada no cenário real (Canário, 1999). Tal como refere Malglaive, este modo de organizar a formação pode ser considerada obsoleta, não correspondendo às reais necessidades formativas (Malglaive, 1995). De um modo geral, a formação é encarada como uma forma de transmitir informação, com ênfase para regras e procedimentos (Macedo, 2002).

Outra situação que ocorre na formação contínua é a que se relaciona com a durabilidade das ações formativas, podendo ser mais ou menos longas, com importância variável destinada ao público-alvo (Malglaive, 1995). Por outro lado, algumas das ações de formação surgem por “*encomenda*”, isto

é, asseguram os requisitos inerentes à existência de programas nacionais e internacionais, com critérios que cumprem as regras de um “mercado de formação” (Guimarães, 2001) e por isso mesmo algumas vezes descontextualizadas da situação real dos subsistemas.

Qualquer atividade formativa deve ser avaliada, sendo o processo de avaliação um instrumento que regula a eficácia da formação. O seu objetivo é justificar e caso se justifique, implementar novas ações formativas e/ou reformular as existentes (Sousa, 2003). Na formação contínua é importante perceber o que motiva os adultos e quais as razões que os impedem de frequentar ações de formação contínua, aliando-se a esta temática o conceito de motivação (Carré, 2005). Muitos autores referem que a motivação é essencial para compreender a escolha e a frequência de cursos de formação por parte dos adultos (Carré, 2005; Rogers, 2004).

1.4.2 – A INTEGRAÇÃO / SOCIALIZAÇÃO NA ÁREA PERIOPERATÓRIA

A sociedade atual vive um momento repleto de constantes mudanças, as quais afetam a estrutura, a cultura e os processos de trabalho, fazendo com que os enfermeiros procurem formas de adaptação e acrescentem novos valores para continuar a prestar cuidados seguros e de qualidade. A formação é, não só a aquisição de novos saberes, mas também, o assumir de novas capacidades de iniciativa, de atitudes, e de comportamentos, com uma visão mais abrangente. A formação deve ser considerada um investimento e cada indivíduo é considerado ator social enquanto agente de mudança, exercendo influência sobre a formação e sendo esta vista como um meio de socialização ou de aculturação do indivíduo. O conceito de formação pode ser entendido como um conjunto de atividades que promovem no adulto, enquanto profissional, a obtenção de conhecimentos, capacidades e atitudes, que podem ser aculturados e socializados para a sua prática profissional.

Os enfermeiros após quatro anos para a obtenção da licenciatura em enfermagem, podem exercer funções no BO, independentemente da formação especializada que tenham nessa área. Esta afirmação não é consentânea com a de outros profissionais da área do BO, em que após o curso de licenciatura em medicina, quer cirurgiões, quer anestesiológicos, integram uma formação especializada formatada pelos respetivos colégios de especialidade, sob o controlo da Ordem dos Médicos, com programas próprios, determinada durabilidade e avaliações constantes para transição entre as várias etapas. A formação de um enfermeiro perioperatório ocorre in loco, percorrendo várias etapas, pelo que a AESOP apresenta um Programa de Integração dos enfermeiros no BO, o qual pode ser adaptado a cada realidade e a cada indivíduo, proporcionando uma adaptação ao serviço e à aquisição de competências específicas (Caracol e Rola, 2006). Qualquer BO deve adotar condições

para acolher e integrar os seus profissionais “...*todos os enfermeiros que vão ocupar um novo lugar ou função, independentemente da sua categoria, preparação ou experiência, necessitam de passar por um período de integração que facilitará a sua adaptação ao cargo que irão desempenhar*” (Teixeira, 1997). O processo de integração de um enfermeiro perioperatório é moroso e complexo, e está relacionado por um lado, pela ausência de conteúdos programáticos de EP na formação académica base; e por outro, pelas inúmeras etapas exigentes e complexas pelas quais o novo enfermeiro deve passar no desenvolvimento de competências não detidas, até se tornar um elemento apto para as funções pretendidas no seio da equipa (Caracol e Rola, 2006). A integração deste enfermeiro tem por base o “*modelo de competências de Dreyfus*”, em que o enfermeiro perioperatório faz a sua integração passando pelos diferentes níveis de proficiência: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito, Benner (2001, p 43). Este desiderato é consentâneo com a forma como a integração perioperatória é realizada, sobretudo quando na formação académica, a teorização em EP é escassa ou nula na maioria dos currículos.

A EP tem desde a sua tenra idade, um desafio imenso na integração/socialização dos enfermeiros perioperatórios. O BO deve ter um programa de integração adequado à realidade da organização e do subsistema. Em relação à organização, o programa deve conter: história, filosofia, missão e objetivos da organização; filosofia e objetivos da EP, direitos e deveres do enfermeiro; responsabilidades das diferentes categorias profissionais; regulamento e estrutura da organização e dos serviços de enfermagem; padrões de qualidade, normas e critérios dirigidos aos cuidados de enfermagem; avaliação do desempenho; generalidades funcionais (Caracol e Rola, 2006). Em relação ao subsistema, o programa de integração deve conter: organograma; história, missão, filosofia e objetivos da unidade; estrutura física; organização do trabalho; circuitos; comunicação/relação com outros subsistemas da organização; equipamento e características; horários; férias; padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios; normas de procedimento da qualidade dos cuidados; avaliação do desempenho; padronização da integração às diferentes funções e respetivos critérios de avaliação; temporalidade (Caracol e Rola, 2006). Qualquer profissional em integração tem uma história de vida, uma identidade própria, modos de fazer, saberes, recursos, hábitos, confinados àquela pessoa. No adulto devemos conhecer as suas resistências, os seus recursos, as suas experiências de vida, tanto mais, que essas vivências influenciam o adulto e é com essas situações que lidamos diariamente e que nos permitem ter um outro olhar (Josso, 2005).

Em cada subsistema os conteúdos do programa de integração perioperatório não são estanques, permitindo flexibilidade, reformulação e adaptação a cada novo elemento, atendendo à

respetiva individualidade, experiência anterior, conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, motivações, projeto pessoal/profissional, a forma e o tempo que necessita para aprender, pois nem todos aprendemos da mesma forma e ao mesmo ritmo. Cada pessoa é diferente da outra pelo que as aprendizagens são igualmente diferentes, sendo umas mais rápidas e outras mais longas (Josso, 2005). Com base nesta individualidade, o programa de integração deve promover a integração do enfermeiro pela ordem que se apresenta e nas diferentes funções: de anestesia, circulante, instrumentista e na UCPA. Deve ter em conta a experiência profissional do novo enfermeiro identificando em que categoria é colocada, isto é, enfermeiros: sem experiência profissional; com experiência profissional e com experiência profissional na área perioperatória. No caso do enfermeiro sem experiência profissional, a temporalidade é de pelo menos um ano e meio; enfermeiro com experiência profissional, o período de integração pode ser de um ano; e enfermeiro com experiência profissional perioperatória, a temporalidade depende da sua experiência anterior, podendo corresponder a seis meses. O processo de integração é interativo e dinâmico, envolvendo o integrador e o integrando, bem como toda a equipa pluridisciplinar, com mobilização de todos os recursos disponíveis no serviço, de forma a permitir ao integrando desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas ao contexto perioperatório. Está dividido em quatro fases: Acolhimento/Observação; Enfermeiro de Anestesia/UCPA; Enfermeiro Circulante; Enfermeiro de Anestesia (Caracol e Rola, 2006). Em cada fase definem-se objetivos, atividades dos enfermeiros integrador e integrando e a temporalidade para cada fase com datas de início e fim. Na fase de Acolhimento/Observação (duração de um mês) pretende-se que o integrando conheça a dinâmica organizacional do subsistema, articulação com a central de esterilização, protocolos, normas de procedimento, diferentes funções do enfermeiro perioperatório e simultaneamente, que se socialize com a equipa pluridisciplinar, conhecendo-a e interagindo com ela. Na segunda fase (duração de dois meses), pretende-se que o integrando desenvolva competências como enfermeiro de anestesia. A terceira fase (duração de 3 meses), pretende que o enfermeiro desenvolva competências na área da circulação. Transita para a fase seguinte (duração de seis meses) com o objetivo de desenvolver competências como enfermeiro instrumentista (Caracol e Rola, 2006). Esta temporalidade depende de vários processos de gestão locais, da individualidade de cada enfermeiro e de cada subsistema operatório com uma ou mais valências cirúrgicas de especialidade. No final de cada fase, na presença do integrando, integrador e enfermeiro chefe são feitas avaliações, a fim de refletir sobre o decorrer da integração, detetando necessidades e/ou dificuldades, definindo-se estratégias que promovam o superar dessas situações. Na altura são preenchidas fichas de avaliação, que determinam a transição para a fase seguinte (Caracol e Rola, 2006). No processo de avaliação do integrando, a supervisão

realizada assume um papel relevante, avaliando o estágio do integrando, e permitindo reequacionar um maior ou menor período de tempo de acordo com a sua individualidade, definindo-se estratégias adequadas, a fim de atingir os objetivos.

Os ambientes perioperatórios possibilitam ao integrando mobilizar os seus recursos e estratégias de forma a refletirem sobre a realidade e encontrando situações promotoras de aprendizagem, as quais favorecem o aparecimento de questões, que devidamente orientadas buscam a informação qualificada facilitadora da compreensão da realidade, fundamentando as ações do desempenho. A integração à prática profissional proporciona a aprendizagem construtiva de conhecimentos, habilidades e atitudes com autonomia e responsabilidade. Podemos afirmar, que estamos perante um modelo de formação-ação, cuja metodologia de formação promove no adulto uma aprendizagem assente na análise e na resolução de problemas reais CIME (2001).

Um imenso desafio para a EP é o investimento feito na formação dos recursos humanos, utilizando para tal a formação contínua, constituindo uma ferramenta promotora do desenvolvimento dos profissionais, a fim de assegurar qualidade, segurança, eficácia e eficiência na qualidade dos cuidados perioperatórios. A formação constitui um fator preponderante na melhoria contínua com uma intervenção em contexto do exercício profissional, compreende-se *“o modo como o mundo da formação e o mundo do trabalho se fundem, numa articulação plena e tendo a realidade do trabalho como pano de fundo (...) integrando ainda uma perspetiva de desenvolvimento pessoal e social na formação dos trabalhadores”* Bernardes (2008, p 62). Para Josso a formação só acontece quando há experiências, vivências e reflexões, pois de outra forma existe *“informação, mas não há formação”* Josso (2008, p 123). Importa refletir sobre as experiências de vida vividas e daí construir um novo paradigma. Em todo o processo de integração importa salientar a qualidade do investimento que o integrando postula no seu processo de integração. Para que o adulto aprenda, ele deve assumir uma postura proactiva, dado que as aprendizagens não são todas iguais, implicando tempos, espaços e assimilações diferentes. As diferenças pessoais fazem de cada individuo um ser com características próprias de personalidade, de aspirações, de valores, de atitudes, de motivações, de aptidões, entre outras, que o diferenciam dos restantes. Cada pessoa é um *“fenómeno multidimensional sujeito às influências de uma enormidade de variáveis, e o comportamento é uma forma individual de proceder e refere-se à conduta da pessoa”* Aguilar (1999, p 7). Para que um adulto aprenda tem de viver, experimentar e aplicar o conhecimento de que é detentor áquilo que vai realizar (Malglaive, 1995; Josso, 2008). Na área perioperatória, igualmente importante é o desenvolvimento do pensamento crítico, constituindo uma qualidade

essencial para o enfermeiro perioperatório e que ultrapassa as habilidades instrumentais (Kostovich et al, 2007).

No processo de integração a motivação é um pilar básico à vida profissional perioperatória. Quando um profissional adulto está motivado, a aprendizagem e a integração em contexto do exercício profissional não só é facilitadora, como promotora em termos formativos, de novas aprendizagens em contexto real do exercício, uma vez que emergem de problemas reais (Dubar, 1997). Podemos afirmar que a motivação exerce influência na aprendizagem do adulto e a relação entre motivação e aprendizagem é recíproca e não unidirecional (Ausubel, Novak e Haneisian, 1980). A motivação é a força que induz o indivíduo a realizar ações/atividades, por ter vontade em concretizar algo, mantendo para tal o esforço necessário para a consecução do objetivo pretendido. A motivação pode ser entendida como algo que conduz à ação e que na atualidade assume grande importância porque intervém nos processos de desenvolvimento formativo e social dos indivíduos (Carré, 2001).

A motivação é *“um tema bastante abrangente que faz referência ao projeto pessoal e à forma como ele se vai modificando ao longo das experiências de vida, em particular as profissionais, a motivação é assim uma dinâmica, um movimento que conduz à ação e que orienta a energia dos indivíduos...”* Carré (2001, p 19). Um adulto aprende quando está motivado, pelo que se deve identificar a origem da motivação, a fim de arranjar estratégias que permitam manter acesa a motivação ao longo do período de aprendizagem (Rogers, 2004). O adulto transporta consigo múltiplas motivações: umas com origem em fatores pessoais (medos, necessidades, interesses); outras com origem em itens ambientais (pressão social, incentivos) (Rogers, 2004).

Pelo exposto, podemos referir que o ingresso de um enfermeiro no BO, quando não é da sua expressa vontade, tem certamente constrangimentos à sua integração, comparativamente àquele que expressa livremente a necessidade e a convicção de desempenhar funções nesta área. Neste último caso o profissional já tem motivações que facilitam o seu processo de integração. O processo de integração nesta área promove o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, mas simultaneamente permite o desenvolvimento da realização dessas atividades em contexto de equipa, promovendo o desenvolvimento do espírito de equipa através de competências cooperativas e de humildade, valores essenciais ao trabalho coletivo. Também deve desenvolver o espírito de iniciativa, intuição, gostar de alguma dose de risco, saber comunicar de forma efetiva, ter presente os modelos de gestão de conflitos e ser flexível (Rodrigues, 2005). Podemos então afirmar que o trabalho em equipa é um dos pilares da forma como são organizadas as atividades laborais nos subsistemas perioperatórios, constituindo uma metodologia de trabalho, a qual consiste em agrupar diversas competências e

conhecimentos para atingir de forma coordenada e eficaz o objetivo. O trabalho de equipa melhora a qualidade nos cuidados a prestar (Ducanis, 1979).

O funcionamento em equipa imprime aos profissionais um sentimento de pertença e de coligação. Cada elemento sabe que o seu papel é fundamental para o funcionamento e para a concretização do objetivo do grupo. No trabalho de equipa existem pressupostos a considerar, nomeadamente: a equipa compreende a complementaridade, interdependência e o sinergismo da ação dos diferentes elementos, estando disponível para a partilha de objetivos, decisões, responsabilidades e resultados; na equipa, e mais do que as necessidades individuais, estão estabelecidos os objetivos a atingir em conjunto, construindo-se planos de trabalho e atribuindo-se inicialmente responsabilidades; o fracasso de um elemento implica o fracasso de todos, sabendo-se que o sucesso individual é imprescindível à equipa; as relações interpessoais valorizam a comunicação entre os diferentes elementos, promovendo a disposição para ouvir e considerar as experiências e saberes de cada elemento da equipa; a equipa deve ter objetivos e resultados definidos, com desafios constantes, constituindo estes desafios algo que estimula individualmente cada membro que integra a equipa, promovendo o sentimento da parte que compõe o todo (Moscovici, 1996).

Atualmente todos os profissionais de saúde devem ter a oportunidade de aprender a exercer a sua atividade em conjunto, com relevo igual para as competências relacionais, instrumentais e cognitiva OMS (1988). O trabalho de equipa pode ser entendido como uma forma eficiente de estruturar, organizar e aproveitar as habilidades humanas, promovendo uma visão global e coletiva do trabalho, e simultaneamente reforçar a partilha de tarefas e a necessidade de cooperar para atingir um objetivo comum, o qual deve ser do conhecimento da equipa (Motta, 2001).

O PNS prevê, no planeamento dos recursos humanos; para os anos 2012-2016, o desenvolvimento profissional dos seus profissionais na área da saúde, com inclusão do “...desenvolvimento de competências para o trabalho em equipa multidisciplinar...” PNS (2012, p 6). No caso concreto da área perioperatória, as equipas são constituídas por subgrupos profissionais oriundos de diferentes origens, formações profissionais e culturas díspares: médicos, cirurgiões, anestesiólogos, enfermeiros e outros técnicos de saúde. A equipa cirúrgica é composta por “*peças altamente treinadas, que se reúnem para realizar uma tarefa específica, potencialmente arriscada, a qual requer um nível máximo de interação e responsabilidade partilhada entre os seus membros*” Fragata (2010, p 20). Estas pessoas (anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos) têm uma atividade concretizada por uma coreografia própria e coordenada.

2 – QUALIDADE EM SAÚDE

A **qualidade** em saúde tem sido uma das inquietações transversais ao longo da história, emergindo a sua discussão da área da indústria, muito embora se tenha percebido que os conceitos ali utilizados poderiam ser transferidos para a área da saúde e desta forma adequá-los, por forma a permitir a gestão da qualidade dos serviços prestados. O cirurgião Ernest Codman publicou trabalhos (1913-1918) sobre a importância e a necessidade de garantir a qualidade dos resultados das intervenções e das ações de saúde (Gastal e Quinto Neto, 1997). Mais tarde, em 1927 é referido a influência da qualidade nos resultados dos processos, sendo mencionado que um produto para obter qualidade deve satisfazer os clientes (Deming, 1990).

Em 1954, Juran dá ênfase à adequação na utilização do produto. Alerta para os custos da não qualidade (Gastal e Quinto Neto, 1997). Anos depois, um produto para ter qualidade deve ser produzido tendo em conta as suas especificações (Crosby, 1979). Posteriormente, a qualidade define-se tendo em conta que um produto ou serviço com qualidade deve atender de forma perfeita, confiável, acessível, segura e no tempo certo, às reais necessidades do cliente (Campos, 1992).

A qualidade é definida como um *“fenómeno continuado de aperfeiçoamento, que estabelece progressivamente os padrões, resultado do estudo de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero, situação que, embora não atingível na prática, orienta e filtra toda a acção e gestão da qualidade”* Feldman, Gatto e Cunha, (2005, p 214). Pode ainda ser considerada *“um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva actividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revistos, actualizados e difundidos, com participação da alta direcção do hospital até aos seus funcionários mais básicos”* Feldman, Gatto e Cunha (2005, p 214). Desta forma, é introduzida a necessidade de envolver todos os funcionários do hospital, independentemente dos seus cargos organizacionais. Qualidade em saúde é um *“conceito polissémico, vasto e complexo que se pode aplicar em variadas situações da nossa vida ou profissão, sendo este difícil de definir já que está dependente de uma perspectiva individual, ou seja, das características implícitas ou explícitas inerentes da interpretação de cada um de nós, nomeadamente das que associamos a esse mesmo produto ou serviço”* Silva et al (2010, p 195).

Em saúde, a qualidade tem características específicas, isto é a qualidade não é um valor absoluto, uma vez que significa diferentes coisas em diferentes situações; é multidimensional, dado que são vários os fatores que contribuem para a qualidade; e varia ao longo do tempo (Pisco, 2001). Em saúde, o que é valorizado é diferente para os diversos intervenientes. Os clientes valorizam a

acessibilidade, os profissionais a qualidade técnica e científica e os administradores hospitalares a gestão eficiente. Estes contributos sustentam os pilares essenciais da qualidade em saúde, ou seja, as necessidades e expectativas explícitas e implícitas do cliente devem determinar os padrões dos cuidados de saúde; a qualidade implica melhoria contínua; e ainda, o resultado obtido deve ser o melhor, tendo em conta os recursos disponíveis, e concomitantemente, tendo uma atitude proactiva, a fim de melhorar os recursos face à importância do campo de intervenção (Ganopa, 2001).

A qualidade dos Serviços de Saúde deve ser *“encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória”* Delgado (2009, p 45). A OMS defende que um serviço de qualidade *“organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício”* OMS (2008, p 4). A qualidade em Saúde define-se como a prestação de cuidados de saúde, que devem ser acessíveis e equitativos, caracterizado por um nível profissional ótimo, baseado nos recursos disponíveis e promovendo a adesão e a satisfação do cliente. Simultaneamente adequam-se os cuidados de saúde às reais necessidades e expectativas do cliente com o melhor e mais adequado desempenho profissional PNS (2012/2016).

A atual sociedade é caracterizada por uma realidade profissional em constante mudança ao nível dos diferentes saberes, com rápidas alterações/adaptações das intervenções dos profissionais e da sociedade civil a fim de se adaptarem ao contexto, exigindo por parte dos intervenientes, estratégias de mudança para novos paradigmas. É neste contexto que os princípios e as ferramentas de melhoria contínua se inscrevem Silva (2004, p 31). A melhoria da qualidade em saúde inclui intervenções que visem melhorar os cuidados de saúde (Massoud et al, 2001), implicando processos de transformação sistemáticos, construídos com a finalidade de ir ao encontro das necessidades/oportunidades que surgem nos subsistemas e nas organizações. Assim, promovem o desenvolvimento, dando respostas às exigências que surgem através das mudanças que ocorrem no meio ambiente (Gastal e Quinto Neto, 1997; Ganopa, 2001; Pisco, 2001; Pomey et al, 2004).

A melhoria da qualidade nos serviços de saúde obedece à capacidade de adotar processos estruturados de identificação e resolução de problemas de qualidade (Ganopa, 2001). Para que haja melhoria da qualidade é necessário existir mudanças no sistema; embora nem todas as mudanças sejam traduzidas em melhoria da qualidade (Massoud et al, 2001). No entanto, a melhoria da qualidade passa obrigatoriamente pela introdução de mudanças no sistema, que traduzem melhoria dos resultados (Massoud et al, 2001). Qualquer mudança deve ser pensada, planeada e testada de forma a produzir, em termos efetivos, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, indo, preferencialmente, ao encontro das perspetivas do cliente, dos profissionais e das organizações. A melhoria contínua da

qualidade nos serviços de saúde é obtida ao nível de um sistema de qualidade, com objetivos centrados na correção de erros do sistema, na redução da variabilidade não desejada, tendo em conta a responsabilidade e a participação coletiva (Ovretveit, 2003). No processo de mudança de melhoria contínua, é fundamental a participação dos intervenientes da equipa multidisciplinar, dado que a filosofia dos processos de melhoria contínua *“privilegia o trabalho em equipa, a confiança nas pessoas e na sua capacidade produtiva, a relação de parceria e de coresponsabilidade, a diversidade e a mudança de pensamento, a manutenção das pessoas na empresa, respeito e o valor de quem produz, o atendimento das necessidades humanas fundamentais, o pensamento horizontalizado e a maximização dos objetivos e metas”* Mezomo (2001, p 53). No processo de melhoria contínua da qualidade, a nível estrutural e sistemática, deve ser identificado o problema e proceder à respetiva solução/resolução. Este processo baseia-se *“na identificação dos problemas, no estabelecimento de prioridades, na procura de melhores soluções e sua aplicação com vista à resolução dos mesmos”* Sousa (2009, p 36). Qualquer processo de melhoria contínua deve ser planeado, realizado um plano de ação a fim de melhorar o desempenho e proceder à respetiva implementação, monitorizando a melhoria por forma a verificar se o plano está a ser adequadamente implementado. Após a avaliação da mudança importante atuar sobre os resultados alcançados (Lopes e Capricho, 2007; Santos António e Teixeira, 2009).

As organizações de saúde existem para os cidadãos e os profissionais de saúde, e em particular, os enfermeiros existem para servir os cidadãos. As instituições de saúde devem satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento dos enfermeiros em benefício da qualidade. A qualidade exige reflexão sobre a prática, evidenciando a necessidade em termos temporais para refletir sobre os cuidados prestados OE (2001). A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional com aplicação contextualizada localmente. A criação de Sistemas de Qualidade é um dos objetivos prioritários ao nível dos cuidados em saúde nas equipas multiprofissionais. A OE, através do seu Conselho de Enfermagem realizou esforços a fim de definir uma estratégia para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, definindo padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e zelando pelo seu acompanhamento na prática clínica, promovendo assim, o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade OE (2001). A segurança dos clientes enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde tem assumido quer os clientes, quer para profissionais e gestores da área da saúde, um papel preponderante. Para os primeiros constituem um paradigma de confiança e segurança nos cuidados de

saúde; e por sua vez, para os segundos, constituem a motivação para prestarem cuidados seguros, efetivos e eficientes.

2.1 - SEGURANÇA

A **segurança** é um fator essencial nos cuidados de saúde aos cidadãos, constituindo um componente crítico na gestão de qualidade. A melhoria da qualidade exige um complexo sistema de sinergias, envolvendo um vasto leque de intervenções que visem a melhoria do desempenho, a segurança do ambiente, e a gestão de risco, com inclusão de um adequado controle ao nível das infeções, da segurança na utilização de medicamentos, do equipamento, ao nível da prática clínica e do ambiente envolvente à prestação de cuidados de saúde. Toda esta panóplia de fatores abrangem todas as áreas e todos os intervenientes na prestação de cuidados de saúde, o que implica uma abordagem holística e multifacetada na identificação e gestão de atuais e potenciais riscos para a segurança das pessoas, tendo por objetivo a definição de soluções a longo prazo e contemplando o sistema como um todo (Leape, 2002).

A segurança das pessoas tem cada vez mais, assumido uma crescente importância na área da qualidade em saúde. É uma das prioridades da União Europeia, quando refere que todos os indivíduos têm o direito de ser cuidados com as tecnologias mais seguras que existem nos subsistemas e nas organizações de saúde prestadoras de cuidados. Nesse sentido, os profissionais de saúde e as organizações têm a obrigação de prestar cuidados seguros e de qualidade, evitando que os clientes sejam vítimas de qualquer enfermidade não intencional. Neste contexto é reconhecida a necessidade de diminuir ou eliminar os erros, a fim de garantir a segurança do cliente, pelo que é importante introduzir normas de segurança OMS (2008).

Atualmente existe um conjunto de evidência e um vasto conhecimento sobre as implicações que a segurança ou a falta da mesma tem nas organizações de saúde, sobre os profissionais e sobre os clientes WHO (2002). Essas implicações traduzem-se basicamente sob três formas:

“a) Perda de confiança nas organizações de saúde e seus profissionais, com consequente degradação das relações entre estes e os utentes/doentes;

b) Aumento dos custos, sociais e económicos, variando a sua dimensão na razão directa dos danos causados e da casuística dos mesmos;

c) Redução da possibilidade de alcançar os resultados (outcomes) esperados/desejados, com consequências directas na qualidade dos cuidados prestados” (Sousa, 2006).

A segurança constitui um dos principais itens de qualidade e a gestão do risco um instrumento valioso para a sua garantia. O PNS para 2012-2016 referência:

✓ *“A complexidade dos tratamentos e das tecnologias, a interdependência das tarefas e as infecções são fatores que tornam a prestação de cuidados, uma atividade de elevada complexidade e risco, incerteza e insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos e erros, com possibilidade de indução de danos;*

✓ *A origem do erro é, geralmente, multi-factorial, decorrendo de factores associados à prática assistencial, envolvendo profissionais e organização, à complexidade do doente ou, ainda, a todos estes factores conjugados. A ocorrência de erros e eventos adversos representa uma oportunidade para aprendizagem e melhoria; (Campos L, Carneiro AV, 2010).*

✓ *São instrumentos de gestão de risco e prevenção do erro: sistemas de notificação, sistemas de alerta, auditorias, protocolos, decisão em equipa multidisciplinar, sistemas de verificação redundante, reuniões de mortalidade e morbilidade, discussão de evolução clínica inesperada, formação contínua PNS (2012, p 5).*

Ao falar de segurança é inevitável referir que esta definição tem aspetos a considerar que interferem com o conceito, como a complexidade das organizações de saúde e os múltiplos fatores que interagem com a segurança e que estão na base das falhas de segurança (Sousa, 2006). Assim, as organizações de saúde são sistemas complexos devido:

a) À missão para que estão orientadas (princípios de equidade, universalidade, acessibilidade, etc.);

b) Às atividades que desenvolvem (intervenções de mérito assentes na prestação de cuidados de saúde; mercado imperfeito; imprevisibilidade na procura, entre outros);

c) Às características da população alvo (escassez de conhecimentos sobre os assuntos saúde/doença, e com limitado poder de decisão; expectativas por vezes elevadas, associado a situações de fragilidade física, emocional, psicológica, social etc.);

d) Aos processos que desenvolve (técnicas de diagnósticos e/ou terapêutica de variável complexidade tecnológica e realizada em contextos particulares);

e) Aos profissionais com desempenho e formação específica (profissionais com formação específica, forte componente do trabalho em equipas multidisciplinares; atividade profissional intensa em contextos de constante evolução técnica e científica) (Sousa, 2006).

Relativamente ao carácter multifatorial, o qual está na base das falhas à segurança dos clientes, também designada por *lógica da cascata*, pode ser entendido à luz da teoria do *queijo suíço* (Reason, 2002), ou seja para que ocorra um efeito adverso ou dano é necessário a existência de um alinhamento de diversos *buracos*, nomeadamente a existência de falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais, comportamentos inseguros ou de risco por parte das pessoas, etc. A origem do problema é desencadeada por vários fatores que se relacionam com deficiências/falhas na estrutura, no processo ou no resultado, tal como é referido por vários autores (Ruciman et al, 1988; Brennan et al, 1991). A estrutura caracteriza-se pelos aspetos estáveis como sejam profissionais, instrumentos e recursos disponíveis ao desempenho, os locais e o modelo de organização do trabalho. O processo é caracterizado pelas intervenções que os profissionais realizam aos clientes e as respostas destes. Neste processo são incluídas todas as atividades de decisão ao nível: diagnóstico, terapêutico e de intervenções preventivas. O resultado refere-se aos níveis de saúde (efetividade, eficiência, etc) e à satisfação dos clientes. A estrutura e os processos podem ser influenciados pelos profissionais de saúde e pela organização. Os resultados constituem a referência pela qual a efetividade da estrutura e do processo são avaliados com base nas características dos indivíduos (Sousa, 2006).

Em relação à segurança e ao estudar a raiz do problema, deve-se ter em conta a análise cuidada ao nível da estrutura e dos processos, muito embora, estes dois fatores não sejam indissociáveis do fator resultado. É fundamental adotar abordagens globais e integradas destes fatores (Sousa, 2006). Ao longo dos últimos anos tem havido um esforço no sentido de minimizar a ocorrência de falhas nos fatores chave do sistema. A nível da estrutura, têm ocorrido alterações decorrentes de processos de acreditação dos hospitais, em que as normas incidem sobre a segurança dos clientes e a *standartização* de procedimentos (protocolos), os quais promovem alterações na organização do trabalho dos diferentes profissionais de saúde; a criação de gabinetes/departamentos de controlo da infeção hospitalar e de gestão de risco. Ao nível do processo, o paradigma situa-se na adoção de normas de orientação clínica, *guidelines*, ou guias de boa prática clínica a fim de minimizar a variabilidade e aumentar as tomadas de decisão baseadas na melhor evidência científica disponível (Vincent, 2000). Importa ter uma atitude prospetiva e pró ativa e um olhar plural no futuro, procurando identificar o provável comportamento dos atores na construção do futuro, antecipando-o. Devemos ter em conta as expetativas dos clientes, pois têm um valor primordial. Para tal, contribuíram os avanços ocorridos em múltiplas áreas da saúde com inevitáveis ganhos em saúde; a cura para determinadas doenças cuja taxa de mortalidade era elevada; a facilidade em aceder à informação que está bem

difundida; a mudança de cultura para um paradigma de exigência e responsabilidade social, *accountability* (Vincent, 2000; Fragata e Martins, 2005).

A segurança em ambiente perioperatório é incontornável, pois de acordo com a OMS, pelo menos metade dos casos em que a cirurgia levou a prejuízos, estes foram considerados evitáveis WHO (2008); WHO (2009). Na área perioperatória, a segurança do cliente e dos profissionais é fundamental, sobretudo num *“ambiente de alta tecnologia, de enorme especialização, onde se pretende prestar cuidados de qualidade”*, sendo imperioso *“uma política pró ativa de gestão de risco, que proteja ambas as partes, doente e pessoal, que interfira no meio ambiente, pela identificação, controlo, minimização, prevenção e avaliação dos riscos”* (Dias Pinheiro e Martins, 2006).

As organizações de saúde *“devem definir uma política de gestão de risco de forma a garantir, uma maior e mais adequada segurança no local de trabalho relativamente às instalações, conduta e responsabilidade dos profissionais perante situações consideradas potencial ou efetivamente perigosas”* Dias Pinheiro e Martins (2006, p 61). Uma política de gestão de risco tem como objetivos: Eliminar os riscos para os profissionais e pessoas; Garantir as condições máximas de segurança dos profissionais, clientes e visitas; Promover a saúde e segurança dos profissionais e clientes; Alertar os profissionais para a problemática do risco; Reduzir os custos derivados dos problemas, produzindo ganhos em saúde (Dias Pinheiro e Martins, 2006).

A gestão de risco é um *“instrumento de controlo da qualidade e baseia-se fundamentalmente em três pilares fundamentais, todos eles actuando pró activamente ou preventivamente sobre a ocorrência de auditorias clínicas e avaliação de performance individual e a revisão periódica de protocolos, normas de segurança e programas de treino”* Fragata (2008, p 130). Integra um conjunto de medidas com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade na prestação de cuidados, identificando situações que colocam os clientes em risco (Fragata, 2009), as quais prevêem ameaças reais ou potenciais para a ocorrência de danos – financeiros, acidentes, má prática, etc Fragata e Martins (2008, p 321), correspondendo a risco para clientes, profissionais e organizações.

Cada organização de saúde deve definir uma política de gestão de risco, sendo *“recomendada como instrumento de rotina, a aplicar em todo o setor da saúde e a fazer-se acompanhar por uma filosofia de aprendizagem contínua promotora da criação de ambientes organizacionais sem culpas e vergonhas”* França (2005, p 24). A área perioperatória é um espaço de referência em termos de gestão de risco, uma vez que é *“um local onde pelos fatores ambientais, pelas técnicas utilizadas, que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, existem riscos potenciais elevados a que podem ser expostos doentes e profissionais”* Dias Pinheiro e Martins (2006, p 63).

Numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade, tendo em conta as questões relacionadas com a segurança, com os objetivos de diminuir riscos e de prestar melhores cuidados, os subsistemas e as organizações devem adotar estratégias que visem a implementação de medidas que garantam uma abordagem integrada e contínua, na prevenção de ameaças reais ou potenciais para os clientes, para os profissionais e para as organizações (Dias Pinheiro e Martins, 2006).

3 - A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Hoje, a investigação em enfermagem é uma prática obrigatória. Constitui uma ferramenta essencial na produção de conhecimento e na transformação da atual realidade dos cuidados de enfermagem, para um outro paradigma, fundamentado pela investigação contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados. Em termos nacionais, foi no século XX (década de sessenta), que a investigação integrou o plano de estudos das escolas de enfermagem. Em 1968 fundou-se a Associação Portuguesa de Enfermagem, que nos anos oitenta, integrou o Grupo Europeu para a Investigação em Enfermagem. No século XX (década de setenta), surgiram os primeiros artigos publicados sobre investigação em enfermagem elaborados em contexto académico quer de especialidades na área da enfermagem, quer de licenciaturas em outras áreas. Nos anos noventa e nos primeiros anos do séc. XXI, alguns enfermeiros obtêm o grau de Mestre e de Doutoramento, sendo desenvolvidos trabalhos de investigação em enfermagem. (Amendoeira, 2009); (Moreno et al., 1999).

A prestação de cuidados de enfermagem exige uma formação profunda, articulada com a prática, sustentada na investigação e geradora de novas formas de saber e de fazer cuidados de enfermagem (Costa, 1999). A atitude dos enfermeiros relativamente à investigação tem mudado desde a década de 70 até hoje. A investigação inicialmente desvalorizada passou para um paradigma de divulgação em comunicações científicas, artigos e livros, muito embora a investigação adequada à prática dos cuidados tem sido escassa e pouco desenvolvida. A prática dos cuidados é uma fonte inesgotável de questionamento, que só poderá ser respondida através da investigação, podendo esta disciplina cumprir um dos seus principais objetivos e fornecer orientações para a prática (Basto, 2013). Os enfermeiros não publicam os resultados dos trabalhos de investigação, pelo que, a enfermagem ainda não possui um amplo campo de pesquisas para a formação de um corpo de conhecimentos científicos necessários, de forma a sustentar a PBE (Galvão, 2002).

No REPE, Artº 9, alínea 5, é referido que os enfermeiros *“concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”* REPE (1996, p 11). Nesse artigo, alínea 6ª, é referido que os enfermeiros *“contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução dos cuidados de enfermagem”* REPE (1996, p 12). A investigação é essencial ao desenvolvimento da profissão, e esta *“só pode evoluir se houver investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados”* Nunes (2003, p 349), com promoção da produção de conhecimento científico, que orienta a prática dos cuidados, assegura a credibilidade da profissão junto

dos cidadãos, favorecendo a melhoria, a eficácia e a eficiência dos cuidados (Fortin, 2000; Lamelas, 2002). Qualquer profissão para ter um desenvolvimento contínuo deve ter o contributo da investigação, uma vez que através dela é possível construir um corpo de conhecimentos próprio (Fortin, 1999). Em enfermagem, a investigação é um *“processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, família e comunidade”* OE (2006, p 1). O PNS 2012-2016 refere que a investigação, o desenvolvimento e a inovação em saúde são *“por excelência, processos de melhoria contínua centrais para a sustentabilidade e competitividade do sistema de saúde....A investigação fundamenta e motiva o desenvolvimento e a inovação, como processos transversais com dimensão organizacional, social, política e cultural de mudança nas formas como a sociedade organiza as respostas aos desafios da saúde, incluindo o combate às iniquidades em saúde e o acréscimo da cadeia de valor em saúde. Promove a confiança e o investimento no sistema de saúde e o seu valor económico e social”* PNS (2012, p 7). Prevê no planeamento dos recursos humanos e para os anos 2012-2016, o desenvolvimento profissional dos seus profissionais na área da saúde, com inclusão da *“...investigação”* PNS (2012, p 6). Ao nível da enfermagem perioperatória, o enfermeiro deve desenvolver competências na área da investigação através da realização e/ou colaboração em trabalhos científicos de investigação perioperatória, e na análise, interpretação, avaliação e aplicação do conhecimento científico em meio perioperatório Cambotas et al (2006, p 190).

3.1 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A PBE tem estado presente ao longo dos anos, quando no século XIX, ocorreu um avanço no desenvolvimento da técnica asséptica, após observação da incidência de infeções cruzadas. Em 1840, John Snow associou o surto de cólera a uma fonte de água em Londres (Craig, 2004). A PBE é descrita como *“fazer bem as coisas certas”* ou seja, fazer as coisas de forma eficaz, com os mais elevados padrões, assegurando que o que é feito é realizado bem, obtendo-se assim mais resultados benéficos do que nocivos (Craig, 2004). É um “movimento” baseado na evidência e que tem as suas raízes nas bases conceptuais da Medicina Baseada na Evidência (MBE) (Craig, 2004).

A PBE teve origem no século XX, (década de oitenta), mas foi na década de noventa que teve uma vasta disseminação (Toro, 2001). Surgiu através de um grupo de epidemiologistas (Universidades de McMaster e Oxford - Muir Gray, Rosenberg, Sackett), que preocupados com a efetividade e a eficiência da prática, centralizaram as atenções no desenvolvimento de metodologias e estratégias para a revisão de literatura científica, identificando as melhores evidências existentes para a prática clínica (Toro, 2004). Significa a integração da experiência clínica individual e

simultaneamente, a melhor e a mais relevante evidência encontrada, proveniente da revisão sistemática de pesquisas realizadas (Sackett, 1996). Em 1997, o Professor Sackett definiu-a como a utilização da melhor evidência disponível na tomada de decisões para a prestação de cuidados individuais, de forma consciente, ponderada e explícita, isto é, a integração do conhecimento clínico individual em conjunção com a melhor evidência clínica disponível da revisão sistemática (Sackett, 1996). Em 2000 surgiram fatores importantes que acrescentaram mais valor àquela definição: competência clínica e perspectivas dos clientes (Sackett, 2000). Apresenta as seguintes vantagens:

- ✓ Integrar a formação médica com a prática clínica, podendo ser aprendida por diversos profissionais com formações de base diferentes;
- ✓ Poder ser útil a diferentes estratos sociais não médicos, sobretudo aos clientes, por facilitar a uniformidade e a racionalização das práticas, através de protocolos de boa prática clínica para determinadas situações;
- ✓ Constituir um instrumento de melhoria da qualidade dos cuidados;
- ✓ Ajudar a avaliar a efetividade dos tratamentos e dos serviços que oferece as populações (Carneiro, 1998).

No entanto, também apresenta as seguintes desvantagens, a saber:

- ✓ Aprendizagem morosa e complexa;
- ✓ Facilidade em expor fragilidades da prática clínica quando não sustentada pela evidência mais relevante;
- ✓ Aprendizagem de pesquisa informática e bases de dados (Carneiro, 1998).

Podemos referir que a base da filosofia da aplicação da EC à prática assenta nos conceitos:

- ✓ A capacidade de utilizar as competências clínicas, bem como as competências resultantes da experiência vivida, para que de uma forma rápida, seja feita a identificação do estado de saúde e respetivo diagnóstico do cliente, bem como os riscos e benefícios individuais dos procedimentos, respetivos valores e expectativas pessoais (Sackett, 2000);
- ✓ Os valores do cliente são entendidos como as preferências, as preocupações e as expectativas de cada pessoa no contexto da sua situação clínica e que devem ser integradas nas decisões clínicas, tanto mais que são utilizadas para servir o cliente (Sackett, 2000);
- ✓ A disponibilidade dos recursos aos níveis da saúde e sociais, constituindo um bem indispensável, mas que são cada vez mais limitados. Assim, é importante a utilização de instrumentos

que avaliem as intervenções e respetiva legitimidade com o objetivo de distinguir as práticas pouco eficientes daquelas que de fato são eficientes (Toro, 2001).

A PBE é *“um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, (...) para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”* Benner (2001, p 12). Ao nível da EBE é descrito que os primeiros documentos surgiram em 1996. É definida como um processo, no qual, os problemas surgem como questões, cujas respostas são avaliadas de forma sistemática a partir dos resultados da investigação mais recente, servindo de base à tomada de decisões (Icart, 2004). Em termos conceptuais, os fundadores da EBE fundamentam que a construção e a procura da evidência são baseadas em estudos quantitativos e qualitativos (Toro, 2001). A evidência qualitativa permite uma visão global da pessoa e dos cuidados prestados (Isern, 1999), permitindo investigar crenças, atitudes, preferências não só dos clientes, como também dos profissionais (Craig, 2004).

Os cuidados de enfermagem em diversos contextos não só incluem o tratar, mas abrangem outras esferas, como observação, comunicação e conforto, e os enfermeiros necessitam de mobilizar múltiplos conhecimentos fundamentados em evidência, e que ultrapassam as ciências médicas e incluem as ciências comportamentais e sociais (Craig, 2004). Os enfermeiros devem mobilizar uma variedade de conhecimentos provenientes da produção de evidência de fontes múltiplas nas áreas da psicologia, comunicação, sociologia e ergonomia (fatores humanos) (Craig, 2004).

A EBE é um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados de enfermagem, fundamentados na localização e integração dos melhores resultados científicos obtidos, provenientes da investigação realizada e aplicada à diversidade da prática dos cuidados de enfermagem (Toro, 2001). A EC em enfermagem constitui um instrumento facilitador para melhorar a eficácia da prática dos cuidados e a conceptualização da EBE assenta nos pressupostos:

- ✓ Pela sua origem, pode ser considerada um movimento de natureza académica, dado que pretende conceber a integração entre duas esferas: a investigação e as necessidades da prática dos cuidados;

- ✓ Pela sua metodologia, pode ser considerada um tipo de investigação secundária, dado que através do estudo e da análise de investigações primárias, localiza resultados que podem ser utilizados para a prática dos cuidados de enfermagem. Em enfermagem a investigação primária inclui estudos qualitativos e quantitativos, sustentados em critérios de pertinência, utilidade e qualidade para a área de conhecimento em causa;

✓ Pela sua finalidade, constitui um ponto de convergência entre a investigação centrada na qualidade e as necessidades reais dos clientes e enfermeiros;

✓ Pela sua evidência, dado utilizar instrumentos que facilitam a rápida divulgação e compreensão dos resultados da investigação, o que facilita a tomada de decisão na prestação dos cuidados de enfermagem, diminuindo assim a incerteza e a variabilidade das intervenções (Toro, 2001).

A EBE define-se como a utilização conscienciosa, explícita e criteriosa de informações provenientes de teorias, pesquisas realizadas, que fundamentam a tomada de decisão sobre os cuidados prestados ao cliente/grupos de clientes tendo em conta as necessidades e as preferências da pessoa (s) (Ingersoll, 2000). Determina que o enfermeiro compreenda a evidência, saiba operacionalizar as regras utilizadas para a sua procura ao nível da pesquisa e da revisão bibliográfica, sendo fundamental conhecer as fontes de informação que contém os resultados da investigação. Na operacionalização do processo PBE importa assegurar que as decisões clínicas são suportadas pela evidência da investigação devendo ser considerado cinco etapas (Craig, 2004):

✓ **Converter as necessidades de informação em questões claras e suscetíveis de resposta**

É a primeira etapa da evidência. É feita uma questão geral que resume a necessidade de informação, seguindo-se frases curtas, explícitas, claras que clarificam e definem os conceitos da interrogação (Toro, 2001). Quando a questão é formulada são atendidos os seguintes elementos: problemática do cliente, intervenção a considerar; intervenção a comparar; e variáveis que se pretendem estudar clinicamente. O investigador formula a questão de forma cuidada, maximizando a possibilidade de evidência relevante e de alta qualidade ser identificada e incorporada adequadamente no processo de tomada de decisão clínica (Craig, 2004).

✓ **Procurar a melhor evidência, a fim de responder às questões colocadas**

Esta etapa consiste em pesquisar nas bases de dados eletrónicas os melhores artigos científicos publicados, identificando os estudos de investigação relevantes com evidência e que respondam à questão colocada (Craig, 2004). Quanto mais explícita é a questão, mais fácil é a procura nas bases de dados eletrónicas de investigação, com evidência, tais como as contidas na *Cochrane Library*, na *CINAHL (Cumulative Index of Allied Health and Nursing Literature)* ou na *MEDLINE*. Deve ser assegurado um número adequado de estudos de investigação relevantes, sendo importante utilizar as componentes chave da questão. Uma questão dirigida ajuda a superar a vastidão de artigos de investigação, orientando a estratégia de pesquisa; caso contrário, obtém-se um número excessivo de

estudos de investigação, o que implica necessariamente, um gasto de tempo na procura dos artigos mais relevantes e adequados para o objeto de estudo. Os estudos colocados de forma hierárquica só necessitam de ser consultados quando há falta de uma evidência de melhor qualidade (Craig, 2004). Quando é necessário pesquisar a melhor evidência em termos de qualidade, e havendo a necessidade de hierarquizar os estudos de investigação de acordo com o desenho metodológico, dado que nem todos têm a mesma validade e fiabilidade, é importante ter presente que as revisões sistemáticas, as meta análises, os ensaios clínicos aleatórios e controlados, são os tipos de estudo preditivos para a procura da melhor evidência (Craig, 2004). As revisões sistemáticas da literatura baseadas na EC apresentam uma menor probabilidade de apresentarem resultados enviesados, conduzindo potencialmente a uma melhoria dos outcomes dos consumidores (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A., 2007). Os ensaios clínicos não aleatórios, os estudos de coortes e o estudo de caso controlo apresentam uma qualidade de evidência média. Os estudos descritivos transversos, o comité de peritos, as conferências e consensos e os casos clínicos têm uma qualidade de evidência baixa.

A nossa realidade diária vive hoje um fenómeno explosivo de informação, onde tudo é publicado e nas mais diversificadas formas, sejam elas os tradicionais livros e revistas impressos, até às novas tecnologias eletrónicas que permitem aceder a diferentes fontes de informação científica, através dos sistemas de informação. Estes são um instrumento de melhoria da qualidade e redução de custos, dado que:

- ✓ *“Possibilitam a partilha de conhecimento clínico, apoio à decisão, recolha e comunicação de informação clínica e epidemiológica, a utilização de sistemas de alerta, assim como a monitorização de indicadores e consequente avaliação;*

- ✓ *Influenciam a prestação de cuidados, através de mecanismos como lembretes computadorizados, prescrição informatizada, sistemas computadorizados de suporte à decisão clínica ou, ainda, educação clínica informatizada;*

- ✓ *Permitem a redução dos erros de medicação, a recuperação e disponibilização da informação em tempo real, de forma legível e codificada;*

- ✓ *Promovem a comparabilidade entre práticas e serviços e a investigação”* PNS (2012, p 5).

A pesquisa bibliográfica é o processo de procura da literatura publicada constituindo o primeiro passo da produção de conhecimento científico. Qualquer tipo de investigação tem uma pesquisa prévia, a qual constitui a base teórica para o desenvolvimento do novo conhecimento científico. A estratégia de busca é fundamental, dado ser uma técnica que permite, após a formulação

de uma pergunta, encontrar a informação necessária, que se encontra armazenada em determinada base de dados (Lopes, 2002). Esta intervenção é facilitada pela diversidade de recursos que filtram as informações necessárias e relevantes para o nosso estudo. A estratégia é concebida pela escolha dos termos, campos, delimitação de datas, combinações possíveis e necessárias realizadas através das questões apresentadas e também do objetivo.

Hoje, as bases de dados eletrónicas promoveram um forte impulso na pesquisa de evidência de forma rápida e prática. No entanto, não existe uma única base de dados eletrónica que forneça toda a evidência potencialmente útil, sendo fundamental completar a pesquisa com outras bases de dados. Existem bases de dados eletrónicas de fonte de evidência primária e secundária (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A., 2007). A literatura correspondente à evidência primária, reporta para pesquisas originais, ao passo que a literatura da evidência secundária integra as revisões das pesquisas originais (Gehlbach, 2002). Ao nível da literatura primária encontramos estudos do tipo experimental (com intervenção ou manipulação de variáveis) tais como, os *estudos clínicos randomizados* e ainda, os *estudos controlados* e os estudos de observação (que não têm intervenção ou manipulação de variáveis) como *estudos de coorte*, *estudos de caso-controle* e *relatos de casos*. Ao nível da literatura secundária existem: revisões sistemáticas, meta análises, guias de conduta ou protocolos de procedimentos (*guidelines*), análise de decisões, consensos, comentários editoriais. Com o objetivo de aceder à evidência através de bases de dados eletrónicas, podemos referir a existência de duas bases: uma das bases de dados eletrónicas diz respeito às fontes bibliográficas tradicionais onde podemos encontrar indexados artigos originais com o título do autor (es), periódicos de publicação, ano da publicação, volume, assunto, número de páginas e um resumo do artigo, podendo ainda ter o endereço de contato do autor (Craig, 2004).

As bases de dados **primários** mais importantes no âmbito da biomedicina são:

✓ MEDLINE constitui uma base de dados informatizada e compilada pela National Library of Medicine (EUA), sendo a principal base de dados eletrónica do mundo. Disponibiliza artigos científicos do Index Medicus, Index to Dental Literature, International Nursing e temáticas das áreas das ciências biológicas e físicas, epidemiologia, economia da saúde, entre outras. Apresenta mais de 15 milhões de citações bibliográficas, mais de 5000 resumos de autor de revistas publicadas nos EUA e em outros países. Os programas frequentemente utilizados para pesquisa são o Ovid e a Pubmed (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A., 2007);

✓ LILACS, que compreende a literatura científica relacionada com as ciências da saúde, habitualmente publicada em países da América Latina (desde 1982);

✓ EMBASE que é uma versão *online* da *Excerpta Medica*, que contém informação recente sobre temáticas relacionadas com a medicina e a farmacologia. Indexa um número superior de 11 milhões de referências de 4600 revistas internacionais de 70 países nas áreas: farmacologia, farmacêutica, toxicologia, medicina clínica e experimental humana, saúde ocupacional, entre outras;

✓ CURRENT CONTENTS constitui um serviço de alerta bibliográfico publicado pelo *Institute for Scientific Information*, de Filadélfia, oferecendo informação permanente e atualizada das áreas de especialidade: medicina, ciências sociais, tecnologia, artes e humanidades (Toro, 2001).

Ao nível da enfermagem as fontes de dados existentes compreendem:

✓ CUIDEN, concebida inicialmente pelo Centro de Documentação em Enfermagem Comunitária, atualmente Fundação Index e que integra a produção de artigos científicos de enfermagem oriundos da prática clínica espanhola e ibero américa;

✓ BDIE consiste numa base de dados para a investigação em enfermagem espanhola, com acesso gratuito pela internet;

✓ CUIDATGE construída pela Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Rovira e Virgili;

✓ INTERNACIONAL NURSING INDEX, o qual é publicado pelo *American Journal of Nursing Company* em colaboração com a *National Library of Medicine* e que integra a MEDLINE e caso se queira aceder, deve-se utilizar a opção *Nursing*; a CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) contém artigos científicos na área da enfermagem, os quais são relevantes ao nível da biomedicina, administração, ciências do comportamento, saúde e educação. Corresponde a um número superior a 1200 publicações (Toro, 2001); (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007);

✓ PsychINFO disponibiliza publicações profissionais e académicas nas áreas relacionadas com psicologia, psiquiatria, medicina, enfermagem, sociologia e educação. Apresenta artigos a nível mundial, incluindo referências e resumos de mais 1330 jornais, em aproximadamente 30 línguas, sendo anualmente adicionadas mais de 50000 referências (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

A outra base de dados eletrónica é a proveniente de investigação primária e secundária, que oferece informação concreta, resumida e recente, com artigos relevantes e com qualidade científica, constituindo uma fonte de investigação relevante na aplicação da evidência, através da utilização da PBE. As fontes de dados mais importantes são:

✓ *Cochrane Library*, considerada uma base de dados estruturada da Colaboração Cochrane. É uma organização internacional independente, que disponibiliza apoio à tomada de decisões bem informadas, através da divulgação de revisões sistemáticas recentes. Tem uma metodologia rigorosa e constitui uma fonte única de evidência de elevada qualidade. É um dos principais instrumentos da MBE e da EBE (Bonfill, 1999);

✓ Revistas *Evidence-based Medicine*, com periodicidade bimensal, contendo artigos-chave de investigação, cientificamente válidos e relevantes na prática clínica;

✓ *Evidence-based Nursing*, que apresenta resumos clínicos de artigos selecionados e publicados, os quais são comentados por enfermeiros que situam os resultados das novas investigações em contexto de trabalho;

✓ *ACP Journal Club*, que é suplemento bimensal do *Annals of Internal Medicine*;

✓ *Evidence Mental Health*;

✓ *Evidencia en Atención Primaria*;

✓ *Evidence-based Cardiology Diseases* (Toro, 2001).

As bases de dados são produzidas em múltiplos formatos, a saber: opções de acesso em direto - *online*, versões em CD-ROM, e versão em papel (Beaven, 2004). A localização das fontes de evidência é variada incluindo desde as bases de dados eletrónicas com fontes de evidência primária (Medline, Embase, etc) e secundária (Cochrane Library, etc); de NOCs existentes na literatura; programas específicos (Clinical Evidence); publicações de síntese de evidência primária (revistas EBM); fontes em suporte de papel (livros, manuais, etc); bibliografia específica sobre temas (metodologia); contato com investigadores e peritos na área (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

A incluir nas várias fontes mencionadas, as qualitativas porque “*fornece evidência de grande valia não encontrada nas procedências tradicionais*”, por permitirem introduzir itens importantes, as “*narrativas detalhadas, que descrevem os temas e como estes se relacionam*” Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 39), isto é, é a vivência e a interpretação da dicotomia saúde/doença da população. É possível atingir uma complementaridade de conhecimentos, promovendo a aproximação entre EC e prática clínica. As técnicas de pesquisa desta infindável bibliografia implicam a utilização de filtros específicos, pré determinados e até a eventual necessidade de utilizar *software* adequado (ex. Cochrane Collaboration) Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007). .

✓ **Avaliar (apreciar) a validade (proximidade da verdade) da evidência e respetiva utilidade.** A evidência deve ser avaliada criticamente em termos de validade no que concerne à aproximação à verdade e também, da sua importância e utilidade clínica, a fim de identificar se os resultados do estudo servem a nossa população. Em investigação, o enfermeiro deve verificar se as características da população do estudo são semelhantes à nossa, e os resultados do estudo aplicáveis à situação clínica em causa (Craig, 2004).

✓ **Aplicar os resultados da pesquisa à prática clínica.** Depois de encontrada a melhor evidência, segue-se a aplicação dessa evidência nas atividades de cuidados através de protocolos de atuação, também designados por Guias de Boa Prática (Craig, 2004).

✓ **Avaliar as mudanças ocorridas e os resultados obtidos após a aplicação da melhor evidência na prática dos cuidados.** Uma vez introduzidos os Guias de Boa Prática nas intervenções da prática, devem ser observadas, registadas e avaliadas as mudanças ocorridas, bem como os resultados daí decorrentes (Craig, 2004).

Uma vez identificada a melhor evidência para a prática dos cuidados importa direcioná-la em função da unicidade da pessoa, pelo que esta individualidade constitui um desafio permanente na enfermagem. É importante que a investigação a realizar tenha credibilidade para os potenciais utilizadores, isto é, a amostra da população em estudo deve refletir as características da população alvo a quem se dirige a intervenção/procedimento. As situações e o contexto em que a investigação se realiza, devem ser tão reais quanto possível (Craig, 2004).

A operacionalização da evidência promove uma reflexão crítica e construtiva sobre as práticas diárias, algumas das quais realizadas com base na tradição, em procedimentos pré estabelecidos e até institucionalizados, que podem não ser baseados em EC sólida, apenas pelo fato de terem sido assim aprendidos e ainda hoje se realizarem. Quando o enfermeiro reflete e questiona a sua prática, promove o pensamento crítico e faz realçar lacunas/hiatos de informação (Craig, 2004); e até mesmo na identificação de “incidentes críticos”, o que promove a identificação de necessidades de informação. Caso seja um profissional interessado, curioso e que queira aumentar os seus conhecimentos, encoraja a sua própria aprendizagem, partindo de reflexões às experiências da prática e procurando a melhor EC para mudar a sua praxis. O conhecimento produzido pela investigação pode ter aplicabilidade na prática, quando, ao olhar para a realidade, identifica lacunas da prática

potencialmente passíveis de serem mudadas, contribuindo para a melhoria da qualidade, eficiência e eficácia dos cuidados, com satisfação para clientes, profissionais, subsistemas e organizações.

Os motivos para consultar dados de EC são: Incerteza sobre o método mais adequado de atuar; Controvérsia relacionada com a aplicação de um procedimento ou de uma terapêutica a instituir; Ausência de conhecimento sobre a eficácia de uma terapia; Resultados surpreendentes causados ao cliente; Introdução de novos procedimentos e/ou tecnologias; Práticas clínicas baseadas em metodologias tradicionais; Novas sugestões referidas pelos clientes (Craig, 2004).

A aplicação da EBE apresenta vantagens, para profissionais de saúde, clientes, gestores das organizações de saúde. A EBE permite:

- ✓ Questionar/Refletir sobre as intervenções de enfermagem ao nível do bem-estar, da qualidade de vida e do nível de saúde das pessoas (Silva, 1995), a fim de identificar necessidades de informação;
- ✓ Integrar os resultados da investigação na prática dos cuidados (Isern, 1999) e desta forma, dar-lhe utilidade e aplicabilidade (Toro, 2001);
- ✓ Promover a atualização dos conhecimentos e da formação contínua dos enfermeiros pelo fato de favorecer uma atualização constante dos conhecimentos adquiridos através da avaliação e seleção de artigos científicos de qualidade, com o objetivo de responder a dúvidas da prática dos cuidados (Isern, 1999);
- ✓ Facilitar a consulta da evidência através das bases de dados científicas e disponíveis existentes, para esse fim;
- ✓ Facilitar a avaliação entre o custo e o benefício de um procedimento e desta forma, facilitar a opção por aquele que se adequa às reais necessidades do contexto;
- ✓ Servir de argumentos para a implementação de mudanças em subsistemas e organizações de saúde;
- ✓ Diminuir o desperdício através do consenso dos cuidados provenientes da EC;
- ✓ Construir uma ponte entre a prática dos cuidados e a investigação.

Apesar do elevado número de trabalhos de investigação realizados e das evidências daí decorrentes, muitas dessas evidências não são aplicadas na prática. Questionamos então, a razão dessa inexistência e que estratégias encontrar para essa mudança.

Qualquer subsistema/organização de saúde tem uma cultura organizacional própria marcada pela filosofia, missão, valores, integrados num passado construído ao longo dos anos, com uma

determinada identidade, percorrendo os funcionários e moldando-os durante o processo de socialização, promovendo-lhes processos de pensar, sentir e agir característicos de acordo com a identidade organizacional (Ferreira, 2001). Este entendimento é importante para compreender o impacto da cultura organizacional nas estratégias a aplicar nos processos de mudança, sobretudo quando se pretende implementar e utilizar a melhor evidência científica, como ferramenta para mudar procedimentos da prática dos cuidados (Craig, 2004). Ao implementar os resultados da investigação na prática clínica, importa: Investir na formação dirigida à metodologia de investigação e respetiva análise; Investir em processos de mudança ao nível político e de procedimentos; Adquirir/desenvolver capacidades, habilidades e conhecimentos sobre os problemas da prática clínica; Proceder ao planeamento de mudanças, de estratégias para a resolução de problemas e de análise organizacional; Desenvolver a capacidade para a tomada de decisões (Kitson, 1996).

O PNS é dirigido a todos os agentes do SNS e para os anos 2012-2016 tem como missão *“maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objectivos comuns, a integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”* PNS (2012). Naquele intervalo de anos, o PNS, ao nível da promoção em saúde *“Fomenta a investigação e a inovação que reduza o esforço financeiro e organizacional necessário (custo da não-qualidade e da perda de oportunidade), mantendo ou incrementando os ganhos obtidos, e libertando recursos para outras necessidades”* PNS (2012); e tem como objetivos: Obter Ganhos em Saúde; Promover Contextos Favoráveis para a Saúde ao longo do Ciclo Vital; Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença; Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global PNS (2012). Em termos de reforço da qualidade em saúde, identifica estratégias/recursos no âmbito da governação clínica e nas áreas de desempenho profissional e competência técnica, e entre outros, salientamos *“...a gestão do risco;...partilha de informação e conhecimento;...decisões com base em evidência;...segurança;...cultura de não culpabilização, interrogação e aprendizagem;...incentivo à participação e investigação;...a disseminação da prática baseada na evidência;...trabalho de equipa multidisciplinar;...valorizada a autonomia...;...necessita de instrumentos de que são exemplos,...as normas e orientações clínicas, os processos assistenciais integrados, o desenvolvimento profissional, os sistemas de informação”* PNS (2012, p 5).

Através dos Estados membros da Região Europeia da OMS tem sido possível adotar medidas que converjam para uma política de desenvolvimento ao nível da saúde. Após uma análise

cuidada dos problemas de saúde das respetivas populações, são identificados objetivos e estratégias de acordo com: o país, as populações, as organizações e a sociedade civil, de forma a implementar políticas e programas nacionais que se adequam à realidade local. Foi criado um documento *Saúde 21*, onde são definidas metas (vinte e uma), para o presente século OMS (2002) e que têm como objetivo principal alcançar um potencial de saúde para todos. Através da Meta 16, na qual consta “*Gerir para a qualidade dos cuidados*” é referido a necessidade de identificar conceitos de gestão unificadores que estimulem a investigação de algo não só inovador, como também de qualidade superior.

Os cuidados prestados às pessoas devem ser orientados por uma política subjacente aos seguintes itens: Informação suportada pela evidência; Promoção da aplicação da evidência na prática dos cuidados, tendo por base uma atitude construtiva, de forma a ultrapassar as barreiras existentes; Promoção de uma base de sustentação que suporta o princípio de padrões comparáveis de cuidados baseados na evidência nos subsistemas e organizações de saúde (Craig, 2004). A política de saúde direciona a sua filosofia para a investigação e a sua utilização na prática dos cuidados. No entanto, a investigação só por si não altera as práticas dos cuidados, pelo que é necessário investir em várias áreas, envolvendo e comprometendo todos os intervenientes, quer ao nível da docência pela promoção de programas que permitam o desenvolvimento da capacidade crítica e da procura de informação através da investigação; quer ao nível do topo da gestão das organizações prestadoras de cuidados, promovendo e motivando os seus colaboradores na área da investigação; quer na área da enfermagem promovendo nos enfermeiros o desenvolvimento de atitudes de abertura e favorecimento à mudança e à inovação pois são eles os responsáveis pela transformação da realidade, através da aplicação da melhor evidência na prática dos cuidados.

3.1.1 - NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

As Normas de Orientação Clínica (NOCs) definem-se como “*conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada constituindo um instrumento que se destina a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde, em contextos bem definidos*” Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A. (2007, p 9), podendo ser utilizadas por várias entidades: profissionais de saúde, doentes e o próprio sistema de saúde. Para os profissionais de saúde e entre outros ganhos, permitem obter um acesso sistemático, fácil, relevante e eficaz acerca de uma patologia; reforçam a qualidade da decisão clínica dado indicarem recomendações claras sobre aquela situação; constituírem a referência para programas de qualidade em saúde, indicarem qual a melhor prática clínica (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

Para os clientes as NOCs reforçam as atitudes e os comportamentos em termos de educação para a saúde da população (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

Crescentemente a sociedade tende a obter os melhores cuidados de saúde de forma imediata, atualizada, eficaz e com o menor risco ou efeito secundário possível. “Os *clínicos estão obrigados deontologicamente a praticar os melhores cuidados de saúde, os doentes, exigem cada vez mais, os melhores resultados terapêuticos*” DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) DGS (2013). As NOCs possibilitam a “*decisão mais informada e sustentada em evidência, seja na prática clínica como na gestão e decisão política. A decisão é simplificada, a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos e a qualidade assistencial melhora*” PNS (2010, p 5). As NOCs ou em inglês *Guidelines*, constituem uma metodologia que apoia a decisão clínica, constituindo um instrumento de qualidade na prestação dos serviços de saúde e contribuindo para a melhoria dos sistemas de saúde (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007). A sua importância é reconhecida, focalizando-se nos melhores resultados (*outcomes*), aumentando a eficiência clínica, minimizando os riscos através da diminuição de intervenções, que, não sendo necessárias, são ineficazes ou prejudiciais. As NOCs são validadas quando a sua aplicação traz melhorias previsíveis na saúde, com custos próximos do previsto (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007). São elaboradas com base na melhor evidência. O seu contributo para o sistema de saúde é claro, por potenciar a promoção da melhoria da eficiência dos serviços, pela criação de padrões comparativos da qualidade dos cuidados, otimizando recursos com aumento das atuações custo-efetividade e com acentuado potencial para produzir marcados ganhos em saúde (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007). A elaboração de NOCs, respetiva edição, divulgação, implementação, e respetivo acompanhamento/monitorização dos resultados, constituem os elementos chave no que respeita ao garante da sustentabilidade do Sistema de Saúde PNS (2012) e permitem:

- ✓ Aceder, por parte dos profissionais de saúde, a uma vasta informação científica relevante, com recomendações, constituindo um referencial para a melhor prática clínica (Campos e Carneiro, 2010);
- ✓ Proporcionar às pessoas fontes de informação fiáveis sobre a prática clínica, risco e prognóstico PNS (2012);
- ✓ Diminuir a variabilidade da prática, bem como os erros de medicação, o que promove o aumento da segurança e a otimização na prestação de cuidados PNS (2012);

✓ *“Harmonizar e integrar práticas, incluindo multidisciplinares e mult institucionais, da perspectiva do doente, da doença e dos processos, melhorando a continuidade assistencial”* PNS (2012, p 6);

✓ *“Otimizar recursos, prevenir a repetição desnecessária de procedimentos, reduzir os custos de desperdício derivados da duplicação de atos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, contribuir para a generalização das práticas e intervenções que se evidenciem mais custo/efetivas”* PNS (2012, p 6);

✓ Divulgar a inovação e o conhecimento, ajudando os profissionais de saúde a prestar cuidados com base na evidência e em consensos científicos nacionais e internacionais atuais PNS (2012);

✓ Servir de referência para a *“organização e previsão de cuidados, gestão e comunicação do risco, previsão e gestão de recursos, indicadores de estrutura, processo, resultados e impactos e avaliação da qualidade”* PNS (2012, p 6);

✓ Poder ser elaboradas ou adaptadas por agências nacionais, sociedades científicas nacionais e internacionais, por universidades ou por organizações e subsistemas prestadores de cuidados, de forma transparente, fundamentada, sistemática e colaborativa PNS (2012).

Na sua praxis o enfermeiro promove o trabalho em equipa multidisciplinar e simultaneamente, motiva a adesão dos profissionais à realização e implementação de NOCs, baseadas na evidência, e a realização de reuniões de discussão clínica (Busse et al, 2010). São vários os métodos para a elaboração das NOCs. Alguns autores defendem a aplicação deste termo apenas em trabalhos apoiados em revisões sistematizadas da literatura e suportadas por rigorosas metodologias científicas previamente validadas (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007). As NOCs têm maior eficácia quando as recomendações se baseiam em *“revisões sistematizadas da literatura (com ênfase para estudos que medem ou avaliam resultados clínicos relevantes); se forem produzidas por grupos nacionais ou regionais (que incluam representantes de todos os grupos interessados) e se a conexão entre as recomendações e a evidência científica for formalmente explicitada”* Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 10). Devem procurar identificar e sintetizar a melhor EC disponível, adaptada às especificidades da população. O processo de criação de NOCs deve ser realizado num registo que inclui: levantamento das reais necessidades da população alvo, desenvolvimento específico da norma, sua implementação, respetiva avaliação e revisão periódica, devem estar contempladas (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

As NOCs apresentam benefícios, limitações e implicações. Assim, os potenciais benefícios são:

✓ Para os profissionais de saúde:

Disponibilização e explicitação do princípio da norma da MBE; Acessibilidade fácil à síntese da informação relevante sobre um procedimento ou intervenção eficaz destinada a um indivíduo, grupo ou população específico; Melhoria da qualidade na tomada de decisão clínica por existirem recomendações claras, com diminuição da variação da prática clínica, e com objetividade na prática; Referenciação para programas de qualidade em saúde; Divisão de tarefas na equipa; Identificação de áreas que revelam necessidade de investigação clínica; Sistematização da melhor prática Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 12,13).

✓ Para as pessoas doentes:

Educar as pessoas sobre as melhores práticas clínicas; Melhorar os resultados e a qualidade em saúde, promovendo práticas eficazes e seguras, com desaconselhamento de outras; Melhorar a consistência dos cuidados, reduzindo a variação da prática; Informar adequada e de boa qualidade com promoção de uma referência segura para uma decisão consciente acerca da saúde do indivíduo; Alterar as políticas de saúde, identificando novas carências e assumindo uma distribuição mais justa dos recursos Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 13).

✓ Para os sistemas de saúde:

Melhorar a eficiência dos serviços; Estabelecer um padrão comparativo de qualidade dos cuidados; Otimizar os recursos existentes com aumento das atuações custo-efetivas Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 13).

As NOCs também apresentam limitações e desvantagens, sendo que a principal limitação é a que as recomendações mencionadas estejam incorretas ou erradas Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007, p 13). Neste caso, isso pode ocorrer por três razões:

✓ A evidência sobre a qual se baseia a NOC é inexistente, mal interpretada ou mal avaliada;

✓ A recomendação é influenciada pela opinião pessoal do responsável pela construção da NOC, não obedecendo a critérios metodológicos cientificamente validados;

✓ A necessidade clínica da pessoa não é a única prioridade a considerar Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 13).

No entanto, quando as NOCs são mal concebidas podem ocorrer desvantagens, a saber:

✓ Para os profissionais de saúde:

-Comprometimento da qualidade dos cuidados, com promoção de intervenções ineficazes ou perigosas;

-Reflexão das opiniões dos peritos em vez da EC;

-Redução da prática a uma média, a qual pode não ser de melhor qualidade;

-Questionamento errado da prática, por referência a dados incorretos que a norma contém;

-Implicação legal;

-Investir em áreas de investigação inúteis ou irrelevantes Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 14).

✓ Para as pessoas doentes:

-Prática clínica desatualizada, ineficiente ou até perigosa por parte do profissional que baseia a sua intervenção em informação defeituosa ou incompleta;

-Ignorância das características individuais daquela pessoa;

-Estabelecimento de políticas de saúde inconsistentes ou desnecessárias Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 14).

✓ Para os sistemas de saúde:

-Inibir a inovação, eventualmente;

-Aumentar o consumo de recursos humanos e financeiros sem justificação;

-Comprometer a eficiência do sistema;

-Induzir uma não adesão à norma por parte dos profissionais de saúde, porque esta não reflete as reais necessidades do indivíduo, família, população;

-Aumentar a procura dos serviços sem justificação Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 14).

As NOCs podem apresentar implicações médico-legais, servindo de instrumento de suporte em matéria de Direito, constituindo uma indicação de conduta aceitável no contexto de uma eventual suspeita de negligência ou prática danosa. Futuramente a existência das NOCs podem servir de medida de proteção para profissionais de saúde e pessoas que as utilizam na prática clínica, uma vez que a sua utilidade está relacionada com a possibilidade de informar e ajudar na tomada de decisão. As NOCs *“constituem guias gerais e não documentos exaustivos que se aplicam de forma cega e universal”* Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 14; 15). Tendo em linha de conta este desiderato e com o objetivo de colmatar as limitações das NOCs, deve constar em todos os documentos elaborados os seguintes dados:

- ✓ O reforço de que se trata de um resumo da EC;
- ✓ O prazo de validade previsto para a NOC, tendo em conta que ao fim desse prazo ela poderá estar desatualizada e necessitar de revisão;
- ✓ O focalizar as áreas que podem ser de controvérsia ou incerteza;
- ✓ O fato de ter ou não sido realizada uma revisão anterior à implementação da NOC;
- ✓ A situação especial ou o caso em que a NOC não tem validade ou não se enquadra nas respostas objetivadas pelo documento em causa Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 15).

De uma forma geral, e a fim de ter utilidade para os seus utilizadores, os componentes que uma NOC deve possuir, podem ser resumidos nos seguintes termos:

- ✓ *“Deve identificar as decisões-chave finais e as consequências previsíveis da respectiva aplicação prática;*
- ✓ *Deve rever cuidada e exaustivamente a evidência científica que seja válida e relevante sobre os benefícios, riscos e custos das decisões alternativas propostas na versão final;*
- ✓ *Deve sintetizar e apresentar a evidência que informa as decisões de maneira simples, com um formato acessível e flexível, "pronto-a-usar" pelos utilizadores”* Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 16;17).

Existem princípios orientadores, com eficácia reconhecida, e que estão na base de elaboração de uma NOC, a saber:

- ✓ Promover a melhoria da qualidade em saúde centrada em objetivos claros, válidos e relevantes;
- ✓ Promover a participação de uma equipa multidisciplinar com a colaboração de médicos, pessoal da saúde, associações profissionais, representantes da população doente sobre os quais irão incidir as recomendações;
- ✓ Elaborar a NOC, tendo em conta: explicitação dos objetivos da NOC, os critérios metodológicos, os potenciais utilizadores, os contextos da sua aplicação, os processos de priorização e a garantia dos recursos necessários para a sua criação, distribuição, implementação e revisão;
- ✓ Construir a NOC de forma organizada e estruturalmente resumida, tendo por base a sintetização da melhor EC disponível;
- ✓ Elaborar a NOC com recomendações claras, concisas, graduadas tendo em conta a sua importância/força. Devem ser flexíveis para profissionais de saúde e para as pessoas, podendo

exercer um julgamento objetivo e simultaneamente que possam ser implementadas e adaptadas a uma população alvo;

- ✓ Servir de base a uma decisão informada por parte dos profissionais de saúde e população, melhorando as aprendizagens profissionais, a educação da pessoa e a comunicação entre ambos;

- ✓ Prever a revisão da NOC por peritos e por utilizadores, antes da respetiva implementação. Se possível, a NOC deve ser testada em condições semelhantes às que irá ser utilizada;

- ✓ Incluir instruções e estratégias adaptativas e eficazes para a implementação da NOC, dando relevância ao envolvimento das pessoas e dos profissionais de saúde;

- ✓ Promover a avaliação da NOC em termos de eficácia e com recurso a instrumentos de medida rigorosos;

- ✓ Promover a revisão, atualização regular e programada da NOC, cuja periodicidade depende do avanço do conhecimento científico relevante referente ao tema (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

Os documentos que emitem recomendações de acordo com as suas premissas de elaboração podem ser classificados em cinco formas, a saber:

- ✓ Normas da melhor prática – documento com recomendações sistematizadas que suportam a decisão clínica tendo como base a evidência existente referente à efetividade podendo constituir a base para o planeamento da intervenção. No entanto, não existe qualquer documentação sobre a seleção e os critérios de inclusão das recomendações e por isso não é possível que o utilizador decida da validade da recomendação (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

- ✓ Protocolo – documento concebido para reduzir o grau de variabilidade. Apresenta um perfil adequado a uma prática de alto risco (ex: reanimação) (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007):

- ✓ Normas de consenso – documento elaborado por grupo de peritos em determinada área que discute e redige documento com indicações daquilo que considera refletir a conduta mais correta face a um problema identificado. As principais vantagens são: grande rapidez e custo reduzido. As desvantagens são: impossibilidade de garantir a inclusão de todos os aspetos importantes de determinada conduta porque a literatura é imensa ou porque a opinião de peritos nem sempre traduz a EC. Dado estar incluído no último nível de evidência, está relacionado com a prova científica que dá

suporte à recomendação específica e por isso apresenta forças diferentes (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

✓ Normas baseadas na evidência – normas criadas com base na seleção, avaliação e síntese de informação sistematizada e sequencial, baseada na literatura científica sobre um tema. Apresentam “*esquemas para avaliação da força da evidência e separam opiniões da evidência, estabelecendo considerações não só acerca de uma opção que se revela superior, mas também sobre as diferenças absolutas em termos de outcome (com discussão de potenciais vantagens e desvantagens de uma dada intervenção)*” Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 19);

✓ Normas baseadas na evidência com explicação formal – documento criado com metodologia idêntica à NOC, baseada na evidência e com acréscimo de informação, pois estabelece uma correlação com resultados específicos previstos da alteração dos cuidados de saúde, tendo em conta benefícios, prejuízos utilização e custos. Fornece recomendações credíveis (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

As NOCs podem ser elaboradas por uma estrutura/organização ou até por uma única pessoa, desde que tenha competências para tal. Na construção de uma NOC, os clínicos que irão integrar o grupo devem representar as práticas diárias dos cuidados, pois aumenta a probabilidade dessa NOC ser concretizada no terreno. A equipa que conceberá uma NOC deve ter uma composição multidisciplinar e deve considerar os seguintes elementos: “*Indivíduos pertencentes a domínios-chave/complementares no que concerne ao tema em questão, como clínicos experientes em dada disciplina; Representantes de instituições/órgãos reguladores; Epidemiologias; Bio estatistas; Membros representantes de associações de saúde; Economistas da saúde; Consumidores ou seus representantes, entre outros*” Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 19). A DGS refere que “*Emitir normas e orientações, quer clínicas, quer organizacionais, desenvolve e promove a execução de programas em matéria de saúde pública e para a melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos*” (Dec Reg nº 14/2012, 26 jan.) DGS (2012).

Em enfermagem, no processo de tomada de decisão, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na prática, reconhecendo a necessidade de elaborar Guias Orientadores da Boa Prática dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência, constituindo uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade e da segurança da prática profissional dos enfermeiros OE (2001).

3.1.2 – GUIAS DE BOA PRÁTICA

Numa política de segurança, de qualidade e melhoria contínua dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, é crucial que o exercício profissional seja baseado em ferramentas e metodologias de gestão de risco, as quais têm por objetivo promover um ambiente seguro e de qualidade, quer para clientes, quer para profissionais. O BO é propenso à ocorrência de acidentes, dado que nele coexistem ingredientes para que essa situação ocorra, nomeadamente: *“stress excessivo, ocorrências inesperadas (vertente diagnóstica, dificuldade técnica, impreparação, equipamento, falhas técnicas), interface humanos-equipamentos muito variadas e nem sempre ergonómicas, dinâmica de equipa com as suas disfunções usuais, falhas da organização, falhas técnicas por avaria e claro, o erro humano!”* Fragata, (2010, p 20). O cuidar perioperatório é caracterizado pela sua complexidade, com equipas multiprofissionais, com uma forte dependência e contribuição operacional individual (human technical skills), exercida no contexto de um subsistema e de uma organização complexos, em que os fatores de equipa (*human non technical skills*) e os fatores organizacionais (*system*), têm um papel fundamental, em constante interação, num ambiente pautado por humanos, máquinas e equipamentos (Fragata, 2013).

Na área perioperatória a atividade do cuidar é envolvida por procedimentos complexos, plenos de variação e incerteza, operacionalizados em condições ambientais dominadas pela pressão e *stress* (Healey et al, 2007); (Leval et al, 2000); (Dias Pinheiro e Martins, 2006), pelo que a segurança da pessoa e profissionais é um foco da prática, num ambiente de alta tecnologia e de vasta especialização, sobretudo quando prestamos cuidados diferenciados, especializados, seguros e de qualidade. Também *“o número de pessoas envolvidas, a elevada carga de trabalho, o stress, a fadiga, as estruturas hierárquicas e a organização inadequada contribuem para um ambiente favorável ao erro.”* DGS (2010, p 122). Na gestão dos cuidados, os enfermeiros, na sua prática clínica focalizam as suas intervenções *“na complexa interdependência pessoa/ambiente.”* OE (2001, p 7), sendo da competência do enfermeiro de cuidados gerais, o cuidado pelo ambiente seguro, tal como podemos ler no enunciado o enfermeiro *“Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco; utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais”* OE (2003, p 22).

Em ambiente perioperatório, a maioria das pessoas encontra-se numa fase de grande vulnerabilidade, acrescida de perda total ou parcial da consciência, estando completamente suscetível ao ambiente que o rodeia. O enfermeiro perioperatório deve assegurar um ambiente seguro e

terapêutico mantendo padrões de boa prática. Neste contexto, ele é responsável pela segurança e pelo conforto, tendo presente um conhecimento profundo do meio envolvente (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). Os Guias de Boa Prática constituem ferramentas essenciais para a prestação de cuidados seguros, de qualidade, eficazes, eficientes e efetivos, uma vez que estão baseados na melhor evidência existente ao nível das fontes de informação.

3.1.3 – PRÁTICAS RECOMENDADAS DA AESOP

A aplicação dos resultados da pesquisa à prática dos cuidados é um processo inerente à boa prática clínica, uma vez que encontrada a melhor evidência, devemos de seguida proceder à respetiva aplicação nas atividades de cuidados. Para a consecução dessa operacionalização devemos construir protocolos de atuação, também designados por Guias de Boa Prática. Consideramos que parte integrante das funções do enfermeiro perioperatório consiste em garantir a segurança, salvaguardando as condições ideais do ambiente cirúrgico. Nesse contexto, o enfermeiro perioperatório deve elaborar protocolos, que devem ser organizados por forma a promover uma orientação dirigida e adequada à realidade das necessidades sentidas e manifestadas pelos clientes pelos profissionais, e pelos subsistemas e organizações de saúde (Cambotas, 2006). Na área perioperatória a prestação de cuidados é uma atividade de risco, a qual poderá ser minorada com *“pessoal competente e treinado, políticas claras, procedimentos normalizados e um verdadeiro trabalho em equipa”* (Dias Pinheiro e Martins, 2006: 63).

Dada a diversidade de subsistemas operatórios no País e a panóplia de especializações cirúrgicas, a AESOP, enquanto associação profissional, considerou de interesse para a promoção da qualidade e da segurança na área perioperatória, a criação de um Guia de Boas Práticas, que pudesse servir de base para o cuidar perioperatório. Com este instrumento pretendeu fornecer linhas orientadoras fundamentadas cientificamente e relacionadas com os procedimentos no BO (Guia et al, 2006). Os Guias de Boa Prática podem ser definidos como recomendações que emergem da interação entre os dados científicos e a opinião clínica do profissional, as quais, elaboradas através de uma metodologia científica podem ser consideradas válidas para a prática clínica (Atallah, 1998). Relativamente aos Guias de Boa Prática, aquele autor acrescenta que são *“...sugestões de condutas clínicas, baseadas nas melhores evidências científicas existentes, produzidas de maneira estruturada (...), com senso e honestidade”* (Atallah, 1998).

A cirurgia é uma componente dos cuidados de saúde a nível nacional e internacional. Cerca de 234 milhões de cirurgias são realizadas anualmente, e as complicações cirúrgicas são comuns, podendo ser evitáveis (WHO, 2008; WHO, 2009; Haynes, et al, 2009). No ambiente perioperatório a gestão de risco e a segurança de clientes e profissionais constitui um foco da prática segura, tal como interpretamos na afirmação: *“controlar os riscos e os perigos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, (...) é para proteger a pessoa dos riscos (actuais ou potenciais) e minimizar as sequelas que muitos actos profissionais são realizados. De forma prudente, preventiva ou precautória (...) e no sentido da segurança”* (Nunes, 2006). Também para Nunes (2013) *“(...) caminhos plausíveis para cuidados seguros seriam então: Respeitar e cumprir os deveres profissionais; (...) Controlar o risco; (...) identificar, analisar e tratar potenciais riscos num contexto de prática circunscrita; (...) desenvolver e avaliar políticas e procedimentos que definam guidelines na instituição e para a prática directa; (...) informação e discussão de casos; (...) formação dos profissionais; (...) produzir recomendações para mudanças nas políticas e/ou nos procedimentos; (...) Zelar pelo ambiente; (...) Desenvolver o conhecimento (...)”*.

A AESOP, enquanto Associação Profissional, preocupada com a segurança e a qualidade dos cuidados, elaborou um conjunto de Guias de Boa Prática designadas por Práticas Recomendadas (PR), constituindo recomendações que devem ser operacionalizadas, baseadas em evidências de eficácia, obtidas através da literatura publicada, investigações e opiniões de peritos. Representam a posição oficial da AESOP, constituindo um instrumento que apoia a prática perioperatória com o objetivo de atingir um ótimo nível de cuidados na área (AESOP, 2010). Mas, não importa só a elaboração das PR, igualmente importante é que as mesmas sejam aplicadas e por isso, o enfermeiro perioperatório deve cumprir e fazer cumprir os protocolos vigentes, uma vez que *“orientam formalmente a respetiva atuação”* Cambotas et al (2006, p 154). As PR constituem um guia orientador para a prática dos cuidados estando relacionada com projetos de qualidade, os quais *“só serão consequentes e robustos se incidirem no próprio modo como os profissionais interagem com os doentes e utilizam o conhecimento e as tecnologias de que dispõem. Bons procedimentos dão mais segurança aos doentes, previnem riscos e garantem melhores resultados”* Delgado (2009, p 46).

4 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA EM CONTEXTO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A Enfermagem enquanto ciência determina a produção e a renovação contínua de conhecimentos através da investigação, a qual proporciona a tomada de decisões adequadas, a fim de prestar cuidados de qualidade ao cliente. Consideramos que os enfermeiros perioperatórios devem na sua prática diária refletir e avaliar as suas intervenções, fundamentando-as com os conhecimentos clínicos baseados na melhor evidência. O conhecimento obtido através da investigação determina o desenvolvimento de uma PBE, que contribui para melhores cuidados com otimização dos resultados em saúde. A PBE é a *“incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), integrada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis”* (OE) (2006, p1). A PBE determina que os procedimentos realizados sejam executados eficazmente, utilizando para tal, padrões considerados elevados, garantindo que os procedimentos realizados sejam bons, obtendo-se assim, resultados benéficos em detrimento dos nefastos (Craig, 2004). A PBE tem como ponto de partida a prática dos cuidados, o que só é possível após uma reflexão à prática e aquilo que se faz diariamente.

A EBE é definida como a operacionalização de forma conscienciosa, explícita e criteriosa de informações provenientes de teorias, pesquisas realizadas, as quais fundamentam a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar ao cliente ou a grupos de clientes, considerando sempre as necessidades individuais e as preferências da pessoa (s) (Ingersoll, 2000). Desta forma, o enfermeiro compreende a evidência e sabe operacionalizar as regras utilizadas na busca dessa evidência, não só ao nível da pesquisa, como da revisão bibliográfica, procurando as fontes de informação adequadas e que contém os resultados dos estudos. Assim, assegura-se que as decisões clínicas são suportadas pela evidência da investigação (Craig, 2004).

A investigação só por si não altera as práticas. Importa que os profissionais desenvolvam capacidade crítica, por forma a questionarem a sua prática diária, procurando informação relevante ao nível da EC, a qual dê resposta às questões da prática e às dúvidas existentes. Para isso, importa, dotar os cursos base e pós base, de programas formativos na área da investigação, motivando os profissionais; a par de políticas de incentivo à investigação, junto das organizações de saúde e junto das diferentes pessoas ao nível da hierarquia, a fim de incentivar à criação de grupos de trabalho à investigação. Paralelamente, e não menos importante, os enfermeiros prestadores de cuidados devem

ser incentivados a desenvolverem atitudes pró ativas e favoráveis à mudança, uma vez que são eles os grandes veículos de transformação da realidade da prática de cuidados.

Para a consecução de um estudo de investigação desta dimensão, foi necessário integrarmos os conhecimentos apreendidos ao nível da Metodologia de Projeto, cujo método favoreceu a utilização de técnicas e procedimentos com o objectivo de estudar um aspecto da realidade, de forma a prever, orientar e preparar os caminhos a percorrer para efectivar o Projeto, tendo por base a investigação, a análise e a resolução de problemas (Leite, 2001). O Projecto não é apenas uma ideia, uma intenção, mas antes, um comprometimento, o qual passa da intenção à ação, existindo uma transformação do real. O investigador, perante um problema que considera relevante e real, através de uma atividade intencional, adquire capacidades, desenvolve e solidifica atitudes, produz conhecimentos, que o ajudam a transformar o real, passando da intenção à ação (Boutinet, 1986).

Qualquer projeto ao nível da saúde deve ser sustentável, tendo a capacidade de proporcionar benefícios num período de tempo prolongado e com características próprias, nomeadamente: produzir benefícios que perdurem e que mesmo na ausência do projeto, os seus efeitos sejam perpetuados; criar uma certa dinâmica para outras iniciativas no seio da equipa pluridisciplinar; permitir o desenvolvimento global, que se pretende inovador e irreversível, de modo autónomo, tendo em conta os recursos existentes (Brissos, 1982).

Um Trabalho de Projeto tem uma metodologia própria que resulta da necessidade de articular, de forma coerente e sistemática, um projeto que incorpora a intervenção de um grupo de pessoas, a fim de resolver um problema real, isto é, o Trabalho de Projeto é centrado no estudo de problemas no seu contexto social (Leite, 1991). Distribui-se por etapas, desenvolvendo-se em cada uma estratégias que abordam os diferentes problemas. As principais etapas são: Identificação/Formulação do Problema; Pesquisa/Produção; e Apresentação/Globalização/Avaliação Final (Leite, 1991). A metodologia de projeto é constituída pelas fases seguintes: Identificação dos Problemas e Diagnóstico da Situação; Definição de Objectivos; Selecção de Estratégias; Planificação das Atividades, Avaliação do Trabalho e Divulgação dos Resultados (Guerra, 1994). A primeira fase do projeto é a identificação do problema e o diagnóstico da situação, o qual permite elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar (Guerra, 1994).

4.1 - PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

A definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou a elaboração de um projeto (Almeida, 2007). O ponto de partida para qualquer investigação tem por base uma situação que suscita questões, inquietações, podendo ser alvo de uma explicação ou mesmo de uma melhor compreensão (Fortin, 2006). Também na Metodologia de Projeto a identificação do problema e o diagnóstico situacional é o primeiro passo.

É do senso comum que os enfermeiros perioperatórios, no exercício das suas funções, devem executar as suas intervenções baseados em conhecimentos científicos. Na nossa prática diária, muitas das intervenções a que assistimos baseiam-se em procedimentos de rotina e tradição, que quando questionados, as respostas obtidas convergem para *“faz-se assim, porque foi assim que aprendi”* ou *“sempre se fez assim”*. Uma das áreas de responsabilidade dos enfermeiros é o controlo da infeção, existindo EC nessa área. Na nossa prática perioperatória assistimos à escovagem de mãos e antebraços de elementos da equipa cirúrgica. Outra situação é a preparação do campo cirúrgico, em que para a mesma cirurgia, a preparação do campo é feita pelo enfermeiro, de forma arbitrária, quer no produto antisséptico a utilizar, quer na forma a aplicar, existindo uma imensa variabilidade de técnicas e de formas para o mesmo procedimento cirúrgico dentro do mesmo subsistema. Na realidade, os enfermeiros preocupam-se com estes problemas e questionam estas práticas. É nossa opinião que existe um hiato entre o conhecimento e a prática, talvez por falta de motivação e coragem para assumir as mudanças que devem ocorrer na prática perioperatória, as quais resultam da pesquisa científica realizada e do conhecimento científico obtido e devidamente fundamentado através da evidência. Aqui surge a nossa principal questão: em que baseiam os enfermeiros perioperatórios a sua prática clínica? As suas práticas perioperatórias são baseadas em evidência científica?

Um aspeto importante é a avaliação da qualidade e pertinência do problema. Consideramos este estudo pertinente, por emergir de um problema concreto e real; é relevante para a teoria e prática perioperatória, reúne condições para ser alvo de um estudo, pode ser operacionalizado e a sua formulação é feita de forma clara e perceptível Almeida e Freire (2007). Com este estudo podemos contribuir para conhecer a realidade perioperatória. Para tal, pretendemos identificar que necessidade de formação científica é necessária para a prática diária perioperatória; e em que fundamentam os enfermeiros perioperatórios as suas práticas perioperatórias, nomeadamente, se utilizam os Guias de Boa Prática, a saber, as PR da AESOP.

4.2 - DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS

Os objetivos indicam os resultados a alcançar, podendo incluir níveis que vão desde o objetivo geral ao específico (Mão de Ferro, 1999). Ao definir os objetivos importa que os problemas identificados sejam descritos de forma sucinta, delimitando o problema que o Projeto pretende resolver, e permitindo que os objetivos sejam descritos de forma clara (Nogueira, 2005). Definimos como **objetivo geral**: Identificar as necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática profissional.

Os **objetivos específicos** devem ser pertinentes, precisos, concisos, exequíveis, mensuráveis e claramente expressos. Indicam de forma clara qual o fim pretendido, especificando as variáveis chave, a população escolhida para a recolha dos dados, e o verbo de ação que orienta o que se pretende investigar (Fortin, 2009; Gouveia, 2011). Para a consecução do objetivo geral, foram traçados objetivos específicos, a saber:

- ✓ Caraterizar o perfil profissional e técnico dos enfermeiros perioperatórios;
- ✓ Identificar que formação científica base e pós básica perioperatória têm os enfermeiros na área perioperatória;
- ✓ Identificar em que situações, os enfermeiros perioperatórios recorrem às fontes de informação científica disponíveis;
- ✓ Identificar as fontes a que recorrem os enfermeiros perioperatórios, para pesquisa de informação científica;
- ✓ Identificar a periodicidade de horas anuais que os enfermeiros perioperatórios dedicam à leitura de artigos científicos de EP;
- ✓ Avaliar a frequência, em número de horas de formação, que os enfermeiros perioperatórios participam em atividades de formação contínua;
- ✓ Avaliar qual o tipo de incentivo que os enfermeiros perioperatórios recebem, relativamente às atividades de formação contínua, nos locais onde exercem funções;
- ✓ Identificar se os enfermeiros perioperatórios conhecem o conceito de Enfermagem Baseada na Evidencia (EBE);
- ✓ Identificar a opinião que os enfermeiros perioperatórios têm acerca da aplicabilidade da Evidência Científica, na prática dos cuidados perioperatórios;
- ✓ Identificar se os enfermeiros perioperatórios conhecem o conceito de Normas de Orientação Clínica (NOC);
- ✓ Identificar se os enfermeiros perioperatórios na sua prática clinica utilizam as PR da AESOP.

5 – METODOLOGIA

O desenho do estudo é exploratório e descritivo. É exploratório porque consiste em um estudo preliminar sobre uma temática que se pretende conhecer melhor, para constituir um ponto de partida para futuros estudos. É descritivo por consistir na identificação de um fenómeno mal conhecido (Fortin, 2006), permitindo descrever o conhecimento e a opinião que os enfermeiros perioperatórios têm sobre os diferentes temas do estudo. É possível descrever qual o conhecimento que os inquiridos têm acerca da EC; qual a sua aplicação na prática dos cuidados perioperatórios; qual a necessidade de informação científica manifestada pelos inquiridos e a que fontes científicas recorrem para aceder a essa informação; qual o conhecimento e a opinião que os enfermeiros perioperatórios têm sobre as “PR da AESOP” e qual a sua aplicabilidade na prática dos cuidados.

5.1 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário com perguntas fechadas, tendo como principais vantagens a simplicidade na utilização, a permissão para a codificação fácil das respostas e a análise rápida e pouco dispendiosa, facilitando o tratamento estatístico (Fortin, 2006). O questionário é um instrumento de colheita de dados que tem por objetivo recolher informação fatural acerca de acontecimentos ou situações conhecidas, bem como atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Fortin, 2006). Tem a vantagem de ter uma grande flexibilidade no que respeita à estrutura, à forma e aos meios de recolha de informação, a par do anonimato, o que tranquiliza os respondentes, levando-os a expressar livremente as suas opiniões, podendo ser aplicado a inúmeras pessoas pertencentes a diferentes regiões (Fortin, 2006).

Foi construído pelo autor do estudo a partir de um questionário já existente, utilizado em um estudo (Ferrito, 2004). Foi pedida autorização à autora original do questionário a sua utilização e reformulação, por forma a adequá-lo ao atual estudo. Realizou-se um pré-teste a uma amostra de 18 enfermeiros perioperatórios, cujo contexto do exercício profissional foi semelhante à amostra deste estudo. O objetivo de aplicar o pré teste a uma amostra semelhante à do estudo, é verificar a compreensão das questões e a necessidade de alterar a linguagem, detetar eventuais falhas estruturais e verificar a veracidade das respostas ao questionário. A população de enfermeiros perioperatórios respondente na amostragem para o pré teste, não foram respondentes na amostra aquando da aplicação do teste para o presente estudo. O pré-teste deve ser aplicado a uma amostra reduzida (10 a 20 elementos) da população alvo (Fortin, 2006). O pré-teste é considerado por (Polit e

Hungler 1995) como uma tentativa que permite determinar, tanto quanto possível, se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e, além disso, se fornece o tipo de informação que se deseja. O pré-teste é uma etapa *“indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões”* Fortin (2006, p.386). O questionário final manteve-se igual ao aplicado no pré-teste, tendo por exceção a pergunta aberta para sugestões. Dado não ter sido sugerido qualquer alteração, o questionário permaneceu igual (Apêndice I).

Tendo em conta os objetivos específicos traçados para este trabalho, dividimos o questionário em 4 partes.

A primeira parte compreende a pergunta 1 e vai até à 9, tendo como objetivo caracterizar a amostra.

A segunda parte compreende as questões 10 e 11, e têm por objetivo identificar que tipo de formação perioperatória base tiveram os enfermeiros no Curso de Enfermagem (CE), bem como a formação contínua após ingresso no BO para desempenho das suas funções.

A terceira parte compreende questões desde a 12 até à 20 a fim de identificar o tipo e a frequência de fontes de informação científica que os enfermeiros perioperatórios recorrem, sendo que: as questões 12 a 15 têm a finalidade de saber em que situações os enfermeiros recorrem a fontes de informação científica e qual a frequência com que o fazem; a questão 16 permite identificar que tipos de fontes de informação científica a que recorrem os enfermeiros e respetiva frequência; a pergunta 17 visa avaliar o grau de incentivo que recebem os enfermeiros nos respetivos serviços para as diferentes modalidades de formação contínua; a questão 18 permite identificar a frequência mensal de pesquisa em bases de dados de informação científica; a pergunta 19 tem por objetivo saber o tempo que os enfermeiros dedicam à leitura de assuntos relacionados com a profissão; a questão 20 visa identificar se os enfermeiros são assinantes de alguma revista de Enfermagem Perioperatória.

A quarta parte do questionário engloba diversas questões, desde a 21 até à 27 e que permite identificar o conhecimento que os enfermeiros têm sobre PBE, a questão 21, 22 e 23 permitem avaliar o grau de familiaridade que os enfermeiros têm com os conceitos de EC e a prática dos cuidados; a questão 24 a 26 permitem identificar o conhecimento que os enfermeiros têm sobre as PR da AESOP e respetiva operacionalização nos cuidados perioperatórios; a questão 27 permite saber se os enfermeiros identificam a necessidade e a pertinência de conceber outros Guias Orientadores de Boa Prática para integrar as PR da AESOP.

A escala utilizada para as questões 12 a 17 e 24 c) foi a escala de Likert ou também designada por escala aditiva, que consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre uma determinada temática. Desta forma, pedem-se aos respondentes que indiquem o seu maior ou menor acordo ou desacordo face a certos enunciados, os quais se reportam a atitudes, tendo os inquiridos que escolherem entre 5 categorias (Fortin, 2009).

Para a questão 24 d) a escala de Likert utilizada apenas compreende 4 categorias. Nesta questão não quisemos utilizar um número ímpar de categorias, eliminando a categoria neutra, dado não querermos reduzir a capacidade de diferenciar os dados e consequentemente, oferecemos uma escolha forçada de respostas, obrigando os respondentes a posicionarem-se em categorias extremas (Fortin, 2009).

5.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

5.2.1 - POPULAÇÃO

A população é o conjunto de indivíduos que apresentam algumas características comuns (Fortin, 2006). No caso do nosso estudo, a população alvo são os enfermeiros perioperatórios a exercerem atividade em BOs de dois hospitais de Lisboa e um hospital do Porto, num total de 186 enfermeiros.

5.2.2 – SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra corresponde a uma fração da população sobre a qual é realizado o estudo, e que deve ser representativa da população, uma vez que deve conter características que estão presentes nessa população (Fortin, 2006). Para o estudo a técnica de amostragem é não probabilística, isto é, *“consiste em retirar uma amostra na qual se encontram características conhecidas na população”* Fortin, (2006, p.314).

A seleção da amostra foi acidental ou por conveniência, isto é, *“é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos...estão no local certo e no momento certo”* Fortin, (2006, p.321), sendo que o critério de base corresponde à disponibilidade dos enfermeiros respondentes, num total de 75 enfermeiros perioperatórios, sabendo que foram distribuídos 130 questionários.

A distribuição e recolha dos questionários decorreu entre a segunda quinzena de maio até à primeira quinzena de junho e o tratamento dos dados decorreu durante o mês de julho. Os resultados

do estudo não são estatisticamente projetáveis no universo e por esse fato, não podem ser generalizados.

6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A enfermagem é uma profissão autorregulada pelo que tem definido quer no Código Deontológico do Enfermeiro, quer no REPE, os princípios éticos e deontológicos pelos quais se rege no exercício da atividade profissional, incluindo a investigação. No REPE a investigação surge não só como uma área de intervenção, mas também como um dever, (Artigos 78º e 88º, do CDE e Artigo 9º, pontos 5 e 6 do REPE) e simultaneamente, como um direito dos enfermeiros e como tal, estão expressos os direitos e os deveres que assistem aos enfermeiros no desempenho das suas funções e que têm por base, o rigoroso cumprimento ético (Nunes, 2013). Assim, e tendo por base o Código Deontológico dos enfermeiros, existem princípios a ter em conta:

- ✓ Artigo 78º: Princípio geral da “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (nº 1); Princípios orientadores da atividade de enfermagem “*respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes*” (nº 3, alínea b) e de “*excelência do exercício*” (nº 3 alínea c);
- ✓ Artigo 84º: Deveres de informação, nomeadamente “*respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*” (alínea b); Deveres do sigilo quando refere “*...manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados*” (alínea e), pelo que assegurar o anonimato e a confidencialidade é fundamental na diade investigador/sujeito do estudo;
- ✓ Artigo 86º: Deveres de “*respeito pela intimidade*” protegendo a vida privada do sujeito e da respetiva família.

Qualquer investigação em enfermagem obedece a regras que protegem as pessoas, sejam clientes ou enfermeiros. Dado ser uma ciência humana, os enfermeiros devem ter preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos do estudo, associado ao respeito pelos direitos e integridade das pessoas. Os enfermeiros têm o dever de salvaguardar os direitos humanos em qualquer momento e em qualquer contexto situacional. Da mesma forma o enfermeiro tem a obrigação de assegurar que os sujeitos recebem a informação adequada para consentirem o tratamento, procedimento ou até a investigação (Nunes, 2013). O Internacional Council of Nurses criou diretrizes que postulam os seis princípios éticos a ter em conta na investigação no âmbito da enfermagem, a saber:

- ✓ Beneficência i.é., *fazer o bem*, para o próprio que participa e para a comunidade;
- ✓ Avaliação da maleficência, através do princípio de *não causar dano*, avaliando os riscos possíveis e previsíveis, eliminando-os;
- ✓ Fidelidade, através do princípio de *estabelecer confiança* entre o investigador e o sujeito da investigação;

✓ Justiça, o princípio de *proceder com equidade*, ou seja, não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro;

✓ Veracidade, através do princípio ético de *dizer a verdade*, dando a conhecer os riscos e benefícios. O direito a toda a informação relacionada com a investigação. Pode estar associado ao consentimento livre e esclarecido. Cada pessoa tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação no estudo, sem ser coagido a tal, devendo ser assegurado o direito da sua não participação de forma livre;

✓ Confidencialidade, pelo princípio de *salvaguardar* a informação de carácter pessoal que pode ser obtida durante a investigação. O direito ao anonimato e à confidencialidade deve ser assegurando e qualquer dado pessoal não pode ser divulgado ou partilhado sem que o sujeito do estudo autorize, devendo a sua identidade ser protegida e não ser associada a respostas individuais. Os resultados obtidos devem ser apresentados para que nenhum dos sujeitos do estudo possa ser reconhecido. Garantir o anonimato e a confidencialidade é fundamental na relação entre quem investiga e quem autoriza ser sujeito de uma investigação (Nunes, 2013).

Na investigação, o olhar da ética é transversal a todas as etapas do processo, ou seja, desde a pertinência do problema, passando pela escolha da população e seleção da amostra, pela escolha dos instrumentos e do processo de recolha de dados, pela metodologia da investigação, bem como, pela validade dos resultados e da forma como se difunde o conhecimento através da divulgação dos mesmos junto da sociedade científica. Não obstante, a ética imprime um olhar apurado no que respeita à garantia do respeito pelo direito dos sujeitos no estudo, sendo fundamental garantir o consentimento informado, esclarecido e livre, bem como a confidencialidade e proteção de dados quer dos profissionais enfermeiros, quer das organizações de saúde (Nunes, 2013).

O investigador elabora um documento em que explicita as fases da investigação, nomeadamente, o tema, os objetivos, o tipo de estudo, qual o tipo de instrumento utilizado para a recolha de dados, a metodologia a aplicar, assegurando o consentimento livre e esclarecido das organizações de saúde e o dos sujeitos participantes.

Deve igualmente assegurar que em qualquer momento da investigação é possível retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo para os intervenientes. A recolha de dados através da aplicação do respetivo instrumento, tem início após o consentimento escrito dos sujeitos da investigação, garantindo assim o anonimato e a confidencialidade das fontes. Importa que o investigador ao ter

acesso aos sujeitos, não identifique diretamente as pessoas, sendo que para tal, tenha um profissional referenciador (Nunes, 2013). Aquando da aplicação do pré teste tivemos o rigor de o aplicar a uma população semelhante à do estudo, enfermeiros perioperatórios. No entanto, esses mesmos enfermeiros não foram respondentes na amostra que integra os respondentes ao questionário do presente estudo.

Assim, solicitamos às organizações de saúde envolvidas autorização formal para a realização do estudo, dado tratar-se de uma investigação sobre determinada realidade do contexto da praxis, sendo necessário informar e solicitar autorização ao órgão máximo da organização de saúde. Redigimos um requerimento ao Conselho de Administração solicitando autorização escrita para o projeto, identificando autora do estudo, contexto académico e identificação da entidade académica, bem como a responsabilidade científica (orientador) do projeto. Informamos o tema do estudo, os objetivos, o tipo de estudo, o instrumento e processo de recolha de dados, bem como o tipo de metodologia, e ainda, explicitando e garantindo o anonimato e a proteção dos dados obtidos não só dos profissionais inquiridos como também das organizações de saúde. Para cada organização e de acordo com a respetiva especificidade, tivemos que preencher documentação própria para o efeito, anexando alguma documentação solicitada e aguardar as respetivas autorizações formais.

Para os sujeitos do estudo a exercer a sua atividade na área perioperatória, foi igualmente necessário solicitar autorização, a fim de participarem no estudo, garantindo o consentimento informado, livre e esclarecido, e ainda, a confidencialidade e a proteção de dados destes profissionais enfermeiros. Para tal, agregamos ao questionário, um documento que identifica a autora do estudo, o contexto académico e a identificação da entidade académica, bem como a responsabilidade científica (orientador) do projeto. Identificamos o tema, objetivos, tipo de estudo, qual o tipo de instrumento utilizado para a recolha de dados, e a metodologia a aplicar, assegurando o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos participantes, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados (Apêndice I). Salientamos que durante a recolha de dados, e em qualquer das situações houve um enfermeiro referenciador para a entrega e recolha dos questionários, não tendo a autora da investigação, interferido diretamente no processo.

Os dados recolhidos foram tratados por forma a manter o anonimato dos sujeitos, preservando a confidencialidade das fontes em todo o percurso da investigação. Para tal, tivemos a

preocupação da isenção e do rigor, bem como a codificação dos questionários, tal como refere Nunes (2013).

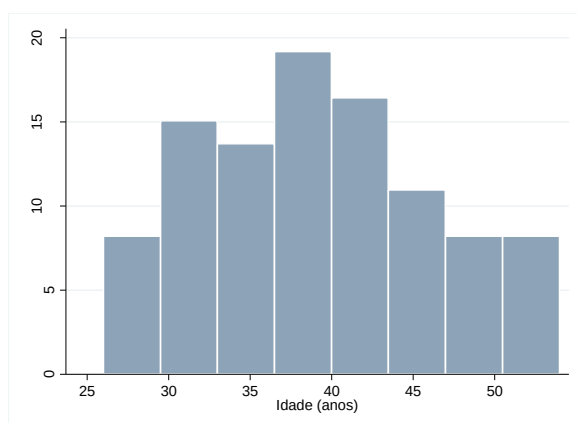
7 – RESULTADOS

O software estatístico utilizado para tratamento dos dados foi o Stata versão 10 SE for Windows. Este tipo de questionário permitiu o tratamento estatístico sobretudo descritivo, limitando-se a identificar as frequências da maioria das questões.

7.1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

7.1.1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

7.1.1.1 - Distribuição por idade



A idade dos inquiridos variou entre 26 e 54 anos, com uma média de idades de 39 anos ($DP=7.3$ anos), conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição por idade

7.1.1.2 - Distribuição por sexo

Dos 75 enfermeiros questionados, a maioria, 75% pertencem ao sexo feminino e 25% correspondem ao sexo masculino, conforme observamos no Gráfico 2 e na Tabela 1.

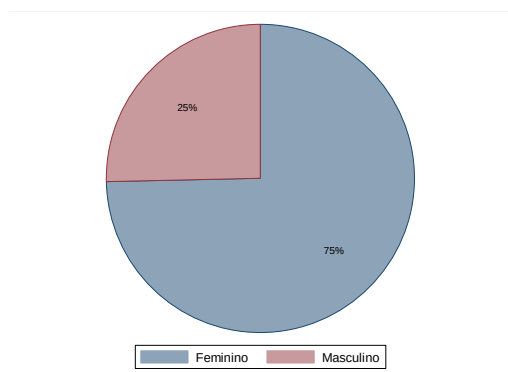


Gráfico 2 – Distribuição por sexo

Tabela 1 – Distribuição por sexo

Sexo	Freq.	Percent
Feminino	56	74.67
Masculino	19	25.33
Total	75	

7.1.1.3 - Distribuição por idade de conclusão do curso e início da atividade profissional

Optamos por mostrar a análise da idade de conclusão do curso e do início da atividade profissional em conjunto, facilitando a compreensão das duas variáveis. A média da idade de conclusão do curso foi semelhante à média da idade de início da atividade, 23 anos (DP=1.4 anos), conforme observamos na Tabela 2. A diferença máxima entre estas duas variáveis foi de apenas 4 anos e apenas respondido por 1 inquirido.

Tabela 2 – Distribuição por idade de conclusão do curso e início da atividade profissional

Idades	Média	Std. Dev.	Min	Max
Idade de conclusão do curso	23.68	1.39	22	27
Idade de início de atividade	23.92	1.40	22	27

7.1.1.4 - Distribuição por habilitações literárias

Todos os inquiridos concluíram o curso de enfermagem, a maioria, 92%, tem uma Licenciatura e 8% têm o Bacharelato, conforme observamos no Gráfico 3 e na Tabela 3.

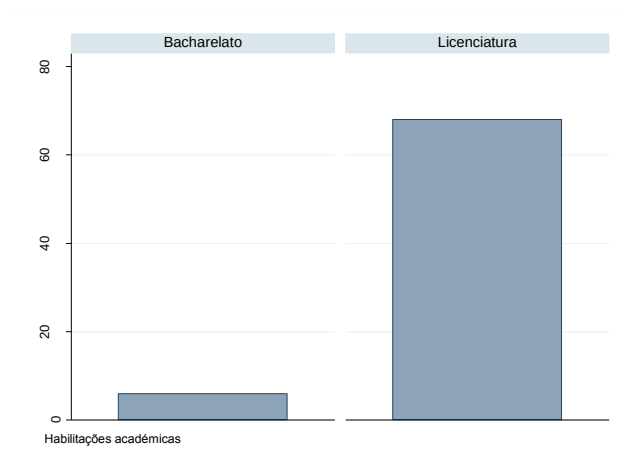


Gráfico 3 – Distribuição por habilitações literárias

Tabela 3 – Distribuição por habilitações literárias

Curso de Enfermagem	Freq.	Percent
Bacharelato	6	8.11
Licenciatura	68	91.89
Total	74	

7.1.1.5 - Distribuição por outro tipo de formação

A maior parte dos inquiridos (44 enfermeiros), cerca de 58.7% não possui mais nenhuma formação para além do curso de enfermagem, ou seja, não possui qualquer tipo de formação complementar ao curso de enfermagem, seja ela especialização, pós graduação, mestrado ou até outra licenciatura, ou outro curso complementar. Os restantes 31 enfermeiros, ou seja, cerca de 41.3% realizaram outro tipo de formação, nomeadamente, especialização, pós graduação, mestrado ou até outra licenciatura. Destes inquiridos, 13 enfermeiros, ou seja 18% dos respondentes, mencionaram ter realizado uma especialização na área da enfermagem, sendo que as especializações que mais se destacaram foram a Médico-Cirúrgica com 46.2% e a Saúde Infantil e Pediátrica com 30.8%, seguida da Saúde Comunitária com 15.4%, conforme observamos na Tabela 4.

Tabela 4 – Especialização na área de enfermagem

Especialização	Freq.	Percent
Sim	13	18.06
Total	72	
Especialização - Qual?		
Médico-Cirúrgica	6	46.15
Reabilitação	1	7.69
Saúde Infantil e Pediátrica	4	30.77
Saúde Comunitária	2	15.38
Total	13	

Dos respondentes, 23 enfermeiros, ou seja, 30.7% realizaram uma pós graduação, conforme observamos na tabela 5. As escolhas de pós graduação mais frequentes foram a Anestesiologia com 50%, o Controlo da Dor com 22% e a Enfermagem Perioperatória com 18%.

Tabela 5 - Outras habilitações: Pós-graduação

Pós-graduação	Freq.	Percent
Não	52	69.33
Sim	23	30.67
Total	75	
Qual		
Anestesiologia	11	50.00
Controlo da Dor	5	22.73
Enfermagem Perioperatória	4	18.18
Bioética	1	4.55
Cuidados Paliativos	1	4.55
Enfermagem Oncológica	1	4.55
Enfermagem no Desporto	1	4.55
Gestão e Liderança de Serviços de Saúde	3	13.64
Instrumentação Cirúrgica	2	9.09
Urgências Pediátricas	1	4.55
Total	22	

Do total da amostra, apenas 5,4% dos enfermeiros, ou seja, 4 inquiridos realizaram um mestrado, num total de 4 mestrados e todos diferentes, nomeadamente, Cuidados Paliativos; Enfermagem; Gestão de Serviços de Saúde; Médico-cirúrgica; conforme verificamos na Tabela 6.

Tabela 6 - Outras habilitações: Mestrados

Mestrado	Freq.	Percent
Não	70	94.59
Sim	4	5.41
Total	74	
Qual		
Cuidados Paliativos	1	25
Enfermagem	1	25
Gestão de Serviços de Saúde	1	25
Médico-cirúrgica	1	25
Total	4	

Do universo de 75 respondentes, 2 enfermeiros, 2.7% dos inquiridos frequentaram outra licenciatura, nomeadamente Psicologia e Acupuntura. No entanto, 3 enfermeiros, 4% dos inquiridos frequentaram outro curso, a saber: Gestão; Preparação para o Parto e o Curso de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

7.1.1.6 - Distribuição pelos anos de exercício profissional na área perioperatória

Em relação aos anos de exercício profissional perioperatório, os intervalos de tempo relevantes foram os que dividem os 3 a 12 anos de exercício, em especial no intervalo entre os 3 - 5 anos (21%); entre os 14-12 anos (19%); e entre os 6-8 anos (16%), conforme observamos na Tabela 7. Metade da amostra tinha pelo menos 9-11 anos de exercício e metade da amostra central tinha como duração da atividade profissional perioperatória entre as classes 3-5 anos e entre 14-12 anos.

Tabela 7 – Distribuição pelos anos de exercício profissional na área perioperatória

Anos de Exercício (N=75)	Freq.	Percent
<=2	3	4.00
3-5	16	21.33
6-8	12	16.00
9-11	7	9.33
14-12	14	18.67
15-17	6	8.00
18-20	7	9.33
21-23	5	6.67
24-26	2	2.67
=>27	3	4.00
Mediana (Intervalo interquartil): 9-11 (3-5; 14-12)		

7.1.1.7 - Distribuição pela categoria profissional

Relativamente à categoria profissional, a maioria é Enfermeiro (92%), enquanto 5% é Enfermeiro especialista e 3%, Enfermeiro-chefe, conforme observamos na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição pela categoria profissional

Categoria Profissional	Freq.	Percent
Enfermeiro	68	91,89
Enfermeiro Especialista	4	5.41
Enfermeiro Chefe	2	2.70
Total	74	100.00

7.1.1.8 - Distribuição pelo local do exercício profissional: público versus privado

É de salientar que todos os inquiridos trabalhavam no Hospital Público, dos quais cerca de 13% também exercem funções no sector Privado, conforme observamos na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição pelo local do exercício profissional: Público vs Privado

Local de Trabalho	Freq.	Percent
Hospital Público	74	100
Hospital Privado	10	13.51

7.1.1.9 - Distribuição por outros serviços/especialidade e respetiva anuidade

Nos 70 respondentes e ao questionarmos o exercício profissional em outro serviço/especialidade, 5 inquiridos responderam exercer funções em outro serviço/especialidade, conforme Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição por outro serviço/especialidade e respetiva anuidade

Outro serviço / especialidade	Freq.	Percent
Não	65	92.86
Sim	5	7.14
Total	70	
Qual		
BO Adultos	1	20
Bloco Operatório	1	20
Cirurgia plastica, ortopedia, Cirurgia	1	20
Clínica de Hemodiálise	1	20
Cuidados Intensivos e urgências	1	20
Total	5	
Há quanto tempo		
1 ano	1	20
9 anos	1	20
12 anos	1	20
18 anos	1	20
20 anos	1	20
Total	5	100

7.1.2 – DADOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Pretendemos identificar qual a formação que os inquiridos tiveram para desempenhar funções na área perioperatória.

7.1.2.1 - Distribuição dos enfermeiros pela formação em enfermagem perioperatória no Curso de Enfermagem (CE)

Em relação à formação específica sobre EP durante o CE, 2 dos inquiridos não responderam e dos restantes (73), 71% (52) responderam não ter formação naquela área durante o curso geral, pelo que só 29% tiveram formação sobre EP, conforme observamos na Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos pela formação em enfermagem perioperatória no CE

Formação Especifica Perioperatoria no CE	Freq.	Percent
Não	52	71.23
Sim	21	28.77
Total	73	

7.1.2.2 – Distribuição dos enfermeiros pela formação contínua na área perioperatória após início da atividade profissional e respetivas horas anuais de formação frequentadas

Quanto à formação contínua na área perioperatória após o início de atividade no BO, a maior parte dos inquiridos (78%) teve necessidade de frequentar ações de formação, sendo que número de horas frequentadas tem o seu destaque no escalão mais baixo, menor ou igual a 30 horas anuais, com 62% de respostas, conforme observámos na Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição dos enfermeiros pela formação contínua na área perioperatória e respetivas horas anuais de formação

Ações de Formação Contínua	Freq.	Percent
Nao	16	21.62
Sim	58	78.38
Total	74	
Horas anuais		
<=30	36	62.07
31-60	16	27.59
61-90	2	3.45
=>121	4	6.9
Total	58	

7.1.3 – DADOS SOBRE PESQUISA EM DIFERENTES FONTES DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

Pretendemos com esta parte identificar o tipo e a frequência das diversas fontes de informação científica que os inquiridos recorrem para a respetiva formação.

7.1.3.1 – A que fontes de informação científica de enfermagem os inquiridos recorrem

Na Tabela 13, apresentamos os dados obtidos das quatro situações em conjunto, dado entendermos ser mais fácil a sua apresentação e compreensão. As questões 12 a 15 identificam as situações a que os enfermeiros recorrem à procura de informação científica, utilizando para tal, diferentes fontes de informação e respetiva frequência com que o fazem. As situações mencionadas (*prática diária; realização de artigo ou uma apresentação; perante a programação de técnica cirúrgica que desconhece e implementação de uma prática nova*) obtiveram resultados semelhantes em relação ao uso de fontes de informação científica de enfermagem, todas com uma grande adesão em termos de utilização. De realçar que a “*realização de artigo ou uma apresentação*” foi onde mais de metade dos inquiridos (54%) respondeu “Sempre” na utilização dessas fontes.

Tabela 13 – A que fontes de informação científica de enfermagem os inquiridos recorrem

Recorre a fontes de informação científica na:	Freq.	Percent	Mediana	Quartil 1	Quartil 3
Prática Diária					
Nunca	1	1.35			
Raramente	8	10.81	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Algumas Vezes	23	31.08			
Muitas Vezes	37	50			
Sempre	5	6.76			
Realização de um artigo/apresentação					
Nunca	4	5.63			
Raramente	2	2.82	Sempre	Muitas Vezes	Sempre
Algumas Vezes	4	5.63			
Muitas Vezes	22	30.99			
Sempre	39	54.93			
Programação de técnica cirúrgica que desconhece					
Nunca	0	0	Muitas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Raramente	4	5.41			
Algumas Vezes	13	17.57			
Muitas Vezes	34	45.95			
Sempre	23	31.08			

Implementação de uma prática nova					
Nunca	1	1.33	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Sempre
Raramente	4	5.33			
Algumas Vezes	19	25.33			
Muitas Vezes	27	36			
Sempre	24	32			

O Gráfico 4 ilustra a caixa de bigodes das 4 variáveis, i.e., a representação gráfica das estatísticas ordinais, mínimo, quartil 1, mediana, quartil 3 e máximo da amostra. Da análise do Gráfico, percebemos que as situações em que os inquiridos referem consultar fontes de informação científica na frequência “sempre” ou “muitas vezes” foram a “realização de um artigo ou uma apresentação” e ainda, “a programação de uma técnica cirúrgica que desconhece”. A “implementação de uma prática nova” também sugere uma frequência elevada em relação às fontes de informação científica de enfermagem, muito embora exista uma maior variação nas respostas (75% da amostra a variar entre “Algumas vezes” e “Sempre”).

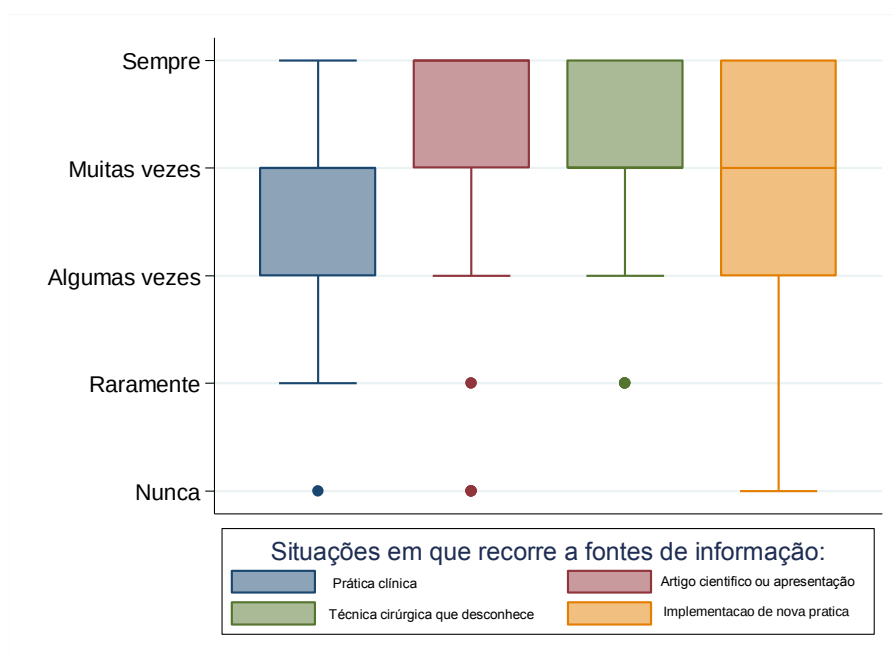


Gráfico 4 – Caixa de bigodes das situações em que os inquiridos recorrem às fontes de informação

7.1.3.2 – Identificação e frequência das fontes de informação científica utilizada pelos inquiridos

Em relação às fontes de informação científica ao nível da enfermagem foram identificadas como as mais usuais, a Pesquisa na Internet, as Normas de Procedimento e os Livros (medianas situadas entre o “sempre” e “muitas vezes”). Mais de metade dos inquiridos, indicou a Internet como

uma fonte de informação, à qual recorreu “Sempre”, e apenas 1 inquirido respondeu que “Nunca” a utilizou.

As Normas de Procedimento e os Livros tiveram resultados parecidos, nos quais perto de metade dos inquiridos (45%) utilizou os Livros; e a outra metade (49,33%), utilizou as Normas de Procedimento. Os inquiridos responderam que consultavam estas opções com a frequência “Muitas Vezes”, e apenas 1 pessoa respondeu “Nunca” à consulta das Normas de Procedimento, tendo sido nulo para a consulta de Livros, conforme podemos observar na Tabela 14.

Tabela 14 – Identificação e frequência das fontes de informação científica utilizada pelos inquiridos

Fontes de informação que recorre:	Freq.	Percent	Mediana	Quartil 1	Quartil 3
Artigos em Revistas Nacionais					
Nunca	2	2.67	Algumas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Raramente	14	18.67			
Algumas Vezes	23	30.67			
Muitas Vezes	33	44			
Sempre	3	4			
Artigos em Revistas Internacionais					
Nunca	3	4	Algumas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Raramente	13	17.33			
Algumas Vezes	28	37.33			
Muitas Vezes	23	30.67			
Sempre	8	10.67			
Artigos em Revistas Médicas					
Nunca	5	6.67	Algumas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Raramente	11	14.67			
Algumas Vezes	30	40			
Muitas Vezes	24	32			
Sempre	5	6.67			
Livros					
Nunca	0	0	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Raramente	7	9.33			
Algumas Vezes	18	24			
Muitas Vezes	34	45.33			
Sempre	16	21.33			
Normas de Procedimento					
Nunca	1	1.33	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Raramente	5	6.67			
Algumas Vezes	18	24			
Muitas Vezes	37	49.33			
Sempre	14	18.67			

Pesquisa na Internet			Muitas Vezes /Sempre	Muitas Vezes	Sempre
Nunca	1	1.35			
Raramente	5	6.76			
Algumas Vezes	6	8.11			
Muitas Vezes	25	33.78			
Sempre	37	50			

Ainda em relação às fontes de pesquisa científica de enfermagem que constituem recurso para a obtenção de informação científica destinada à prática clínica perioperatória, apresentamos as principais bases de dados utilizadas. Dos respondentes, verificamos que as bases de dados mais utilizadas foram: Google, Medline, Ebsco e Scielo, conforme Tabela 15.

Tabela 15 – Base de dados utilizadas		
Bases de dados (N=41):	Freq.	%
B-on	4	9.8
Ebsco	8	19.5
Medline	15	36.6
Scielo	8	19.5
Rcapp	1	2.4
Medplus	1	2.4
Google	17	41.5
Wikipedia	3	7.3
Youtube	1	2.4
Cochrane	1	2.4
B-CIS	1	2.4
BUS brasil	1	2.4
Sage	1	2.4
Websug	1	2.4
videocirurgia.com	1	2.4

Relativamente aos artigos em revistas (nacionais e internacionais), concluímos que tanto os artigos publicados em Portugal como em revistas internacionais, foram mencionados com alguma frequência, ou seja, ambos com uma mediana igual e que se situa na categoria “Algumas vezes”.

O “esclarecimentos com os pares” merece destaque, onde, perto de 60% respondeu que o fazia “Muitas Vezes”. O esclarecimento com médicos também foi mencionado na categoria “Muitas vezes”, sendo este o valor mediano. O esclarecimento com o chefe situa-se na categoria “Algumas vezes”, sendo este o valor mediano. O esclarecimento com outro pessoal ou organização também foi mencionado com menor frequência, situando-se a frequência mediana em “Raramente”. De notar ainda, que apenas 32 inquiridos responderam ao esclarecimento com outros como fonte de

informação, mas só 7 responderam quais, utilizando-os na categoria “raramente”. As respostas encontradas foram: técnicos com 4 respostas; peritos e pares com mais experiência com 2 respostas e farmacêuticos apenas com 1 resposta, conforme Tabela 16.

Tabela 16 – Com quem obtém esclarecimentos

Esclarecimentos com:	Freq.	Percent	Mediana	Quartil 1	Quartil 3
Chefe					
Nunca	10	13.33	Algumas Vezes	Raramente	Algumas Vezes
Raramente	17	22.67			
Algumas Vezes	32	42.67			
Muitas Vezes	14	18.67			
Sempre	2	2.67			
Pares					
Nunca	1	1.35	Muitas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Raramente	1	1.35			
Algumas Vezes	9	12.16			
Muitas Vezes	44	59.46			
Sempre	19	25.68			
Médicos					
Nunca	3	4	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Raramente	4	5.33			
Algumas Vezes	26	34.67			
Muitas Vezes	36	48			
Sempre	6	8			
Organizações Profissionais					
Nunca	16	21.33	Raramente	Raramente	Algumas Vezes
Raramente	30	40			
Algumas Vezes	19	25.33			
Muitas Vezes	9	12			
Sempre	1	1.33			
Outros – N=32					
Nunca	9	28.13	Raramente	Nunca	Algumas Vezes
Raramente	11	34.38			
Algumas Vezes	7	21.88			
Muitas Vezes	5	15.63			
Sempre	0	0			

De seguida, apresentamos no Gráfico 5, uma caixa de bigodes que representa as fontes de informação científica de enfermagem utilizadas. O gráfico permite fazer uma comparação geral das fontes de informação e os esclarecimentos com outros.

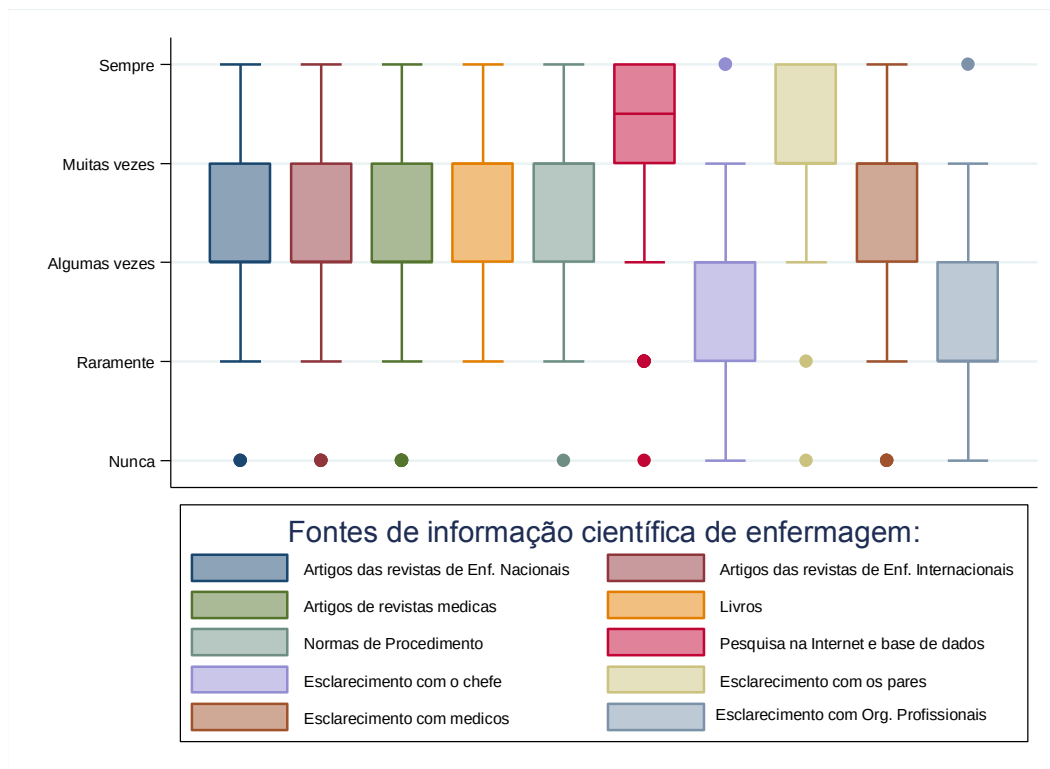


Gráfico 5 – Caixa de bigodes das fontes de informação científica de enfermagem utilizadas

O Gráfico 5 demonstra a comparação geral entre todas as fontes de informação e esclarecimentos com outros. As fontes mais utilizadas (75% das respostas acima da categoria “Muitas vezes”) foram: a pesquisa na internet e as bases de dados, bem como o esclarecimento com os pares. Em oposição, as menos utilizadas foram (75% das respostas abaixo da categoria “Algumas vezes”): esclarecimento com o chefe e esclarecimento com organizações profissionais. Todas as restantes fontes de informação tiveram um padrão de resposta semelhante (50% da amostra respondeu entre a categoria “algumas vezes e a categoria “muitas vezes”).

7.1.3.3 - Distribuição pela frequência dos incentivos formativos que os enfermeiros perioperatórios recebem no serviço

Pretendemos avaliar o grau de incentivo obtido pelos inquiridos nos serviços e quais as diferentes modalidades de formação contínua. Questiona-se que tipo de incentivo é dado identificando com as modalidades seguintes: “aprofundar conhecimentos profissionais”; “manter atualização das práticas”; “frequência de ações de formação”; “frequentar cursos de pós-graduação, licenciatura ou mestrado”; “escrever artigos científicos”; “realizar comunicações ou apresentações de *posters* em congressos”; “realizar trabalhos de investigação”. O manter a atualização das práticas, foi a atividade mais incentivada, mais de metade dos inquiridos responderam que são “Muitas vezes” incentivados, e

nenhum respondeu “nunca” ser incentivado. As atividades mais vezes incentivadas aos enfermeiros foram: manter atualização das práticas (mediana situada em “Muitas vezes”), aprofundar conhecimentos profissionais (mediana situada em “Algumas vezes”), e a frequência de ações de formação (mediana a situar-se em “Algumas vezes”). Em contrapartida, frequentar cursos de pós-graduação, novas licenciaturas ou mestrados, e realizar trabalhos de investigação, redação de artigos científicos, realizar comunicações ou apresentação de posters em congresso, são os menos cotados (medianas situadas “raramente” incentivadas), conforme Tabela 17.

Tabela 17 – Frequência dos Incentivos formativos que os inquiridos recebem no serviço

É incentivado a:	Freq.	Percent	Mediana	Quartil 1	Quartil 3
Aprofundar conhecimentos profissionais					
Nunca	3	4	Algumas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Raramente	15	20			
Algumas Vezes	21	28			
Muitas Vezes	28	37.33			
Sempre	8	10.67			
Manter actualização das práticas					
Nunca	0	0	Muitas Vezes	Muitas Vezes	Muitas Vezes
Raramente	4	5.33			
Algumas Vezes	14	18.67			
Muitas Vezes	40	53.33			
Sempre	17	22.67			
Frequentar ações de formação					
Nunca	3	4	Algumas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Raramente	13	17.33			
Algumas Vezes	25	33.33			
Muitas Vezes	28	37.33			
Sempre	6	8			
Frequentar cursos de pós-graduação, licenciatura ou mestrado					
Nunca	22	29.33	Raramente	Nunca	Algumas Vezes
Raramente	23	30.67			
Algumas Vezes	18	24			
Muitas Vezes	8	10.67			
Sempre	4	5.33			
Escrever artigos científicos					
Nunca	33	44	Raramente	Nunca	Algumas Vezes
Raramente	19	25.33			
Algumas Vezes	10	13.33			
Muitas Vezes	11	14.67			
Sempre	2	2.67			

Fazer comunicações ou apresentação posters congresso			Raramente	Nunca	Algumas Vezes
Nunca	27	36			
Raramente	13	17.33			
Algumas Vezes	19	25.33			
Muitas Vezes	13	17.33			
Sempre	3	4			
Realizar trabalhos de investigação			Raramente	Nunca	Algumas Vezes
Nunca	30	40			
Raramente	17	22.67			
Algumas Vezes	15	20			
Muitas Vezes	9	12			
Sempre	4	5.33			

Seguidamente apresentamos o Gráfico 6, uma caixa de bigodes, comparando as variáveis que se referem aos incentivos no serviço e que corrobora a interpretação já mencionada.

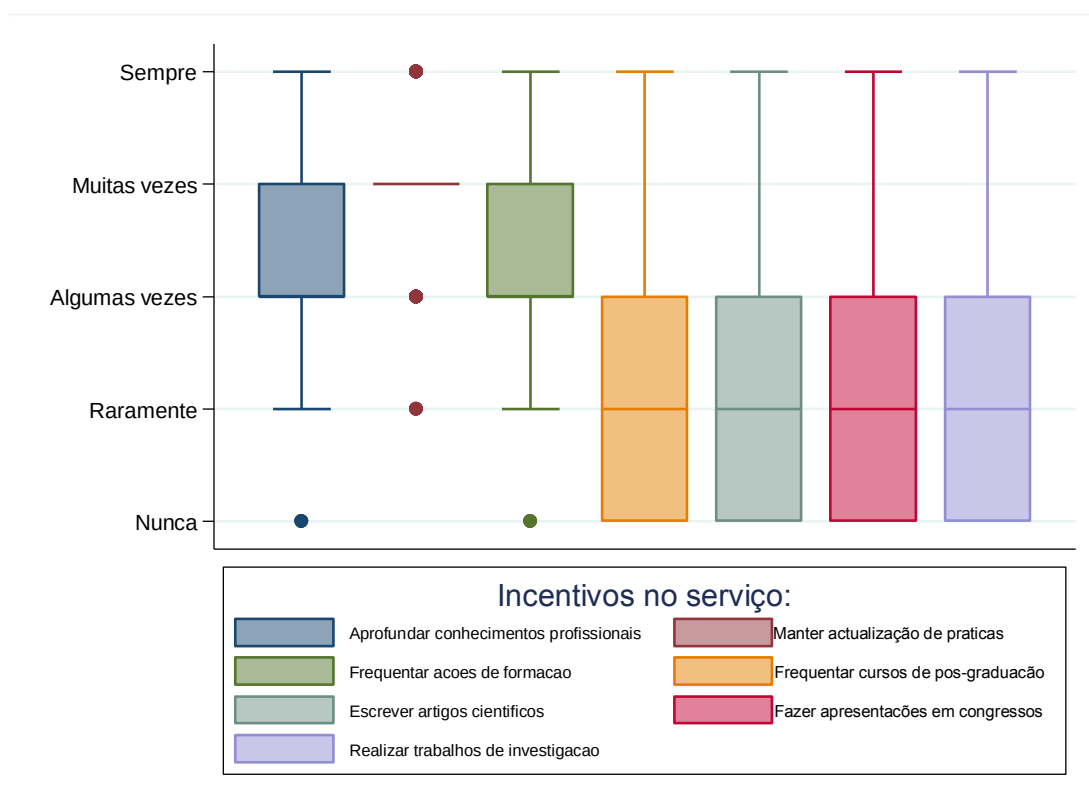


Gráfico 6 - Caixa de bigodes dos incentivos recebidos no serviço pelos inquiridos

7.1.3.4 - Distribuição pela frequência de utilização no ano anterior de bases de dados sobre informação científica realizada pelos inquiridos como respostas a questões da prática diária

Dos dados recolhidos parece que a pesquisa em base de dados é ligeiramente mais importante, uma vez que é utilizada por quase a totalidade dos inquiridos, com alguma periodicidade (90.5%). Apenas 7 dos inquiridos (9.5%) responderam que “Nunca” realizaram pesquisas em bases de dados no ano anterior, tal como observamos na Tabela 18.

Tabela 18 – Pesquisas em bases de dados sobre informação científica como resposta a questões da prática diária no ano anterior

Pesquisa em base de dados no ano 2012	Freq.	Percent
Nunca	7	9.46
1 vez por mês	24	32.43
2 vezes por mês	23	31.08
=>3 vezes por mês	20	27.03
Total	74	

7.1.3.5 - Distribuição pela periodicidade de horas anuais dedicadas à leitura de artigos científicos de enfermagem perioperatória

Em relação às horas anuais de leitura de artigos científicos, os resultados apresentam-se tímidos. As percentagens mais elevadas têm a sua projeção nos intervalos de tempo mais baixos, ou seja, menor ou igual a 24 horas anuais. No entanto, cerca de metade da amostra considerou mais do que 25 a 48 horas. Cerca de 50% da amostra considerou as horas de leitura entre dois parâmetros: menos de 24 h e o intervalo 49-72h, conforme observamos na Tabela 19.

Tabela 19 – Horas anuais para a leitura de artigos científicos de enfermagem perioperatória

Horas Anuais p/leitura de artigos	Freq.	Percent
Menor ou igual que 24	27	37.5
25-48	16	22.22
49-72	9	12.5
73-96	8	11.11
97-120	3	4.17
Mais ou igual a 121	9	12.5
Total	72	
Mediana (Intervalo interquartil): 25 – 48 (<=24 a 49-72)		

7.1.3.6 – Distribuição dos inquiridos assinantes de uma revista de Enfermagem Perioperatória

Relativamente à assinatura de uma revista científica de enfermagem perioperatória, apenas 17% dos inquiridos são assinantes de uma revista de enfermagem perioperatória, sendo a totalidade desses enfermeiros (17%) assinantes da revista AESOP, conforme Tabela 20.

Tabela 20 – Distribuição dos inquiridos assinantes de revista de enfermagem perioperatória		
Assinatura de Revista E. Perioperatória	Freq.	Percent
Nao	62	82.67
Sim	13	17.33
Total	75	
Qual		
AESOP	13	100.00
Interbloc	1	7.69
Aorn Journal	1	7.69

7.1.4 – DADOS SOBRE PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A quarta parte do questionário engloba diversas questões, que vão desde a 21 até à 27 e que permitem identificar: o conhecimento que os enfermeiros têm sobre EBE, sua aplicabilidade na prática dos cuidados; qual o conhecimento sobre NOC e sobre o Guia de Boas Práticas da AESOP e respetiva aplicabilidade na prática dos cuidados.

7.1.4.1 – Distribuição sobre o conhecimento dos inquiridos acerca do conceito EBE e como obteve esse conhecimento

A questão 21 permite avaliar o grau de conhecimento que os inquiridos têm sobre o conceito EBE e de que forma obteve esse conhecimento. Para facilitar a compreensão dos resultados, os mesmos são apresentados em uma única tabela. Da análise dos resultados, a maior parte dos inquiridos (70%) está familiarizado com o conceito EBE, conforme observamos na Tabela 21.

Tabela 21 - Conhecimento sobre o conceito EBE e como obteve esse conhecimento		
Conhece o conceito EBE	Freq.	Percent
Não	21	30
Sim	49	70
Total	70	
Através de:		
Ouvir os Pares		
Não	29	60.42
Sim	19	39.58
Total	48	
Outros Profissionais de Saúde		
Não	32	65.31
Sim	17	34.69
Total	49	

Artigos de Enfermagem		
Não	25	52.08
Sim	23	47.92
Total	48	
Base de Dados na Internet		
Não	25	52.08
Sim	23	47.92
Total	48	
Congressos, etc.		
Não	32	65.31
Sim	17	34.69
Total	49	
Outra	Freq.	Percent
Não	40	85.11
Sim	7	14.89
Total	47	
Qual		
AESOP	1	14.29
Curso	1	14.29
Especialidade	1	14.29
Mestrado	1	14.29
O.E.	1	14.29
Pós-graduação	1	14.29
Experiência profissional individual	1	14.29
Total	7	

Destes, a maioria (70%), conhece o conceito através de artigos de Enfermagem (48%) e da pesquisa realizada em Base de Dados na Internet (48%). As restantes formas através das quais tiveram conhecimento do conceito tiveram igualmente algum peso e correspondem às fontes de informação que apresentamos por ordem decrescente: ouvir os pares (40%), outros profissionais de saúde (35%), congressos (35%) e outros (15%). Na última categoria, os inquiridos fizeram referência a outros cursos mais especializados com 4 respostas e à revista AESOP, 1 resposta.

7.1.4.2 – Distribuição da opinião que os inquiridos têm sobre a aplicabilidade da Evidência Científica (EC) na prática de cuidados perioperatórios

A opinião dos inquiridos é de concordância conforme podemos observar na seguinte Tabela 22.

Tabela 22 – Opinião dos inquiridos sobre a aplicabilidade da EC na prática dos cuidados perioperatórios

A E.C. é um instrumento valioso na melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios	Freq.	Percent	Mediana	Quartil1	Quartil 3
Não sei	0	0	Concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente
Discordo totalmente	0	0			
Discordo parcialmente	0	0			
Não concordo nem discordo	5	7.46			
Concordo	27	40.3			
Concordo totalmente	35	52.24			
Total	67	100			

Através da E.C. Podemos modificar os procedimentos de E.P.	Freq.	Percent	Mediana	Quartil1	Quartil 3
Não sei	0	0	Concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente
Discordo totalmente	0	0			
Discordo parcialmente	0	0			
Não concordo nem discordo	6	8.96			
Concordo	25	37.31			
Concordo totalmente	36	53.73			
Total	67	100			

A E.C é uma ferramenta essencial na prática dos cuidados perioperatórios, por fornecer aos enfermeiros autoridade para mudar a realidade dos cuidados perioperatórios, por constituir uma prática fundamentada	Freq.	Percent	Mediana	Quartil1	Quartil 3
Não sei	0	0	Concordo	Concordo	Concordo totalmente
Discordo totalmente	0	0			
Discordo parcialmente	2	3.03			
Não concordo nem discordo	10	15.15			
Concordo	24	36.36			
Concordo totalmente	30	45.45			
Total	66	100			

Utilização da E.C como ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios	Freq.	Percent	Mediana	Quartil1	Quartil 3
---	-------	---------	---------	----------	-----------

Não sei	0	0	Concordo	Concordo	Concordo
Discordo totalmente	0	0			
Discordo parcialmente	2	3.03			
Não concordo nem discordo	11	16.67			
Concordo	41	62.12			
Concordo totalmente	12	18.18			
Total	66	100			

A experiência é mais valiosa que a E. C publicada	Freq.	Percent	Mediana	Quartil1	Quartil 3
Não sei	1	1.49	Não concordo, nem discordo	Discordo parcialmente e	Não concordo, nem discordo
Discordo totalmente	10	14.93			
Discordo parcialmente	19	28.36			
Não concordo nem discordo	27	40.3			
Concordo	5	7.46			
Concordo totalmente	5	7.46			
Total	67	100			

A operacionalização da melhor E.C é um processo lento e difícil, porque os enfermeiros não têm formação nesta área	Freq.	Percent	p50	p25	p75
Não sei	1	1.52	Não concordo, nem discordo	Discordo parcialmente e	Concordo
Discordo totalmente	9	13.64			
Discordo parcialmente	8	12.12			
Não concordo nem discordo	27	40.91			
Concordo	17	25.76			
Concordo totalmente	4	6.06			
Total	66	100			

Os enfermeiros realizam pouca investigação com base em E.C devido à escassez de formação nesta área	Freq.	Percent	p50	p25	p75
Não sei	0	0	Concordo	Não concordo, nem discordo	Concordo
Discordo totalmente	7	10.61			
Discordo parcialmente	6	9.09			
Não concordo nem discordo	12	18.18			
Concordo	31	46.97			
Concordo totalmente	10	15.15			
Total	66	100			

Por ordem decrescente as afirmações onde houve maior concordância foram: “A EC é um instrumento valioso na melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios” e “Através da EC podemos modificar os procedimentos de EP, de forma a melhorar os cuidados a prestar” cujas medianas se situam no “Concordo Totalmente”. Para as afirmações “A EC é uma ferramenta essencial na prática dos cuidados perioperatórios, por fornecer aos enfermeiros autoridade para mudar a realidade dos cuidados perioperatórios, por constituir uma prática fundamentada”, “Na minha prática clínica utilizo a EC como ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios” e “Os enfermeiros realizam poucos trabalhos de investigação com base em EC, devido à escassez de formação nesta área do conhecimento científico” a mediana situa-se no “Concordo”.

Os conceitos em que a mediana se estabeleceu no neutro, isto é, nem concordo, nem discordo foram: “Na minha prática clínica a minha experiência é mais valiosa que a EC publicada”; e “A operacionalização da melhor EC é um processo lento e difícil, porque os enfermeiros não têm formação nesta área”.

Entendemos recodificar as variáveis da pergunta Q22 e os respetivos resultados apresentam-se em apêndice (Apendice II). Dessa análise, verificamos que os enfermeiros recorrem a fontes de informação científica de enfermagem perante:

- ✓ A programação de uma técnica cirúrgica que desconhece;
- ✓ A implementação de uma prática nova;
- ✓ A necessidade de manter a actualização das práticas;
- ✓ A necessidade de frequentar cursos de pós-graduação, licenciatura ou mestrado;
- ✓ A necessidade de escrever artigos científicos;
- ✓ A necessidade de realizar comunicações ou apresentações de posters em congressos;
- ✓ A necessidade de realizar trabalhos de investigação.

Os resultados parecem indicar que os enfermeiros mais motivadas à EC são tendencialmente aqueles que são incentivados no seu serviço a procurar a melhor EC, seja perante uma prática nova ou até uma técnica cirúrgica inovadora, bem como, a realizarem cursos de pós graduação, licenciatura ou mestrado, a redigirem artigos científicos, a realizarem comunicações/posters em congressos, a efetuarem trabalhos de investigação.

De seguida, apresentamos o Gráfico 7 que compara as variáveis que se referem à opinião sobre a aplicabilidade da EC e que corrobora a interpretação já antes mencionada.

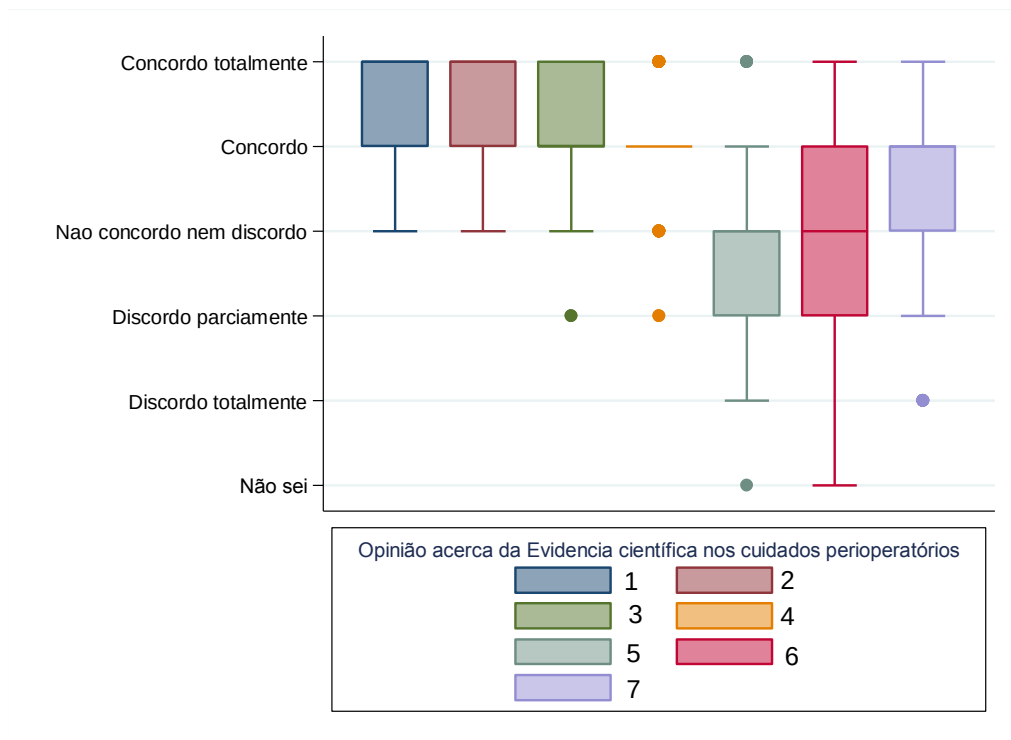


Gráfico 7 - Caixa de bigodes da opinião acerca da evidência científica nos cuidados perioperatórios. (1 - A EC é um instrumento valioso na melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios; 2 - Através da EC podemos modificar os procedimentos de enfermagem perioperatórios, de forma a melhorar os cuidados a prestar; 3 - A EC é uma ferramenta essencial na prática dos cuidados perioperatórios, por fornecer aos enfermeiros autoridade para mudar a realidade dos cuidados perioperatórios, por constituir uma prática fundamentada; 4 - Na minha prática clínica utilizo a EC como ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios; 5 - na minha prática clínica a minha experiência é mais valiosa que a EC publicada; 6 - A operacionalização da melhor EC é um processo lento e difícil, porque os enfermeiros não têm formação nesta área; 7 - Os enfermeiros realizam poucos trabalhos de investigação com base em EC, devido à escassez de formação nesta área do conhecimento científico)

No Gráfico 7 comparam-se as variáveis referentes à opinião dos inquiridos sobre a aplicabilidade da EC, corroborando a interpretação mencionada. As afirmações valorizadas foram:

- 1- A EC é um instrumento valioso na melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios;
- 2- Através da EC podemos modificar os procedimentos de enfermagem perioperatórios, de forma a melhorar os cuidados a prestar;
- 3 - A EC é uma ferramenta essencial na prática dos cuidados perioperatórios, por fornecer aos enfermeiros autoridade para mudar a realidade dos cuidados perioperatórios, por constituir uma prática fundamentada.

A afirmação 6 “A operacionalização da melhor EC é um processo lento e difícil, porque os enfermeiros não têm formação nesta área” foi a que apresentou uma maior variação de opinião nas respostas. A caixa de bigodes desta afirmação é a que tem maior comprimento, o que significa que 50% da amostra central variou entre “Concordo” e o “Discordo parcialmente”.

A afirmação 5 “Na minha prática clínica a minha experiência é mais valiosa que a EC publicada” foi a afirmação que os inquiridos menos concordaram, situando-se a mediana em “Não concordo nem discordo”, e 43,29% das respostas situaram-se abaixo da posição neutra, i.e., discordando da afirmação.

7.1.4.3 – Distribuição do conhecimento dos inquiridos sobre Normas de Orientação Clínica (NOCs) ou Guias de Boa Prática e respetiva frequência de aplicabilidade

Com esta questão pretendemos saber qual o conhecimento que os enfermeiros perioperatórios têm sobre as NOCs e respetiva utilização. Dos 72 inquiridos que responderam a esta questão, 93% conhece as Normas de Orientação Clínica sendo que cerca de 7% desconhece a sua existência, tal como observamos na Tabela 23.

Tabela 23 – Conhecimento das Normas de Orientação Clínica

Sabe o que são NOCs?	Freq.	Percent
Nao	5	6.94
Sim	67	93.06
Total	72	

Desses 93% dos inquiridos que referem conhecer o conceito de NOCs, a maioria, ou seja cerca de 90% considera que as utiliza na sua prática clínica, tal como podemos observar na Tabela 24.

Tabela 24 – Utilização das Normas de Orientação Clínica

Utiliza as NOC?	Freq.	Percent
Nao	6	9.09
Sim	60	90.91
Total	66	

7.1.4.4 – Distribuição do conhecimento dos inquiridos sobre os Guias de Boa Prática da AESOP - Práticas Recomendadas (PR) e respetiva aplicabilidade na prática perioperatória

Neste item consideramos as respostas ao questionário das questões 24, 25 e 26 as quais permitem identificar o conhecimento que os enfermeiros têm sobre a existência das PR da AESOP e

respetiva operacionalização nos cuidados perioperatórios; a última questão (27) permite identificar as necessidades de novas práticas a desenvolver para integrar as PR da AESOP.

7 1 4 4 1 – Distribuição dos enfermeiros em relação ao conhecimento das PR

Em relação às PR da AESOP, a grande maioria dos enfermeiros admite conhecê-las, ou seja cerca de 96%, conforme Tabela 25.

Tabela 25– PR da AESOP: frequência de conhecimento

Conhece as PR da AESOP (N=75)	Freq.	Percent
Nao	3	4.00
Sim	72	96.00
Total	75	

7 1 4 4 2 – Distribuição dos enfermeiros em relação à frequência de utilização das PR

Na Tabela 26, observamos que cerca de 96% dos inquiridos são conhecedores das PR da AESOP. Metade desses enfermeiros, 53%, ou seja 38 enfermeiros utiliza as PR na categoria “muitas vezes”; enquanto 30 %, ou seja 22 enfermeiros as utiliza na categoria “sempre” durante o seu desempenho. Verificamos que existe uma percentagem elevada, 83%, ou seja, 60 enfermeiros que utilizam as PR da AESOP na sua prática diária com uma frequência elevada. Apenas 2 questionados responderam que raramente as utilizam.

Tabela 26 - PR da AESOP: frequência de utilização

Frequência de utilização das PR da AESOP (N=72)	Freq.	Percent
Raramente	2	2.78
Algumas vezes	10	13.89
Muitas vezes	38	52.78
Sempre	22	30.56
Total	72	

7 1 4 4 3 – Distribuição dos enfermeiros em relação à importância das PR na prática clínica

Nesta questão não quisemos utilizar um número impar de categorias, eliminando a categoria neutra. Quisemos que os respondentes fizessem uma escolha forçada nas respostas a dar, posicionando-se em categorias extremas e evitando a categoria neutra. A frequência de utilização destas práticas é elevada. Da mesma forma, a opinião dos inquiridos em relação à sua importância na prática dos cuidados é elevada: 49% dos inquiridos consideram a sua importância na categoria “Muito Importante”, e 43% consideram-nas na categoria “Totalmente Importantes”, conforme Tabela 27.

Tabela 27 - PR da AESOP: importância das PR na prática clínica

Importância das PR da AESOP na prática clínica (N=74)	Freq.	Percent
Pouco importante	6	8.11
Muito importante	36	48.65
Totalmente importante	32	43.24
Total	74	

7 1 4 4 4 – Identificação das PR utilizadas com maior frequência pelos inquiridos

Apesar de serem 60 (observado na Tabela 26), o número de enfermeiros que consideraram, numa frequência elevada, a utilização das PR, como uma ferramenta de apoio à prática clínica, apenas 40 enfermeiros responderam, quando questionados acerca da identificação das PR utilizadas com maior frequência. De seguida, apresentamos na Tabela 28, por ordem decrescente as PR da AESOP que os inquiridos responderam como sendo as que são utilizadas com maior frequência.

Tabela 28 - PR da AESOP: identificação da PR utilizada com maior frequência

Qual a PR da AESOP que utiliza com maior frequência (N=40)	Freq.	Percent
4. Preparação pré-cirúrgica das mãos.	22	55.0
1. O vestuário do bloco operatório.	17	42.5
3. Desinfecção do campo operatório.	16	40.0
2. O uso de antissépticos no bloco operatório.	14	35.0
11. Contagem de compressas, instrumentos e materiais corto perfurantes.	14	35.0
6. Técnica asséptica cirúrgica.	14	35.0
8. Manipulação e armazenamento de material estéril no bloco operatório.	13	32.5
22. Dotações seguras em ambiente perioperatório.	12	30.0
23. Utilização de agentes anestésicos inalatórios.	11	27.5
9. Utilização de eletrocirurgia.	10	25.0
12. Desinfecção de materiais: o uso de desinfetantes no bloco operatório.	10	25.0
7. Utilização de campos cirúrgicos	10	25.0
5. O uso de luvas no bloco operatório	9	22.5
10. Utilização de garrotes pneumáticos.	9	22.5
15. Limpeza e desinfecção do equipamento anestésico.	9	22.5
17. Fatores ambientais no bloco operatório.	9	22.5
13. Tratamento de instrumentos cirúrgicos.	9	22.5

21. Prevenção da cirurgia no local errado, do procedimento cirúrgico errado e do utente errado.	9	22.5
20. Uso de latex no bloco operatório	9	22.5
14. Tratamento de material de videocirurgia.	8	20.0
16. Higienização das salas de operações.	8	20.0
18. Cuidados a doentes com doença de Creutzfeldt Jakob.	8	20.0
19. Utilização de proteções respiratórias.	8	20.0

As práticas recomendadas mais utilizadas e com maior frequência foram a prática Nº 4 (Preparação Pré-cirúrgica das mãos) (55%); Nº 1 (O vestuário do bloco operatório) (42.5%) e Nº 3 (Desinfecção do campo operatório) (40%), conforme observamos no Gráfico 8.

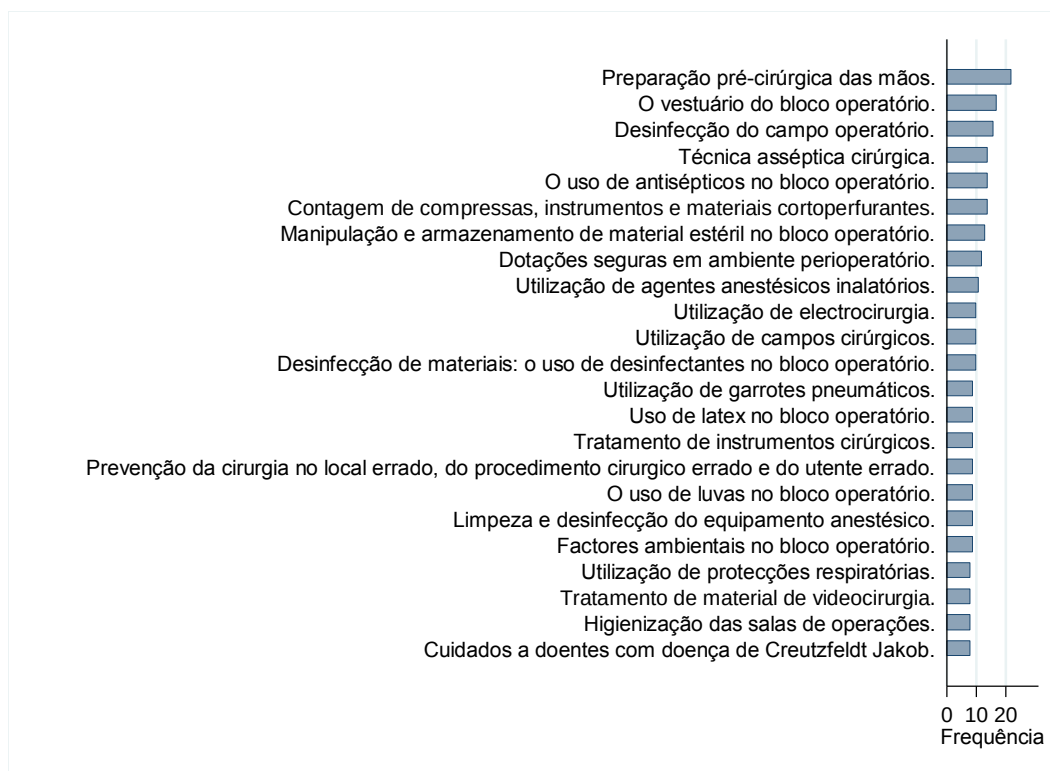


Gráfico 8 – PR da AESOP utilizadas com maior frequência (N=40)

De notar que 20% dos inquiridos mencionaram a totalidade das práticas; não apontando uma específica. As práticas 14 (Tratamento de material de vídeo cirurgia); 16 (Higienização das salas de operações); 18 (Cuidados a doentes com doença de Creutzfeldt Jakob) e 19 (Utilização de proteções respiratórias) identificadas na Tabela 28, foram apenas mencionadas nestas respostas.

7 1 4 4 5 – Distribuição dos enfermeiros em relação à utilização das PR como instrumento de base na elaboração das Normas do Serviço onde exercem funções

Quase a totalidade (97%), dos inquiridos identifica que as PR da AESOP constituem o fator-base de elaboração das Normas de Serviço, conforme observamos na Tabela 29.

Tabela 29 - PR da AESOP: serviram de base para elaborar as Normas do Serviço

As PR da AESOP serviram de base para elaborar as Normas de Serviço N=69	Freq.	Percent
Nao	2	2.90
Sim	67	97.1
Total	69	

7 1 4 4 6 – Distribuição dos enfermeiros em relação à utilização das PR como instrumento base à integração de novos elementos no serviço

Dos enfermeiros respondentes, cerca de 92% considera que as PR da AESOP constituem uma ferramenta a ter em conta na integração de novos enfermeiros no serviço, conforme observamos na Tabela 30.

Tabela 30 - PR da AESOP: constituem instrumento à integração de novos elementos no serviço

As PR da AESOP constituem um instrumento para a integração de novos elementos? (N=72)	Freq.	Percent
Nao	6	8.33
Sim	66	91.67
Total	72	

7 1 4 4 7 – Distribuição de novas Práticas sugeridas pelos inquiridos para integrar ou desenvolver a lista das PR da AESOP

Os inquiridos respondentes num total de 18 identificaram e mencionaram como sugestão, o desenvolvimento de novas práticas para integrar a lista das PR da AESOP. A maioria das sugestões corresponde a novas práticas, à exceção das últimas duas que se apresentam como sugestão de desenvolvimento, conforme observamos na Tabela 31.

Tabela 31 - Novas práticas sugeridas para integrar ou desenvolver a lista das PR da AESOP

Novas Práticas sugeridas para integrar ou desenvolver a lista das PR da AESOP (N=18)	Freq.	Percent
Entubações oro e naso traqueais	1	5,56
Preparação e administração dos medicamentos no cuidar perioperatório	1	5,56
Reprocessamento de Dispositivos Médicos	1	5,56
Gestão de conflitos	1	5,56
Circuitos no BO	1	5,56
Guia de integração do enfermeiro no BO	1	5,56
Elaboração de Normas de Orientação Clínica	1	5,56
Normoterapia perioperatória	1	5,56
Especificidades da preparação do campo cirúrgico (região dadora; região tumoral; especificidades cirúrgicas)	1	5,56
Formação perioperatória	1	5,56
Posicionamentos do doente no BO	1	5,56
Risco de incêndio no BO	1	5,56
Transferência de cuidados	1	5,56
Bases da cirurgia laparoscópica	1	5,56
Higienização das mãos	2	11,11
Cuidados ao doente com tuberculose no BO	1	5,56
Cuidados ao doente com infeção nasocomial no BO	1	5,56
Limpeza das salas de operações	1	5,56
Desinfecção cirúrgica das mãos	1	5,56

8 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo principal a identificação das necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática profissional. Apresentamos no final deste relatório o artigo científico (Apendice III).

8.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS RESULTADOS

8.1.1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Trata-se de um grupo de 75 enfermeiros perioperatórios relativamente jovens, com uma média de idades de 39 anos, sendo 75% do sexo feminino, o que evidencia que esta é uma profissão maioritariamente feminina. A média do exercício profissional em enfermagem corresponde aos 23 anos, sendo semelhante à média de conclusão do curso, o que significa que iniciaram a sua atividade profissional logo após a conclusão do CE. No entanto, a média de exercício na área perioperatória é variável, sendo apresentada por ordem decrescente: os intervalos de tempo mais relevantes são os que dividem os 3 a 12 anos de exercício perioperatório, em especial no intervalo entre os 3 e 5 anos, com cerca de 21%; entre os 14 a 12 anos com uma percentagem de 19%; e entre os 6 a 8 anos com uma percentagem de 16%. Cerca de metade da amostra tem pelo menos 9 a 11 anos de exercício perioperatório, sendo revelador de alguma experiência na área.

A totalidade dos inquiridos trabalha em Hospital Público, embora 13% exerçam simultaneamente funções no Privado e neste caso, a maioria na área perioperatória.

Em relação às habilitações, a maioria, 92% tem Licenciatura. Relativamente à categoria profissional, mais de metade da amostra, ou seja, 92% pertence à categoria de Enfermeiro, 5% à de Enfermeiro Especialista e 3% à de Enfermeiro Chefe.

Num universo de 75 enfermeiros, a maioria dos inquiridos, isto é, 44 respondentes (58.7%) apenas tem como única formação o Curso de Enfermagem. Dos restantes, 13 (18%) enfermeiros mencionaram ter realizado especializações, sendo as mais frequentes por ordem decrescente a Médico-Cirúrgica, seguida da Saúde Infantil e Pediátrica, procedida da Saúde Comunitária.

Ainda 26 inquiridos, ou seja, 34,7% realizaram uma pós graduação, sendo as mais frequentes por ordem decrescente: a Anestesiologia; o Controlo da Dor e a Enfermagem Perioperatória.

Do total da amostra, 4 enfermeiros realizaram um mestrado sendo que todos os mestrados pertencem às seguintes áreas: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Gestão de Serviços de Saúde e Médico-cirúrgica. Ainda do universo de 75 respondentes, 2 enfermeiros (2.7%) frequentaram outro tipo de licenciatura, nomeadamente Psicologia e Acupuntura; e cerca de 3 enfermeiros (4%) frequentaram

outro curso, a saber: Gestão; Preparação para o Parto e o Curso de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

8.1.2 – FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA NA FORMAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Dos inquiridos (73), só 29% tiveram formação no curso inicial, sobre a área perioperatória, pelo que 71%, ou seja, a maioria, responderam não terem qualquer formação específica, o que em nosso entender, pode estar relacionado com a necessidade de formação contínua perioperatória, cuja necessidade foi manifestada por cerca de 78% dos inquiridos. Considerando a individualidade de cada profissional, e tendo em conta que as aprendizagens são diferentes e individualizadas, o programa de integração de um enfermeiro sem experiência na área perioperatória, corresponde a pelo menos um ano e meio (Caracol e Rola, 2006).

8.1.3 – FORMAÇÃO CONTÍNUA PERIOPERATÓRIA: FREQUÊNCIA E FORMAS

Verificamos que desde que iniciaram funções no BO, a maioria, 78% dos inquiridos do estudo tiveram necessidade de realizar formação contínua na área perioperatória, muito embora o número de horas frequentadas se situe no escalão mais baixo, ou seja, igual ou inferior a 30 horas anuais em 62% das respostas. De realçar que nos programas de qualidade, qualquer enfermeiro tem um determinado número de horas anuais dedicadas à formação. Entendemos que muitas vezes não as utiliza por vários motivos, a saber, pela escassa oferta formativa, por falta de motivação, pelos escassos recursos humanos existentes nos serviços e pela própria falta de incentivo à formação.

Verificamos que grande parte dos inquiridos do estudo recorre às diferentes fontes de informação científica de enfermagem. Podemos afirmar que as 4 situações mencionadas no questionário (*prática diária; realização de artigo ou uma apresentação; perante a programação de técnica cirúrgica que desconhece e implementação de uma prática nova*) tiveram uma grande adesão em termos de utilização. Em termos de hierarquia de adesão e por ordem decrescente, os enfermeiros têm por hábito consultar fontes de informação com especial realce para a *“realização de artigo ou uma apresentação”*, onde mais de metade, 54% dos inquiridos respondeu “Sempre” e 31% dos enfermeiros responderam “Muitas vezes” na utilização dessas fontes. De seguida, surge a *“programação de técnica cirúrgica que desconhece”*, em que 31% respondem “Sempre” e 46% respondem “Muitas vezes” na utilização das fontes de informação científica. Aparece de seguida a *“implementação de uma prática nova”* com uma frequência de 32% para “Sempre” e de 36% para “Muitas vezes”, embora apareça uma

frequência de 25% para “Algumas vezes” na procura de informação científica. Nesta opção existe uma maior variação das respostas, sendo que 75% da amostra tem uma grande variabilidade entre “Algumas vezes” e “Sempre”. Por último, surge a “*prática diária*” com uma frequência de 50% para “Muitas vezes” e 31% para “Algumas vezes”, sendo a frequência “Sempre” pouco significativa, 7%.

Em relação às fontes de informação científica que constituem recurso para pesquisa de informação científica, após análise dos resultados, verificamos que as mais utilizadas por ordem decrescente são: a “*Pesquisa na Internet (base de dados)*”; as “*Normas de Procedimento*” e os “*Livros*”, cujas medianas se situam entre o “Sempre” e o “Muitas vezes”. Para a “*Pesquisa na Internet*” metade (50%) dos inquiridos recorre a esta situação na frequência “Sempre” e 34% dos enfermeiros procuram-na “Muitas vezes”. A pesquisa em bases de dados eletrónicas constitui um recurso de fácil acesso na pesquisa de evidência potencialmente útil, de forma rápida, prática e sempre atualizada. Por esse fato é o recurso mais utilizado na área da saúde, na procura de evidências. Nesse sentido existem bases de dados eletrónicas de fonte de evidência primária e secundária disponível que é necessário saber operar para procurar as melhores evidências (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

Em relação às “*Normas de Procedimento*” 19% dos inquiridos recorreram “Sempre” a este tipo de fonte de informação, e 49% dos enfermeiros recorrem “Muitas vezes” às Normas para obter informação científica. As Normas orientam e fundamentam a prática perioperatória, pelo que constituem um recurso fundamental na prática dos cuidados. Aliás, a DGS refere que “*Emitir normas e orientações, quer clínicas, quer organizacionais, desenvolve e promove a execução de programas em matéria de saúde pública e para a melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos*” (Dec Reg nº 14/2012, 26 jan.) DGS (2012).

Cerca de 21% dos enfermeiros recorrem “Sempre” aos “*Livros*”, enquanto recurso para pesquisa e 45% dos inquiridos na frequência “Muitas vezes”. Esta é uma fonte de informação que rapidamente deixa de estar atualizada, pois o tempo que medeia entre a escrita e a publicação é longo (2 anos), o suficiente para que a informação esteja desatualizada. No entanto, a sua consulta pode ser útil em termos de anatomia e fisiopatologia das situações problemáticas das pessoas, o mesmo pode já não estar adequado ao estabelecimento dos diagnósticos, prevenção e tratamento (Sackett, 2000). Para a fonte de informação “*Artigos em Revistas Nacionais*”, cerca de 44% dos inquiridos procuram

este recurso na frequência “Muitas vezes” e 31% dos enfermeiros procuram “Algumas vezes” esta informação. De salientar, que as revistas de enfermagem têm uma função importante, por divulgarem os trabalhos de investigação desenvolvidos por profissionais da área. No entanto, há que selecionar os melhores artigos na panóplia da publicação existente. Para a fonte de informação “*Artigos em Revistas Médicas*”, cerca de 32% dos inquiridos procuram esta fonte de informação “Muitas vezes” e 40% dos enfermeiros procuram-na “Algumas vezes”.

Relativamente ao “esclarecimento com outros profissionais”, enquanto recurso de informação, verificamos que o “*Esclarecimento com os pares*” é um recurso com destaque, pois cerca de 59% dos inquiridos respondeu que o fazia “Muitas vezes”, sendo este o valor mediano. Já o recurso “*Esclarecimento com médicos*” obteve 48% em termos de procura, para a frequência “Muitas vezes”, também esta como valor mediano. O esclarecimento com os pares é o recurso mais frequentemente utilizado, constituindo uma forma simples e imediata de obter resposta. Os inquiridos do presente estudo, consideram que o esclarecimento com os pares e outros profissionais constitui um recurso frequente para obter informação. Esta abordagem parece ser comum entre os profissionais de saúde, dado que em um estudo realizado em 2004, com o objetivo de identificar as fontes de informação científica a que os enfermeiros normalmente recorrem para obter informação científica, os mesmos referem recorrer em primeira mão ao esclarecimento com os pares (Ferrito, 2004). Também em estudo realizado com enfermeiros perioperatórios no Brasil, com o objetivo de saber as fontes utilizadas para a pesquisa, as que foram identificadas e obtiveram maior frequência foram a leitura de estudos, seguida pela troca de informações entre profissionais (Galvão, Sawada & Rossi, 2002). Surge posteriormente “*Esclarecimento com o chefe*” como um recurso, cuja mediana se situa em “Algumas vezes”, com uma percentagem de 43%.

Sendo a Pesquisa na Internet, a fonte de informação mais utilizada pelos inquiridos, verificamos que no último ano, a maioria dos enfermeiros realizaram pesquisa em base de dados, à exceção de 7% desses enfermeiros que referiram não realizar qualquer tipo de pesquisa.

Em contrapartida, da análise aos resultados referentes à periodicidade de horas anuais dedicadas à leitura de artigos científicos de EP, verificamos que os mesmos se apresentam tímidos, com uma percentagem 38% para o intervalo mais baixo, ou seja, inferior ou igual a 24 horas anuais, imediatamente seguido por um período correspondente entre 25 a 48 horas anuais de leitura de artigos científicos para cerca de 22% dos inquiridos. Da análise aos questionários verificamos que só 17% dos inquiridos são assinantes de uma revista de EP e que é a da AESOP.

8.1.4 – INCENTIVO DOS BLOCOS OPERATÓRIOS PARA A FORMAÇÃO CONTÍNUA

Nos BO onde os inquiridos exercem a sua atividade, os enfermeiros são incentivados a *“Manter a atualização das práticas”*, sendo esta a atividade mais incentivada de todas, em que mais de metade (53%) dos respondentes são incentivados “Muitas vezes” e nenhum deles a responderem que “Nunca” são incentivados. Hierarquicamente podemos afirmar que os enfermeiros são incentivados “Algumas vezes” a *“Aprofundar os seus conhecimentos profissionais”*, bem como a *“Frequentar ações de formação”*. Em contrapartida, *“Frequentar cursos de pós graduação, licenciaturas ou mestrado”*, bem como, *“Escrever artigos científicos; Fazer comunicações ou apresentações de posters em congressos; Realizar trabalhos de investigação”*, são atividades reconhecidas pelos inquiridos com pouco incentivo, com medianas de “raramente” incentivados.

Sabemos que há por parte da governação nacional e internacional, linhas orientadoras com o objetivo de incentivar a investigação na área da saúde, ao nível das organizações e dos seus profissionais. O PNS 2012-2016 considera que a investigação, o desenvolvimento e a inovação em saúde são *“por excelência, processos de melhoria contínua centrais para a sustentabilidade e competitividade do sistema de saúde....A investigação fundamenta e motiva o desenvolvimento e a inovação, como processos transversais com dimensão organizacional, social, política e cultural de mudança nas formas como a sociedade organiza as respostas aos desafios da saúde, incluindo o combate às iniquidades em saúde e o acréscimo da cadeia de valor em saúde. Promove a confiança e o investimento no sistema de saúde e o seu valor económico e social”* PNS (2012, p 7).

A nível nacional, a investigação em enfermagem é apreendida e desenvolvida em contexto académico, possuindo os enfermeiros conhecimentos que os habilitam a investigar. Verificamos que os inquiridos não aplicam os seus conhecimentos na investigação, através da realização de trabalhos científicos com aplicação desta metodologia, não existindo uma cultura mobilizadora com incentivo à investigação. A falta de incentivo manifestada pelos respondentes, para a frequência de cursos de pós graduação, licenciaturas ou mestrados, bem como, a elaboração de artigos científicos, comunicações ou apresentações de posters em congressos e a realização de trabalhos de investigação, se deva ao fato da inexistência de uma cultura pro investigação. Simultaneamente realizar um trabalho de investigação consome tempo, bem que é cada vez mais escasso nas organizações de saúde, a par de uma diminuição de recursos humanos. Em um trabalho de investigação realizado, quando os enfermeiros perioperatórios foram inquiridos sobre que medidas aplicar para o incentivo na aplicação no terreno dos resultados encontrados nas pesquisas, referiram como fundamentais, a necessidade de

utilizar um método adequado, bem como, maior tempo para o desenvolvimento de atividades de pesquisa. Evidenciaram ainda, a ajuda de outros profissionais com experiência em estatística e em investigação (enfermeiro investigador), bem como um acesso fácil à literatura e a serviços informatizados, considerando estas estratégias importantes para a implementação dos resultados. A falta de tempo e de suporte organizacional constituem os fatores desencorajadores que sobressaíram no estudo (Galvão, Sawada et Rossi, 2002).

8.1.5 – FAMILIARIDADE COM O CONCEITO ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA (EBE)

A maioria dos inquiridos, 70% está familiarizada com o conceito EBE. Cerca de 48% dos enfermeiros conheceu o conceito através de artigos de enfermagem e a mesma percentagem, 48%, conheceu o conceito através da pesquisa realizada em Bases de Dados na Internet. As restantes fontes de informação contribuíram com algum peso, sendo por ordem decrescente: ouvir os pares (40%); ouvir outros profissionais de saúde (35%); congressos, jornadas e seminários (35%) e outras formas, em 15%. Em estudo sobre “Atitudes, Consciencialização e Barreiras relacionadas com o paradigma da Cirurgia Baseada em Evidências”, realizado em Hospital Universitário de Amesterdão e publicado em 2009, verificamos que cerca de 40% dos enfermeiros perioperatórios conhecem aquele tipo de terminologia, em vez de 90% dos cirurgiões que estão familiarizados com esses termos (Anouk et al, 2009).

A EBE é definida como a utilização consenciente, explícita e criteriosa de informações provenientes de teorias, pesquisas realizadas, que fundamentam a tomada de decisão sobre os cuidados prestados à pessoa, tendo em conta as necessidades e as preferências da pessoa (s) (Ingersoll, 2000). Determina que o enfermeiro compreenda a evidência, saiba operacionalizar as regras utilizadas para a procura dessa evidência, não só através da pesquisa, como da revisão bibliográfica, sendo fundamental conhecer as diferentes fontes de informação que contém os resultados da investigação.

8.1.6 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE A APLICAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA NA PRÁTICA DOS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS

De uma forma geral verificamos que os enfermeiros, na sua maioria, concorda totalmente (mediana) com as afirmações “ *A EC é um instrumento valioso na melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios*” (52%) e “*Através da EC podemos modificar os procedimentos de enfermagem perioperatórios de forma a melhorar os cuidados a prestar*” (54%). Igualmente verificamos que os inquiridos assumem uma posição de concordância (mediana) com as afirmações “*A Evidencia Científica é uma ferramenta essencial na prática dos cuidados perioperatórios, por fornecer aos enfermeiros autoridade para mudar a realidade dos cuidados perioperatórios, por constituir uma prática fundamentada*”; “*Na minha prática clínica utilizo a Evidencia Científica como ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios*”. Com o objetivo de prestar cuidados de qualidade, os enfermeiros devem refletir e avaliar as suas intervenções devendo as mesmas serem fundamentadas por conhecimentos clínicos baseados na evidência feito através da investigação (Ferrito, 2010).

Neste estudo, os inquiridos assumem uma posição de concordância (mediana) para a afirmação “*Os enfermeiros perioperatórios realizam poucos trabalhos de investigação com base em Evidencia Científica, devido a escassez de formação nesta área do conhecimento científico*”. Em estudo realizado no Hospital Universitário da Holanda sobre “*Attitudes, Awareness, and Barriers Regarding Evidence-Based Surgery Among Surgeons and Surgical Nurses*”, verificamos que os enfermeiros mencionam como barreiras para a utilização daquele paradigma na prática perioperatória: o desconhecimento de relatórios de pesquisa, a falta de tempo para ler esses relatórios e implementar novas ideias, e ainda, as implicações pouco claras para a prática (Anouk et al, 2009).

Os enfermeiros do estudo compreendem a importância da EC na prática perioperatória, uma vez que as respostas obtidas relativas àquelas afirmações, relacionam a EC com a melhoria da qualidade da prática dos cuidados e simultaneamente, com a alteração das práticas, pelo que verificamos a existência de uma preocupação manifestada e estabelecida de forma positiva, em que a EC pode melhorar a qualidade dos cuidados, modificando a prática perioperatória. Este grupo de enfermeiros perioperatórios sente como é importante a existência de uma cultura de tomada de decisões fundamentada em evidência científica, para uma mudança na melhoria da prática perioperatória, dando assim legitimidade aos enfermeiros para que essa mudança ocorra. Ao longo dos anos a qualidade dos cuidados é uma preocupação permanente dos enfermeiros e também das organizações de saúde, pelo que é fundamental a envolvimento de todos os funcionários da organização independentemente dos seus cargos, tal como na afirmação seguinte: a Qualidade é definida como

“um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva actividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revistos, actualizados e difundidos, com participação da alta direcção do hospital até aos seus funcionários mais básicos” Feldman, Gatto e Cunha (2005, p 214). É introduzida a necessidade de envolver todos os funcionários da organização de saúde, independentemente dos cargos organizacionais.

Verificamos que os inquiridos têm uma opinião neutra relativamente ao conceito *“Na minha prática clínica a minha experiência é mais valiosa que a Evidencia Científica publicada”* (mediana se situa “não concordo, nem discordo”). Cerca de 75% das respostas situaram-se abaixo da posição neutra, isto é, discordando da afirmação o que em nosso entender é revelador do conhecimento que os enfermeiros têm acerca da importância da EC como ferramenta para a mudança da prática perioperatória, uma vez que fornece dados objetivos e científicos que fundamentam as intervenções de enfermagem, sendo que essa evidência sustenta a prática perioperatória e não só a experiência individual. A prática de EBE integra a melhor EC existente resultante da investigação, a par da experiência individual, da opinião de peritos e das preferências dos clientes tendo em conta os recursos disponíveis (OE, 2006).

No nosso estudo verificamos que existe uma percentagem (59%) de enfermeiros que utiliza, como fonte de informação científica, o esclarecimento com os pares. Este tipo de abordagem parece ser comum entre profissionais, pois em estudos efetuados, também profissionais de saúde recorrem ao esclarecimento com os pares para obter aconselhamento terapêutico (Galvão, Sawada & Rossi, 2002; Ferrito, 2004).

Relativamente a afirmação *“A operacionalização da melhor Evidência Científica é um processo lento e difícil, porque os enfermeiros não têm formação nesta área”* verificamos que os inquiridos referem não concordar, nem discordar (mediana). No entanto, a caixa de bigodes apresenta um maior cumprimento e cerca de 50% da amostra variou entre o concordo e o discordo parcialmente. Os enfermeiros do estudo revelam conhecer a EC e a sua aplicabilidade na prática perioperatória, como um instrumento de melhoria continua. Após análise das respostas à afirmação acima mencionada, verificamos que os inquiridos têm uma opinião neutra. Após as evidências encontradas através da pesquisa, como será que os enfermeiros as introduzem na prática dos cuidados? Existem estudos que identificam as dificuldades dos enfermeiros para o desenvolvimento de pesquisas e também, dificuldade na utilização dos resultados das pesquisas, ou seja, a dificuldade em implementar a prática baseada em evidências, pelo que ainda existe um longo caminho a percorrer (Galvão, Sawada & Rossi, 2002; Anouk et al, 2009). Em um estudo realizado a enfermeiros perioperatórios no

Brasil, estes identificam como barreiras, a falta de tempo e de suporte organizacional e ainda, a falta de reconhecimento dos pares (Galvão, Sawada & Rossi, 2002).

No Canadá estão a ser aplicadas medidas que visam o desenvolvimento da prática baseada em evidências. Organizações de saúde têm definido um vínculo entre a investigação e a prática, com adoção de estratégias, como sejam comissões orientadas para a investigação em enfermagem, o desenvolvimento de planos estratégicos, entre outras. Estão a ser introduzidos programas formativos dirigidos à equipa de enfermagem para o desenvolvimento de projetos de investigação (Galvão, Sawada & Rossi, 2002).

8.1.7 – FAMILIARIEDADE COM O CONCEITO NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA (NOCs)

Mais de metade dos inquiridos (93%) sabe o que são NOCs e desse número a maioria (90%) considera utilizá-las na prática clínica. As NOCs são definidas como *“conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada constituindo um instrumento que se destina a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde, em contextos bem definidos”* Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 7).

As NOCs podem constituir uma ferramenta importante na mudança de comportamento dos enfermeiros, uma vez que permitem obter um ganho sistemático, fácil, relevante e eficaz sobre uma determinada patologia, reforçando a qualidade da decisão clínica, uma vez que disponibilizam recomendações claras sobre determinada situação, indicando qual a melhor prática clínica. Paralelamente, a sua importância é reconhecida por focalizar-se nos melhores resultados (*outcomes*), com aumento da eficácia clínica, minimização de riscos com consequente diminuição de intervenções desnecessárias, ineficazes ou até prejudiciais (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

8.1.8 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O GUIA DE BOAS PRÁTICAS - PRÁTICAS RECOMENDADAS DA AESOP - E SUA APLICABILIDADE NA PRÁTICA DOS CUIDADOS

Relativamente às PR da AESOP, a frequência de utilização é elevada, afirmação fundamentada nos resultados obtidos. A maioria (96%) dos inquiridos admite conhecê-las e metade (53%) desses utiliza-as muitas vezes; apenas 30% refere utilizar sempre na respetiva prática de cuidados.

Em relação à importância que lhes é atribuída face à prática dos cuidados, os enfermeiros perioperatórios referem que as PR são totalmente importantes (43%), enquanto 49% referem ser muito importantes. De salientar, que quase a totalidade (97%) dos enfermeiros identifica que as PR da AESOP constituem o fator-base de elaboração das Normas de Serviço e cerca de 92% considera-as uma ferramenta de apoio à integração de novos enfermeiros no serviço.

As NOCs ou os Guias de Boa Prática, constituem uma metodologia que apoia a decisão clínica, constituindo um instrumento de qualidade na prestação dos serviços de saúde, contribuindo desta forma para a melhoria dos sistemas de saúde (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007). No processo de tomada de decisão, ao nível da enfermagem, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, reconhecendo a necessidade de elaborar Guias Orientadores da Boa Prática dos cuidados de enfermagem baseados na evidência, constituindo uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade da prática profissional dos enfermeiros OE (2001). Assim, possibilitam a *“decisão mais informada e sustentada em evidência, seja na prática clínica como na gestão e decisão política. A decisão é simplificada, a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos e a qualidade assistencial melhora”* PNS (2010, p 5).

Das diferentes PR que a AESOP publicou, cerca de 20% dos inquiridos mencionaram a totalidade das práticas, não apontando uma específica. No entanto, as que são utilizadas com maior frequência são por ordem decrescente: a preparação pré cirúrgica das mãos (55%); o vestuário no bloco operatório (43%); e a desinfeção do campo operatório (40%). Ainda em relação à necessidade identificada de elaboração de novas Práticas, apenas 18% dos inquiridos mencionaram como sugestão, o desenvolvimento de novas práticas para integrar a lista das PR da AESOP, sendo que a maioria das sugestões são novas práticas.

De salientar, que a prática dos cuidados é uma fonte inesgotável de questionamento, a qual só poderá ser respondida através da investigação, podendo esta disciplina cumprir um dos seus principais objetivos e fornecer orientações para a prática clínica (Basto, 2013).

8.2 – CONCLUSÕES DO ESTUDO

O estudo teve como objetivo principal a identificação das necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática. Os inquiridos têm uma média de idades de 39 anos, maioritariamente do sexo feminino, com uma média do exercício profissional que correspondente aos 23 anos, anuidade semelhante à média de conclusão do curso, o que significa que iniciaram a sua atividade profissional logo após a conclusão do CE. A média de exercício na área perioperatória é variável; metade da amostra exerce funções perioperatórias há cerca de 9/11 anos, pelo que

consideramos terem já alguma experiência nesta área. Dos respondentes, aproximadamente um terço teve formação sobre a área perioperatória no CE, e aproximadamente 2 terços responderam não terem tido qualquer formação específica. Em nosso entender, essa necessidade de formação foi manifestada como necessária por cerca da maioria dos inquiridos que revelaram ter realizado formação contínua perioperatória. O número de horas frequentadas sobre formação contínua situa-se no escalão mais baixo, isto é igual ou inferior a 30 horas anuais. Esta situação pode ser devida há pouca oferta formativa nesta área, e à escassez dos recursos humanos nos subsistemas que não permitem a saída de enfermeiros para formação.

Os enfermeiros respondentes manifestam-se referindo que não são incentivados a frequentar cursos, sejam eles pós-graduação; outras licenciaturas; mestrados; realização de trabalhos de investigação, comunicações ou apresentações de posters em congressos; e ainda a redigirem artigos científicos. Qualquer destas atividades é reconhecida pelos inquiridos com pouco incentivo.

Genericamente os inquiridos recorrem, com grande adesão, às diferentes fontes de informação científica de enfermagem, sobretudo quando têm que realizar um artigo ou uma apresentação, quando estão perante uma cirurgia que desconhecem, ou na implementação de uma prática nova.

As fontes de informação científica que constituem recurso para pesquisa de informação são sobretudo, a pesquisa em base de dados, um recurso de fácil acesso, rápido e atual na procura de evidências, sendo utilizado pela maioria. Ainda a salientar as normas de procedimento e os livros, bem como, o esclarecimento com outros profissionais da área, são os recursos mais utilizados. O tempo dedicado à leitura de artigos científicos de enfermagem perioperatória é limitado (38% para o intervalo inferior ou igual a 24 horas anuais) e apenas 17% dos inquiridos são assinantes de uma revista de enfermagem perioperatória, designada por AESOP. Os enfermeiros são incentivados a manter a atualização das práticas, bem como a aprofundar os seus conhecimentos profissionais e a frequentar ações de formação. Perante o fato de que os inquiridos são incentivados a manter a atualização das práticas, entendemos que o número de horas dedicadas à formação contínua é utilizada para formações com aplicabilidade na prática, cujo retorno é rápido, uma vez que a “atualização das práticas” é de todas, a atividade mais incentivada.

Os inquiridos, apesar de terem formação académica sobre investigação, não os aplicam na área perioperatória, não existindo uma cultura mobilizadora que incentive a investigação.

A maioria dos inquiridos está familiarizada com o conceito EBE e esse conhecimento foi obtido maioritariamente, através de artigos de enfermagem e de pesquisa realizada em bases de

dados. Os enfermeiros compreendem e afirmam a importância da EC na prática perioperatória. De acordo com as respostas, os enfermeiros identificam o contributo que a EC tem na melhoria da qualidade da prática dos cuidados, através da introdução de evidência relevante que altere a prática perioperatória. Verificamos a existência de uma preocupação manifestada e estabelecida de forma positiva, sobressaindo que a EC pode melhorar a qualidade dos cuidados, modificando a prática perioperatória. O grupo de enfermeiros sente como é importante a existência de uma cultura de tomada de decisões fundamentada em EC, para uma mudança na melhoria da prática perioperatória, dando assim legitimidade aos enfermeiros para que essa mudança ocorra.

A maioria dos inquiridos sabe o que são NOCs e utiliza-as na prática clínica. A maioria conhece as PR da AESOP e utiliza-as com muita regularidade. Igualmente reconhecida é a importância atribuída às PR na prática dos cuidados, constituindo fator-base de elaboração das Normas de Serviço e de integração de novos enfermeiros no BO. Os inquiridos ainda identificaram novas práticas que ao serem elaboradas podem integrar as PR da AESOP já existentes.

Pelo exposto, as implicações deste estudo para a prática clínica perioperatória, está relacionado com a existência de Guias de Boa Prática na prestação de cuidados perioperatórios, constituindo um contributo insubstituível para a prática segura, quer para os clientes, quer para profissionais, quer para as organizações de saúde. Igualmente constituem ferramentas fundamentais para a prestação de cuidados seguros, de qualidade, eficazes, eficientes e efetivos, dado estarem concebidos baseados na melhor evidência disponível.

8.3 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em duas organizações de saúde de Lisboa e uma no Porto, e com uma amostra de 75 enfermeiros. Quando compararmos esta amostragem com a população de enfermeiros perioperatórios a nível nacional, num total compreendido entre 5000 a 6000, consideramos que é pouco representativo, o que de certa forma pode ter limitações para os resultados obtidos.

9 – REFLEXÕES

Este capítulo irá incluir a reflexão ao estágio, espaço em que também incidirá a reflexão às competências desenvolvidas, adquiridas e relacionadas com o grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

AO ESTÁGIO

A base de toda a nossa praxis profissional assenta numa filosofia própria, baseada num referencial teórico que tem norteado o nosso desenvolvimento profissional na área perioperatória, e na qual acreditamos enquanto profissional. Esse referencial tem sido influenciado por vários fenómenos, nomeadamente, a cultura organizacional e os valores que nos têm sido transmitidos e que temos apropriado ao longo destes anos. Por outro lado, a nossa atividade enquanto membro de uma associação profissional, a AESOP, também tem influenciado a nossa atitude profissional no subsistema, na organização e na sociedade profissional.

Ao refletirmos sobre o percurso de estágio decorrido e tendo por base o modelo de Formação e da Prática da EP defendido pela AESOP (Dias Pinheiro; Costa e Rodrigues, 2006), observamos que no centro, a formação perioperatória ocupa um local de destaque, constituindo a base de todo o modelo, e que tem como objetivo final o cliente. A rodeá-la encontramos várias secções, cada uma delas desempenhando um papel importante no contexto do desenvolvimento profissional do enfermeiro perioperatório, dado contribuírem para o desenvolvimento de competências a nível cognitivo, técnico e relacional. Tendo em consideração que a formação deve ser feita em *continuum*, isto é, ao longo da vida Nunes (2003), este desiderato é consentâneo com a influência que a formação exerce sobre as secções com que se articula o modelo. Neste modelo podemos identificar as seguintes secções:

- Prestação de Cuidados: o enfermeiro é responsabilizado pelas atividades relacionadas com o cuidar, utilizando todos os seus recursos em termos de conhecimentos, capacidades relacionais e habilidades em todo o processo do cuidar e nas diferentes fases pré, intra e pós operatória não só para com o cliente, mas também ao nível da gestão dos recursos humanos e dos dispositivos médicos;
- Advogado do doente: o enfermeiro assegura um ambiente seguro, terapêutico, aplicando padrões de boa prática clínica. A sua principal função é a segurança do cliente pelo que implica um conhecimento profundo do ambiente operatório, protegendo-o de danos ou prejuízos, tendo presente que o cliente confia na equipa pluridisciplinar. Paralelamente, o enfermeiro garante que o consentimento informado não é violado, favorecendo a tomada de decisões com tranquilidade;

- Líder de Mudança: o enfermeiro perioperatório é o mediador entre os elementos da equipa, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento;
- Investigador: o enfermeiro promove o seu auto conhecimento nas três áreas de competência, cognitivas, relacionais e técnicas, através da investigação;
- Educador/Formador: o enfermeiro está envolvido na educação dos clientes e familiares, mas também dos seus pares e da equipa pluridisciplinar;
- Gestor: o enfermeiro perioperatório participa na coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados, fazendo a interligação funcional entre utilizadores e fornecedores de cuidados (Dias Pinheiro; Costa e Rodrigues, 2006).

Paralelamente, e de acordo com o documento Guia do Curso Mestrado em Enfermagem Perioperatória, (2013), as competências que se pretendiam desenvolver ao longo do estágio foram:

- **Conhece as especificidades dos cuidados de enfermagem inerentes às especialidades cirúrgicas**

- Descreve a organização do contexto perioperatório
- Adequa os cuidados a cada pessoa, na especificidade do seu contexto de trabalho
- Realiza as técnicas de enfermagem principais próprias das quatro áreas da enfermagem perioperatória (enfermagem de anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos) no cumprimento das regras de segurança próprias

- Fundamenta a tomada de decisão completa nos cuidados perioperatórios
- Aplica os conhecimentos na demissão ética, deontológica e jurídica nos cuidados prestados em contexto perioperatório

- **Aplica o Processo de Enfermagem e os modelos de decisão ética na resolução de situações problemáticas de enfermagem**

- Decide sobre a formulação de diagnósticos e os resultados de enfermagem a partir de critérios e de indicadores

- Discute aspetos relacionados com a segurança do cliente no perioperatório
- Aplica medidas de controlo de infeção
- Fundamenta as boas práticas em contexto perioperatório
- Aplica conhecimentos sobre o trabalho de equipa e fundamentar as boas práticas a ter com os DM

- Comunica eficazmente no seio da equipa multidisciplinar

Para alcançar estas competências e uma vez que a nossa atuação enquanto prestadora direta de cuidados, não ocorre há já alguns anos (14 anos), dado termos sido chamadas para colaborar na área da gestão do BO, em comunhão com a Enfermeira Chefe, foi necessário, retornar às bases, ou seja, voltar à prestação direta dos cuidados. Esta situação gerou algumas inquietações que após reflexão, passamos a enumerar:

- Inicialmente foi identificado por nós o receio e a ansiedade inerentes ao reinício desta atividade, assente numa ausência prolongada em termos temporais, por considerarmos que as nossas competências enquanto perita, como refere Benner, poderiam estar fragilizadas por ausência de treino e de destreza;

- Como veria a equipa pluridisciplinar este reinício de atividade em contexto de prestação direta de cuidados? Estes sentimentos que nos invadiram e que até certo ponto constituíram uma ameaça ao nosso desempenho foram ultrapassados rapidamente, quando em plena atividade perioperatória, sentimos que as nossas aptidões em termos cognitivos, relacionais e técnicos (instrumentais) correspondiam ao esperado.

Para a consecução destas competências foi importante refletir sobre as nossas capacidades e competências atuais e compreender a necessidade de nos atualizarmos, pelo que a formação contínua foi fundamental. Nesse contexto, e considerando que a formação é transversal ao longo da vida profissional tendo em conta as necessidades que emergem no aqui e agora, da nossa área de actuação, foi relevante aprofundar conhecimentos e actualizá-los no que de mais recente existe na praxis, mobilizando para o efeito os diferentes recursos internos e externos disponíveis. Para isso, foi necessário recorrer a alguns recursos disponíveis, nomeadamente: a pesquisa científica; a consulta das fichas de cirurgia existentes no BO; os diferentes equipamentos disponíveis e respetivo funcionamento, bem como os dispositivos médicos existentes; a articulação feita com os pares do BO e do serviço de internamento cirúrgico; o planeamento cirúrgico e respetiva discussão com a equipa dos passos críticos do procedimento; e a entrevista realizada aos clientes. Igualmente importante a atualização de conhecimentos acerca da gestão e da segurança dos cuidados e das boas práticas clínicas; e ainda o aprofundar conhecimentos sobre ética, deontologia, trabalho de equipa e aspetos relacionais.

Todos estes fatores promoveram novas aprendizagens ou reaprendizagens anteriores, de forma a elaborar um plano mental de cuidados individualizado, o qual contribuiu para ultrapassar os nossos receios e ansiedades, terminando num desempenho feliz, não só para nós, enquanto

enfermeiros perioperatórios, mas também para a equipa pluridisciplinar, ao reconhecerem a importância que um enfermeiro perioperatório perito tem na integração de equipas cirúrgicas.

Ao realizarmos um paralelismo com o modelo que a AESOP preconiza, afirmamos que encontramos os seguintes itens: Prestação de Cuidados; Advogado do Doente; Líder de Mudança; Educação/Formação; e Gestor. Para alcançar as competências mencionadas foram realizadas as atividades seguintes:

- ✓ Estabelecer uma relação de ajuda;
- ✓ Conhecer as diferentes funções do enfermeiro perioperatório;
- ✓ Aplicar os padrões de qualidade no contexto;
- ✓ Elaborar um plano de cuidados individualizado ao cliente submetido a um procedimento anestésico e cirúrgico;
- ✓ Estabelecer relação com os aspetos relacionados com a atribuição de funções no BO e no seio da equipa multidisciplinar;
- ✓ Fundamentar as boas práticas em contexto perioperatório;
- ✓ Aplicar os conceitos de gestão e de segurança dos cuidados;
- ✓ Identificar situações que comprometem a qualidade dos cuidados;
- ✓ Conhecer as especificidades dos cuidados de enfermagem inerentes às especialidades cirúrgicas;
- ✓ Adequar os cuidados à subjetividade da pessoa (ex: uma adulta pediu para na indução da anestesia ter os seus headphones, o que foi possível);
- ✓ Aplicar os conhecimentos adquiridos na dimensão ética, deontológica e jurídica nos cuidados prestados em contexto perioperatório;
- ✓ Estabelecer uma relação de ajuda e aconselhamento no processo de cuidados em EP;
- ✓ Aplicar conhecimentos relativos ao trabalho de equipa em contexto perioperatório;
- ✓ Discutir os aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados no seio da equipa pluridisciplinar;
- ✓ Fundamentar as boas práticas a ter com os Dispositivos Médicos;
- ✓ Aplicar os conceitos de gestão e de segurança dos cuidados;
- ✓ Fundamentar a tomada de decisão complexa nos cuidados perioperatórios;
- ✓ Elaborar registos precisos na transmissão de informação;
- ✓ Comunicar eficazmente.

- **Utilizar na linguagem de enfermagem, a taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), adaptada aos atuais sistemas de informação de enfermagem**
- **Descrever as redes de conceitos subjacentes ao processo de raciocínio clínico com base na CIPE/ICNP;**

Relativamente a estas competências, na nossa organização de saúde, e em termos de linguagem, a taxonomia CIPE não está aplicada, muito embora exista um projeto para a sua implementação na organização e nos diferentes subsistemas. Fomos representantes do subsistema operatório, tendo integrado o grupo de trabalho, que na organização liderou este projeto, mas por razões que desconhecemos o mesmo ainda não está implementado. No Mestrado de EP foram leccionados conteúdos formativos sobre esta taxonomia. A CIPE tem como principal objetivo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, fornecendo ferramentas que descrevam e documentam as práticas de enfermagem (Garcia e Nobrega, 2009; Carvalho, 2010). Esta ferramenta pode ser utilizada como base para a tomada de decisão clínica, dotando a prática de enfermagem com um vocabulário próprio e um sistema de classificação que inclui dados de enfermagem em sistemas de informação computadorizados (Garcia e Nobrega, 2009).

A CIPE consiste numa classificação de Fenómenos de Enfermagem, Ações de Enfermagem e Resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, os quais descrevem a prática dos cuidados. Dado ser uma linguagem utilizada por enfermeiros, apresenta as seguintes vantagens: promove uma linguagem comum para a prática dos cuidados, o que facilita e melhora a comunicação profissional entre aqueles profissionais dado promover uma uniformização da linguagem; representa os diferentes conceitos usados nas práticas locais, nos diferentes idiomas e áreas da especialidade; descreve os cuidados prestados ao cliente (pessoa, família, comunidade); possibilita a comparação de dados de enfermagem entre diferentes populações de clientes, contextos, áreas geográficas e temporalidades díspares; estimula a investigação, pela existência de dados disponíveis nos sistemas de informação de enfermagem e de saúde, e cujo acesso é facilitado; fornece dados sobre a praxis de enfermagem, o que de certa forma pode influenciar a educação em enfermagem e a política de saúde; fornece dados para a tomada de decisões; projeta tendências sobre as necessidades dos clientes, a prestação de cuidados de enfermagem, a utilização de recursos e resultados dos cuidados de enfermagem prestados (Conselho Internacional de Enfermagem, 2003).

- **Aplicar a metodologia de projeto no planeamento do seu próprio processo formativo**

- **Realizar projeto de formação individual**

- **Realizar relatório de projeto devidamente fundamentado**

Relativamente a estas três competências e para a consecução das mesmas, sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos sobre Metodologia de Projeto, desenvolvendo capacidades que nos permitirão ter uma maior aplicabilidade no futuro. Isto é consentâneo com o modelo desenvolvido pela AESOP, uma vez que o enfermeiro perioperatório, nas diferentes secções da roda: Prestação de Cuidados, Advogado do Doente, Educação/Formação, Investigador, Gestor, e até enquanto Líder de Mudança, pode munir-se de ferramentas que postas em evidência e depois de operacionalizadas, podem mudar comportamentos, atitudes melhorando e tornando mais eficaz e eficiente os cuidados de enfermagem, através da melhoria contínua da qualidade, constituindo assim uma referência para a mudança de comportamentos através da investigação/ação.

No desenvolvimento do trabalho apresentado, baseamo-nos na Metodologia de Projeto, a qual pode ser definida como um conjunto de operações claras, que podem produzir uma representação antecipada e final de um processo que origina transformações a partir de situações reais (Guerra, 1984). É um processo metodológico que tem como objetivo a análise e resolução de problemas reais no seio da equipa, utilizando para o efeito técnicas que permitem a recolha, obtenção e análise de informações (Leite et al, 2001).

Consideramos interessante o desenvolvimento de um Trabalho de Projecto, utilizando este tipo de metodologia, sobretudo porque a partir de uma reflexão à prática dos cuidados e através dela, foi possível identificar que tipo de inquietações poderiam ser alvo de um olhar mais atento, com o objetivo de transformar a realidade, otimizando a qualidade dos cuidados aos clientes.

Neste contexto, foi identificada uma área de lacuna de conhecimento ao nível da praxis perioperatória: identificar as necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática profissional, isto é, em que baseiam os enfermeiros perioperatórios a sua prática profissional? Uma vez identificado o problema que emerge do real, foi consequentemente feito o diagnóstico da situação.

Para a resolução daquele problema foram traçados objetivos, os quais apontam resultados a alcançar, podendo os mesmos ser gerais e específicos (Mão de Ferro, 1999). Foi traçado um objetivo geral e para a consecução do mesmo delineamos objetivos específicos.

De seguida, foi realizado o planeamento, tendo sido efetuado um levantamento dos recursos necessários, identificado o tipo de limitações existentes relacionadas com o próprio trabalho, definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos, definidos os métodos e as técnicas de pesquisa e elaborado o respetivo cronograma de atividades (Hungler et al, 2001).

Uma vez elaborado o guia planificador, é dado início à execução, isto é, passamos para a prática tudo o que foi planeado, ou seja, o que até então foi construído mentalmente, começa a tornar-se numa situação real que se vai construindo (Carvalho et al, 2001; Nogueira, 2005).

Segue-se a fase de avaliação do projeto, a qual é contínua (Leite et al, 1993), permitindo em qualquer momento redefinir a análise da situação, os objetivos, a ação e os meios, bem como, a análise dos resultados (Carvalho et al, 2001). A avaliação pode fornecer os elementos fundamentais que podem levar a intervir, sempre que necessário, na melhoria da coerência, ou seja, da relação entre o projeto e o problema; da eficiência, isto é, na gestão dos recursos e dos meios relacionados com os objetivos e da eficácia, ou seja, da relação entre a ação e os resultados (Leite et al, 1993; Carvalho et al, 2001). Pelo exposto, a avaliação é um processo dinâmico permitindo comparar os objetivos inicialmente definidos e os atingidos (Nogueira, 2005).

A fase seguinte é a Divulgação dos Resultados ou Redação do Relatório Final. A elaboração do relatório final de um projeto é fundamental na transmissão da informação, constituindo um requisito obrigatório na realização de qualquer projeto. Esta é a fase em que se dá a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um problema real. Permite, em forma de síntese, sistematizar, organizar e interpretar toda a informação e o conhecimento científico obtido (Schiefer et al, 2006). Após a redação do relatório final, é dever ético do investigador, a divulgação dos resultados. Dado que os resultados da investigação acrescentam valor ao conhecimento e à comunidade científica, é de crucial importância a divulgação desses resultados, para que seja possível o acesso aos mesmos, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados a prestar. Essa divulgação deve incluir informação pertinente e relevante para a prática com relevância para a melhor evidência científica; e deve incluir os aspetos negativos, as hipóteses não confirmadas, as limitações do estudo e a possibilidade dos

resultados serem ou não generalizados. Desta forma, evita-se a repetição desnecessária de inúmeros estudos, favorecendo a realização de outros que contribuam para validar os resultados já encontrados, proporcionando assim, ganhos pertinentes (Martins, 2008).

A divulgação dos resultados é um recurso fundamental à prática da enfermagem, uma vez que a evidência permite a aquisição de conhecimentos científicos, os quais podem contribuir para melhorar a qualidade da prestação de cuidados, isto é, uma prática baseada na evidência.

O Trabalho de Projeto é uma metodologia centrada na investigação, na análise e resolução de problemas em grupo. É um método útil na evolução da enfermagem, dado promover uma prática fundamentada, assente no aumento da qualidade dos cuidados Andersen, (Ferrito et al, 2010).

Em relação ao desenvolvimento do estágio em si, salientamos os seguintes aspectos:

- ✓ A importância do cargo de gestão, que deve cada vez mais, estar relacionado com a praxis, pois através dela, é possível de forma mais facilitada, a identificação de lacunas existentes e como ultrapassá-las, situação que não nos tínhamos apercebido anteriormente, por não termos sentido essa necessidade, e porque o grupo não verbalizava. Sentimos hoje que estamos mais despertos;

- ✓ A maior facilidade em identificar itens que no contexto da prática clínica estão obsoletos e que devem ser alterados tendo em conta as evidências encontradas na pesquisa realizada através das fontes de informação científica;

- ✓ Os itens identificados anteriormente são fundamentais pois cada vez mais se discute a importância e a necessidade de peritos em supervisão clínica em enfermagem;

- ✓ A partilha de experiências, de vivências e de dificuldades e como ultrapassá-las;

- ✓ A facilidade da nossa integração na prestação directa de cuidados no subsistema onde exercemos funções, por conhecimento da equipa pluridisciplinar e por ser uma perita na área, o que certamente facilitou o contacto com os recursos existentes;

- ✓ A necessidade cada vez mais crescente que os enfermeiros da prática têm em serem reconhecidos pelas funções que desempenham, que sendo específicas e diferenciadas não são devidamente valorizadas;

- ✓ O fato de não ter realizado o estágio em outro subsistema de uma outra organização de saúde, pode ter sido limitativo, por não valorizar outros aspectos da EP em outros contextos e vivências.

Finalmente e para concluir, devemos realçar, que a experiência adquirida na área perioperatória ao longo destas duas décadas, e complementada com os subsídios apreendidos com a frequência do Mestrado, enquanto formação pós graduada, contribuíram para um olhar mais crítico em contexto clínico perioperatório e simultaneamente, para o desenvolvimento de competências em termos de decisão clínica e ética na área da EP.

AS COMPETÊNCIAS PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Em contexto de frequência de mestrado e de estágio e com o objetivo de desenvolver competências que nos permitirão obter o grau de **Mestre em Enfermagem Perioperatória** desenvolvemos atividades dirigidas às seguintes competências:

➤ **Demonstrar conhecimentos e capacidades de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais incluindo em contexto de investigação**

Através de uma reflexão à praxis clínica e tendo em conta a longa experiência nesta área do cuidar, a par da atividade de voluntariado no âmbito da associação profissional, foi necessário ponderarmos a temática a desenvolver no âmbito da investigação, por forma a responder a um tema pertinente aos diferentes intervenientes (investigadora, local de estágio e associação profissional). Desde logo, cruzar a experiência profissional vivida com a necessidade de investigar uma área do conhecimento ao nível da EP, constituiu um desafio. Tendo em conta este pressuposto foi desenvolvido um trabalho de projeto na área da EP, em que aplicamos os conhecimentos apreendidos em Metodologia de Projeto, utilizando para o efeito as ferramentas nas quais se baseiam os trabalhos de investigação, enquanto projeto formativo.

➤ **Aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar**

➤ **Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das decisões e das ações que assume**

Em ambiente perioperatório temos sido chamadas, sobretudo na área da gestão de cuidados e na gestão de recursos, a aplicar conhecimentos e capacidades na resolução de situações complexas e inovadoras, no âmbito da equipa multidisciplinar. Para isso, temos desenvolvido conhecimentos que

nos permitem, por um lado, lidar com situações complexas, e por outro, identificamos situações cuja informação é limitada ou até incompleta, e cujas consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas sejam previsíveis e neste contexto, assumimos as consequências das decisões que fizemos. Assim, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Identificação de situações complexas e inovadoras, realizando o diagnóstico de situação, planeamento de cuidados e respetiva avaliação em contexto pluridisciplinar;
- Elaboração do pensamento crítico face a determinada situação/acontecimento, identificando situações de risco, promovendo estratégias antecipatórias para a resolução de potenciais problemas e aplicando a técnica de resolução de problemas;
- Clarificação de prioridades perante situações complexas que necessitam de cuidados específicos, diferenciados e de maior complexidade, quer no seio da equipa de enfermagem perioperatória, quer no seio da equipa multidisciplinar;
- Elaboração de informação estruturada, completa e pertinente acerca da situação clínica do cliente, das instalações do BO, do equipamento e dos dispositivos médicos;
- Elaboração com a equipa pluridisciplinar do planeamento de recursos físicos, humanos e materiais para situações de urgência e emergência que ocorram na área perioperatória;

➤ **Comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar**

Em contexto perioperatório a comunicação clara e precisa é essencial para que a sua eficácia seja uma realidade, sobretudo em ambientes dominados pelo stress e pela pressão, bem como pela realização de tarefas variáveis e complexas, no seio de equipas multiprofissionais com uma forte dependência e contribuição profissional individual. Assim, para atingir esta competência foram realizadas as seguintes atividades:

- Foi mantida uma atitude de abertura ao ambiente perioperatório e aos diferentes elementos da equipa multidisciplinar;
- Foi mantida uma escuta ativa quer para o cliente, quer para os diferentes elementos da equipa, respeitando as suas opiniões;
- Foi utilizada a comunicação oral e escrita de forma clara, concisa e pertinente face a situações de saúde do cliente, transmitidas pelos pares ou outros profissionais da equipa de cuidados;

- Foi necessário comunicar de modo consistente a informação considerada relevante, de forma a torná-la clara, sucinta, correta e perceptível sobre a situação em causa;
- Foi necessário assegurar que a informação fornecida quer ao cliente, quer à equipa é compreendida;
- Foi necessário clarificar as situações que são pouco objetivas e pouco esclarecidas no seio da equipa pluridisciplinar;
- Foi respondido de forma adequada às questões colocadas tendo em conta a nossa área de competência;
- Foi necessário comunicar a tomada de decisões junto da equipa de forma clara e devidamente fundamentada;
- Foi pertinente utilizar as diferentes tecnologias de informação disponíveis e adequa-las ao contexto, de forma a torna-las apropriadas e eficazes;
- Foi fundamental estabelecer e manter relações profissionais construtivas com os clientes, pares e diferentes elementos da equipa multidisciplinar;
- Foi necessário contribuir para um trabalho de equipa multiprofissional, através de uma atitude construtiva, de respeito pelo próximo e de colaboração mútua.

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

Ao longo da nossa vida profissional temos tido o cuidado de selecionar as atividades adequadas, não só, ao nosso estágio de desenvolvimento, como também, indo ao encontro das nossas necessidades formativas provenientes de uma reflexão cuidada à prática perioperatória. Para tal, temos realizado pesquisa bibliográfica orientada em função daquilo que é necessário aprender ou atualizar nas diversas fontes de pesquisa científica. As atividades conducentes ao alcance deste objetivo correspondem:

- Identificação das nossas necessidades de informação científica, a fim de prestar cuidados perioperatórios efetivos ao cliente;
- Identificação das necessidades de informação científica da equipa de enfermagem face a um novo procedimento, dispositivo médico ou equipamento, procurando estratégias e recursos que satisfaçam essas necessidades;
- Divulgação de atividades formativas no âmbito da EP, a fim de corresponder às necessidades de informação sentidas pela equipa de enfermagem;

- Responsabilização pelo planeamento, acompanhamento e avaliação do plano formativo do subsistema operatório;
- Promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento profissional incentivando-se continuamente e incentivando a auto formação dos pares.

Consideramos que com a frequência do mestrado em EP e através das aprendizagens daí decorrentes, os subsídios que hoje obtemos enquanto pessoas e profissionais, promoveram em nós o desenvolvimento de competências que, por um lado, serão facilitadoras de um olhar diferente para esta área da enfermagem e por outro, permitiram obter o reconhecimento por parte dos pares e outros profissionais, reconhecimento esse, que nos é devido, enquanto enfermeiros peritos nesta área de prestação de cuidados.

Após duas décadas de exercício profissional na área perioperatória, consideramos que este subsistema constituiu um desafio fascinante que induziu a nossa escolha, revelando-se na altura avassalador, mantendo em nós uma motivação constante ao longo do nosso percurso. De facto, ao longo destes anos, tivemos a oportunidade e porque não, a felicidade, de fazer quase sempre aquilo que gostamos. Aliar ao exercício profissional o prazer, é pois algo pouco comum para a maioria dos seres humanos. Fomos até à atualidade, presenteados pelo destino, quer no plano profissional, quer no pessoal e até mesmo no familiar, pelas múltiplas experiências de vida vividas. Aliás o estarmos aqui hoje, a redigir estas palavras, constituiu a concretização de uma vontade expressa em termos de aprendizagens e de reconhecimento pelo caminho já percorrido, consubstanciado por um momento privilegiado da nossa vida profissional e um momento fulcral de aprendizagem.

Consideramos ter construído um projecto de vida profissional assente em patamares consolidados, através de experiência e maturidade, nas diferentes áreas de prestação de cuidados. Crescer, saber mais, evoluir, ser mais competente, são conceitos que de forma alguma são alheios às mais íntimas aspirações do ser humano.

Este desenvolvimento não se esgota, nem no espiritual, nem no material, assentando numa simbiose perfeita de duas realidades que constituem o ser e o viver. Todos nós, uns mais do que outros, somos insaciáveis de afectos, de consideração, de tempos livres, de diversão, de bens materiais, de justiça, de conhecimentos, de desenvolvimento profissional, de reconhecimento, enfim, de tudo aquilo que temos, mas que julgamos no direito de aspirar a mais e mais.

Dado que este documento se insere no Mestrado em EP, devemos salientar:

- O facto de este ser o 1º Mestrado em Portugal e na Europa, o que denota bem a evolução da Enfermagem Perioperatória em Portugal e em contexto histórico académico. Este é um marco essencial para todos os enfermeiros, não só deste Mestrado, como também dos nossos locais de trabalho e da AESOP. Simultaneamente, constitui uma mais-valia para os clientes que necessitam de cuidados perioperatórios, pois as aprendizagens consolidadas neste percurso podem ser postas em evidência nos nossos locais de exercício profissional. Assim haja vontade;
- O reconhecimento de todo um trabalho desenvolvido na área do perioperatório e que até aqui era totalmente desconhecido academicamente;
- O Mestrado em EP permitiu-nos uma partilha de experiências inter institucionais (são vários os enfermeiros de diversos pontos do País), com realidades muito diferentes, o que nos deu uma panóplia diversificada do estado de saúde da enfermagem perioperatória. Seria interessante a existência de um momento de partilha mais aprofundada de todos os trabalhos desenvolvidos neste Mestrado;
- A aprendizagem de algumas áreas que sendo inovadoras foram importantes para o nosso conhecimento, a consolidação de conhecimentos, a abertura a outras formas de estar na enfermagem perioperatória e na profissão, o despertar para outras realidades, são parâmetros que consideramos importantes no ciclo de aprendizagem do Mestrado.

Uma vez concluída esta análise, consideramos ter atingido as competências requeridas para o estágio e para a obtenção do Grau de Mestre em EP. E, porque em todo o nosso percurso profissional, acreditamos que o cliente está em primeiro lugar, ele é o principal alvo dos cuidados, os quais se pretendem diferenciados, seguros, personalizados, e de excelência. Em nenhum momento nos podemos esquecer que o cliente que recorre a este espaço enigmático, frio e hostil, vivencia sentimentos de insegurança, inquietação, medos vários: da doença e o que ela representa, das perdas e das mutilações, do desconhecido, do ambiente estranho, dos rostos escondidos pelos barretes e pelas máscaras, enfim, um local onde se procura a esperança, mas simultaneamente, onde se exerce um poder, o poder sobre a vida, onde a morte se avizinha. Esta qualidade de que falamos deve resultar da interacção entre a humanização e a excelência técnico científica, com vista a um objectivo estratégico deste século – o alcançar a segurança e a qualidade global dos cuidados prestados, e simultaneamente, constituir um verdadeiro progresso pela qualidade de vida.

Salientamos que o percurso até agora realizado assenta numa vivência perioperatória vivida através de um trabalho desenvolvido com seriedade, convicção e paixão; bem como por um constante sacrifício da nossa vida privada e familiar que não necessitamos de justificar para outros, mas apenas e somente, para os nossos magníficos filhos que vão crescendo sem darmos conta, com princípios de respeito pelo outro e pela profissão exigente do ponto de vista pessoal, a qual abraçamos.

CONCLUSÕES

Através da história e da evolução da EP em Portugal e na Europa, constatamos que esta sofreu grandes desafios, atravessou dificuldades e sofreu uma imensa evolução ao longo dos anos, apesar da sua tenra idade. Hoje, é considerada uma área com especificidades próprias no contexto dos cuidados de saúde e com elevada relevância para o funcionamento dos BOs, considerando que a sua presença é indiscutível como garante da segurança dos clientes e dos cuidados. A aquisição de conhecimentos, competências e a conquista obtida enquanto membro participativo e promotor da segurança dos clientes e das equipas cirúrgicas, tem sido o maior desafio da EP. Perante a permanente evolução técnico científica das ciências humanas, consideramos que a EP deve desenvolver conhecimentos e estratégias promotoras do desenvolvimento e crescimento de um corpo de conhecimentos sólido, a fim de fazer face às crescentes exigências de um cuidar seguro, eficaz e efetivo. Estas exigências impostas pela sociedade científica devem ser suportadas por conhecimentos baseados nas mais recentes evidências encontradas, através das diferentes fontes de informação científica disponíveis e com fiabilidade reconhecida. Face ao exposto e de forma a conhecer a realidade junto da comunidade de EP, este estudo teve como objetivo principal o identificar as necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática profissional.

Este é um estudo exploratório e descritivo. A população corresponde a 186 enfermeiros perioperatórios, sendo a amostra composta por 75 inquiridos de 2 organizações de saúde de Lisboa e 1 do Porto. Relativamente à caracterização da amostra, os inquiridos têm uma média de idades de 39 anos, são maioritariamente do sexo feminino, com uma média de anuidade do exercício profissional de 23 anos. A média de anos de exercício na área perioperatória é variável, sendo que metade da amostra detém experiência na área perioperatória, exercendo funções entre os 9 e os 11 anos. A maioria dos enfermeiros são licenciados, e uma pequena percentagem possui o Bacharelato; maioritariamente pertencem à categoria profissional de Enfermeiro; enquanto Enfermeiro especialista e Enfermeiro-chefe têm percentagens semelhantes e pouco significativas. A maioria dos enfermeiros não possui outro tipo de formação, seja especialização, pós graduação, mestrado, outra licenciatura, ou outro curso complementar. Existem alguns enfermeiros que realizaram outro tipo de formação, nomeadamente, especializações, (Médico-Cirúrgica; Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Comunitária); pós graduação (nas áreas: Anestesiologia; Controlo da Dor; Enfermagem Perioperatória); mestrados; outra licenciatura; outro curso complementar. A totalidade dos inquiridos trabalha no Hospital Público e apenas uma pequena percentagem também exerce funções no sector Privado, maioritariamente na área perioperatória.

Em relação à formação específica sobre EP durante o curso inicial, a maioria respondeu não ter formação naquela área durante o curso, pelo que os restantes obtiveram.

Em relação à formação contínua perioperatória, a maioria necessitou de frequentar ações de formação, muito embora o número de horas frequentadas se situe no escalão mais baixo. Os inquiridos procuram manter-se atualizados e para isso realizam pesquisa nas diferentes fontes de informação científica. O resultado é semelhante e com uma grande adesão em termos de procura para questões da prática clínica inovadora e trabalhos científicos a realizar.

As fontes de informação científica identificadas como mais usuais foram a Pesquisa na Internet, as Normas de Procedimento e os Livros, sendo a Pesquisa em base de dados a mais utilizada. As restantes duas tiveram adesão idêntica entre elas, e o esclarecimento com profissionais da equipa multidisciplinar, nomeadamente com os pares, é o que se destaca, sendo utilizado maioritariamente.

Os enfermeiros são incentivados a manter a atualização das práticas, a aprofundar conhecimentos profissionais e a frequentar ações de formação, muito embora a frequência de cursos de pós graduação, licenciaturas ou mestrado, bem como outras atividades (escrever artigos científicos; fazer comunicações ou apresentações de posters em congressos; realizar trabalhos de investigação), são reconhecidas com pouco incentivo. Entendemos que os enfermeiros, apesar de terem formação académica sobre investigação, não aplicam esses conhecimentos na área perioperatória, não existindo uma cultura mobilizadora que incentive a investigação.

A formação contínua tem um papel fundamental com o objetivo de melhorar os conhecimentos e as competências dos profissionais aliados às práticas perioperatórias, o que corrobora a teoria, uma vez que a formação é contínua e ao longo da vida, convergindo para questões relacionadas com a prática perioperatória e respetiva reflexão, a fim de encontrar lacunas de conhecimento que possam ser alvo de pesquisa. Desta forma, promove-se a aproximação da formação com a praxis, a fim de criar conhecimento através da investigação.

A maioria dos enfermeiros está familiarizada com o conceito EBE, o qual foi adquirido através de artigos de enfermagem e de pesquisa realizada em bases de dados. Os enfermeiros perioperatórios compreendem a importância da EC relevante na prática clínica e relacionam-na como sendo uma ferramenta essencial para introduzir mudanças nas intervenções de enfermagem, as quais contribuam para melhores cuidados perioperatórios, seguros e de qualidade. Desta forma é dada legitimidade aos enfermeiros perioperatórios para uma tomada de decisões fundamentada em EC.

A EBE é um novo movimento que se apoia nas bases conceptuais da MBE, sendo definida como a forma de utilizar de forma consciente, explícita e criteriosa as evidências científicas encontradas nas

fontes de informação e que sustentam a prática clínica, fundamentando a tomada de decisão. A maioria dos enfermeiros conhece as NOCs e utiliza-as na prática clínica. Referem conhecer as PR da AESOP, utilizando-as com elevada regularidade nas suas intervenções diárias. Igualmente reconhecida e com elevada importância é a referenciação e a aplicabilidade das PR na elaboração das Normas de Serviço e na integração de novos enfermeiros no BO.

Pensamos ter atingido os objetivos propostos para a realização deste estudo, e esperamos ter consciencializado os enfermeiros perioperatórios da importância atribuída à EC na prática dos cuidados, através da construção e aplicação de Guias de Boa Prática para a prestação de cuidados perioperatórios, constituindo um instrumento essencial para prestar cuidados seguros, eficientes e efetivos. Pensamos ter contribuído para o abandono de práticas ritualistas que consomem tempo e recursos e com poucos ou nenhuns benefícios de eficácia e de custos para a prática clínica.

No estudo identificamos limitações relacionadas com a amostra, que é pequena comparativamente com a população de enfermeiros perioperatórios a nível nacional (5000 – 6000), pelo que os resultados podem ser entendidos como pouco representativos. O estudo foi realizado em organizações de saúde de dois centros urbanos, o que pode não mostrar a realidade nacional. Seria interessante saber a opinião dos enfermeiros de outras regiões do país, cujos contextos são diferentes.

Da análise aos resultados e de acordo com a pesquisa realizada para a revisão bibliográfica, salientamos alguns aspetos:

- A necessidade de integrar na formação base académica módulos de EP;
- A necessidade de promover nas diferentes organizações de saúde, programas formativos sobre as diferentes fases da investigação, motivando os enfermeiros para a investigação;
- A figura de um enfermeiro com formação em investigação na organização de saúde e que colabore com os subsistemas através de programas de investigação;
- A figura de um enfermeiro com formação em investigação na organização de saúde e que funcione como elo de ligação entre os profissionais da organização e a Academia;
- A importância que a formação em serviço tem nos BOs, podendo ser um espaço para a criação, divulgação e operacionalização de Guias de Boa Prática para cuidados perioperatórios;
- A importância que a AESOP, enquanto associação profissional tem, por forma a promover programas de formação sobre investigação;
- A existência da revista AESOP, que pode constituir uma mais-valia na formação através da divulgação de módulos sobre as diferentes fases de uma investigação;
- A elaboração de novas Práticas, sugestão nominal das mesmas mencionadas pelos inquiridos.

DESTE MODO CONCLUÍMOS QUE:

Os enfermeiros perioperatórios:

- Conhecem o conceito EBE, e reconhecem os seus contributos para a prática perioperatória, uma vez que a evidência constitui uma ferramenta essencial na introdução de mudanças nas intervenções perioperatórias de enfermagem, dando legitimidade aos enfermeiros para uma tomada de decisões devidamente fundamentada;
- Realizam pesquisa científica em fontes de informação, sobretudo pesquisa em base de dados;
- Conhecem a importância dos Guias de Boa Prática e o seu contributo para a prestação de cuidados perioperatórios seguros, eficientes e efetivos;
- Utilizam com elevada frequência as PR da AESOP na prática clínica através da prestação de cuidados, na integração de novos elementos nos BOs e na elaboração do Manual de Serviço;
- Sugerem a elaboração de novas práticas, a fim de integrarem o livro de PR da AESOP.

Esperamos que a discussão dos resultados e as conclusões apresentadas sirvam de objeto de reflexão e ponto de partida para outros trabalhos. Igualmente interessante é que este trabalho possa promover o despertar da necessidade de encontrarmos um novo cenário ao nível da PBE para os cuidados perioperatórios, despertando a comunidade perioperatória de enfermagem para a produção de conhecimento científico, elaborando Guias de Boa Prática e encontrando um novo paradigma para os cuidados perioperatórios.

Existe uma meta mas não há caminho;
o que chamamos caminho não passa de hesitação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ AGUILAR, M. (1999) - Motivação humana nas Organizações: Análise Crítica do comportamento humano no contexto das teorias e técnicas motivacionais aplicadas em organizações. Dissertação de Mestrado em Qualidade. Campinas.
- ✓ ALARCÃO, I (1987) - Supervisão da prática pedagógica. Coimbra: Livraria Almedina.
- ✓ ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. – Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 4ª ed. Braga: Psiquilibrios edições, 2007. ISBN: 978-972-97388-5-2.
- ✓ AMENDOEIRA, J. (2009) – “Ensino de Enfermagem Perspetivas de Desenvolvimento”. Pensar Enfermagem. Vol 13, nº1.
- ✓ ANOUK, M.K et al - Attitudes, Awareness, and Barriers Regarding Evidence-Based Surgery Among Surgeons and Surgical Nurses. World J Surg (2009) 33:1348–1355.
- ✓ ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – AESOP – (1994) - *Enfermagem Perioperatória*. Sinalgráfico, Lda. Julho. S. João da Talha.
- ✓ ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION – AORN - (1998). *Standards, Recommended Practices, Guidelines*. 103p. Denver. USA.
- ✓ ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – AESOP - (2010) - *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. 2ª Edição. Lisboa.
- ✓ ATALLAH, A ; CASTRO, A. - Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo: UNIFESP, 1998. Disponível em: <<http://www.epm.br/cochrane/bestevidence.htm>>. Acesso em: jun. 2013.
- ✓ AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN (1980) – *Psicologia Educacional*. (2ªed.). Rio de Janeiro : Interamericana.
- ✓ BÁRTOLO, E. (2007) - *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✓ BASTO, L. (2013) - Investigação em Enfermagem: Temáticas atuais a nível académico.
- ✓ BENNER, P. (2001) - *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição Comemorativa: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X Coimbra.
- ✓ BESSA, M. A. (1986) - Integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional. *Enfermagem*, 5/6, 32-38.
- ✓ BILBAO, M.; FRAGATA, I. (2006) - Gestão do Bloco Operatório. In J. Fragata, Risco Clínico – Complexidade e Performance (pp277-296). Coimbra: Almedina.
- ✓ BILBAO, M.; ROLA, P. (2006) - Controlo da Infecção. In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.

- ✓ BILBAO, M (2006) – O Bloco Operatório Departamento Cirúrgico In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.
- ✓ BONFILL, M.S.X. (1999) - Evidencia científica y la colaboración Cochrane. Index de Enfermeria.27:7-8.
- ✓ BOUTINET; J.P. – “Le Concept de Projet et ses Niveaux d’Appréhension”. 1986. Educacion Permanente, 86.
- ✓ BRENNAN, T.A. et al (1991) - Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 324:370-7.
- ✓ BUSSE, R. et al. (2010) - Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- ✓ CAMBOTAS, C. et al (2006) - As funções do enfermeiro perioperatório In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.
- ✓ CAMPOS, V.F. (1992) TQC: - Controle de Qualidade Total. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni.
- ✓ CAMPOS, L.; CARNEIRO, A.V. (2010) - A Qualidade no PNS 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2010/07/30/ae-q/> Consultado em Julho de 2013.
- ✓ CANÁRIO, R. (1999) – Educação de Adultos: um campo e uma problemática. Lisboa: Educa.
- ✓ CARACOL, J.; ROLA, P. (2006) - Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.
- ✓ CARRE, P. (2001) - *De la motivation à la formation*. Paris: L’Harmattan.
- ✓ CARNEIRO, A (1998) - Um Instrumento para a mudança da Prática médica à Medicina Baseada na Evidência. Publi Ver Medicina Interna Vol 5, nº 2.
- ✓ CARVALHO, A.; DIOGO, F. (2001) – Projeto Educativo. 4 ed. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0349-7.
- ✓ CARVALHO, J. (2010) – Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde. “Percursos e evolução da Enfermagem em Portugal”. Porto.
- ✓ CASTRO, R.V. de; SANCHO, A.V.; GUIMARÃES, P. (ed.) (2006). - *Adult education. New routes in a new landscape*. Braga: Universidade do Minho.
- ✓ CIME - Comissão Interministerial para o Emprego Terminologia de Formação Profissional (2001) - DIRECÇÃO-GERAL DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL. Abr ISBN 972-8312-39-3. Lisboa: Elo - Publicidade, Artes Gráficas, Lda. dgefp@dgefp.mts.gov.pt
- ✓ COLLIÈRE, M. (1989) - Promover a Vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- ✓ COLLIÈRE, M. F. (1999) – Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem. Lisboa, Lidel.
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. (2003) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE Beta 2. S. Paulo CENFOBS/UNIFESP.
- ✓ COSTA, M. A. M. (1999) - Reflectindo sobre o ensino de enfermagem. Sinais Vitais, 27, 11-16.
- ✓ CRAIG, J. V.; SMYTH, R.L. (2004) - Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros. Loures: Lusocência.
- ✓ CROSBY, P. B. (1979) – Quality is free. Nova Iorque: New American Library.
- ✓ DELGADO, M.; (2009) - A Melhoria Contínua de Qualidade. In L. Campos, M. Boges; R. Portugal (Edits). Governação dos Hospitais. Alfragide: Casa das Letras.
- ✓ DEMING, W. E. (1990) – Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva.
- ✓ DIAS PINHEIRO, M.; COSTA, M.; RODRIGUES, T. (2006) - Enfermagem Perioperatória In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.
- ✓ DIAS PINHEIRO, M.; MARTINS, H. (2006) - Gestão do Risco In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.
- ✓ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - DGS (2010). - *Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009 – Cirurgia Segura Salva Vidas*. Lisboa.
- ✓ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - DGS (2013) - Departamento da Qualidade na Saúde. (Vaz, C. S.) – Normas Clínicas. 2º Fórum Nacional Bloco Operatório. Porto. 12/Abr.
- ✓ DUBAR, C. (1997) - A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais. Porto. Porto Editora (Colecção Ciências e Educação – 24). ISBN: 2-200-21620-3.
- ✓ DUCAINS, J.; GOLIN, A. (1979) - The Interdisciplinary Health Care Team. A Handbook. Aspen Publication.
- ✓ EUROPEAN OPERATION ROOM NURSE ASSOCIATION – EORNA - (1997). *Currículo Comum Europeu para Enfermeiros Perioperatórios*. 49p. Bélgica.
- ✓ FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. - “História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação”. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):213-9.
- ✓ FERREIRA, J.C. (2001) - Manual de psicossociologia das organizações. Amadora: McGraw-Hill.
- ✓ FERRITO, C. (2004) – “ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA. Estudo Piloto sobre Necessidades de Informação Científica para a Prática de Enfermagem”. ISCTE. Lisboa.

- ✓ FERRITO, C. et al (2010) – “Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos. Nº 15, Jan – mar.
- ✓ FERRITO, C. (2014) - 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória. 2013/2014. Escola de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal.
- ✓ FORTIN, M.F. (1999) – O Processo de Investigação: da conceção à realização. 2ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN: 072-8383-10-X.
- ✓ FORTIN, M.F. (2000) – O Processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed. Loures: Lusodidática.
- ✓ FORTIN, M.F. (2006) – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: lusodidática. ISBN978 989n8075 185
- ✓ FORTIN, M. F. (2009). – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- ✓ FRAGATA; J, MARTINS L: (2005) - O Erro em Medicina. Editora Almedina.
- ✓ FRANÇA, M. (2005) – Qualidade e Segurança do Doente na ordem do dia. Qualidade em Saúde. Dez, nº 13, 23-25.
- ✓ FRAGATA, J. (2008) – Como evitar os erros em medicina. Perspetivas do individuo, da organização e da sociedade. (3ª reimpressão da edição de Nov de 2004). Coimbra. Almedina.
- ✓ FRAGATA; J, MARTINS L: (2008) – O erro em medicina. Perspetivas do individuo, da organização e da sociedade. (3ª reimpressão da edição de Nov de 2004). Coimbra. Almedina.
- ✓ FRAGATA, J. (2009) - Gestão do Risco. In L. Campos, M. Boges; R. Portugal (Edits). Governação dos Hospitais. Alfragide: Casa das Letras.
- ✓ FRAGATA, J. (2010). - Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. Ver. Port. Sal Publica. Vol Temat (10) www.elsevier.pt/pt/psp
- ✓ FUNDAMENTOS, ENQUADRAMENTO E ROTEIRO NORMATIVO DO TRABALHO DE MESTRADO (RELATÓRIO DE ESTÁGIO) (2013). Escola de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal.
- ✓ GALVÃO, C.; SAWADA, N.; ROSSI, L. (2002) – “A Prática Baseada em Evidencias: considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória”.
Ver Latino-am Enfermagem setembro-outubro; 10(5):690-5 *Artigo de Revisão*
www.eerp.usp.br/rlaenf
- ✓ GANOPA, C. (2001) - Saúde na base da construção da qualidade da vida. Qualidade em saúde. Nº 5.

- ✓ GARCIA, T. R.; NOBREGA, M.M.L (2009) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. *Acta Paul Enferm*; 22 (Especial - 70 Anos):875-9.
- ✓ GASTAL, F.; QUINTO NETO, A. (1997) – Acreditação Hospitalar: Proteção dos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde. Porto Alegre. Brasil: Dacasa.
- ✓ GEHLBACH, S. H. (2002) - Interpreting the medical literature. 4th ed. New York, McGraw-Hill.
- ✓ GERMANO, A.; CARVALHO, M. et al (2003) – Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ GIL, A. (2006) – Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. “Novas Tecnologias Educativas e Ensino de Enfermagem – um estudo sobre opiniões” Lisboa.
- ✓ GOGLIN P. (1983) - La formation continue des adultes. Paris: PUF.
- ✓ GOUVEIA, L. (2011) – *Gestão de Projectos: Gestor de Projectos Informáticos*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido [http://home page.ufp.pt/~lmbg/textos/mgp2.pdf](http://home.page.ufp.pt/~lmbg/textos/mgp2.pdf) acedido a 05/04/2013.
- ✓ GUERRA, I. (1994) – *Introdução à Metodologia de Projecto*. Lisboa. 1994.
- ✓ GUIA, M. et al (2006) - Práticas Recomendadas In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.
- ✓ GUIMARÃES, P. (2001) - Aprender no local de trabalho: um projecto de investigação/formação com enfermeiros. *Enfermagem agora*.
- ✓ HAYNES, A.B. et al (2009) – A Surgical Safety Checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*. 29/Jan 491-499.
- ✓ HEALEY, A.N. ET et al. (2007) - The systems of surgery. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*.8:429-43.
- ✓ HENDERSON, V. (2004). - “*Teóricas de Enfermagem e a sua Obra Modelos e Teorias de Enfermagem*” in Tommey, A. M.; Alligood. 5ªed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 111-125p.
- ✓ HUNGLER, B.; BECK, c. et al “*Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*”. Philadelphia: Lippincott, 2001. ISBN 0-7817-2557-7.
- ✓ HONORÉ, B. (1990) – *Vers l’oeuvre de formation, l’ouverture à l’existence*. Paris: Editions L’Harmattans.
- ✓ INGERSOLL, G.L. (2000) – Evidence-Based Nursing. *Nurs Outlook*. Jul/Aug; 48 (4): 151 – 2.
- ✓ ISERM, I. (1999) - El espacio de la investigación cualitativa en la enfermería basada en evidencia. *Enfermería Clínica*. 9 (4):135-6.

- ✓ JOSSO, C. (1988) - Da formação do sujeito... ao sujeito da formação. In Nóvoa A (ed.). O método (auto) biográfico e a formação. Lisboa: Ministério da Saúde; p. 37- 41.
- ✓ JOSSO, M.-C. (2005) – Educação e formação de adultos: mutações e convergências. Lisboa: Educa. ISBN 972-8036-809.
- ✓ JOSSO, M.-C. (2008) - Formação de Adultos: Aprender a Viver e a Gerir as mudanças. In CANÁRIO, R.; CABRITO, B. (orgs.) (2008). *Educação e Formação de Adultos – Mutações e Convergências*. Lisboa: Educa, pp. 115 – 126.
- ✓ KITSON, AB, Harvey G, Thompson D.R. (1996) - From research to practice: one organizational model for promotion research-based practice. *Journal of Advanced Nursing*. Mar;23(3):430-40.
- ✓ KOSTOVICH, C. T. et al (2007) - Learning style preference and student aptitude for concept maps. *J. Nurs Educ*. 2007 May; 46 (5): 225 – 31.
- ✓ LAMELAS, E.F. (2002) - La investigación en el currículum de enfermería: grado de influencia y límites de la enfermería basad en la evidencia. *Enfermería Clínica*. 12 (4):182-7.
- ✓ LAZURE, H. (1994) - *Viver a Relação de Ajuda*. Loures: Lusadidata. ISBN 972-95399-52.
- ✓ LEAPE L.L. (2002) - Reporting of adverse events. *N Eng J Med*;347 (20): 1633-8.
- ✓ LEITE, E; MALPIQUE, M.; SANTOS, M. (1991) - *Trabalho de projecto: Aprender por projectos Centrados em Problemas*. Porto. Colecção Ser Professor. Edições Afrontamento. 2ª ed. ISBN 972-36-0216-4.
- ✓ LEITE, E; MALPIQUE, M.; SANTOS, M. (1993) - *Trabalho de projecto: 2. Leituras Comentadas*. 3ª ed. Porto: Ed. Afrontamento. ISBN: 972-36-0238-5.
- ✓ LEITE, E; MALPIQUE, M.; SANTOS, M. (2001) - *Trabalho de projecto: aprender por projetos centrados em problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0216-4.
- ✓ LEVAL, M.R. et al. (2000) - Human factors and cardiac surgery: a multicenter study. *J Thorac Cardiovasc Surg*; 119: 661-72.
- ✓ LOPES, I.L. (2002) - Estratégia de busca na recuperação da informação: revisão da literatura. *Ciência da informação*, vol. 31, nº2, 60-71.
- ✓ LOPES, M. J. (2005) - “Os Clientes e os Enfermeiros: construção de uma relação” *Revista Escola Enfermagem USP*. 39 (2): 220-8.
- ✓ LOPES, M. J. (2010) - “O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento – Artigo de Investigação”. *Revista Toxicodependências*: Edição IDT Vol 16:nº 1 pp 65-77.
- ✓ LOPES, A.; CAPRICHIO, L. (2007) – *Manual de Gestão da Qualidade*. 1ª ed. Lisboa: Editora RH, Ldaª.

- ✓ LOURENÇO, I. (2006) – “Novos desafios: desenvolvimento do Ensino Superior de Enfermagem na Europa” IX Congresso Extremeño de Enfermeria y III Congresso Hispano Luso de Enfermeria. Plasencia.
- ✓ MACEDO, A.P. (2002) - Ensaio preliminar para a construção de um modelo teórico de análise da formação em contexto de trabalho hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*. 6:51-60.
- ✓ MALGLAIVE, G. (1995) – Ensinar adultos: Porto Editora.
- ✓ MAO DE FERRO, A. (1999) – *Na Rota de Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 972-772-069-2.
- ✓ MARTINS, J. C. A. (2008) – Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. Vol 12, Nº 2, 2º semestre.
- ✓ MASSOUD, R. et al (2001) – *A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality*. Bethesda, Maryland: Us Agency for Internacional Development by the Quality Assurance Project.
- ✓ MEZOMO, J. C. (2001) – *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos*. 1ª ed. S. Paulo : Manole.
- ✓ MIRANDA, G. L. (2005). Aprendizagem e transferência de conhecimentos. In: Miranda, G. L.; Bahia, S. (org.), *Psicologia da educação: Temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino*. Lisboa: Relógio D' Água Editores.
- ✓ MORENO, C. T, et al. (1999) - *Building a European Nursing Research Strategy*. Salamanca: Instituto de Salud Carlos III.
- ✓ MOSCOVICI, F. (1996) - Transformação do grupo em equipe. In: Moscovici F, editor. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. Rio de Janeiro: José Olímpio.
- ✓ MOTTA, P.R. (2001) - *Desempenho em equipes de saúde: manual*. Rio de Janeiro (RJ): FGV.
- ✓ MURTEIRA, B. (1996) – *Análise exploratória de dados: estatística descritiva*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.
- ✓ NOGUEIRA, M. (1990) - *História de enfermagem* (2ª ed). Porto: Edicoes Salesianas.
- ✓ NOGUEIRA, N. R. (2005) - *Pedagogia dos Projetos. Etapas, papéis e atores*. 1ª Ed. S. Paulo: Editora Erica. ISBN: 85-565-0078-6.
- ✓ NOVOA, A.; FINGUER, M. (1988) - *O método autobiográfico e a formação*. Lisboa: Ministerio da Saude, D.R.H.
- ✓ NUNES, L. (2003) - *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-30-4.
- ✓ NUNES, L. (2006) - Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3: 53-58.

- ✓ NUNES, L. (2013) - Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. Jul ISBN: 978-989-98206-1-6.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998) – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). - *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Dezembro.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 10, Outubro.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Lisboa. 26 de Abril.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - “*Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*”. Acedido a 16/10/2011.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/>.
- ✓ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1978) - Sur la formation continue des personnels de santé en tant que facteur de carrière. Budapest: OMS.
- ✓ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1988) - Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé La formation en équipe. Genève.
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Saúde 21 (2002): uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS. Lisboa: Lusociência.
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – (2008): Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Manual de Implementação da Lista de verificação de segurança cirúrgica. 1ª edição. Genebra: OMS.
- ✓ OVRETVEIT J: (2003) - What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) report, WHO, Geneva, November.
- ✓ PISCO, L. (2001) - Perspetivas sobre a Qualidade na saúde. Qualidade em saúde.
- ✓ PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) (2004 - 2010). Retirado em 24/ 04 / 2013, de http://www.dgsaude.min-.pt/pns/media/pns_vol.2.pdf.
- ✓ PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS). (2012-2016) - 3.3.Eixo Estratégico Qualidade em Saúde
- ✓ POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995) – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre. Artes Médicas.
- ✓ POMEY, M. et al (2004) – Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 17, nº 3. 113-124.

- ✓ REASON, J. (2002) – Combating omission errors through task analysis and good reminders. *Quality Safety Health Care*. 11, 40 - 44.
- ✓ REBELO, J. (2002). - Enfermagem: desenvolvimento profissional e formação – Perspetiva histórica. *Enfermagem em Foco*. 48: 5 - 30.
- ✓ REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO (REPE). - Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. *Diário da República* n.º 205 – I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ✓ ROGERS, C. (1985). - *Tornar-se Pessoa*. 7ª ed. Lisboa: Moraes editores. Depósito Legal n.º 2861/84.
- ✓ ROGERS, C.; WALLEN, J. (2000). - *Manual de Caselling*. Psicologia e Existência. Encontro. ISBN 972-8502-05-2. Lisboa.
- ✓ ROGERS, J. (2004) - *Adults learning*. 4.ª ed. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- ✓ ROQUE, A.; BUGALHO, A.; VAZ CARNEIRO, A. (2007) – CEMBE - Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Lisboa.
- ✓ RUCIMAN, R.B. et al. (1998) - A classification for incidents and accidents in the health-care system. *J Qual Clin Practice*; 18:199-211.
- ✓ QUINTAS, H.L.M. (2008). *Educação de adultos: vida no currículo e currículo na vida*. 1.ª Ed. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação. Acedido em 20/05/2013.
<http://www.anq.gov.pt/default.aspx?access=1&e=1>.
- ✓ SAADANI, N. H. et al (2006) – Ordonnancement des blocs operatoires. In MOSIM: conference francophone de MOdélisation et SIMulation, 6, Rabat MAROC, 06 du 3 au 5 avril 2006 – Actes. Rabat: (sn).
- ✓ SACKETT, D.L.; et al (1996) - Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312.
- ✓ SACKETT, D.L. et al (2000) - Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone.
- ✓ SANTOS ANTÓNIO, N.; TEIXEIRA, A. (2009) - Gestão da Qualidade – De Deming ao modelo de excelência da EFQM. Lisboa. Ed. Sílabo.
- ✓ SCHIEFER, V.; BAL-DOBEL, L.; BATISTA, A. (2006) - Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos. 1ª Ed. Cascais: Principia. ISBN 972-8818-58-0.
- ✓ SILVA, C. (1995) - Investigação em Enfermagem. 6:29-33.
- ✓ SILVA, P. (2004) – Modernização da gestão hospitalar. Estudo de caso do Hospital de São Sebastião. Tese de Mestrado. ISCTE. Lisboa.

- ✓ SILVA et al (2010) – Qualidade em saúde: diagnósticos e análise da rede social na prestação de cuidados de saúde a crianças com diabetes. In C.A. Silva; M. Saraiva & A. Teixeira. A Qualidade numa perspetiva multidisciplinar e interdisciplinar – Qualidade e Saúde: perspetiva e práticas – Número Temático 1. Lisboa. Edições Sílabo (193 – 221).
- ✓ SOARES, I (1997) - Da blusa de brim à touca branca. Lisboa: Educa.
- ✓ SOUSA, M.F. (2003) – A formação contínua em enfermagem. *Nursing*. 175:28–23.
- ✓ SOUSA, P. (2006) - Patient Safety – A necessidade de uma Estratégia Nacional. *Ata Médica Portuguesa*. Nº 19 309 – 318.
- ✓ SOUSA, P (2009) – Ajustamento pelo risco em cardiologia de intervenção: análise dos resultados na perspetiva da qualidade e da segurança do doente. Lisboa: Dissertação de Doutoramento em Saúde Pública. Especialidade em Política, Gestão e Administração de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.
- ✓ STOER, S. R.; MAGALHÃES, A. M. (2003) - Educação, conhecimento e a sociedade em rede: *Educação & Sociedade*, Dezembro 2003, 24, (85) 1179-1202. Retirado em 22/05/2013, do SciELO (Scientific Electronic Library Online) no World Wide Web: www.scielo.br/scielo.php.
- ✓ STOER, S. R. ; MAGALHÃES, A. M. (2005) - A Reconfiguração da Expansão da “Escola para Todos”. In revista *A Página da Educação*, N.º 145, Ano 14, Maio 2005, Página n.º 7. Acedido em 20/04/2013, de <http://www.apagina.pt/?aba=7&cat=145&doc=10804&mid=2>.
- ✓ TEIXEIRA, C.M.M. (1997) – Projeto de um Guia de Integração para Enfermeiros Chefes de um Hospital Distrital. *Servir*. Lisboa. Mai/Jun.
- ✓ TORO, A.G. (2001) - Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index.
- ✓ TORO, A.G. (2004) - Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en evidencias. Available from: <http://www.cgi.vianetworks.es/~indexcd>.
- ✓ TOURVILLE, C.; INGALLS, K. (2004) - A Árvore Viva das Teorias de Enfermagem. *Revista Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol.52, nº2 (Março/Abril), p.82-92.
- ✓ VIEIRA, Margarida (2009) – Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência. Lisboa, Universidade Católica. Editorial Unipessoal, Lda.
- ✓ VINCENT C. (2000) - How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ*; 320:777-81.
- ✓ WATSON, J. (1988) - *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York, National League for Nursing.

- ✓ WATSON, J. (1999) - Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.
- ✓ WATSON, J. (2002) - Enfermagem pós moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem. Lisboa. Lusociência.
- ✓ WHO – World Health Organization (2002) - Patient Safety Study: Rapid assessment methods for estimating hazards. Report of a WHO working group meeting. Geneve.
- ✓ WHO – World Health Organization (2008) - Safe Surgery Saves Lives. Second Global Patient Safety Challenge. Geneva. World Health Organization.
- ✓ WHO – World Health Organization (2009) - Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. Geneva. World Health Organization.

Legislação consultada

DL nº 36.219, de 10 de abril de 1947

DL nº 37.418, de 1949

DL nº 437/91, de 8 de novembro 1991.

Dec Reg nº 14/2012, 26 janeiro 2012

DL nº 48166 de 27 de dezembro

DL nº 480/88 de 23 de dezembro de 1988

DL nº 161/96 de 4 de setembro 1996

DL nº 104/98 de 21 de abril 1998

DL nº 101/96 de 4 de setembro (nº 2, artigo 5º), alterado pelo DL nº 104/98 de 21 de Abril (REPE)

DL nº 9/94 de 13 de janeiro 1994

APÊNDICES
E
ANEXOS

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Assunto: Pedido de autorização para resposta a questionário

Chamo-me **Carla Cambotas**, sou enfermeira perioperatória e estou a elaborar uma Tese de Mestrado em Enfermagem Perioperatória na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal. Neste sentido, estou a desenvolver uma investigação na área da enfermagem perioperatória, pelo que solicito a sua colaboração no preenchimento do presente Questionário.

Este Questionário faz parte de uma investigação académica, pelo que a informação recolhida destina-se exclusivamente a ser trabalhada no âmbito do projeto.

A investigação que pretendo desenvolver, tem como tema **“A Prática Baseada na Evidência em Contexto da Enfermagem Perioperatória”**, e como objetivo geral:

- ✓ Identificar as necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática profissional;

A participação no questionário é **voluntária e anónima** e o **relatório sobre os resultados da pesquisa não identificará nem pessoas, nem Organizações de Saúde.**

Obrigada pela sua colaboração

Carla Cambotas (965078969)

c.cambotas@hotmail.com

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO:

1. Ano de Nascimento _____ 2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3. Ano de conclusão do Curso de Enfermagem: _____

4. Ano de início da atividade profissional _____

5. Habilitações: 5.1. Bacharelato ☐ 5.2. Licenciatura em Enfermagem ☐

5.3. Especialização em Enfermagem: Sim ☐ Não ☐

5.3.1. Qual _____

5.4. Licenciatura em outra área: ☐ 5.4.1. Qual? _____

5.5. Pós Graduação: ☐ 5.5.1. Qual? _____

5.6. Mestrado: ☐ 5.6.1. Qual? _____

5.7. Outro Curso: ☐ 5.7.1. Qual? _____

6. Assinale no quadrado os anos de Exercício Profissional na área perioperatória:

Anos	Opção
≤ 2	
3 -5	
6 – 8	
9 – 11	
12 – 14	
15 – 17	
18 – 20	
21 – 23	
24 – 26	
≥ 27	

7. Categoria Profissional _____

8. Local de Exercício Profissional: (pode assinalar mais que uma opção)

8.1. Hospital Público ☐ 8.2. Hospital Privado ☐

9. Trabalha em outro serviço / especialidade? Sim ☐ Não ☐

9.1. Se sim: Qual? _____

9.2. Há quanto tempo? _____

10. No Curso Geral de Enfermagem teve formação específica de enfermagem perioperatória? a) Sim ☐ b) Não ☐

11. Após o início da sua atividade profissional na área perioperatória, tem realizado ações de formação contínua nesta área?

a) Sim ☐ Não ☐

b) Se respondeu sim, assinale o número de horas anuais de formação frequentada:

Horas de Formação	Opção
Até 30 Horas	☐
Entre 31 H – 60 H	☐
Entre 61 H – 90 H	☐
Entre 91 H – 120 H	☐
Mais de 121 H	☐

Assinale a resposta mais adequada:

12. Na sua prática diária recorre a fontes de informação científica de enfermagem:

Sempre ☐... Muitas vezes ☐... Algumas vezes ☐... Raramente ☐... Nunca ☐

13. Quando tem de realizar um artigo ou uma apresentação recorre a fontes de informação científica de enfermagem:

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐... Nunca ☐

14. Perante a programação de uma técnica cirúrgica que desconhece, recorre a fontes de informação científica de enfermagem:

Sempre ☐ Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐ Raramente ☐.. Nunca ☐

15. Perante a implementação de uma prática nova, recorre a informação científica de enfermagem:

Sempre ☐... Muitas vezes ☐. Algumas vezes ☐ Raramente ☐.. Nunca ☐

16. As fontes de informação científica de enfermagem a que recorre são:

16.1. Artigos das revistas de Enfermagem Nacionais

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐ Raramente ☐.. Nunca ☐

16.2. Artigos das revistas de Enfermagem Internacionais

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐ Raramente ☐.. Nunca ☐

16.3. Artigos de revistas médicas

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐ Raramente ☐... Nunca ☐

16.4. Livros

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐ Raramente ☐... Nunca ☐

16.5. Normas de Procedimento

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐ Raramente ☐... Nunca ☐

16.6. Pesquisa na Internet (bases de dados)

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐. Algumas vezes ☐. Raramente ☐... Nunca ☐

Quais as bases de dados onde realiza a pesquisa? _____

16.7. Esclarecimento com o chefe

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐. Algumas vezes ☐. Raramente ☐... Nunca ☐

16.8. Esclarecimento com os pares

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐. Algumas vezes ☐. Raramente ☐... Nunca ☐

16.9. Esclarecimento com médicos

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐. Algumas vezes ☐. Raramente ☐... Nunca ☐

16.10. Esclarecimento com Organizações Profissionais

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐. Algumas vezes ☐. Raramente ☐... Nunca ☐

16.11. Esclarecimento com Outros

a).Quais?_____

b). Sempre ☐.. Muitas vezes ☐. Algumas vezes ☐. Raramente ☐.. Nunca ☐

17. Considera que no serviço onde exerce a sua atividade é incentivado(a) a:

a) Procurar aprofundar os seus conhecimentos profissionais

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐. Raramente ☐.. Nunca ☐

b) Procurar manter atualização das práticas

Sempre ☐.. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐. Raramente ☐.. Nunca ☐

c) Frequentar ações de formação

Sempre ☐. Muitas vezes ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐... Nunca ☐

d) Frequentar cursos de pós-graduação, licenciatura ou mestrado

Sempre ☐. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐. Raramente ☐.. Nunca ☐

e) Escrever artigos científicos

Sempre ☐. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐. Raramente ☐.. Nunca ☐

f) Fazer comunicações ou apresentações de posters em congressos

Sempre ☐... Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐... Raramente ☐... Nunca ☐

g) Realizar trabalhos de investigação

Sempre ☐. Muitas vezes ☐.. Algumas vezes ☐. Raramente ☐.. Nunca ☐

18. No último ano, quantas vezes pesquisou bases de dados sobre informação científica, na procura de respostas a questões da sua prática clínica diária?

Frequência mensal da pesquisa	Opção
Nunca	
1 Vez por mês	
2 Vezes por mês	
≥ 3 Vezes por mês	

19. Refira a periodicidade de horas anuais que dedica à leitura de artigos científicos de enfermagem perioperatória

Horas	Opção
≤ 24	
25 a 48	
49 a 72	
73 a 96	
97 a 120	
≥ 121	

20. Assina alguma revista de Enfermagem Perioperatória?

a) Sim ☐ Não ☐ b) Se sim, qual? _____

21. Conhece o conceito Enfermagem Baseada na Evidência (EBE)?

a) Sim ☐ Não ☐

b) Se respondeu Sim, conhece o conceito através de:

Alíneas	Forma de conhecimento	Opção
1	Ouvir os pares	
2	Ouvir outros profissionais de saúde	
3	Leitura artigos de enfermagem	
4	Pesquisa base de dados da Internet	
5	Congressos, Jornadas, Seminários	
6	Outra	

c).Se respondeu Outra, refira qual? _____

22. Após a leitura das diferentes opções, assinale a que melhor se adequa à sua opinião acerca da Evidencia Científica na Prática dos Cuidados Perioperatórios

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo a Parcialmente	Discordo totalmente	Não sei
A Evidencia Científica é um instrumento valioso na melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios						
Através da Evidencia Científica podemos modificar os procedimentos de enfermagem perioperatórios, de forma a melhorar os cuidados a prestar						
A Evidencia Científica é uma ferramenta essencial na prática dos cuidados perioperatórios, por fornecer aos enfermeiros autoridade para mudar a realidade dos cuidados perioperatórios, por constituir uma prática fundamentada						
Na minha prática clínica utilizo a Evidencia Científica como ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios						
Na minha prática clínica a minha experiencia é mais valiosa que a Evidencia Científica publicada						
A operacionalização da melhor Evidencia Científica é um processo lento e difícil, porque os enfermeiros não têm formação nesta área						
Os enfermeiros perioperatórios realizam poucos trabalhos de investigação com base em Evidencia Científica, devido a escassez de formação nesta área do conhecimento científico						

23. Sabe o que são Normas de Orientação Clínica (NOC) (*Guidelines*) ou Guias de Boas Práticas?

a) Sim ☐ Não ☐

b) Já alguma vez utilizou alguma? (s)? Sim ☐ Não ☐

24. Conhece as Práticas Recomendadas da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP)?

a) Sim ☐ b) Não ☐

c) Se respondeu Sim, refira qual a frequência de utilização na sua prática clínica:

Sempre ☐. Muitas vezes ☐ Algumas vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

d) Na escala seguinte, indique qual a importância que dá às Práticas Recomendadas da AESOP em função da sua prática clínica?

Totalmente importante ☐ Muito importante ☐ Pouco importante ☐ Nada importante ☐

e) Qual (is) a que utiliza com maior frequência? _____

25. Na área perioperatória onde exerce funções, as Práticas Recomendadas da AESOP serviram de base para elaborar as Normas do serviço?

a) Sim ☐ b) Não ☐

26. Na área perioperatória onde exerce funções, as Práticas Recomendadas da AESOP constituem um instrumento para a integração de novos elementos?

a) Sim ☐ b) Não ☐

27. Para além das Práticas Recomendadas existentes, que outra (s) Prática (s) considera pertinente (s) ser (em) desenvolvida (s), a fim de integrar as Práticas Recomendadas da AESOP, com o objetivo de melhoria da qualidade dos cuidados perioperatórios_____

Obrigada pela sua participação

Carla Cambotas

APÊNDICE II

RECODIFICAÇÃO DA PERGUNTA Q22

RECODIFICAÇÃO DA PERGUNTA Q22

Recodificámos as variáveis da pergunta Q22 do seguinte modo:

As 4 primeiras afirmações são favoráveis à EC, a 5ª e 6ª afirmações são desfavoráveis à EC; e a última é uma pergunta neutra relativa à EC, e desse modo, não foi considerada nesta análise.

Nas 4 primeiras afirmações, considerámos que, caso a resposta dos inquiridos fosse “concordo totalmente” ou “concordo”, então o resultado seria “Favorável à EC”; todas as outras respostas (incluindo “não sei”) foram consideradas no grupo “desfavorável à EC ou neutro”.

Na 5ª e 6ª afirmação, considerámos que, caso a resposta dos inquiridos fosse “discordo” ou “discordo totalmente”, então o resultado seria “Favorável à EC”; todas as outras respostas foram consideradas no grupo “desfavorável à EC ou neutro”.

Na tabela em baixo, observamos as percentagens de respostas favoráveis à EC, dicotomizando as respostas conforme explicado.

Recodificação da pergunta 22 do questionário

Afirmação Pergunta 22	n (%) de respostas favoráveis a EC*
A E.C. É um instrumento valioso na melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios	62 (92,54%)
Através da E.C. Podemos modificar os procedimentos de E.P.	61(91,04%)
A E.C é uma ferramenta essencial na prática dos cuidados perioperatórios, por fornecer aos enfermeiros autoridade para mudar a realidade dos cuidados perioperatórios, por constituir uma prática fundamentada	54(81,82%)

Utilização da E.C como ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios	53(80,30%)
A experiência é mais valiosa que a E. C publicada	29(43,28%)
A operacionalização da melhor E.C é um processo lento e difícil, porque os enfermeiros não têm formação nesta área	17(25,76%)

De seguida, calculámos quantas perguntas (destas 6) um inquirido respondeu de forma favorável à EC. O valor 0 corresponde aos inquiridos que responderem sempre “não sei”. Na tabela em baixo apresentamos a distribuição da soma das perguntas 22.

Soma da pergunta 22

Soma de perguntas com resultados favoráveis à EC	Frequência	Percentagem
0	12	16
1	2	2,67
2	2	2,67
3	7	9,33
4	22	29,33
5	19	25,33
6	11	14,67

Existiram 11 inquiridos (14,67%) que foram sempre favoráveis à EC em todas as 6 perguntas, 19 inquiridos (25,3%) em 5 perguntas, etc.

Utilizámos esta variável para dicotomizar os inquiridos em 2 grupos: os inquiridos que são considerados favoráveis à EC, se tiverem uma soma superior ou igual a 4, ou seja, os que foram

favoráveis em mais de metade das 6 perguntas da questão 22; quem teve uma soma inferior a 4 foi considerado “desfavorável ou neutro à EC”. Obtivemos a seguinte categorização:

Dicotomização da pergunta 22

Favorável à EC*	Frequência	Percentagem
Não	23	30,67
Sim	52	69,33

Com base nestes 2 grupos, fomos analisar a associação entre favorável ou desfavorável/neutro à EC e várias variáveis de interesse. Foram utilizados 2 testes de hipótese:

- ✓ As variáveis de interesse (todas ordinais) foram binarizadas de modo a que as respostas “sempre”, “muitas vezes”, “algumas vezes” foram consideradas com valor 1 (sim), e “raramente” e “nunca” foram consideradas com 0 (não). Neste caso, foi utilizado um teste de Qui-quadrado ou de Fisher (primeiro P-value);
- ✓ Foi ainda utilizado um teste não paramétrico para variáveis ordinais (P-value última coluna).

	Desfavorável/Neutro	Favorável	P-value	P-value
Na sua prática diária recorre a fontes de informação científica de enfermagem	86,96%	88,24%	1	0,985
Quando tem de realizar um artigo ou uma apresentação recorre a fontes de informação científica de enfermagem	90,91	91,84	1	0,766
Perante a programação de uma técnica cirúrgica que desconhece, recorre a fontes de informação científica de enfermagem	91,3	96,08	0,584	0,018
Perante a implementação de uma prática nova, recorre a informação científica	91,3	94,23	0,639	0,015

Quais as fontes de informação a que recorre?

Artigos de revistas de enfermagem nacionais	82,61	76,92	0,762	0,864
Artigos de revistas de enfermagem internacionais	73,91	80,77	0,504	0,188
Artigos de revistas médicas	78,26	78,85	1	0,904
Livros	86,96	92,31	0,669	0,413
Normas de procedimento	86,96	94,23	0,363	0,247
Internet (base de dados)	82,61	96,08	0,071	0,307
Esclarecimento com o chefe	52,17	69,23	0,195	0,096
Esclarecimento com os pares	95,45	98,08	0,509	0,264
Esclarecimento com os médicos	91,3	90,38	1	0,813
Esclarecimento com Organizações Profissionais	30,43	42,31	0,33	0,039
Esclarecimento com outros	33,33	38,46	1	0,802

É incentivado a:

Procurar a aprofundar os seus conhecimentos profissionais	65,22	80,77	0,146	0,168
Procurar manter actualização das práticas	91,3	96,15	0,582	0,014
Frequentar ações de formação	69,57	82,69	0,201	0,272
Frequentar cursos de pós-graduação, licenciatura ou mestrado	26,09	46,15	0,102	0,041
Escrever artigos científicos	13,04	38,46	0,032	0,217

Fazer comunicações ou apresentações de posters em congressos	30,43	53,85	0,061	0,028
Realizar trabalhos de investigação	21,74	44,23	0,075	0,149
	Mediana	Mediana	P-value	
Pesquisou bases de dados sobre informação científica, na procura de respostas a questões da sua prática clínica diária	2	3	0,157	
Horas anuais dedicadas a leitura de artigos científicos de enfermagem perioperatória	1,5	2	0,4	

A negrito salientamos as variáveis onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a 5% de nível de significância (P-value <0.05) ou 10% (P-value <0,10). Essas diferenças encontraram-se nos casos que passaremos a explicitar de seguida. Assim, os enfermeiros recorrem a fontes de informação científica de enfermagem:

- ✓ Perante a programação de uma técnica cirúrgica que desconhece;
- ✓ Perante a implementação de uma prática nova;
- ✓ Na procura em manter a actualização das práticas;
- ✓ Na frequência de cursos de pós-graduação, licenciatura ou mestrado;
- ✓ Perante a redação de artigos científicos;
- ✓ Na realização de comunicações ou apresentações de posters em congressos;
- ✓ Na realização de trabalhos de investigação.

Os resultados parecem indicar que os enfermeiros mais motivados à EC são tendencialmente aqueles que são incentivados no seu serviço a fazer investigação científica, que escrevem artigos científicos e que procuram formação de pós-graduação e ainda, aqueles, que perante novas técnicas e práticas, procuram recorrer a informação científica.

APÊNDICE III

ARTIGO CIENTÍFICO

A Prática Baseada na Evidência em Contexto da Enfermagem Perioperatória

Autores: Carla Cambotas¹, Cândida Ferrito²

Resumo: O presente estudo pretende contribuir para conhecer a realidade perioperatória, identificando necessidades formativas dos enfermeiros relativamente à evidência científica (EC) e ao seu contributo para o exercício das suas intervenções. É na EC que os enfermeiros fundamentam as práticas perioperatórias, nomeadamente através da utilização de Guias de Boa Prática, a saber, as Práticas Recomendadas (PR) publicadas pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). O principal objetivo é identificar as necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática profissional.

O desenho do estudo é exploratório e descritivo. O questionário foi o instrumento de recolha de dados aplicado a uma amostra de conveniência de 75 enfermeiros perioperatórios. Da análise dos resultados, os inquiridos identificam necessidades formativas contínuas na área perioperatória. Recorrem com grande adesão às fontes científicas disponíveis, constituindo a pesquisa em base de dados uma preocupação constante na procura de evidências com relevo para a prática clínica. No entanto, os inquiridos reconhecem que o incentivo dado às atividades de investigação é escasso, produzindo pouca atividade de investigação.

Os inquiridos estão familiarizados com o conceito Enfermagem Baseada na Evidência (EBE), compreendem a importância da EC na prática, constituindo uma ferramenta fundamental para a tomada de decisões sobre os cuidados de enfermagem. Estes são fundamentados através dos resultados científicos obtidos, provenientes da investigação realizada, tornando-se a EC um instrumento facilitador para melhorar a eficácia da prática dos cuidados.

A maioria dos inquiridos sabe o que são Normas de Orientação Clínica (NOCs) e utiliza-as na prática perioperatória. Relativamente às PR da AESOP, a maioria dos enfermeiros conhece-as e utiliza-as com muita regularidade. Igualmente reconhecida é a importância atribuída às PR, enquanto contributo indiscutível para a prática dos cuidados perioperatórios, constituindo

¹ Enfermeira perioperatória, especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com funções no Bloco Operatório do IPOLFG

² Professora Adjunta da ESS / IPS

instrumento base de elaboração das Normas de Serviço e de integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório (BO).

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Prática Baseada na Evidência; Normas de Orientação Clínica.

Abstract

This study aims to meet the perioperative reality by identifying nurses training needs regarding the scientific evidence (SE) and its contribution to the performance of their activities. SE supports nurses in the perioperative practice through the use of Good Clinical Practice Guidelines, namely the Recommended Practices (RP), published by the Portuguese Association of Operating Room Nurses (AEOSOP). The main objective of the study is to identify the scientific training needs of perioperative nurses confronted with their professional practice.

The study layout is exploratory and descriptive. The questionnaire was the data collection instrument applied to a sample of 75 perioperative nurses. The survey results show that (1) the respondents identify continuous training needs in the perioperative area and that (2) they eagerly make use of the available scientific sources. In fact, database analysis constitutes a constant concern in the search for evidence with emphasis on clinical practice. However, the respondents also admit that the encouragement given to research activities is scanty, leading to little research output.

The respondents are also familiar with the concept of Evidence-Based Nursing (EBN). They understand the importance of SE for clinical practice, which is considered an essential tool for good decision-making. Nursing care is based on the scientific evidence resulting from the research carried out and the SE is a facilitating tool to improve the effectiveness of nursing practice.

Most respondents are aware of the Clinical Orientation Guidelines (COGs) and use them in the perioperative practice. With regard to AESOP PR, most nurses know them and use them very often. Also recognized is the importance assigned to PR as an indisputable contribution to the practice of perioperative care. They form a fundamental basis for producing the Service Instructions and the guidelines on the new nurses' induction into Operating Room (BO).

Keywords: Perioperative Nursing; Evidence-based practice; Clinical Guidelines

Enquadramento

A prática de **enfermagem** esteve associada às diferentes sociedades ao longo da história. A profissão de enfermagem surgiu na sociedade, originalmente como uma forma de prestação de cuidados basicamente feminina, associada a uma índole teológica, exercida através da prática da caridade, realizada pelas religiosas, cuja principal preocupação era aliviar a miséria dos pobres e dos enfermos. A assistência relacionava-se com o saber prático, fundamentado nas tisanas e nos cuidados domésticos ministrados pela mulher, às famílias, às crianças e aos enfermos Collière, (1999, p 40); (Lourenço, 2006); Nogueira, (1990, p 9); Vieira, (2009, p 14).

Ao longo da história e até à atualidade a enfermagem sofreu transformações, acompanhando o desenvolvimento das ciências humanas, sendo hoje uma profissão autónoma, autonomia conseguida através do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e pela criação e publicação dos Estatutos da Ordem, onde se inclui o Código Deontológico (Nunes, 2003). O século XX constituiu um marco importante na enfermagem, pela conquista feita na procura da identidade profissional subjacente à produção de conhecimento, reconhecimento de competências e conquista do seu espaço, junto do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

O surgimento dos **Blocos Operatórios (BOs)** está ligado à história da cirurgia e da higiene hospitalar. Na Idade Média, as cirurgias realizavam-se nas enfermarias, sem qualquer proteção. Quem necessitava de cuidados cirúrgicos era completamente exposto nas enfermarias, em simultâneo com aqueles que não necessitavam de cuidados não cirúrgicos (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006), situação que sofreu evoluções sucessivas acompanhando o desenvolvimento do conceito de controlo de infeção, demonstrado através das evidências encontradas ao longo da história.

Mais tarde, surge a preocupação com o isolamento da pessoa e o controlo da infeção, evoluindo esta situação para a necessidade de integrar o Bloco Operatório (BO) como uma unidade específica em contexto hospitalar, criando acessos e circuitos próprios, bem definidos e interligados funcionalmente a outros subsistemas. Atualmente o conceito é o de Departamento Cirúrgico, englobando todas as áreas de especialidade cirúrgica e procedimentos invasivos, proporcionando uma gestão mais eficiente dos recursos humanos, equipamentos e dispositivos médicos (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006). O BO é uma *“unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.”* (Bilbao, 2006:20).

Até à década de oitenta, a filosofia da enfermagem de sala de operações centrava-se no modelo biomédico, e o cirurgião era a pessoa central da sala de operações, conceito que evoluiu, passando os enfermeiros a centrar a sua atenção na pessoa doente (Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006).

A **enfermagem perioperatória** abrange todo o ciclo de vida desde a cirurgia intra uterina até à colheita de órgãos post mortem. A EP *“representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado”* Dias Pinheiro, Costa e Rodrigues (2006, p 7). O enfermeiro centraliza a sua intervenção no cliente, abrindo as portas do BO e caminhando ao encontro do outro, com o objetivo de o conhecer, saber as suas expectativas/necessidades físicas, emocionais, religiosas e culturais, uma vez que descreve a dimensão dos cuidados *“durante as três fases da experiência cirúrgica do doente – Pré, intra e Pós operatória”* AESOP (1994, p 3).

A missão do enfermeiro perioperatório é *“identificar 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”* Association Operating Room Nurses (AORN) (1998). *“Os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória. Esse pessoal experiente e qualificado, (...), prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o Bloco Operatório e com os cuidados perioperatórios. O doente, os familiares e outras pessoas significativas têm o direito de receber informação necessária, bem como apoio emocional e físico que lhe permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios.”* European Operating Room Nurse Association (EORNA) (1997). Existem casos em que a cirurgia é a única esperança, mesmo associada a mutilações importantes, que vivida de forma diferente por cada pessoa, tem certamente uma experiência cirúrgica contextualizada numa situação de vida única, animada por uma vontade e um desejo de viver igualmente único.

A atual sociedade vive um momento repleto de constantes mudanças, que afetam a estrutura, a cultura e os processos de trabalho, promovendo nos enfermeiros a procura de formas

de adaptação que acrescentem novos valores para continuar a prestar cuidados seguros e de qualidade. A **formação** assume um papel preponderante, não só pela aquisição de novos saberes, mas também, o assumir de novas capacidades de iniciativa, de atitudes, e de comportamentos, com uma visão mais abrangente, que pode ser aculturada pelo profissional adulto para a sua praxis. A formação é feita em *continuum*, i.é, ao longo da vida, uma vez que tem início na formação base, inclusão da complementar, prosseguindo com a contínua Nunes (2003, p 347). Significa que é um processo desenvolvido ao longo de toda a vida profissional, de forma a aliar a formação ao mundo do trabalho. O enfermeiro deve fazer uma revisão regular das suas práticas; assumir a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida, a fim de manter as suas competências; atuar com o objetivo de responder às suas necessidades de **formação contínua**; contribuir para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e pares; atuar como mentor/tutor de forma eficaz; aproveitar as oportunidades de aprendizagem, contribuindo assim, para os cuidados de saúde Ordem dos Enfermeiros OE (2003). A formação contínua é considerada um item fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional de indivíduos e organizações, promovendo o desenvolvimento de capacidades de adaptação à mudança e às inovações. Assiste-se cada vez mais a uma procura intensiva em aliar a formação ao mundo do trabalho. A prestação de cuidados de enfermagem exige uma formação profunda, articulada com a prática, sustentada na investigação e geradora de novas formas de saber e de fazer cuidados de enfermagem (Costa, 1999).

A **segurança** dos clientes enquanto componente chave da **qualidade** dos cuidados de saúde tem assumido quer para os clientes, quer para profissionais e gestores da área da saúde, um papel preponderante. Numa política de segurança, de qualidade e **melhoria contínua** dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, é crucial que o exercício profissional seja baseado em ferramentas e metodologias de gestão de risco, as quais têm por objetivo promover um ambiente seguro e de qualidade, quer para clientes, quer para profissionais. Na área perioperatória, a segurança do cliente e dos profissionais é fundamental, sobretudo num *“ambiente de alta tecnologia, de enorme especialização, onde se pretende prestar cuidados de qualidade”*, sendo imperioso *“uma política pró ativa de gestão de risco, que proteja ambas as partes, doente e pessoal, que interfira no meio ambiente, pela identificação, controlo, minimização, prevenção e avaliação dos riscos”* (Dias Pinheiro e Martins, 2006).

Ao falar de segurança importa destacar a importância de prestar cuidados seguros baseados em **evidência científica**, o que só é possível através da **investigação**, que só por si não altera as práticas. A investigação é uma ferramenta essencial na produção de conhecimento e na transformação da atual realidade dos cuidados de enfermagem, para um outro paradigma,

fundamentado pela investigação e contribuindo para novas formas de saber e de fazer cuidados (Costa, 1999), melhorando a qualidade das intervenções de enfermagem.

Os enfermeiros ao desenvolverem a capacidade crítica, questionam a sua praxis e procuram informação relevante ao nível da EC, a qual dará resposta às questões da prática e às dúvidas existentes. O corpo de conhecimentos da EP constrói-se sobretudo pela investigação, afirmação congruente com a citação “*a enfermagem só pode evoluir se houver investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados*” Nunes, (2003, p 349), fato que só é possível através da pesquisa de evidência científica disponível nas diferentes fontes de informação, procurando as melhores evidências, operacionalizando-as no contexto, transformando assim a realidade e melhorando os cuidados.

A **Prática Baseada em Evidência (PBE)** é descrita como “*fazer bem as coisas certas*” ou seja, fazer as coisas de forma eficaz, com os mais elevados padrões, assegurando que o que é feito é realizado bem, obtendo-se assim mais resultados benéficos do que nocivos (Craig, 2004). É um “movimento” baseado na evidência com raízes nas bases conceptuais da Medicina Baseada na Evidência (MBE) (Craig, 2004), a qual surgiu através de um grupo de epidemiologistas que preocupados com a efetividade e a eficiência da prática, centralizaram as atenções no desenvolvimento de metodologias e estratégias para a revisão de literatura científica, identificando as melhores evidências existentes para a prática clínica (Toro, 2004). Significa a integração da experiência clínica individual e simultaneamente, a melhor e a mais relevante evidência encontrada, proveniente da revisão sistemática de pesquisas realizadas (Sackett, 1996).

A PBE “*é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, (...) para contribuir para o desenvolvimento da própria prática*” Benner (2001, p 12), sustentando a prática e contribuindo para cuidados seguros e de qualidade.

A PBE é a “*incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), integrada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis*” (OE) (2006, p1). A PBE tem como ponto de partida a prática dos cuidados, o que só é possível após uma reflexão à prática e àquilo que se faz diariamente.

Em termos conceptuais, os fundadores da **Enfermagem Baseada em Evidência (EBE)** fundamentam que a construção e a procura da evidência pode ser baseada em estudos quantitativos e qualitativos (Toro, 2001) sendo que esta última permite uma visão global da pessoa e dos cuidados prestados (Isern, 1999), dado permitir investigar as crenças, as atitudes, as preferências não só dos clientes, mas dos profissionais (Craig, 2004). A EBE é definida como a utilização consenciente, explícita e criteriosa de informações provenientes de teorias, pesquisas

realizadas, que fundamentam a tomada de decisão sobre os cuidados prestados à pessoa, tendo em conta as necessidades individuais e as preferências da pessoa (s) (Ingersoll, 2000).

Os cuidados de enfermagem em diversos contextos não só incluem o tratar, mas abrangem outras esferas, como observação, comunicação e conforto, pelo que os enfermeiros necessitam de mobilizar múltiplos conhecimentos fundamentados em evidência, e que ultrapassam as ciências médicas e incluem as ciências comportamentais e sociais (Craig, 2004). Os enfermeiros devem mobilizar uma variedade de conhecimentos provenientes da produção de evidência de fontes múltiplas nas áreas da psicologia, comunicação, sociologia e ergonomia (fatores humanos) (Craig, 2004). A EBE é um instrumento facilitador para melhorar a eficácia da prática dos cuidados e para a tomada de decisões sobre os cuidados de enfermagem, fundamentados na localização e integração dos melhores resultados científicos obtidos, provenientes da investigação realizada e aplicada à diversidade da prática dos cuidados de enfermagem (Toro, 2001).

Os enfermeiros perioperatórios devem na sua prática diária refletir e avaliar as suas intervenções, fundamentando-as com os conhecimentos clínicos baseados na melhor evidência. O conhecimento obtido através da investigação determina o desenvolvimento de uma prática perioperatória baseada em evidências, as quais contribuem para melhores cuidados, com otimização dos resultados em saúde.

Crescentemente a sociedade tende a obter os melhores cuidados de saúde de forma imediata, atualizada, eficaz e com o menor risco ou efeito secundário possível, pelo que a utilização de Normas de Orientação Clínica (NOCs) constituem um item fundamental na prestação de cuidados perioperatórios. As **Normas de Orientação Clínica** são definidas como um *“conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada constituindo um instrumento que se destina a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde, em contextos bem definidos”* Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A. (2007, p 9), podendo ser utilizadas por profissionais de saúde, clientes e o próprio sistema de saúde.

Os **Guias de Boa Prática** são elaborados com base na melhor evidência, constituindo uma metodologia que apoia a decisão clínica. É um instrumento de qualidade na prestação dos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria destes sistemas (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007) e possibilitando a *“decisão mais informada e sustentada em evidência, seja na prática clínica como na gestão e decisão política. A decisão é simplificada, a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos e a qualidade assistencial melhora”* PNS (2010, p 5).

Em enfermagem, no processo de tomada de decisão, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, reconhece a necessidade de elaborar Guias Orientadores da Boa Prática dos cuidados de enfermagem baseados na evidência, constituindo a base estrutural para a melhoria contínua da qualidade da prática profissional dos enfermeiros OE (2001).

Crescentemente, a sociedade tende a obter os melhores cuidados de saúde de forma imediata, atualizada, eficaz e com o menor risco ou efeito secundário possível, pelo que os Guias Orientadores de Boa Prática são ferramentas que diminuem o risco e a incerteza, aumentam a segurança para profissionais e clientes. Os Guias de Boa Prática são definidos como recomendações que emergem da interação entre os dados científicos e a opinião clínica do profissional, que elaboradas através de uma metodologia científica podem ser consideradas válidas para a prática clínica (Atallah, 1998). Resultam da aplicação de linhas orientadoras baseadas em estudos sistematizados, fontes científicas e a opinião de peritos reconhecidos por mérito, a fim de obter respostas adequadas na resolução de problemas específicos. São considerados enunciados sistemáticos que têm em conta parâmetros legais, psicossociais e técnicos. Assentam em avaliações e intervenções necessárias aos processos de cuidados e aos seus resultados, que rigorosamente elaborados e utilizados constituem a base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e a segurança da prática, à eficácia do resultado (OE, 2011).

O seu contributo para o sistema de saúde é claro, por potenciar a promoção da melhoria da eficiência dos serviços, pela criação de padrões comparativos da qualidade dos cuidados, otimizando recursos com aumento das atuações custo-efetividade e com acentuado potencial para produzir marcados ganhos em saúde (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007).

Em ambiente perioperatório a gestão de risco e a segurança de clientes e profissionais constitui um foco da prática segura, tal como interpretamos na afirmação: *“controlar os riscos e os perigos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, (...) é para proteger a pessoa dos riscos (actuais ou potenciais) e minimizar as sequelas que muitos actos profissionais são realizados. De forma prudente, preventiva ou precautória (...) e no sentido da segurança”* (Nunes, 2006). Aquela autora acrescenta *“(...) caminhos plausíveis para cuidados seguros seriam então: Respeitar e cumprir os deveres profissionais; (...) Controlar o risco; (...) identificar, analisar e tratar potenciais riscos num contexto de prática circunscrita; (...) desenvolver e avaliar políticas e procedimentos que definam guidelines na instituição e para a prática directa; (...) informação e discussão de casos; (...) formação dos profissionais; (...) produzir recomendações para mudanças nas políticas e/ou nos procedimentos; (...) Zelar pelo ambiente; (...) Desenvolver o conhecimento (...)”* Nunes (2013).

Assim, a AESOP, enquanto Associação Profissional, e preocupada com a segurança e a qualidade dos cuidados, elaborou um conjunto de advertências, designadas por **Práticas Recomendadas** (PR), constituindo recomendações que devem ser operacionalizadas, baseadas em evidências de eficácia, obtidas através da literatura publicada, investigações e opiniões de peritos. Representam a posição oficial da AESOP e constituem um instrumento que apoia a prática perioperatória a fim de atingir um ótimo nível de cuidados naquela área (AESOP, 2010).

Metodologia: O desenho do estudo é exploratório (consiste em um estudo preliminar sobre um tema que se pretende conhecer melhor, constituindo um ponto de partida para futuros estudos) e descritivo (consiste em identificar um fenómeno mal conhecido, permitindo descrever o conhecimento e a opinião que os inquiridos têm sobre os diferentes temas do estudo) (Fortin, 2006). Pretendemos descrever o conhecimento que os enfermeiros têm sobre EC; qual a sua aplicação na prática perioperatória; qual a necessidade de informação científica manifestada e a que fontes científicas recorrem para aceder a essa informação; qual o conhecimento e a opinião dos inquiridos sobre as “PR da AESOP” e qual a sua aplicabilidade na prática dos cuidados.

O instrumento de recolha de dados foi o questionário, aplicado a uma amostra por conveniência de 75 enfermeiros perioperatórios de 3 Organizações de Saúde de Lisboa e Porto.

Objetivos: O **objetivo geral** é: Identificar as necessidades de formação científica dos enfermeiros perioperatórios face à sua prática profissional. Para a consecução deste objetivo, foram traçados **objetivos específicos**, a saber:

- ✓ Caracterizar o perfil profissional e técnico dos enfermeiros perioperatórios;
- ✓ Identificar que formação científica base e pós básica perioperatória têm os enfermeiros na área perioperatória;
- ✓ Identificar em que situações, os enfermeiros perioperatórios recorrem às fontes de informação científica disponíveis;
- ✓ Identificar as fontes a que recorrem os enfermeiros perioperatórios, para pesquisa de informação científica;
- ✓ Identificar a periodicidade de horas anuais que os enfermeiros perioperatórios dedicam à leitura de artigos científicos de enfermagem perioperatória (EP);
- ✓ Avaliar a frequência, em número de horas de formação, que os enfermeiros perioperatórios participam em atividades de formação contínua;

- ✓ Avaliar qual o tipo de incentivo que os enfermeiros perioperatórios recebem, relativamente às atividades de formação contínua, nos locais onde exercem funções;
- ✓ Identificar se os enfermeiros perioperatórios conhecem o conceito de EBE;
- ✓ Identificar a opinião que os enfermeiros perioperatórios têm acerca da aplicabilidade da EC, na prática dos cuidados perioperatórios;
- ✓ Identificar se os enfermeiros perioperatórios conhecem o conceito de Normas de Orientação Clínica (NOCs);
- ✓ Identificar se os enfermeiros perioperatórios na sua prática clínica utilizam as PR da AESOP

Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário com perguntas fechadas, a fim de recolher informação fatural acerca de acontecimentos ou situações conhecidas, bem como atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Tem as seguintes vantagens: flexibilidade relacionada com a estrutura, forma e meios de recolha de informação; anonimato tranquilizando os respondentes, levando-os a expressar livremente as suas opiniões, podendo ser aplicado a inúmeras pessoas pertencentes a diferentes regiões (Fortin, 2006). Foi construído pelo autor do estudo a partir de um questionário existente, utilizado em um estudo (Ferrito, 2004), tendo sido pedida autorização à autora original do questionário a sua utilização e reformulação, por forma a adequá-lo ao atual estudo. Realizou-se um pré-teste a uma amostra de 18 enfermeiros perioperatórios, cujo contexto do exercício profissional foi semelhante à amostra deste estudo, ou seja, aplicado a uma amostra reduzida (10 a 20 elementos) da população alvo (Fortin, 2006). O questionário final manteve-se igual ao do pré-teste, tendo por exceção a pergunta aberta para sugestões, que não ocorreram. Para algumas questões a escala utilizada foi a de Likert, pedindo-se aos respondentes que indiquem o seu maior ou menor acordo ou desacordo face a certos enunciados, os quais se reportam a atitudes (Fortin, 2009).

População e Amostra

A **população** é o conjunto de indivíduos que apresentam algumas características comuns (Fortin, 2006) e que neste estudo são os enfermeiros perioperatórios a exercerem atividade em BOs de dois hospitais de Lisboa e um hospital do Porto, num total de 186 enfermeiros.

A **amostra** corresponde a uma fração da população sobre a qual é realizado o estudo, devendo ser representativa da população, dado conter características que estão presentes nessa

população (Fortin, 2006). Neste estudo a técnica de amostragem é não probabilística, i. é, *“consiste em retirar uma amostra na qual se encontram características conhecidas na população”* Fortin, (2006, p.314). A seleção da amostra foi acidental ou por conveniência, dado ser *“constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos...estão no local certo e no momento certo”* Fortin, (2006, p.321), correspondendo o critério à disponibilidade dos enfermeiros respondentes, num total de 75, sabendo que foram distribuídos 130 questionários.

Aspetos Éticos

A enfermagem é uma profissão autorregulada tendo definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no REPE, os princípios éticos e deontológicos pelos quais se rege no exercício da atividade profissional, incluindo a investigação. No REPE a investigação surge quer como uma área de intervenção, quer como um dever, (Artigos 78º e 88º, do CDE e Artigo 9º, pontos 5 e 6 do REPE) e simultaneamente, como um direito dos enfermeiros estando expressos os repetitivos direitos e deveres, no desempenho das suas funções, os quais têm por base, o rigoroso cumprimento ético (Nunes, 2013). Com base no nosso Código Deontológico, existem princípios a ter em conta, a saber: Artigo 78º (Princípio geral da “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (nº 1); Princípios orientadores da atividade de enfermagem *“respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”* (nº 3, alínea b) e de *“excelência do exercício”* (nº 3 alínea c)); Artigo 84º (Deveres de informação, nomeadamente *“respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”* (alínea b); Deveres do sigilo quando refere *“...manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”* (alínea e), pelo que assegurar o anonimato e a confidencialidade é fundamental na díade investigador/sujeito do estudo); Artigo 86º (Deveres de *“respeito pela intimidade”* protegendo a vida privada do sujeito e da respetiva família).

A investigação em enfermagem obedece a regras que protegem as pessoas (clientes ou enfermeiros) e como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos do estudo, associado ao respeito pelos direitos e integridade das pessoas; têm o dever de salvaguardar os direitos humanos em qualquer momento e contexto situacional; e a obrigação de assegurar que os sujeitos recebem a informação adequada para consentirem o tratamento, procedimento ou até a investigação (Nunes, 2013).

Na investigação, o olhar da ética é transversal às etapas do processo: desde a pertinência do problema, escolha da população e seleção da amostra, escolha dos instrumentos e do processo

de recolha de dados, metodologia da investigação, validade dos resultados e a forma como se difunde o conhecimento através da respetiva divulgação junto da sociedade científica. A ética imprime um olhar apurado no que respeita à garantia do respeito pelo direito dos sujeitos no estudo, sendo fundamental garantir o consentimento informado, esclarecido e livre, bem como a confidencialidade e proteção de dados quer dos profissionais enfermeiros, quer das organizações de saúde (Nunes, 2013). O investigador elabora um documento explicitando as fases da investigação, nomeadamente, o tema, os objetivos, o tipo de estudo, o tipo de instrumento utilizado para a recolha de dados, a metodologia a aplicar, assegurando o consentimento livre e esclarecido das organizações de saúde e o dos sujeitos participantes. Igualmente assegura que em qualquer momento da investigação é possível retirar o consentimento, sem prejuízo para os intervenientes. A recolha de dados obtida pela aplicação do questionário, só pode ter início após o consentimento escrito dos sujeitos da investigação, garantindo assim o anonimato e a confidencialidade das fontes. Também importante, é que o investigador para ter acesso aos sujeitos, não identifique diretamente as pessoas, sendo que para isso, tenha um profissional referenciador (Nunes, 2013).

Na aplicação do pré teste tivemos o rigor de o aplicar a uma população semelhante à do estudo, e esses enfermeiros não foram respondentes na amostra que integra os respondentes ao questionário do presente estudo.

Informamos e solicitamos ao órgão máximo das organizações de saúde envolvidas, autorização formal para a realização do estudo, dado tratar-se de uma investigação sobre determinada realidade do contexto da prática clínica. Redigimos um requerimento ao Conselho de Administração a solicitar autorização escrita para o projeto, identificando: autora do estudo, contexto académico e entidade académica, bem como responsabilidade científica (orientador) do projeto. Informamos: tema do estudo, objetivos, tipo de estudo, instrumento e processo de recolha de dados, bem como tipo de metodologia. Foi explicitado e garantido o anonimato e a proteção dos dados obtidos, não só dos profissionais inquiridos, como das organizações de saúde. Para cada organização e de acordo com a respetiva especificidade, tivemos que preencher documentação própria para o efeito, anexando alguma documentação solicitada e aguardar as respetivas autorizações formais. Para os sujeitos do estudo, solicitamos a respetiva autorização garantindo o consentimento informado, livre e esclarecido, o anonimato, a confidencialidade e a proteção de dados destes respondentes. Agregamos ao questionário um documento que identifica: autora do estudo, contexto e entidade académica, bem como responsabilidade científica (orientador) do projeto. Identificamos: tema, objetivos, tipo de estudo, tipo de instrumento utilizado para a recolha de dados e metodologia a aplicar. Na entrega e recolha dos questionários salientamos a existência

de um enfermeiro referenciador no processo, não tendo a autora da investigação, interferido diretamente no processo. Os dados recolhidos foram tratados de forma a manter o anonimato dos sujeitos, preservando a confidencialidade das fontes em todo o percurso da investigação, bem como a preocupação da isenção, rigor e codificação dos questionários. Na apresentação dos resultados preocupamo-nos em garantir o anonimato e a confidencialidade, o que entendemos fundamental na relação entre quem investiga e quem autoriza ser sujeito de uma investigação (Nunes, 2013).

Apresentação e Discussão dos Resultados

Os 75 inquiridos têm uma média de idades de 39 anos, maioritariamente pertencem ao sexo feminino (75%). A média em anos do exercício profissional é 23 anos, semelhante à média de conclusão do curso, o que significa que iniciaram a sua atividade profissional logo após a conclusão do Curso de Enfermagem (CE). A média de anos de desempenho de funções na área perioperatória é variável, e metade da amostra possui entre 9 a 11 anos de experiência. A totalidade dos inquiridos desempenha funções em Organizações de Saúde públicas; desses, 13% exercem simultaneamente funções em Organizações Privadas, maioritariamente na área perioperatória. A maioria (92%) tem uma Licenciatura; e 8% têm o Bacharelato em Enfermagem. A maioria (92%) pertence à categoria profissional de Enfermeiro; Enfermeiro Especialista (5%); e Enfermeiro Chefe (3%).

Relativamente a outro tipo de formação, a maioria (59%) não possui outra formação, seja Especialização, Pós Graduação, Mestrado ou até Outra Licenciatura ou Outro Curso Complementar. Os restantes (41%) realizaram várias formações, a saber: Especialização (18%: Médico-Cirúrgica 46.2%; Saúde Infantil e Pediátrica 30.8%; Saúde Comunitária 15.4%,); Pós Graduação (30.7%: Anestesiologia 50%; Controlo da Dor 22%; Enfermagem Perioperatória 18%); Mestrado (5,4%: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Gestão de Serviços de Saúde; Médico-cirúrgica); Outra Licenciatura (2.7%: Psicologia e Acunpuntura); Outro Curso Complementar (4 %: Gestão; Preparação para o Parto e o Curso de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho).

Relativamente à formação específica sobre enfermagem perioperatória no CE, dos 73 respondentes, a maioria (52) 71% respondeu não terem tido formação nessa área; os restantes (21), 29% obtiveram-na, o que entendemos estar relacionado com a necessidade de formação contínua perioperatória, cuja necessidade foi manifestada por cerca de 78% dos inquiridos.

Em relação à formação contínua perioperatória, a maioria (78%) dos inquiridos necessitou de frequentar ações de formação, embora o número de horas frequentadas se situe no escalão mais baixo (igual ou inferior a 30 horas anuais) para 62% das respostas. Os inquiridos procuram manter-se atualizados, realizando pesquisa nas diferentes fontes de informação científica de

enfermagem. Podemos afirmar que as 4 situações mencionadas no questionário (*prática diária; realização de artigo ou uma apresentação; perante a programação de técnica cirúrgica que desconhece e implementação de uma prática nova*) tiveram uma grande adesão em termos de procura e utilização, tendo os inquiridos o hábito de consultar fontes de informação.

Os respondentes reconhecem que o incentivo dado às atividades de investigação é escasso, produzindo pouca atividade de investigação, nomeadamente a *“Frequentar cursos de pós graduação, licenciaturas ou mestrado”*; *“Escrever artigos científicos; Fazer comunicações ou apresentações de posters em congressos; Realizar trabalhos de investigação”*. Estas atividades são reconhecidas com pouco incentivo, medianas de “raramente” incentivadas. Apenas são incentivados perante questões como *“Manter a atualização das práticas”*, sendo esta a atividade mais incentivada de todas, 53% dos respondentes são incentivados “Muitas vezes” e nenhum deles respondeu que “Nunca”. A investigação em enfermagem é apreendida e desenvolvida em contexto académico, e os enfermeiros possuem conhecimentos que os habilitam a investigar na área da enfermagem perioperatória. Os enfermeiros não aplicam os seus conhecimentos na investigação, através da realização de trabalhos científicos com aplicação desta metodologia, não existindo uma cultura mobilizadora com incentivo à investigação. Simultaneamente, realizar um trabalho de investigação consome tempo, bem que é cada vez mais escasso nas organizações de saúde, a par de uma nítida escassez de recursos humanos. Em um trabalho de investigação realizado aos enfermeiros perioperatórios, quando inquiridos sobre as medidas a aplicar para o incentivo na aplicação no terreno dos resultados encontrados nas pesquisas, referiram como fundamentais, a necessidade de utilizar um método adequado, bem como, maior tempo para o desenvolvimento de atividades de pesquisa. Evidenciaram ainda, a ajuda de outros profissionais com experiência em estatística e em investigação (enfermeiro investigador), bem como um acesso fácil à literatura e aos serviços informatizados, considerando estas estratégias importantes para a implementação dos resultados. A falta de tempo e de suporte organizacional constituem os fatores desencorajadores que sobressaíram no estudo (Galvão, Sawada & Rossi, 2002). Existe por parte da governação nacional e internacional, existem linhas orientadoras com o objetivo de incentivar a investigação na área da saúde, ao nível das organizações e dos seus profissionais PNS (2012-2016).

Relativamente às fontes de informação científica que constituem recurso para pesquisa de informação científica, da análise dos resultados, verificamos que as mais utilizadas por ordem decrescente são: a *“Pesquisa na Internet (base de dados)”* 50% dos inquiridos recorre “Sempre” e 34% dos enfermeiros procuram-na “Muitas vezes”. Assim, afirmamos que a pesquisa em base de dados é uma preocupação constante na procura de evidências com relevo para a prática clínica.

Salientamos que a pesquisa em bases de dados é um recurso de fácil acesso na pesquisa de evidência potencialmente útil, de forma rápida, prática e atualizada, sendo portanto, um recurso muito utilizado na área da saúde, na procura de evidências. Existem bases de dados eletrônicas de fonte de evidência primária e secundária disponível que é necessário saber operar, a fim de procurar as melhores evidências (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007). Sendo a Pesquisa na Internet, a fonte de informação mais utilizada, verificamos que no último ano, a maioria dos enfermeiros realizou pesquisa em base de dados, à exceção de 7% dos inquiridos que não fizeram qualquer tipo de pesquisa.

Para as “*Normas de Procedimento*” a procura é elevada, situando-se a mediana entre o “Sempre” e o “Muitas vezes”. Relativamente às “*Normas de Procedimento*”, dos inquiridos, 19% recorreram “Sempre” a este tipo de fonte de informação, e 49% recorreram “Muitas vezes” com o objetivo de obter informação científica para a prática clínica. As Normas orientam e fundamentam a prática perioperatória, pelo que constituem um recurso fundamental na prática dos cuidados.

Em relação aos “*Livros*”, a procura é igualmente elevada e as medianas situam-se entre o “Sempre” e o “Muitas vezes”. Cerca de 21% dos enfermeiros recorrem “Sempre” aos “Livros”, enquanto recurso para pesquisa e 45% dos inquiridos na frequência “Muitas vezes”. Este, é em nosso entender uma fonte de informação que rapidamente deixa de estar atualizada, pois o tempo que medeia entre a escrita e a publicação é longo (2 anos), o suficiente para que a informação esteja desatualizada. No entanto, a sua consulta pode ser útil em termos de anatomia e fisiopatologia das situações problemáticas das pessoas, o mesmo pode já não estar adequado ao estabelecimento dos diagnósticos, prevenção e tratamento (Sackett, 2000). Em relação aos “*Artigos em Revistas Nacionais*”, cerca de 44% dos inquiridos procuram este recurso “Muitas vezes” e 31% dos enfermeiros procuram-no “Algumas vezes”.

De salientar, que as revistas de enfermagem têm uma função importante, uma vez que divulgam os trabalhos de investigação desenvolvidos por profissionais da área. No entanto, há que seleccionar os melhores artigos na panóplia da publicação existente. Em matéria de “*Artigos em Revistas Médicas*”, 32% dos inquiridos procuram esta fonte de informação “Muitas vezes” e 40% dos enfermeiros procuram-na na frequência “Algumas vezes”.

Relativamente ao fator humano o “*Esclarecimento com os pares*” é um recurso com destaque, cerca de 59% dos inquiridos respondeu que o fazia “Muitas vezes” (valor mediano). O recurso “*Esclarecimento com médicos*” obteve 48% da procura, para a frequência “Muitas vezes” (valor mediano). Os inquiridos deste estudo consideram que o esclarecimento com os pares e outros profissionais constitui um recurso frequente para obter informação. O esclarecimento com

pares é o recurso mais frequentemente utilizado, constituindo uma forma simples e imediata de obter resposta, abordagem que parece ser comum entre os profissionais de saúde, dado que em um estudo realizado com enfermeiros perioperatórios no Brasil, com o objetivo de saber as fontes utilizadas para a pesquisa, as identificadas e com maior frequência foram a leitura de estudos, seguida pela troca de informações entre profissionais (Galvão, Sawada & Rossi, 2002). Outro estudo realizado em 2004, com o objetivo de identificar fontes de informação científica a que os enfermeiros recorrem para obter informação científica, os mesmos referem recorrer maioritariamente ao esclarecimento com os pares (Ferrito, 2004). Surge posteriormente o “*Esclarecimento com o chefe*”, cuja mediana se situa em “Algumas vezes”, com cerca de 43%.

Relativamente à periodicidade de horas anuais dedicadas à leitura de artigos científicos de enfermagem perioperatória, os resultados são tímidos, 38% para o intervalo mais baixo (inferior ou igual a 24 horas anuais), seguido por um gasto de horas para o mesmo efeito de 22% (25 a 48 horas anuais). Relativamente à assinatura de revista de enfermagem perioperatória, 17% assinam uma única, a da AESOP.

A maioria dos inquiridos (70%) está familiarizada com o conceito EBE: 48% conhece o conceito através de artigos de enfermagem e outros, 48%, conhecem o conceito através da pesquisa realizada em Bases de Dados na Internet. As restantes fontes de informação contribuíram com algum peso, sendo por ordem decrescente: ouvir os pares (40%); ouvir outros profissionais de saúde (35%); congressos, jornadas e seminários (35%) e outras formas, em 15%.

A maioria concorda totalmente (mediana) com as afirmações “ *A EC é um instrumento valioso na melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios*” (52%); “*Através da EC podemos modificar os procedimentos de enfermagem perioperatórios de forma a melhorar os cuidados a prestar*” (54%). Os inquiridos assumem concordar (mediana) com as afirmações “*A EC é uma ferramenta essencial na prática dos cuidados perioperatórios, por fornecer aos enfermeiros autoridade para mudar a realidade dos cuidados perioperatórios, por constituir uma prática fundamentada*”; “*Na minha prática clínica utilizo a EC como ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios*” e “*Os enfermeiros perioperatórios realizam poucos trabalhos de investigação com base em EC, devido a escassez de formação nesta área do conhecimento científico*”. Para a afirmação “*Na minha prática clínica a minha experiência é mais valiosa que a EC*”, assumem uma posição neutra, 75% das respostas situam-se abaixo da posição neutra, revelando que apesar do conhecimento que têm da importância da EC como ferramenta para a mudança da prática, uma vez que fornece evidência que sustenta o exercício profissional e não apenas a experiência individual, continuam a valorizar a experiência profissional. Aliás cerca de

59% de inquiridos utilizam como fonte de informação científica o esclarecimento com pares, cujo recurso é de fácil acesso.

Relativamente a afirmação “*A operacionalização da melhor EC é um processo lento e difícil, porque os enfermeiros não têm formação nesta área*” os inquiridos tem uma posição neutra não concordar, nem discordar (mediana). Após as evidências encontradas na pesquisa, como é que os enfermeiros as introduzem na prática dos cuidados? Existem estudos que identificam dificuldades dos enfermeiros para o desenvolvimento de pesquisas e cuja implementação desses resultados seja difícil, ou seja, existe dificuldade em implementar a prática baseada em evidências, existindo um longo caminho a percorrer (Galvão, Sawada & Rossi, 2002).

Os inquiridos compreendem a importância da EC na prática, constituindo uma ferramenta fundamental para a tomada de decisões sobre os cuidados de enfermagem. Estes são fundamentados através dos resultados científicos obtidos, provenientes da investigação realizada, tornando-se a EC um instrumento facilitador para melhorar a eficácia da prática dos cuidados. Sentem como é importante a existência de uma cultura de tomada de decisões fundamentada em EC, para uma mudança na melhoria da prática perioperatória, dando assim legitimidade aos enfermeiros para que essa mudança ocorra.

A maioria (93%) dos inquiridos sabe o que são NOCs e utiliza-as na prática perioperatória, constituindo uma ferramenta importante na mudança de comportamento dos enfermeiros, uma vez que permitem obter um ganho sistemático, fácil, relevante e eficaz sobre uma determinada patologia, reforçando a qualidade da decisão clínica, dado disponibilizarem recomendações claras sobre certa situação, indicando qual a melhor prática clínica. A sua importância é reconhecida, uma vez que focalizam os melhores resultados (*outcomes*), aumentando a eficácia clínica, minimizando riscos com consequente diminuição de intervenções desnecessárias, ineficazes ou até prejudiciais (Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, 2007). As NOCs são definidas como “*conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada constituindo um instrumento que se destina a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde, em contextos bem definidos*” Roque, A.; Bugalho, A.; Vaz Carneiro, A, (2007, p 19).

Relativamente às PR da AESOP, a maioria (96%), conhece-as e utiliza-as com elevada regularidade. Igualmente reconhecida é a elevada importância (92%) atribuída às PR, enquanto contributo indiscutível para a prática dos cuidados perioperatórios; (43% dos inquiridos referem serem totalmente importantes, enquanto 49% referem ser muito importante). A maioria (97%)

considera as PR um instrumento facilitador, constituindo a base de elaboração das Normas de Serviço e 92% consideram-nas um instrumento de apoio à integração de novos enfermeiros no BO.

Conclusões

Em Portugal a enfermagem periopertaória sofreu grandes desafios, atravessou dificuldades e sofreu uma imensa evolução ao longo destes escassos anos de vida. Atualmente é considerada uma área com especificidades próprias no contexto dos cuidados de saúde e com elevada relevância para o funcionamento dos BOs. Hoje, a presença dos enfermeiros perioperatórios é indiscutível como garante da segurança dos clientes e dos cuidados de que necessita. Dada a exigência imposta pela sociedade científica com uma permanente evolução técnico científica das ciências humanas, consideramos que a enfermagem perioperatória deve desenvolver conhecimentos e estratégias promotoras do desenvolvimento e crescimento de um corpo de conhecimentos sólido, a fim de fazer face às crescentes exigências de um cuidar seguro, eficaz e efetivo. Deve desenvolver conhecimentos suportados nas mais recentes evidências encontradas nas diferentes fontes de informação científica e com fiabilidade reconhecida.

Os enfermeiros perioperatórios valorizam a formação contínua como instrumento para aprofundar conhecimentos e competências perioperatórias aliados às práticas clínicas, através das evidências encontradas nas diferentes fontes de informação científica. Cada vez mais a formação deve convergir para questões da prática, aproximando a formação contínua e a praxis. As fontes de informação científica identificadas como mais usuais foram a Pesquisa na Internet através da base de dados, as Normas de Procedimento e os Livros. O fator humano, nomeadamente o esclarecimento com os pares merecem destaque, sendo utilizado maioritariamente. Os enfermeiros perioperatórios são incentivados a manter a atualização das práticas, a aprofundar conhecimentos e a frequentar ações de formação. A frequência de cursos de pós graduação, licenciaturas ou mestrados; a redação de artigos científicos; fazer comunicações ou apresentações de posters em congressos; bem como, realizar trabalhos de investigação, são atividades reconhecidas pelos inquiridos como pouco incentivadas. Parece não existir uma cultura mobilizadora que incentive a investigação, apesar dos conhecimentos sobre investigação obtidos a nível académico.

A maioria dos inquiridos está familiarizada com o conceito EBE, obtido maioritariamente, através de artigos de enfermagem e de pesquisa realizada em bases de dados; compreendem a importância da EC na prática perioperatória, relacionando-a com a melhoria da qualidade da prática dos cuidados e com as alterações a introduzir à prática com o objetivo de tornar os cuidados mais efetivos. Os enfermeiros referem a importância de existir uma cultura de tomada de decisões

fundamentada em EC para uma mudança na melhoria da prática perioperatória, dando assim legitimidade aos enfermeiros para que essa mudança ocorra. Os enfermeiros sabem o que são NOCs e utilizam-nas na prática perioperatória, conhecem as PR da AESOP e utilizam-nas com elevada regularidade. Reconhecem a importância das PR da AESOP associada à prática dos cuidados, e também enquanto contributo para a elaboração das Normas de Serviço, bem como instrumento para a integração de novos enfermeiros no BO.

Pensamos ter atingido os objetivos propostos para o estudo. Esperamos ter despertado a consciência dos enfermeiros perioperatórios da importância atribuída à EC na prática perioperatória, através da construção e aplicação de Guias de Boa Prática para a prestação de cuidados perioperatórios, abandonando assim as práticas ritualistas que consomem tempo e recursos, e com poucos ou até nenhuns benefícios de eficácia e custos para a prática clínica. A operacionalização de Guias de Boa Prática constitui uma ferramenta essencial para prestar cuidados seguros, eficientes e efetivos.

Ao concluirmos a análise aos resultados e em paralelo com a pesquisa realizada para a revisão bibliográfica, salientamos alguns aspetos:

- A necessidade de integrar na formação base académica módulos de enfermagem perioperatória;
- A necessidade de promover nas diferentes organizações de saúde, programas formativos sobre as diferentes fases da investigação, motivando os enfermeiros para a investigação;
- A figura de um enfermeiro com formação em investigação na organização de saúde e que colabore com os subsistemas através de programas de investigação;
- A importância que a formação em serviço tem nos BOs, podendo ser um espaço para a criação, divulgação e operacionalização de Guias de Boa Prática para cuidados perioperatórios;
- A importância que a AESOP, enquanto associação profissional tem, por forma a promover programas de formação sobre investigação;
- A revista AESOP pode constituir uma mais-valia na formação, através da divulgação de módulos sobre as diferentes fases de uma investigação;
- A elaboração de novas Práticas, sugestão nominal das mesmas, mencionadas pelos inquiridos.

As limitações do estudo relacionam-se com a amostra que é pequena, comparativamente com a população de enfermeiros perioperatórios a nível nacional (5000 – 6000), pelo que os resultados podem ser entendidos como pouco representativos. Ainda o fato do presente estudo ter sido realizado em organizações de saúde de dois centros urbanos, o que pode não mostrar a

realidade nacional. Seria interessante saber a opinião dos enfermeiros de outras regiões do país, cujos contextos são certamente diferentes.

Esperamos que a discussão dos resultados e as conclusões apresentadas sirvam de objeto de reflexão e ponto de partida para outros trabalhos na área perioperatória. Igualmente interessante é que este trabalho promova o despertar da necessidade de encontrarmos um novo cenário ao nível da PBE para os cuidados perioperatórios, despertando a comunidade perioperatória de enfermagem para a produção de conhecimento científico, elaborando Guias de Boa Prática e encontrando um novo paradigma para os cuidados perioperatórios.

Tal como refere Basto (2013), enquanto enfermeiros perioperatórios devemos ter presente que a prática dos cuidados é uma fonte inesgotável de questionamento, a qual só poderá ser respondida através da investigação, podendo esta disciplina cumprir um dos seus principais objetivos e fornecer orientações para a prática perioperatória.

Referências Bibliográficas

- ✓ ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – AESOP – (1994). *Enfermagem Perioperatória*. Sinalgráfico, Lda. Julho. S. João da Talha.
- ✓ ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – AESOP - (2010). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. 2ª Edição. Lisboa.
- ✓ ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION – AORN -(1998). *Standards, Recommended Practices, Guidelines*. 103p. Denver. USA.
- ✓ ATALLAH, A ; CASTRO, A. - Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo: UNIFESP, 1998. Disponível em: <<http://www.epm.br/cochrane/bestvidence.htm>>. Acesso em: jun. 2013.
- ✓ BASTO, L. (2013) - *Investigação em Enfermagem: Temáticas atuais a nível académico*.
- ✓ BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição Comemorativa: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X Coimbra.
- ✓ BILBAO, M (2006) – O Bloco Operatório Departamento Cirúrgico In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.
- ✓ COLLIÈRE, M. F. (1999) – *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Lidel.
- ✓ CRAIG, J. V.; SMYTH, R.L. (2004) - *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusocência.
- ✓ COSTA, M. A. M. (1999) - Reflectindo sobre o ensino de enfermagem. Sinais Vitais, 27, 11-16.

- ✓ DIAS PINHEIRO, M.; COSTA, M.; RODRIGUES, T. (2006) - Enfermagem Perioperatória In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.
- ✓ DIAS PINHEIRO, M.; MARTINS, H. (2006) Gestão do Risco In AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidática. ISBN 972-8930-16-X Loures.
- ✓ EUROPEAN OPERATION ROOM NURSE ASSOCIATION – EORNA - (1997). *Curriculum Comum Europeu para Enfermeiros Perioperatórios*. 49p. Bélgica.
- ✓ FERRITO, C. (2004) – “ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA. Estudo Piloto sobre Necessidades de Informação Científica para a Prática de Enfermagem”. ISCTE. Lisboa
- ✓ FORTIN, M.F. (2006) – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: lusodidática. ISBN978 989n8075 185
- ✓ FORTIN, M. F. (2009). – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- ✓ GALVÃO, C.; SAWADA, N.; ROSSI, L. (2002) – “A Prática Baseada em Evidencias: considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória”.
- ✓ INGERSOLL, G.L. (2000) – Evidence-Based Nursing. Nurs Outlook. Jul/Aug; 48 (4): 151 – 2.
- ✓ ISERM, I. (1999) - El espacio de la investigación cualitativa en la enfermería basada en evidencia. Enfermería Clínica. 9 (4):135-6.
- ✓ LOURENÇO, I. (2006) – “Novos desafios: desenvolvimento do Ensino Superior de Enfermagem na Europa”IX Congresso Extremeño de Enfermeria y III Congresso Hispano Luso de Enfermeria. Plasencia.
- ✓ NOGUEIRA, M. (1990). História de enfermagem (2ª ed). Porto: Edicoes Salesianas.
- ✓ NUNES, L. (2003). - *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-30-4.
- ✓ NUNES, L. (2006). - Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3: 53-58.
- ✓ NUNES, L. (2013) - Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior dec Saúde. Departamento de Enfermagem. Jul ISBN: 978-989-98206-1-6.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). - *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Dezembro.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 10, Outubro.

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Lisboa. 26 de Abril.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - “*Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*”. Acedido a 16/10/20011.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/>.
- ✓ PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) (2004 - 2010). Retirado em 24/ 04 / 2013, de
http://www.dgsaude.min-.pt/pns/media/pns_vol.2.pdf.
- ✓ PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS). (2012-2016) - 3.3.Eixo Estratégico Qualidade em Saúde.
- ✓ REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO (REPE). - Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. *Diário da República nº 205 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ✓ ROQUE, A.; BUGALHO, A.; VAZ CARNEIRO, A. – CEMBE - Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. 2007. Lisboa.
- ✓ SACKETT, D.L.; et al (1996) - Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312.
- ✓ SACKETT, D.L. et al (2000) - Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone.
- ✓ TORO, A.G. (2001) - Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index.
- ✓ TORO, A.G. (2004) - Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en evidências. Available from: <http://www.cgi.vianetworks.es/~indexcd>.
- ✓ VIEIRA, Margarida (2009) – Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência. Lisboa, Universidade Católica. Editorial Unipessoal, Lda.