



Celso Pires Ribeiro **Boa Prática de Enfermagem à
Pessoa submetida a Vitrectomia**

Integração de profissionais de
enfermagem perioperatórios, na
instrumentação da cirurgia oftalmológica
de segmento posterior

I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Outubro | 2013



Celso Pires Ribeiro **Boa Prática de Enfermagem à
Pessoa submetida a Vitrectomia**

Integração de profissionais de
enfermagem perioperatórios, na
instrumentação da cirurgia oftalmológica
de segmento posterior

I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação
clínica da Professora Doutora Maria de Lurdes
Martins e da Enfermeira Especialista Quitéria
Lameiras

Outubro | 2013

DECLARAÇÕES

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

RESUMO

O presente relatório inclui-se no plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, surgindo como um documento ilustrativo do desenvolvimento de competências durante o estágio, realizado no serviço do Bloco Operatório de um Hospital da margem sul do Rio Tejo.

Neste contexto, foi desenvolvido um projeto de intervenção em serviço, denominado então de *“Boa Prática de Enfermagem à Pessoa submetida a Vitrectomia”*, com o objectivo geral de contribuir para a integração dos enfermeiros no bloco operatório, afim de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida à cirurgia de Vitrectomia.

A demonstração da importância da aquisição das respectivas competências, para o desempenho da função enquanto Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontra-se descrito na reflexão crítica dos objectivos gerais e específicos realizados.

A metodologia escolhida para a realização deste relatório baseia-se no método descritivo e analítico, através da reflexão do confronto das atividades referidas no projeto de estágio, com a exposição das atividades realizadas.

Palavras-Chave: Bloco Operatório; Enfermagem Perioperatória; Oftalmologia; Processo de Integração; Qualidade em Saúde.

ABSTRACT

This report is included in the study programme of I Master's in Medical-Surgical Nursing, of School of Health Sciences, in Polytechnic Institute of Setúbal, emerging as a document illustrating skills development during the training programme, performed in the service of Operating Room in a Hospital located on the south bank of the Tagus River.

In this context, we developed an intervention project in service, then called the "*Good Nursing Practice of Person submitted to Vitrectomy*", with the overall objective of contributing to the integration of nurses in the operating theater in order to improve the quality and safety of nursing care provided to the person subjected to vitrectomy surgery.

The demonstration of the importance of the acquisition of these skills, to perform the function as Master and Nurse Specialist Medical-Surgical Nursing, is described in the critical reflection of the general and specific objectives achieved.

The methodology chosen for the realization of this report is based on the descriptive and analytical method, through reflection of the confrontation of the activities referred in the training programme project, with the exposure of the activities performed.

Keywords: Operating Room; Perioperative Nursing; Ophthalmology; Integration Process; Health Quality.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho é dedicado àqueles cujo esforço permitiu a sua realização, pois graças à sua dedicação, facultou a possibilidade de conciliar a vontade pessoal com o desejo de realização profissional.

As pessoas que integram de forma construtiva a minha vida pessoal, cuja a crença de que trabalho desenvolvido possa contribuir para o desenvolvimento da profissão e para a melhoria da qualidade ao cliente, foi factor motivacional em todo o processo.

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - American Association of Operating Room Nurses

BOC - Bloco Operatório Central

DGES – Direcção-Geral do Ensino Superior

DGS - Direcção Geral de Saúde

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

EORNA - European Operating Room Nurses Association

ERC – European Resuscitation Council

ESS – Escola Superior de Saúde

HMS - Hospital da margem sul

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

RENDA – Rede Nacional de Não Dadores

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO GLOBAL.....	15
1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
2. IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS.....	40
2.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	40
2.1.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	41
2.1.2 MAPA DO PLANEAMENTO.....	42
2.1.3 REFLEXÃO ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	42
2.2 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....	52
2.3 SÍNTESE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS RESTANTES ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	64
2.3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS.....	65
2.3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	70
3. CONTRIBUTO DAS APRENDIZAGENS E APORTES TEÓRICOS LECCIONADOS, NO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	73
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS.....	100
ANEXO I – CERTIFICADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	101
ANEXO II – FOLHA DE ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO DE RELATO DE INCIDENTE CRÍTICO POR PARTE DO GIARC.....	103
ANEXO III – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM INSTRUMENTAÇÃO DE VITRECTOMIA	106
ANEXO IV – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO EORNA	108
ANEXO V – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIOS	111
APÊNDICES	114
APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DA MARGEM SUL	115
APÊNDICE II – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	119
APÊNDICE III – ANÁLISE SWOT	124
APÊNDICE IV – MAPA DO PLANEAMENTO DO PROJETO	126
APÊNDICE V – MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMAGEM EM OFTALMOLOGIA - VITRECTOMIA	133
APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO	240
APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA.....	242
APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO	244
APÊNDICE IX – QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	252
APÊNDICE X – PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS SOBRE A FORMAÇÃO EM OFTALMOLOGIA – SEGMENTO POSTERIOR	260
APÊNDICE XI – GUIA ORIENTADOR PARA A ALTA, NA CIRURGIA DE VITRECTOMIA	271
APÊNDICE XII – PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS SOBRE A FORMAÇÃO E SIMULACRO DE EVACUAÇÃO DE CLIENTES	274
APÊNDICE XIII – AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE A EVACUAÇÃO DOS CLIENTES.....	279
APÊNDICE XIV – ARTIGO SOBRE “BOA PRÁTICA DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A VITRECTOMIA”.....	294

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de <i>Reason</i> (Adaptado de Fragata, 2010).....	36
Figura 2 - Processo de aquisição de competências, com critérios de avaliação K.1.1.3	53
Figura 3 - Processo de aquisição de competências, com critérios de avaliação K1.1.4	55
Figura 4 - Processo de aquisição de competências, com critérios de avaliação K.1.5.2	57
Figura 5 - Processo de aquisição de competências, com critério de avaliação K.2.1.2.....	60
Figura 6 - Processo de aquisição de competências, com critérios de avaliação K.3.1.3	63
Figura 7 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 1ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica....	77
Figura 8 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 2ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica....	78
Figura 9 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 3ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica....	79
Figura 10 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 4ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica..	80
Figura 11 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 5ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica..	80
Figura 12 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 6ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica..	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos enfermeiros integrados por grupo etário	47
Gráfico 2 - Distribuição percentual dos enfermeiros integrados por sexo.....	47
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos enfermeiros integrado por habilitações literárias.....	48
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos enfermeiros integrados por tempo médio de exercício profissional no bloco operatório.....	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Opinião dos enfermeiros integrados sobre a avaliação do programa de integração no bloco operatório.....	49
Tabela 2 - Opinião dos enfermeiros integrados sobre a avaliação formativa do enfermeiro instrumentista	50



INTRODUÇÃO

O **relatório de trabalho de projeto** surge como um ocasião singular para obtenção de aprendizagens, consolidação dos conhecimentos adquiridos, e reflexão sobre a nossa prática profissional.

Pressupõe, simultaneamente, o desenvolvimento de **competências especializadas**, colocando em prática, em determinadas situações profissionais, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e de atitudes passíveis de serem decompostos em saberes, saber-fazer e saberes-ser ou saber-estar (Carvalho, 2003).

Sendo assim, o **enfermeiro especialista** deve desenvolver um papel diferenciado dos restantes enfermeiros, pois *“o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”*, tal como está previsto em Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, replicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

A exigência destes cuidados de enfermagem especializados, justificaram a integração da minha pessoa, no I Curso de **Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica** (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, que teve como **objectivo principal**:

- Formar Mestres em Enfermagem que detenham um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Aquando a conclusão do respectivo mestrado, as competências do enfermeiro enquanto futuro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deverão ser as seguintes:

1. Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;
2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;
4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e



- aplicação de argumentos rigorosos;
5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
 6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Inserido no MEMC, no terceiro semestre do ano lectivo 2011/2012, no contexto da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, foi-me solicitado a realização de um **Relatório de Estágio III**. Neste encontra-se a análise do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), e do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), tendo como referencial as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Partindo do princípio que o estudante é um agente ativo no seu percurso formativo, numa lógica integrativa de reflexão e ação, assumida pelo Modelo de Trabalho Pedagógico 3 - MTP3 (Lesne, 1977), procedi à identificação de áreas de interesse a intervir, mediante um diagnóstico de situação.

Este projeto desenvolveu-se no Bloco Operatório Central (BOC) de um Hospital da margem sul (HMS) do Rio Tejo, encontrando-se a sua caracterização em apêndice (Apêndice I). Este serviço apresenta funções idênticas às quais exerço como enfermeiro, desde Agosto de 2005, no Bloco Operatório do Hospital de Santiago – Grupo Espírito Santo Saúde, em Setúbal (Anexo I).

Para acompanhamento e desenvolvimento deste projeto, tive como Tutora, a Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica, *Quitéria Lameiras*, e como orientadora a Docente, *Maria de Lurdes Martins*.

O Estágio I e II decorreram no segundo semestre do curso, durante dezasseis semanas, cumprindo 167 horas de contacto efetivo, e 251 horas de trabalho do formando, entre 26 Setembro e 8 Fevereiro de 2012, no contexto da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I. O Estágio III, decorreu no terceiro semestre do curso, durante dezasseis semanas, entre 19 Março de 2012 e 11 de Julho de 2012, no contexto da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II.

Os **referidos estágios** tiveram como **objectivos principais**, elaborar o devido diagnóstico da situação, mais concretamente, identificar e validar os problemas, assim como, proceder à realização e implementação do mapa de planeamento do projeto.

No que respeita ao presente **relatório**, este tem como **objectivos gerais**:



- Refletir acerca do contributo da componente teórica dos módulos leccionados nas unidades curriculares que constituíram o primeiro, segundo, e terceiro semestre do MEMC, como fundamentação da prática profissional;
- Apresentar uma situação-problema, através de um diagnóstico de situação, que seja pertinente na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Fundamentar as atividades desenvolvidas no processo de aquisição de competências, promovendo o desenvolvimento crítico perante as situações vivenciadas.

É expectável que o enfermeiro nesta fase, mediante os contributos adquiridos na componente teórica dos vários semestres, seja capaz de os aplicar aquando a análise crítica das suas práticas, perspectivando uma eficiente prática de cuidados.

A especificidade de um serviço de Bloco Operatório, com um continuo avanço científico e tecnológico ao nível de técnicas cirúrgicas e anestésicas, requer ao enfermeiro perioperatório, uma atualização teórico-prática constante. Após a realização do diagnóstico da situação, foi encontrada a situação-problema que me propus a trabalhar, planeando o desenvolvimento do meu projeto na área da cirurgia oftalmológica, mais especificamente, na integração de enfermeiros na área da cirurgia de segmento posterior. O PIS foi denominado então de *“Boa Prática de Enfermagem à Pessoa submetida a Vitrectomia”*, com o objectivo geral de:

- Contribuir para a integração dos enfermeiros no BOC, a fim de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a Vitrectomia no HMS.

Esta escolha teve por base vários factores, entre os quais no que respeita ao meu desenvolvimento profissional, pois no meu contexto de trabalho, sou o elemento responsável pela área cirúrgica da oftalmologia (Anexo I).

A **estrutura do presente relatório** encontra-se dividido em **3 capítulos**.

Após a presente **introdução**, com a devida contextualização e enumeração dos objectivos propostos, procederei no **primeiro capítulo**, a um enquadramento global de suporte ao trabalho desenvolvido, com fundamentação conceptual e teórica das análises efectuadas.

No **segundo capítulo**, encontra-se descrito a implementação do PIS e PAC, com o respectivo diagnóstico de situação, e planificação do projetos propriamente ditos, destacando os objectivos centrais do mesmo, e os comportamentais que lhes servem de substrato, sempre tendo como referencial as competências do Enfermeiro Especialista e Mestre em pessoa em situação crítica.

O **terceiro, e último capítulo**, refere-se à análise dos contributos das aprendizagens e aportes



teóricos no processo de desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, e das aprendizagens decorrentes dos projetos à luz das competências dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica.

Termino com uma **conclusão**, que contempla uma síntese dos aspectos significativos, análise dos objectivos propostos, e o enriquecimento individual e para o contexto em questão, do trabalho desenvolvido.

A produção deste documento baseou-se no novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO GLOBAL

No presente capítulo, encontram-se aportadas as necessárias referências conceptuais, para o devido suporte à elaboração dos respectivos projetos de desenvolvimento de competências, assim como, a indispensável fundamentação teórica dos mesmos.

1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A perspectiva sobre a história da Enfermagem, relacionada com o contexto da sociedade atual, é pertinente para refletir sobre o verdadeiro significado do cuidar.

A explicação do **desenvolvimento das ciências**, suporta-se na existência de três teorias diferentes. A primeira teoria foi incrementada por *Kuhn*, designada por *teoria da revolução*, em que considera que as mudanças nas ciências originam-se de maneira inesperada, radical e completa, em que as teorias competem entre si até à predominância de uma em relação a todas as outras. A Enfermagem, assim como a maioria das ciências sociais e humanas, não poderiam ser consideradas ciências à luz desta teoria, e situando-se ainda no estágio pré-paradigmático (Lopes, 1999).

A *teoria da evolução*, foi desenvolvida por *Toulmin* em oposição a *Kuhn*, considerando que cada disciplina tem o seu campo de conceitos, áreas de preocupação, metodologias e objetivos próprios, todos eles em processo de mudança (Lopes, 1999). Nesta teoria, as ciências sociais e humanas, como a Enfermagem, teria dificuldade em ser considerada disciplina, atendendo às suas características específicas, e da sua própria evolução. A Enfermagem para ser considerada disciplina, atendendo às teorias anteriores, necessita de valorização específica dos seus padrões de desenvolvimento, etapas e fenómenos, demonstrando a qualidade e significância das questões que aplica e das respostas que dá (Lopes, 1999).

Neste contexto, *Meleis* refere a *teoria da integração*, defendendo um padrão de progresso onde consigam estar reveladas as concretizações da enfermagem, suportada pela sua sólida base teórica, integrando processos como a acomodação, o refinamento e a coordenação entre pensamentos, ideias e indivíduos. Esta teoria inaugura a possibilidade de uma crítica cautelosa



de tudo o que existe e do que já foi realizado, bem como do que ainda falta fazer (Lopes, 1999).

A Enfermagem é assim considerada uma **disciplina da área do conhecimento**, em que a prática profissional e a investigação possuem um domínio específico, persuadido por uma orientação teórica, tendo conceitos básicos, tratados de forma distinta por cada uma das teóricas de enfermagem.

Questões como a enfermagem enquanto **disciplina e profissão** continuam a colocar-se, pois, como referencia Edwards (1999), a profissão de enfermagem, com formação certificada, tem uma história muito recente, com início apenas no século XIX. A interligação da disciplina à profissão relaciona-se com o facto daquela requerer da profissão para o seu desenvolvimento, assim como o contrário.

Uma disciplina científica deve ser considerada uma categoria organizadora dentro do conhecimento científico, pois institui a divisão e a especialização do trabalho, classificando o mundo para ao mesmo tempo que dar resposta às diversidades das áreas que as ciências compreendem. (Morin, 2000) As diferentes classificações limitam o que pertence a disciplina em relação a outras, sendo que essa separação e construção do objeto de estudo pela comunidade científica, é denominado de rupturas epistemológicas. (Bachelard, 1996)

A Enfermagem para ser considerada uma disciplina, necessita de uma pesquisa junto da epistemologia, entendida como o saber que reflete as perguntas relacionadas com a origem, e natureza dos métodos do conhecimento científico (Lopes, 1999). A existência ou inexistência de uma disciplina de enfermagem, transportar-nos à discussão da natureza do conhecimento humano, considerando que a enfermagem enquanto disciplina, cresceu agregada à evolução das restantes ciências, embora com novos modos de perspectivar a singularidade dos acontecimentos humanos. (Donaldson e Crowley, 1997)

Nas disciplinas consideradas académicas inserirem-se ciências como a física, ou matemática, em que o objectivo principal destas é o saber, com teorias naturalmente descritivas, enquanto que as **disciplinas profissionais**, tais como a enfermagem, tem objectivos práticos, concebendo teorias tanto prescritivas como descritivas, existindo a necessidade de saber e trabalhar através do conjunto destas. (Donaldson e Crowley, 1997)

O processo de construção da disciplina enfermagem surge com a necessidade social de qualificação do cuidado de enfermagem para extensos agregados populacionais, provocando o estudo por parte de Florence Nightingale, na Inglaterra, em meados do século XIX. (Consejo Internacional de Enfermeras, 2009)



A enfermagem enquanto disciplina, tem na complexidade do seu objecto de estudo (a pessoa) um factor de desenvolvimento profissional, sendo, concomitantemente, sujeito e objecto da própria intervenção, justificando a multiplicidade de olhares e paradigmas que contribuem para a sua construção enquanto ciência. (Meleis, 1991) Uma disciplina surge como uma nova forma de encarar o mundo (Martin, 2004), e como tal, na enfermagem é necessário reconhecer as dimensões que promovem o desenvolvimento de competências, e a consciência das mesmas na interação com os clientes, por parte dos profissionais.

Os conhecimentos necessários ao desenvolvimento de competências, devem emergir da disciplina de enfermagem, pois, por exemplo, o não reconhecimento do conhecimento estético, pode estar associado ao sistema de aprendizagem, que ainda associa a arte de enfermagem a um estilo de aprendizagem por imitação, sem a reflexão necessária. (Carper, 1997)

A **enfermagem enquanto uma profissão de saúde**, é reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale acrescenta um campo de atividades singularizadas para a sociedade e que, para a sua prática, é necessário uma formação especial, e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional. A enfermagem deve ser uma profissão desenvolvida por funcionários qualificados para a realização de atividades socialmente necessárias, e que dominam um campo de conhecimentos que derivam da disciplina, conferindo-lhes competência para cuidar das pessoas. (Nightingale, 1969)

A **valorização profissional** da enfermagem depara-se com barreiras como a impossibilidade de afastamento de prescrições médicas, e pela ausência de um conjunto complexo de ações autónomas. Em 1968, a criação da Associação Portuguesa dos Enfermeiros constituiu um feito elementar na estratégia de **profissionalização da enfermagem** (Carapinheiro, 1998), sendo na década de 80 que se consolida este processo com a publicação do Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro, que redefine a carreira de enfermagem e determina o seu conteúdo funcional.

A construção da **identidade profissional** continua com a publicação do Decreto-lei 480/88, criando o curso superior de enfermagem, sendo em 1990 realizada a integração no nível do ensino superior politécnico, segundo o Decreto-lei nº 427-B/77. Este processo ajudou no desenvolvimento da formação, assim como acesso ao campus universitário, com a consequente valorização da prática como campo de investigação e produção de conhecimento. As profissões da saúde devem possuir como critérios, um período significativo de formação, competências técnicas de alto nível, e respeito por um código de ética. No contexto português,



verifica-se que a formação inicial em Enfermagem corresponde a 240 ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*) segundo o Decreto de Lei 353/99 de 3 de Setembro.

A criação da **Ordem dos Enfermeiros**, surge em 1998, agindo enquanto entidade reguladora e acreditadora da profissão de enfermagem, na definição dos perfis de competências profissionais, e dos padrões de qualidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2003) Outro elemento que caracteriza a Enfermagem enquanto profissão, diz respeito à aquisição de competências profissionais, definidas pelo Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) segundo o Decreto de Lei 161/96, de 4 de Setembro, assim como, a existência de um código deontológico da profissão, segundo o Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril.

A identidade profissional da enfermagem tem se alterado, significativamente, ao longo do tempo de tal modo que, ainda hoje, a enfermagem se encontra em constante mutação, empenhada em definir a sua teoria, a sua prática, investigação, a sua representação social e crítica perante a sua posição atual (Filipe, 2003). Independentemente da área específica de intervenção a que se faz referência, a enfermagem é uma profissão com franco potencial evolutivo que se tem vindo a afirmar cada vez mais ao longo dos tempos.

Na atualidade, as pessoas que exerçam Enfermagem devem estar conscientes da importância da sua profissão, e conseqüentemente, devem ter conhecimento das noventa e seis competências do enfermeiro de cuidados gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem, desenvolvendo a sua prática em três grandes domínios: a prática profissional, ética e legal; a prestação e gestão de cuidados; e o desenvolvimento profissional.

A criatividade deve estar inerente ao processo de profissionalização, visto ultrapassar a dificuldade em descrever o experienciado, dar a conhecer e contribuir, quer ao grupo profissional quer à sociedade, pois por vezes existe uma desvalorização pelos enfermeiros na coerência da relação entre um corpo executor com uma cabeça pensante. (Hesbeen, 2000)

A **visibilidade** da prática profissional de Enfermagem, com qualidade e rigor, depende de vários factores. Um dos quais refere-se à pessoa que se torna enfermeiro, e aos seus princípios e valores, pois esta profissão tem uma tripla orientação no que diz respeito ao que se realiza em nome do ser humano (*ética*), em nome da profissão (*deontologia*) e em nome da sociedade (*moral*) (Lopes e Nunes, 1995). A formação de base da profissão, pode ser considerado outro factor, sendo de extrema importância o papel das escolas de enfermagem, pois a estas compete, não só o desenvolvimento de capacidades nos domínios cognitivo, mas também por inculcar aos seus estudantes, o brio e empenho pela profissão, para que os futuros enfermeiros se tornem exemplares. Outro factor diz respeito ao processo de integração dos profissionais de Enfermagem. A natureza da profissão, não permite que esta seja simplesmente adquirida



através de uma qualificação, exige, um espírito, genuinamente humano, expressado pela preocupação e o respeito pelo outro (Hesbeen, 2000).

A Enfermagem enquanto **disciplina do âmbito da ciência** tem a responsabilidade no contributo constante da formulação de conhecimentos, adequados à sustentação de ações de cuidado culturalmente e tecnicamente competentes, enquanto que como **profissão**, é elementar constituir entidades na representação social, que enunciem regras legais e éticas no exercício profissional.

A enfermagem moderna é uma arte e uma ciência que engloba, para além do conhecimento inerente à própria profissão, o conhecimento das ciências físicas e comportamentais, das ciências sociais, da ética e de questões contemporâneas, essenciais para satisfazer as necessidades individuais dos utentes e das suas famílias (Potter e Perry, 2006).

A clarificação do **conhecimento em enfermagem**, encontra-se relacionada com esclarecimento do sentido colocado no cuidado de enfermagem, no seu desenvolvimento pelos profissionais.

Na presente era predomina o **conhecimento racional e científico**, sendo para muitos, o único tipo de conhecimento plausível, embora se verifique uma transformação de paradigma que transporta a uma marcada mudança na percepção e valores que produzem uma determinada visão da realidade. (Meyer, 1998).

Esta transformação de paradigma influencia a discussão do cuidar sob variadas dimensões, levando a enfermagem a uma visão holística sobre as pessoas que detêm família, cultura, crenças e valores que afetam nas vivências de saúde e doença.

A Enfermagem é uma **ciência humana**, e como tal, sendo a pessoa o centro da atuação, não pode estar restringida à aplicação de conhecimento relativo às ciências naturais. (Watson, 1988)

A caracterização do **conhecimento empírico** representa-se pela organização em princípios e teóricas, cuja intenção é a explicação de fenómenos de interesse específico. **Bárbara Carper** (1978), identificou **quatro padrões de conhecimentos** (para além do conhecimento empírico) essenciais ao processo de teorização, que a enfermagem tem reconhecido na prática dos cuidados, sendo:

- **Conhecimento Ético** - Considerado o comportamento moral, que não se restringe ao simples conhecimento das normas ou códigos éticos da profissão, envolvendo todas os comportamentos voluntários que são sujeitos a apreciações. (Carper, 1978) Implica constantes julgamentos éticos e, frequentemente, o confronto de normas, valores, ou princípios. A investigação empírica oferece factos que podem colaborar na formação de



decisões éticas corretas, contudo os métodos empíricos não podem ser utilizados para ensaiar teorias éticas. (Chinn e Kramer, 1995).

- **Conhecimento Estético** - Considerado a arte da Enfermagem, pois a sua expressão é transversal pelas ações, comportamentos, atitudes, e interações da Enfermagem com as pessoas. Os sentidos de arte em enfermagem poderão ser expostos em cinco momentos (Johnson, 1994):
 - Habilidade em obter significado nos encontros com os clientes;
 - Habilidade em criar uma ligação significativa com o cliente;
 - Habilidade em efetuar atividades de Enfermagem com competência;
 - Habilidade em empregar a lógica ao determinar o fluxo de uma ação de enfermagem;
 - Habilidade em orientar, moralmente, a sua prática de enfermagem.
- **Conhecimento Pessoal em Enfermagem** - Abrange a experiência interior de tornar-se um todo, de forma consciente, fazendo uma introspecção com a atribuição de significado pessoal formado através de vivências. No conhecimento pessoal, a expressão acontece com o que percebido pelos outros da existência da pessoa ou personalidade, e não através da linguagem, como no conhecimento ético e empírico. O conhecimento pessoal promove o envolvimento, evitando comportamentos impessoais, pois ao conhecer-se, conhece-se o outro, ou seja, reconhecemo-nos com este último, e isso constitui um componente para o cuidado humano, que é manifestado interpessoalmente. (Watson, 1988).

Estes quatro padrões de conhecimento de enfermagem são indispensáveis, e na sua interação, ressalta, por vezes, mais um em detrimento de outro, todavia sempre todos presentes, cada um deles contribuindo como componente essencial para a prática. O **cuidar** é percebido como parte integrante dos vários padrões do conhecimento (Meyer, 1998).

No que respeita aos padrões de conhecimento estético, ético e pessoal, estes conjugam como elementos comuns a percepção e a intuição, contudo, a **experiência**, é simultaneamente necessária como precondição para estes padrões. (Meyer, 1998) A experiência confere uma aprendizagem ao profissional de enfermagem na focalização imediata do que é pertinente e significativo em uma situação. (Benner, 1984)

O conhecimento académico e abstracto é importante para as profissões, pois satisfaz três objectivos (legitimação, investigação e instrução), sendo que a sua ausência infere à fraqueza da jurisdição, e à inaptidão de auto-formação da profissão levando a uma condição de subordinação em relação à profissão dominante. (Abbott, 1988)



O profissional deve possuir um conhecimento profissional baseado numa análise crítica sobre a praxis, que permite a ocorrência de conhecimento e auto-conhecimento, com a consequente autonomia e consciência, para a formulação de uma imagem e identidade. (Sá-Chaves, 2002). A devida definição do corpo de conhecimentos específico à profissão de enfermagem, passa por descrever pormenorizadamente as manifestações vinculadas à vida, à adaptação quotidiana da pessoa a um grupo, ao funcionamento do corpo, às reações quer nos problemas de saúde ou de doença, aos efeitos reais da prestação de cuidados, e aos impactos dos atos profissionais em diversos escalões (Martin, 2004).

A análise, partilha e divulgação do conhecimento em enfermagem (científico, profissional, ético e relacional) nem sempre se verifica, o que reduz uma visibilidade social, com a devida falta de reconhecimento, associada a escassez de investigação científica centrada na própria enfermagem.

A concepção da disciplina da Enfermagem, encontra-se relacionada com diversas **escolas de pensamento de teóricas**, e respectivos paradigmas. As disciplinas direcionadas para uma prática profissional, segundo o filósofo *Kuhn*, têm o desenvolvimento de conhecimentos voltado para a orientação da prática, fundamentado em processos de investigação, reflexão e conceptualização (Lopes, 1999).

O conceito de paradigma consiste num conjunto de regras, representações mentais e culturais relacionadas ao aparecimento de uma disciplina científica. (Kuhn, 2003) A Enfermagem baseia-se nos paradigmas da **categorização**, da **integração** e da **transformação**, segundo *Kéronac* citado por *Lopes* (1999), contribuindo para o seu desenvolvimento enquanto disciplina. A formulação destes paradigmas necessita que se reporte ao período pré-paradigmático, época de Florence Nightingale, para a contextualização de conceitos como **enfermeiro, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem** e a sua relação. A definição de enfermeiro, segundo *Nightingale*, consiste na pessoa que atua através de cuidados de enfermagem sobre outra pessoa e respectivo ambiente. Esta defendeu, simultaneamente, a criação da formação a todas as pessoas que pretendessem prestar cuidados de enfermagem. Impulsionou a delimitação de saberes e atos específicos desta área, pois os cuidados de enfermagem eram prestados por pessoas sem qualquer tipo de preparação específica (Lopes, 1999).

O **paradigma da categorização** surge em meados do século XVIII-XIX, e caracterizando-se pela perspectiva dos fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto (Lopes, 1999). O enfermeiro não integra a pessoa, realiza os cuidados sem a participação desta. Os



cuidados de enfermagem encontram-se centralizados na doença, ligados à prática da medicina (Lopes, 1999), podendo considerar assim este paradigma focado no modelo biomédico.

O **paradigma da integração** surge no século XX, em meados da década de cinquenta, e perspectiva os fenómenos como multidimensionais, e os acontecimentos como contextuais (Lopes, 1999). A pessoa passou a ser julgada como um todo, constituída por partes em inter-relação, surgindo o termo ser *bio-psico-socio-culturo-espiritual*, e segundo *Kérouak* citado por *Lopes* (1999), a saúde e a doença são analisadas como conceitos diferentes em interação constante. Os cuidados de enfermagem são convergidos para a pessoa, na tentativa de dar resposta às suas necessidades (Lopes, 1999).

O **paradigma da transformação**, surge em meados da década de setenta, assumindo os fenómenos como isolados mas em interação com tudo o que os rodeia. A saúde integra-se na vida do indivíduo, das famílias e dos grupos sociais que evoluem num ambiente particular. O enfermeiro dispõe a cada pessoa os seus conhecimentos, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo específico e como elas próprias escolherem (Lopes, 1999). A evolução no reconhecimento dos enfermeiros pela capacidade de transferência para cada situação, dos saberes que se constituem no conhecimento humano, de carácter mais ou menos científico (Amendoeira, 2006), é sustentada pelo conhecimento em enfermagem, e os seus quatro paradigmas com as suas características e relações entre os meta-conceitos (Lopes, 1999). A contextualização dos paradigmas da Enfermagem permite a entrada no campo das **escolas do pensamento em Enfermagem**, que surgiram em meados da década de cinquenta.

Integrado no paradigma da transformação, surge a corrente de pensamento defendida por *Madeleine Leininger*, integrada neste paradigma de abertura para o mundo, agrupando estes conceitos na designada de **Escola do Cuidar**. No início da sua carreira, na década de 1940, esta teórica visualizava o **cuidado** como foco central da atuação em enfermagem, estando o maior tempo possível com o doente no seu todo, tendo contribuído na altura, a inexistência de tecnologias complexas, e a falta de respeitantes à medicação e exames de diagnóstico. No entanto, *Leininger* consciencializa-se que, posteriormente à II Guerra Mundial, com a chegada de novas tecnologias, a enfermagem incorpora no seu foco de atenção, cada vez mais práticas baseadas no modelo biomédico.

Leininger, após duas décadas a pesquisar sobre o fenómeno, construiu a **Teoria dos Cuidados Transculturais** a partir da Enfermagem e da Antropologia, tendo como fenómenos centrais os cuidados humanos e a cultura, sendo esta a única teoria que incide sobre a explicação do que é universal, comum ou semelhante, e do que é diferente nas diversas culturas, ao nível do cuidar (Leininger, 1998). Segundo esta teoria, a Pessoa é um ser que não pode ser dissociado



da sua *bagagem cultural*, a Saúde refere-se às crenças, valores, formas de agir que são culturalmente conhecidas e utilizadas, e o Ambiente, constituído por todos os aspectos contextuais em que o indivíduo e seu grupo social se encontram (Alligood e Tomey, 2004). No que respeita ao conceito de Enfermagem, *Leininger* considera que esta envolve o cuidado cultural coerente, uma vez que os profissionais oferecem cuidado a povos culturais diferentes (George, 1993). O meu especial enfoque para esta escola de pensamento prende-se pelo esforço na adaptação ao mundo atual, em que os cuidados de enfermagem devem englobar o contexto cultural dos mesmos.

A seleção da teoria de enfermagem que conduz a prática profissional, não é considerada decisão fácil devido à diferente organização e perspectiva das teorias disponíveis face ao mundo, e à distinta descrição e relacionamento entre os conceitos centrais da disciplina. (Christensen e Kenney, 1990)

O **contributo das teorias de enfermagem** é indiscutível no desenvolvimento da profissão, pois estas definem e interligam conceitos simbólicos de fenômenos que estão no domínio de interesse, contudo, merece especial atenção a redução da problemática das práticas à aplicação linear destas. (Rebelo, 1998) As teorias de enfermagem, são vítimas de ataques negativos por não se enquadrarem na totalidade dentro das normas das teorias científicas, pois o que as caracteriza é a reunião de outros padrões de conhecimento, além do empírico. (Chinn e Kramer, 1995)

A disciplina de enfermagem vai crescendo através da construção das teorias de enfermagem a partir dos anos 50, em que estas buscam a definição de cuidado, cuidado de enfermagem e o processo de cuidar, sem no entanto, existir consenso entre as mesmas, em relação a estas definições. (Morse, 1990) Nos modelos de enfermagem de referência, existem diferenças sobre os conceitos de base, embora se identifiquem elementos comuns, como cliente, transição, interação, processo de enfermagem, meio, assistência e saúde. No entanto, destes meta-conceitos, o mais relevante é o utente como usufruidor das intervenções. (Abreu, 2008)

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

O resultado da atividade das teorias de enfermagem, na atribuição de significado ao mundo, emergiu um conjunto de conhecimentos específicos, extensível ao diversos campos da prática profissional (ensino, pesquisa ou assistência). Na base da contribuição das teorias de



enfermagem para a construção do conhecimento encontra-se Florence Nightingale, pois embora os seus estudos não tenham produzido uma teoria, constituiu uma filosofia para a prática de enfermagem, ponto de partida à maioria dos modelos conceituais contemporâneos. (Nightingale, 1969) O desenvolvimento de um corpo de conhecimento é vital para a evolução da enfermagem pois, a profissão necessita que se tornem explícitas as suas bases teóricas para a prática, para a comunicação, teste e expansão do conhecimento. (Johnson, 1992)

As teorias desenvolvidas no contorno da Enfermagem têm, então, contribuído para esclarecer a complexidade de conceitos que circunscrevem a sua área de interesse, e simultaneamente, demonstrar as variadas perspectivas das crenças e valores em relação aos mesmos. Na sua evolução, as teorias colaboraram para a formação de uma base sólida de conhecimento, que organiza os fenómenos da enfermagem enquanto disciplina, em volta de **quatro conceitos fundamentais**, sendo: a **pessoa**; o **cuidar**; a **saúde**; e o **ambiente** (Vieira, 2009). Sobre estes quatro conceitos baseiam-se também, o enquadramento conceptual e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo que, o profissional enquanto Mestre em Enfermagem, deve perceber estes conceitos, e respectiva relação entre eles, afim de clarificar o campo específico da Enfermagem (Lopes, 1999).

No exercício da profissão de enfermagem, a **experiência** surge como uma das referências nos saberes, pois a formação baseia a análise crítica sobre a praxis, sendo que no contexto, esta desenvolve-se na ação, reflectindo-se na organização do trabalho de enfermagem. (Sá-Chaves, 2005)

Os profissionais de enfermagem, conforme *Patrícia Benner* (1984), têm que participar na prática dos cuidados para obterem noção da complexidade e perícia requerida, sendo considerados tanto melhores quanto mais próximos dos padrões de excelência definidos estiver o seu desempenho.

A experiência facultará a *proficiência*, sendo para *Benner*, a autoridade intelectual e científica entendida como a associação entre conhecimento teórico e da prática (Lopes e Lourenço, 1998). A mesma autora, no que respeita à área do conhecimento, contribui com a diferenciação entre conhecimento teórico (*saber o quê*), e o conhecimento prático (*saber como*). A enfermagem é um sistema estruturado e abstracto que usa o seu conhecimento na prática (Rogers, 1992), e como tal, se o cuidar é a nossa prática, então esse é o conhecimento da enfermagem. (Meyer, 1998)

Atendendo a estes factores, importa referir que *Benner* (2005), desenvolveu o **modelo de aquisição de competências** através da Excelência e do Poder na prática clínica de Enfermagem, com o objectivo principal de conferir visibilidade à prática do cuidar. Considera



que as práticas crescem através da aprendizagem experiencial, e conseqüentemente, da sua transmissão nos contextos de cuidados. A mesma autora nos seus trabalhos, observou as diferenças entre o conhecimento prático e teórico, e como estes eram incluídos na perícia. As conclusões indicaram que a experiência é condição necessária para a perícia, pois é necessário experimentar propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real, surgindo assim, o **Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências** aplicado à Enfermagem (Benner, 2005).

O presente modelo determina que, na aquisição e no desenvolvimento de competências, o profissional atravessa por cinco níveis sucessivos de proficiência: **iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito**. Estes níveis distintos precedem de mudanças, em três aspectos gerais, que se apresentam aquando da obtenção de uma competência. O primeiro diz respeito à transmissão de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a alteração do modo como o profissional se apercebe de uma situação, integrando o processo como um todo; e o terceiro aspecto considera a passagem de observador desligado a executante envolvido (Benner, 2005).

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

Iniciado (primeiro estado) – O primeiro estado em que os profissionais de enfermagem não possuem nenhuma experiência aquando em oposição com novas situações clínicas, podendo incluir-se os estudantes, ou enfermeiros em integração, sendo que estes procedem, normalmente, de acordo com regras. (Nunes, 2010);

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

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

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



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

No que respeita aos conhecimentos em enfermagem, *Benner* (2005), menciona que determinados saberes da prática podem colocar em causa o conhecimento científico, pois o desenvolvimento do “saber-fazer” (habilidade) numa disciplina aplicada, incrementa o conhecimento baseado em estudos científicos e investigações.

O desenvolvimento do **conhecimento prático** poderá ser incidido em seis domínios: A hierarquização das diferenças qualitativas; os significados comuns; as suposições, as expectativas e os comportamentos tipos; os casos padrão e os conhecimentos pessoais; as máximas; e as práticas não planeadas. (Benner, 2005)

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

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

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

A detenção de conhecimentos não representa **competência**, pois esta deve ilustrar a mobilização de conhecimentos em tempo oportuno e nas circunstâncias apropriadas, sabendo integrar, organizar, selecionar, e adaptar os mesmos durante a atividade profissional. (Le Boterf, 2003)

A prestação de cuidados de enfermagem é da responsabilidade de **Enfermeiros de Cuidados Gerais** e **Enfermeiros Especialistas**, que comportam determinadas competências, ou seja, capacidades para utilizar eficazmente a experiência, os conhecimentos e as qualificações (Comissão das Comunidades Europeias, 2001), perante uma situação concreta.

As competências do enfermeiro especialista dividem-se em dois domínios principais, o das **competências comuns**, equiparando-se às competências dos enfermeiros de cuidados de gerais, e partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de



especialidade, e em **competências específicas**, que corresponde à prestação de cuidados especializados de cada especialidade clínica de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Nas competências comuns do enfermeiro especialista, inserem-se em quatro domínios e as respectivas competências, sendo eles o domínio da responsabilidade Profissional, ética e legal, o domínio referente à gestão da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados, e por último, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O **enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica**, presta cuidados altamente qualificados, ininterruptamente, à pessoa que tem uma ou mais funções vitais em risco imediato, tendo em vista a sua total recuperação, sendo as suas **competências específicas**, definidas pelo Regulamento n.º 124/2011 publicado em Diário da República:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O **enfermeiro especialista** deve desenvolver um papel diferenciado dos restantes enfermeiros, pois *“o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”*, tal como está previsto em Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, replicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

Atendendo ao perfil do enfermeiro especialista, e segundo o guia de curso do 3º semestre do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS, do ano lectivo 2011/2012, apresentam-se as competências a desenvolver no sentido de assegurar que o **Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**:

1. Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:
 - a) realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;
 - b) sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;
 - c) diagnostique e gira problemas e condições de saúde;
 - d) prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;



- e) inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;
 - f) referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;
 - g) avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.
2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:
- a. identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;
 - b. valorize a auto-formação como componente essencial do desenvolvimento.
3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:
- a. aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
 - b. conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;
 - c. sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;
 - d. faça gestão de casos quando aplicável;
 - e. trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.
4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:
- a. selecione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;
 - b. avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico.
5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:
- a. analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que



emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspectos sociais e éticos relevantes;

b. use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

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

O contributo da formação de **especialistas** e **mestres** em enfermagem, é essencial para a produção de conhecimentos sobre o processo de viver humano, e o cuidar em saúde, reforçando a enfermagem enquanto disciplina do conhecimento científico.

A conclusão do presente referencial conceptual, no qual enuncio vários paradigmas e teorias mais pertinentes para o domínio deste relatório, teve o intuito de ser suficientemente clarividente para a reflexão cuidada sobre a essência da Enfermagem.

1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A situação económica mundial, apresenta um período de grande instabilidade, sendo que estas adversidades têm influência direta e indireta com a saúde, e as suas respectivas políticas são direccionadas, cada vez mais para a redução de custos. Esta situação traduz-se em repercussões ao nível dos recursos humanos das instituições, e quando diz respeito a estas de contratar profissionais de Enfermagem, as mesmas instituições devem proporcionar uma **integração adequada** com vista à optimização das suas competências. Os instrumentos adequados para tal serão **manuais de integração**, com os respectivos programas e objectivos especificados, pois embora os profissionais tenham qualificação, estes têm a necessidade de entender os procedimentos e políticas da organização, e serem treinadas para executar as suas funções (Werther e Davis, 1983).

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

O **processo de integração** é considerado como o que mais dúvidas e medos suscita nos profissionais recém-admitidos em determinado serviço, e como tal, programas de integração



eficientes resultam em maior produtividade, menos atritos e maior satisfação do profissional, devendo dividir-se em três fases: **Indução, Orientação e Socialização** (Marquis e Huston, 1999).

A **indução** é considerado o processo que abrange as atividades que instruem o novo profissional acerca das políticas e procedimentos da organização, emprego e pessoal, em que a obtenção das informações adequadas é o aspecto mais relevante. A existência de manuais é fundamental na indução, sendo que as informações nele incluídas devem ser debatidas por várias pessoas (Marquis e Huston, 1999). Tal facto salienta a importância dos manuais de integração, visto que os profissionais têm a necessidade constante de investigação e formação, numa fase posteriori, ao processo de indução.

A **orientação** proporciona atividades específicas ao cargo a desempenhar, com o propósito de fazer com que o profissional se sinta parte integrante da equipa, influenciando na sua aceitação e motivação. A tendência mais contemporânea no que respeita a esta fase, é a de que um serviço de enfermagem deve assumir uma maior responsabilidade pela orientação individualizada (Marquis e Huston (1999).

A fase da **socialização** utiliza poucas informações estruturadas, e representa-se por partilhar valores e atitudes da organização. Autores descreveram situações em que ocorrem processos de ressocializações, como por exemplo, enfermeiros experientes mas que mudam de local de trabalho, ou um enfermeiro que assume novos papéis. No que respeita às dificuldades na socialização podem-se descrever a incapacidade para atender às obrigações do papel, ou deficiências de motivação (Marquis e Huston, 1999).

De acordo com o modelo de *Benner*, um profissional em processo de integração é considerado um iniciado, sendo que na evolução até perito, deverá ser auxiliado pelo integrador, para adquirir a suficiente autonomia ao desempenho individual da sua atividade. (AESOP, 2006) A concretização destas mudanças de níveis devem ocorrer com o acompanhamento do novo elemento, na respectiva área da especialidade cirúrgica a ser integrado, por parte de enfermeiros mais experientes, e com base num correto programa, como no caso dos presentes projetos realizados.

A Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), em 1978, enuncia pela primeira vez que, o **enfermeiro perioperatório** “(...) *identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociologias do indivíduo, põe em pratica um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações (...) afim de restabelecer ou conservar a saúde e bem estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia*” (AESOP, 2006, p.6)



No contexto português até aos anos oitenta, ao enfermeiro perioperatório era conferido uma imagem tecnicista e obediente ao cirurgião, incorporado no modelo biomédico, muito embora tenham ocorrido mudanças na necessidade de concentrar a sua atenção holística no cliente cirúrgico. No ano de 1986, é criada em Portugal, a AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses), associação esta que preconiza um modelo de formação avançada de Enfermagem Perioperatória, resultante de uma interação de funções do enfermeiro enquanto **prestador de cuidados** (responsabilidade de todas as atividades relacionadas com o cuidar), **advogado do doente** (assegura um ambiente seguro e terapêutico), **líder** (mediador entre todos os elementos da equipa), **investigador** (aumenta os seus conhecimentos, baseando-se na investigação científica), **educador** (na desmistificação do papel do enfermeiro perioperatório tecnicista) e **gestor** (coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados). (AESOP, 2006) O enfermeiro deve ter, em simultâneo, uma **consciência cirúrgica**, que representa “(...) *um sistema de valores internos que motivam uma prática correta quer o profissional esteja só ou a ser observado*” (Gruendemann citado por AESOP, 2006, p.109).

A integração representa uma das “(...) *atividades básicas da administração de recursos humanos cujo objectivo visa o ajustamento adequado dos profissionais à instituição.*” (AESOP, 2006, p.284). A demonstração da **necessidade de integração em enfermagem** “(...) *remonta ao princípio do século XX, com a necessidade de se criarem escolas que formassem profissionais para executarem as tarefas hospitalares*” (AESOP, 2006, p.284)

A **integração num serviço como o Bloco Operatório**, nomeadamente na prestação de cuidados de saúde diferenciados, obriga ao formando uma flexibilidade conceptual e metodológica, e uma visão integrada dos cuidados, para rentabilizar o desenvolvimento de competências de modo eficaz e eficiente. Este processo necessita de um período cronológico alargado, pelo grau de abrangência e condicionamento multifactorial subjacentes, pois “(...) *todos os enfermeiros que vão ocupar um novo lugar ou função, independentemente da sua categoria, preparação ou experiência, necessitam de passar por um período de integração que facilitará a sua adaptação ao cargo que irão desempenhar*”. (AESOP, 2006, p.285)

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



A **durabilidade do período de integração** deve ser validada particularmente, pois pode diversificar-se consoante as competências e experiência contraída em contexto de trabalho, no exercício das suas novas funções. (AESOP, 2006) O profissional de enfermagem é responsável pelo seu processo de integração, participando ativamente na sua aprendizagem, aumentando espírito crítico, criatividade, e pedindo elucidações quando necessário.

O modelo do programa de integração em Bloco Operatório, preconizado pela AESOP encontra-se dividido em quatro fases: **Acolhimento/Observação, Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista**. (AESOP, 2006)

No que respeita à quarta fase, que corresponde ao processo de integração do enfermeiro na instrumentação, esta “(...) *tem a duração de seis meses*”. (AESOP, 2006, p.294), duração esta que corresponde a todo o tempo de integração no que respeita às quatro fases, caso seja na integração para enfermeiros com experiência em bloco operatório. Nesta fase, deseja-se que o integrando desenvolva conhecimentos técnico-científicos que lhe consigam prever e antecipar as necessidades do cliente e equipa cirúrgica.

No final de qualquer uma das fases, como por exemplo na fase final do período de instrumentação, devem ser preenchidas **fichas de avaliação** para saber se o profissional alcançou destreza manual e intelectual que permitam a resolução de problemas básicos bem como um bom desempenho profissional. O integrando deve, simultaneamente, sugerir alterações que possam ser acrescentadas, no sentido de melhorar o respectivo programa, na ficha de avaliação total do programa de integração.

O objectivo principal do processo de integração deve ser de “(...) *integrar o melhor possível no mais curto espaço de tempo (...)*” (AESOP, 2006, p.291), apesar deste processo só se encontrar concluído quando o integrando sentir que se encontra em condições de dar resposta aos objectivos estabelecidos.

Uma correta integração de um profissional, incorpora-se no domínio da gestão da **qualidade**, onde as competências do enfermeiro enquanto especialista em pessoa em situação crítica têm especial importância no âmbito da **segurança e gestão do risco nos cuidados de enfermagem**. A qualidade dos cuidados é afetada pela ocorrência de efeitos adversos, na sua maioria evitáveis. Os enfermeiros têm um papel fundamental na segurança dos clientes, através de uma prévia implementação de programas de **melhoria contínua da qualidade** que contribuam para o desenvolvimento da segurança dos mesmos, tais como o de *Tomada de decisão sobre a segurança do Cliente*. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)



A **definição de qualidade em saúde** pode ser vista como 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 (...)*”. (Silva, Saraiva e Teixeira, 2010, p.195)

Esta diz respeito, simultaneamente, à acessibilidade dos serviços, pois “(...) *aquilo que consideramos Qualidade aceitável varia com o tempo. Os constantes progressos clínicos e organizacionais vão aumentando a capacidade e qualidade do desempenho dos profissionais mas vão aumentando também as expectativas dos doentes*” (Pisco, 2001, p.4).

A avaliação dos serviços de saúde deve deixar de ser, na sua maioria quantitativa (no que diz respeito, por exemplo a percentagens de ocupação, consultas realizadas, ou número de profissionais), para incluir uma avaliação mais qualitativa, com indicadores sobre a formação realizada, satisfação garantida, ou erros prevenidos. (Bugada, 2006).

O debate da qualidade sobressai no campo da indústria, com a suposta possibilidade de adequação dos mesmos conceitos na gestão do sector da saúde, devendo a qualidade “(...) *ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória*”. (Borges, Campos e Portugal, 2009, p. 45)

O cirurgião Ernest Codman, entre 1913 e 1918, difundiu os primeiros trabalhos sobre a relevância de garantir a **qualidade** dos resultados das intervenções médicas. (Gastal e Quinto Neto, 1997).

Se por qualidade se entender a

“(...) capacidade de um produto para atingir a finalidade para a qual foi produzido (ao menor custo possível), facilmente se compreende que a qualidade em saúde, ou de um sistema de saúde, será perspectivada de modo diferente consoante se trate dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados, dos utentes dos serviços, dos responsáveis pela gestão a nível local ou regional, ou mesmo da administração central” (Nunes e Rego, 2002, p.113).

A pesquisa de uma definição de qualidade nas prestações de serviço em saúde, exige a divisão do conceito em termos de prestação, nos seguintes dois aspectos: **técnico** (associado à utilização dos conhecimentos, e tecnologias médicas) e **interpessoal** (alicerçado na gestão da interação entre o cliente/profissionais). (Donabedian, 1980)

O *Institute of Medicine* define **qualidade em saúde** como “(...) *o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente*” (Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000).

Os **pilares essenciais da qualidade em saúde**, devem ter em conta: que as necessidades



explícitas e implícitas do cliente deverão delimitar os *standards* da qualidade dos cuidados de saúde; a qualidade implica melhoria contínua; e deverá sempre produzir-se o melhor com os recursos disponíveis. (Ganopa, 2001)

Os **projetos de qualidade** devem incidir “(...) *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*”. (Borges, Campos e Portugal, 2009, p.46)

A **melhoria da qualidade** em saúde abrange todas as ações que visem melhorar os cuidados, requisitando a mudança, mas nem toda a mudança se exprime em melhoria de qualidade (Massoud *et al*), 2001). As mudanças devem implicar mudar de uma prática baseada na experiência, para uma sustentada na evidência científica e na escolha informada do cidadão (Pisco e Biscaia, 2001).

No processo de **mudança da melhoria contínua** é fundamental o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, uma vez que “(...) *a nova filosofia de administração centrada na busca da melhoria continuada privilegia o trabalho em equipa, a confiança nas pessoas e na sua capacidade produtiva (...)*” (Mezomo, 2001, p. 53).

Nos processos de mudança, é essencial a adopção pelas organizações por modelos de gestão em que o foco se centra na qualidade, tais como a **Gestão da Qualidade Total** considerado como um “(...) *um sistema holístico no qual uma nova cultura organizacional virada para a qualidade é um fim em si mesmo, e não um subproduto de medidas pontuais de melhoria de produtividade*” (Nunes e Rego, 2002, p. 114).

O HMS apresenta uma **acreditação de qualidade**, e como tal, deve ser missão e política desta instituição, zelar por boas práticas em todas as áreas da sua intervenção. Tendo em conta a intenção de tornar cada vez mais visível e reconhecida a importância da profissão de Enfermagem, à sociedade, é necessário um compromisso de todos os profissionais, nos mais diversos níveis de intervenção, como o ensino, a prática de cuidados ou a investigação. Neste contexto, encontra-se definido nos estatutos da Ordem dos Enfermeiros (OE), o compromisso de definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem ((línea b) do n.º 1 do art.º 30), surgindo o projeto *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, instrumento que visa a melhoria contínua da qualidade.

O investimento de todos os profissionais neste projeto anterior, perspectiva a visibilidade e o reconhecimento, podendo assim enfrentar as devidas instituições com os problemas atuais que afectam a Enfermagem. Este mesmo projeto contempla um enquadramento conceptual que serve de suporte à estruturação de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, sendo definidos quatro paradigmas: a **Saúde; a Pessoa; o**



Ambiente; e os Cuidados de Enfermagem. Os Padrões de Qualidade são um projeto desafiante para instituições de saúde, na medida em que um serviço onde estes padrões estejam implementados, os seus profissionais poderão usufruir dos respectivos enunciados descritivos, como suporte para a orientação da sua prática.

As organizações, para obtenções de níveis de qualidade preconizados, devem desenvolver uma **cultura de segurança**, "*(...) em que a concepção dos sistemas de trabalho deve ter presente que os profissionais de saúde são parte integrante. De facto, a prestação de cuidados de saúde comporta riscos que importa conhecer para os anular, ou pelo menos, diminuir.*" (Sousa Uva, Sousa e Serranheira, 2010, p.2).

A **gestão do risco clínico** é crucial para a promoção da segurança na prestação de cuidados, pois "*(...) o problema da segurança tem muito mais a ver com profissionais competentes e dedicados a trabalhar em sistemas absolutamente caóticos e desorganizados, sem qualquer sensibilização para a questão da segurança dos doentes, do que com falhanços individuais daqueles*". (Carneiro, 2010, p. 4)

O risco envolve "*(...) acontecimentos futuros de consequências incertas e pretende de uma forma única quantificar o que se pode esperar a nível de consequências*" (Soares, Teixeira, e Antão, 2005, p. 22).

A prestação de cuidados de saúde é uma **atividade de risco**, pois "*(...) está inerente em tudo o que a organização faz: tratar doentes, determinar prioridades de serviço, na escolha de equipamento ou mesmo quando se decide nada fazer*" (Pedroto, 2006, p.168).

A gestão do risco clínico integra um conjunto de medidas para a identificação prospectiva das circunstâncias que colocam os clientes em risco, e pela atuação estabelecida na prevenção e controlo dos mesmos riscos. (Borges, Campos e Portugal, 2009, p.75). Deve focar-se, não "*(...) no indivíduo mas nas condições em que o incidente ocorreu; usar a análise como uma potencial oportunidade de melhoria contínua da prática clínica e da segurança dos doentes*" (Pedroto, 2006, p.169).

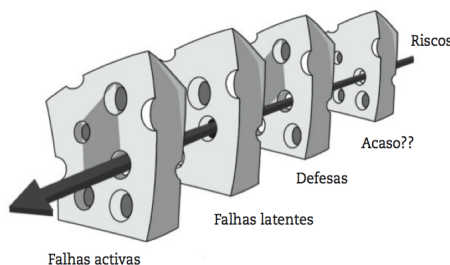
A gestão do risco clínico envolve diferentes géneros de risco, como riscos para o paciente, riscos para o profissional, e riscos para a organização. (Fragata e Martins, 2004) Os hospitais devem possuir uma abordagem integrada de cada destes riscos, de modo a assegurar a implementação de modelos específicos. (AESOP, 2006)

A **política de gestão do risco** deve ter como objectivos a eliminação dos "*(...) riscos para os doentes e profissionais; garantir o máximo de condições de segurança de pessoas e bens na organização, (...) produzindo assim ganhos para a saúde*". (AESOP, 2006, p.61)

No **modelo do Queijo Suíço**, proposto por Reason, as defesas e barreiras ocupam uma posição chave, sendo metáforas em relação aos sistemas de alta tecnologia como alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos, com a função de proteger potenciais vítimas. (Fragata, 2010) Estas salvaguardas funcionam convenientemente, devendo cada camada estar

íntegra, contudo, existem sempre fraquezas, originando “buracos” como os das fatias de um queijo suíço. O evento adverso ocorre quando existe um alinhamento destes buracos nas diferentes camadas (Figura 1).

Figura 1 - Modelo de Reason (Adaptado de Fragata, 2010)



O reconhecimento da vulnerabilidade de uma organização aos erros, prepara-a para lidar com eventuais trajetórias de acidente, e assim impedir acidentes mais graves, fazendo-os evoluir para “near-miss”, ou conduzindo a diminuir os seus resultados. (Fragata, 2010). Na identificação do erro e o seu registo, é essencial o envolvimento do cliente, na comunicação de incidentes, que permite a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. (Álvares, 2005)

A segurança do cliente corresponde a processos aplicados na redução da probabilidade de efeitos adversos, consequentes de patologias ou procedimentos no sistema de saúde. (Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000) Esta constitui uma das dimensões da qualidade, e como tal, as organizações devem investir nesta área, numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados prestados.

O **Bloco Operatório** é uma “(...) unidade orgânico-funcional, constituída por um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos, vocacionados para a prestação de tratamentos e cuidados anestésico-cirúrgicos, onde se realizam intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, (...) que requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia (...)” (Fragata, 2006, p. 281).

A **cirurgia** tornou-se, mundialmente, parte integrante dos cuidados de saúde a nível mundial, com uma estimativa de 234 milhões de intervenções realizadas anualmente, em que as complicações cirúrgicas são comuns e muitas vezes evitáveis. (WHO, 2008)

Os procedimentos cirúrgicos são realizados com a intuição de salvar e manter a vida humana, embora “(...) as estatísticas referem que pelo menos 25% dos acidentes clínicos ocorrem no período intra-



operatório.” (AESOP, 2006, p.63) A **prestação de cuidados cirúrgicos não seguros** pode provocar estragos substanciais, pois de acordo com alguns factos:

- Complicações posteriores às cirurgias com internamento ocorrem até 25% dos doentes;
- A taxa bruta de mortalidade relatada é 0,5-5%, após a cirurgia de grande porte (cirurgias major);
- Nos países industrializados, praticamente metade de todos os eventos adversos em pacientes hospitalizados estão relacionadas com a assistência cirúrgica (WHO, 2008).

A organização do bloco operatório, pelas suas características, “(...) *é um dos locais onde, pelos factores ambientais, pelas técnicas utilizadas, que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, existem riscos potenciais elevados a que podem ser expostos doentes e profissionais*” (AESOP, 2006, p. 63). Este contexto apresenta alguns dos componentes que favorecem a insegurança e conduzem ao erro, como o “(...) *ambiente de stress excessivo, ocorrências inesperadas (vertente diagnóstica, dificuldade técnica, impreparação, equipamento, falhas técnicas), interface humanos-equipamentos muito variadas e nem sempre ergonómicas (...)*” (Fragata, 2010, p.20)

No que concerne à qualidade, o funcionamento do bloco operatório é relevante pois “(...) *o nível de resultados obtidos pelos serviços da área cirúrgica são vitais no processo de desenvolvimento e afirmação de um hospital*” (Fragata, 2006, p. 279).

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

As atividades perioperatórias, têm inerentes os **princípios da gestão do risco**, com aplicação, por exemplo, no consentimento informado, na preparação pré-operatória, na identificação e verificação do processo, e na monitorização do cliente durante todo o período perioperatório. (AESOP, 2006).

Os **erros mais comuns no contexto perioperatório** estão relacionados, por exemplo, com “(...) *o doente errado; (...) local da cirurgia errado; incidentes anestésicos; contagens (...) queimaduras; (...) contaminação por quebra da técnica asséptica cirúrgica; (...) pessoal a trabalhar sem conhecimento e competências; falta de supervisão; falta de comunicação*”. (AESOP, 2006, p.63)

Os eventos adversos em termos de **segurança no bloco operatório**, poderão ocorrer em três graus distintos, seja na **perturbação do fluxo cirúrgico** (exemplo da interrupção do decorrer de uma intervenção, devido a queda de um instrumento, ou a uma interrupção verbal), seja na



ocorrência de **eventos minor** (eventos que podem causar danos, embora não coloquem em risco a vida do cliente), ou na ocorrência de **eventos major** (eventos que causam danos graves ou a morte, como a laceração da aorta ao longo da intervenção cirúrgica). (Fragata, 2010)

No que respeita à relação entre o volume de casos e performance cirúrgica, o treino revela-se fundamental, visto que o pessoal inexperiente produzirá sempre piores resultados em práticas de baixo volume cirúrgico, ficando mais predisposto ao erro humano. (Fragata, 2010)

A criação da *World Alliance for Patient Safety*, pela Organização Mundial de Saúde, em 2002, promove a partilha e o desenvolvimento de normas baseadas na evidência para a prestação de cuidados mais seguros para o doente. (WHO, 2008), com o intuito de reduzir a percentagem dos casos em que a cirurgia levou a prejuízos, considerados evitáveis.

A promoção da segurança do cliente em meio de BO, pode ser demonstrado através da aplicação de um conjunto de medidas multifactoriais, que podem incluir, entre várias medidas, *checklists* de material ou procedimentos, ou *briefings* pré-operatórios. (Fragata, 2010) Estes *briefings* no BO, foram herdados da aviação civil, e permitem sintonizar todo trabalho em equipa para uma determinada tarefa, com vantagens acrescidas para a segurança. (Fragata, 2010)

O enfermeiro deve utilizar instrumentos de análise e processo que incluam, a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitorização de riscos/incidentes, com o objectivo de minimizar as perdas e maximizar a segurança do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A redução dos eventos adversos ao longo dos procedimentos cirúrgicos, fez-se através da introdução da **WHO Checklist Cirúrgica**, em 2008, a ser realizada durante a cirurgia, e representa um conjunto de normas de segurança que podem ser aplicadas em todos os Estados Membros da OMS. (WHO, 2008). A existência de *checklist's* é fundamental para tarefas de complexidade e repetição reconhecida, sendo que esta lista de verificação abrange quatro áreas em que era necessário melhorias na segurança nos cuidados cirúrgicos: prevenção de infecção do local da cirurgia, anestesia segura, equipas cirúrgicas seguras, e medição dos serviços cirúrgicos. (WHO, 2008). A implementação desta *checklist* cirúrgica diminuiu a taxa de mortalidade no bloco operatório, assim como reduz o número de complicações cirúrgicas. (Haynes *et al*), 2009).

Em Portugal, esta *checklist* foi recomendada pela DGS, na emissão de uma circular normativa em 2010, incentivando a adesão de todos os blocos operatórios ao projeto “*Cirurgia Segura Salva Vidas*”, através do preenchimento da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (DGS, 2010^b). Este é o meio indicado na prevenção da maioria dos erros cirúrgicos, permitindo, até ao momento, uma redução de cerca de 50 % nos eventos adversos cirúrgicos. (Fragata, 2010)



Todos os conceitos anteriormente explícitos, sustentam o desenvolvimento dos projetos que foram planeados e implementados, pois auxiliam na fundamentação e análise das atividades estipuladas, com intuito inerente do desenvolvimento das competências enquanto futuro enfermeiro especialista e mestre.

Apesar do enquadramento teórico e conceptual ser um processo extensivo, este foi necessário à devida introspecção e orientação da prática profissional. A escolha dos modelos teóricos, assim como dos conceitos que mais se adequam aos devidos projetos, transformou a forma como se processa a escolha dos fenómenos de enfermagem a intervir no contexto que me rodeia, com a devida interpretação de comportamentos e situações, e o aumento de responsabilidade e autonomia.

2. IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS

O presente capítulo refere-se à apresentação e análise da implementação do PIS e PAC, com uma breve caracterização do respectivo diagnóstico de situação, assim como o seu mapa de planeamento, sendo devidamente enquadrados no desenvolvimento de competências preconizadas.

2.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

As etapas na **metodologia de projeto**, podem ser consideradas como seis, sendo estas a Informação/Definição de metas; Planeamento; Decisão; Implementação; Controle e Avaliação. (Tippelt e Amorós, 2004) A **pertinência do presente projeto** encontra-se na auto-consciência dos profissionais de enfermagem, como os elementos com as devidas competências para as necessidades de cuidados físicos e emocionais dos clientes. O enfermeiro perioperatório deve abordar, holisticamente, o indivíduo nas suas diferentes componentes, nomeadamente, física, psicológica, espiritual e social. (AESOP, 2006) A este é requerido um grande conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, para acompanhar o avanço da ciência e tecnologia, com devida segurança e qualidade nas suas funções. Encontrando-se a cirurgia oftalmológica em constante atualização, a equipa de enfermagem do BOC do HMS, apresenta necessidades de formação nesta área, mais concretamente, nas funções de circulação e instrumentação da cirurgia de segmento posterior, devido à complexidade do instrumental e equipamento. Sendo assim, o projeto de intervenção em serviço desenvolvido foi designado de *“Boa Prática de Enfermagem à Pessoa submetida a Vitrectomia”*.



2.1.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação pretende apresentar o percurso até à definição da situação-problema, com base no levantamento das necessidades e a análise de informações do serviço em causa (Kurçgant, 1991). É a primeira etapa da metodologia de projeto e visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a identificação da situação-problema. (Tippelt e Amorós, 2004).

O projeto foi desenvolvido no BOC, do HMS, e a sua área de intervenção incidiu sobre a cirurgia oftalmológica, mais concretamente, nas práticas de enfermagem relacionadas com a cirurgia denominada de Vitrectomia, encontrando-se o diagnóstico de situação completo em apêndice. (Apêndice II)

A principal razão da escolha por esta área, deveu-se ao facto de esta ser uma cirurgia, relativamente, frequente neste BOC, e de existirem poucos enfermeiros integrados em todas as equipas de *roulement*, para desempenhar funções na sala operatória desta valência, tendo acontecido um incidente clínico por esta razão (Anexo II).

Como instrumentos de diagnóstico, utilizou-se a entrevista exploratória, que revelou ser essencial visto ser “(...) *um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.*” (Fortin, 1999, p. 245). A metodologia SWOT (Apêndice III), foi igualmente um instrumento utilizado para analisar a situação. Esta terminologia resulta da conjugação das iniciais das palavras *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças), estabelecendo uma importante ferramenta de apoio capaz de reduzir as áreas de incerteza relacionadas com a implementação deste projeto.

A aplicação dos instrumentos, permitiu em síntese, constatar a insuficiência de enfermeiros com formação na área da cirurgia de Vitrectomia; a insuficiência de enfermeiros com integração nas funções de circulação e instrumentação na área da cirurgia de Vitrectomia; e exaustão dos enfermeiros que se encontram devidamente integrados, e que permanecem continuamente nas cirurgias programadas desta valência.

A conclusão do respectivo diagnóstico, levou à formulação do objectivo geral do projeto, que consistiu em:

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a Vitrectomia no HMS.



2.1.2 MAPA DO PLANEAMENTO

O planeamento é a fase do ciclo de vida do projeto, que corresponde à elaboração do plano detalhado acerca das várias vertentes da gestão, que engloba a calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade. (Miguel, 2006).

No presente planeamento deste projeto, foram apresentados os seus objectivos, assim como o seu contexto de implementação. A descrição das atividades, dos recursos necessitados, dos prazos a executar, e das respectivas estratégias são, igualmente, refletidos no seu desenvolvimento, encontra-se a totalidade do planeamento em apêndice para consulta. (Apêndice IV)

Os objectivos, geral e específicos, que foram formulados na resolução do problema identificado na fase do diagnóstico de situação, consistiram em:

- **Objectivo Geral:** Contribuir para a integração dos enfermeiros no Bloco Operatório Central, a fim de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a Vitrectomia no HMS;
- **Objectivos Específicos:**
 - Elaborar um manual/guia de integração da cirurgia de Vitrectomia, para os enfermeiros do Bloco Operatório Central;
 - Contribuir para a formação dos enfermeiros nas funções de circulação e instrumentação na Vitrectomia.
 -

2.1.3 REFLEXÃO ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A estrutura do desenvolvimento do planeado nas fases anteriores, encontra-se analisado seguida, inicialmente, com a apresentação do objectivo específico, e a respectiva descrição cronológica das atividades inerentes, sustentadas de uma avaliação e apreciação crítica.

Posteriormente ao processo de integração na equipa multidisciplinar, e respectivas condições de serviço, deu-se a **integração como enfermeiro instrumentista** na cirurgia de segmento posterior. Este procedimento era necessário, apesar da experiência profissional comprovada (Anexo I), pois os instrumentos cirúrgicos eram diferentes, os recursos humanos não eram os mesmos, assim como o equipamento de Vitrectomia a utilizar, o que forçou à necessidade de presenciar a uma formação específica na empresa representante do aparelho (Anexo III).



O período de integração no respectivo serviço, que decorreu durante o período de setembro a dezembro de 2011, permitiu a oportunidade de observação da prática das funções do enfermeiro perioperatório, noutra contexto que não o meu laboral, nas funções de enfermeiro de apoio à anestesia, circulante e instrumentista. Esta observação foi considerada como **participante**, concretizada com o devido consentimento informado da equipa de enfermagem, pois “(...) a observação participante corresponde a uma observação em que o observador poderá participar, de algum modo, na actividade do observado, mas sem deixar de representar o seu papel de observador e, conseqüentemente, sem perder o respectivo estatuto” (Estrela, 1994, p. 35).

A **apresentação oficial do projeto de estágio**, à equipa de enfermagem, realizou-se no dia vinte de Fevereiro deste ano, incluída na ordem de trabalhos de uma reunião do serviço, em que a enfermeira chefe deu a conhecer o plano de formação que espera para o BOC a realizar neste ano. Considero que a dita apresentação foi relevante pelo *feedback* recebido dos restantes colegas, e inclusivamente, referiram que o mesmos objectivos deveriam ser realizados também para outras especialidades cirúrgicas.

Os **critérios na escolha dos enfermeiros** a serem integrados, das respectivas equipas de *roulement*, foi da responsabilidade da enfermeira coordenadora, sendo ela o elemento mais capaz de os definir, visto conhecer a sua equipa e respectivas necessidades.

Objectivo específico 1 - PIS

- Elaborar um manual/guia de integração da cirurgia de Vitrectomia, para os enfermeiros do Bloco Operatório Central.

O início da **pesquisa bibliográfica** necessário à elaboração do guia de integração sobre a cirurgia oftalmológica de segmento posterior, ocorreu em início de janeiro de 2012, tendo incidido na consulta de livros e artigos da Biblioteca da ESS/IPS, assim como na pesquisa online de artigos em bases de dados científicos na Internet.

A **elaboração do guia de integração de enfermeiros** ficou concluído em finais de fevereiro de 2012, tendo sido na mesma ocasião, a sua **apresentação e implementação** à enfermeira orientadora, coordenadora de serviço, e restante equipa de enfermagem do BOC.



No que respeita ao respectivo manual de integração (Apêndice V), este tem o objectivo geral de partilhar entre os profissionais do bloco operatório, referências e procedimentos corretos para a promoção da melhoria contínua da segurança do cliente submetido a cirurgia oftalmológica, em segmento posterior.

A complexidade de diversos equipamentos, utilizados em contexto de cirurgia oftalmológica, exigem por parte do enfermeiro perioperatório, uma atenção redobrada no seu desempenho, seja ao nível das funções de circulação ou instrumentação, por forma a responder às necessidades, com a devida precisão e antecipação de susceptíveis falhas.

Este processo implica um autodesenvolvimento contínuo, e uma atualização constante, sustentado em fundamentação baseada na evidência, e não na simples rotina da prática de cuidados.

A estrutura do respectivo guia manual contempla um breve enquadramento acerca do processo de integração de elementos, com algumas referências conceptuais, assim como os principais princípios gerais da cirurgia oftalmológica em segmento posterior, e da gestão do risco associada.

Esta obra pretende ser um instrumento útil para profissionais em processos de integração, e até mesmo aos profissionais experientes que entendam como necessidade uma autoformação nesta área específica. A sua aspiração é de se equiparar ao Manual de Boas Práticas em Oftalmologia (DGS, 2008^a), mas com elementos específicos de integração de profissionais de enfermagem, abordando em simultâneo, conceitos de Saúde da Visão.

A pertinência deste manual manifesta-se na prioridade em *“(...) adequar a pessoa ao seu posto de trabalho, porque, se tal não acontecer, o resultado será o insucesso e a frustração pessoal, reflectindo-se na qualidade dos cuidados prestados.”* (AESOP, 2006, p.285)

As instituições hospitalares *“(...) devem elaborar guias de informação que considerem importantes para facultar (...), tendo em vista a aquisição/transmissão de toda a informação necessária e pertinente.”* (AESOP, 2006, p.285)

O tempo necessário de integração dos enfermeiros é um processo demorado e dispendioso, tendo em conta a reduzida rentabilidade destes elementos, *“(...) que envolve o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu manuseamento, o inter-relacionamento com as estruturas da unidade e o conhecimento técnico e científico.”* (AESOP, 2006, p.290)

O processo de **aumento do número de enfermeiros integrados** teve início em março, e decorreu até final de maio de 2012.



A **Vitrectomia** consiste em um procedimento cirúrgico no qual o humor vítreo é removido do olho em questão através de um aparelho, e substituído, geralmente com um gás ou um líquido. Este procedimento é necessário para o tratamento de diversas doenças oftalmológicas como descolamentos de retina, hemorragias intra-vítreas ou buracos maculares (Rothrock, 2007). Na História da cirurgia oftalmológica, a entrada da microcirurgia permitiu “(...) o desenvolvimento da cirurgia do segmento posterior com a cirurgia endo-ocular no início dos anos 80 com o aparecimento das Vitrectomias (...)” (UNAIBODE, 2001, p.303)

Todo o desenvolvimento inerente do equipamento associado a esta intervenção, como o desenvolvimento do microscópio, do equipamento de Vitrectomia, do LASER, dos instrumentos cirúrgicos, dos anestésicos, dos implantes, contribuiu amplamente para a evolução da cirurgia oftalmológica.

Como tal, e para acompanhar esta evolução, o enfermeiro instrumentista deve desenvolver, tal como a AESOP defende:

- *“Competências na área dos cuidados perioperatórios, da comunicação, da educação/formação, da advocacia do doente, da investigação, da gestão e do desenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Conhecimentos de desinfecção e assepsia, de controlo de infeção, de segurança e controlo ambiental; de técnica cirúrgica e anestésica; de instrumental cirúrgico, de suturas; de materiais específicos em termos de tecnologia e sua funcionalidade; de anatomia e fisiologia de órgão e sistemas.”* (Bilbao, 2005, p. 7)

No que respeita à necessidade de **integração de enfermeiros com experiência**, em outras áreas que não a têm, estes elementos devem “(...) mudar a sua orientação intelectual, integrando, selecionando os conhecimentos e reajustando os critérios de tomada de decisão, abandonando a mera execução seriada e repetitiva das tarefas, como tinham aprendido durante a sua formação académica” (Benner citada por AESOP, 2006, p.289)

A conclusão do processo permitiu a integração de sete profissionais de enfermagem, cinco dos quais constituintes de cada uma das equipas de *roulement*, e assim preparados a capacitar o serviço na resposta em situações de urgência à ocorrência desta intervenção. A colaboração de elementos da equipa experientes nesta área cirúrgica foi essencial para que, mesmo quando o integrador não estivesse presente, e caso ocorressem este tipo de intervenções, os elementos integrados pudessem desenvolver continuamente as suas competências.

A **avaliação do processo de integração dos enfermeiros** decorreu entre os meses de maio e junho de 2012.



Os indicadores de avaliação integraram os comentários positivos do enfermeiro orientador, coordenadora, e equipa de enfermagem do BOC, assim como a docente responsável.

O acréscimo do número de enfermeiros integrados nas funções de circulação e instrumentação nesta valência cirúrgica, foi simultaneamente um indicador de avaliação.

A obtenção dos comentários dos enfermeiros submetidos ao processo de integração, realizou-se através da aplicação e preenchimento de questionários específicos, preconizados pela AESOP (Apêndices VI e VII).

O resultado constitui um breve estudo, podendo-se classificar-se como descritivo, uma vez que corresponde à descrição do universo perceptual dos sujeitos que vivenciam uma experiência, em determinado espaço-tempo. (Lakatos, 1992)

A população é “(...) *uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida. (...) Uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo*”. (Fortin, 2003, p. 202). De entre a população de enfermeiros do contexto do BOC, foi necessário seleccionar um subconjunto da população, pois “*os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram seleccionados*” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 191). Deste modo, o instrumento de recolha de dados foi aplicado aos sete enfermeiros que foram integrados ao longo do período de estágio, nesta valência cirúrgica, constituindo uma amostragem não probabilística, onde os sujeitos foram escolhidos pela enfermeira coordenadora, seleccionados de acordo “*(...) com um ou mais critérios julgados importantes para o investigador tendo em conta os objectivos do trabalho de investigação que está a realizar*” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 192)

O inquérito por questionário é um instrumento de “*(...) registo escrito e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos*” (Vilelas, 2009, p. 287).

Os questionários utilizados incluem uma escala de *Likert*, em que estas “*(...) indicam o grau segundo o qual os sujeitos se caracterizam em relação a um conceito ou um fenómeno particular*.” (Fortin, 1999, p. 254).

Nestas escalas de atitude e opinião, são apresentadas uma série de proposições, devendo o questionado, indicar uma de cinco posições, em relação a cada um delas: (1=Discordo Totalmente, 2=Discordo, 3=Sem Opinião, 4=Concordo e 5=Concordo Totalmente).

Os questionários foram aplicados em Julho de 2012, obtendo assim as respostas necessárias. (Apêndice VIII e IX)

No que respeita à **caracterização da amostra**, a **idade média** dos respondentes foi de 40,28 anos, sendo que a idade mínima foi de 32 anos e a máxima foi de 50 anos. O maior número de

respondentes encontrou-se no grupo etário 30-39 anos (57%), sendo que o grupo etário onde se registou o menor número de respondentes foi no 20-29 anos (0%) (Gráfico 1).

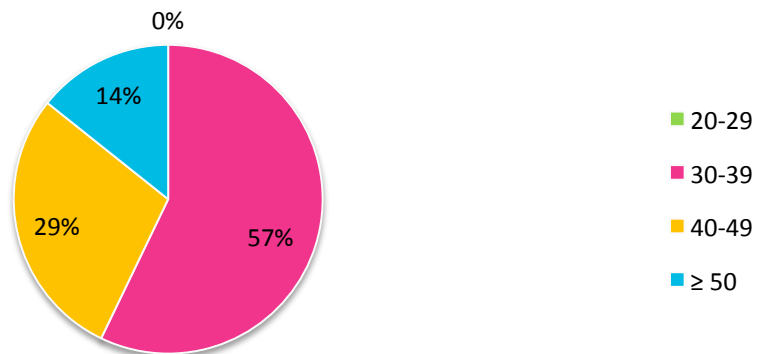


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos enfermeiros integrados por grupo etário

Do total dos sete enfermeiros, a maioria foi do **sexo feminino**, representando 71,0%, contrastando com os 29% dos integrados do sexo masculino (Gráfico 2).

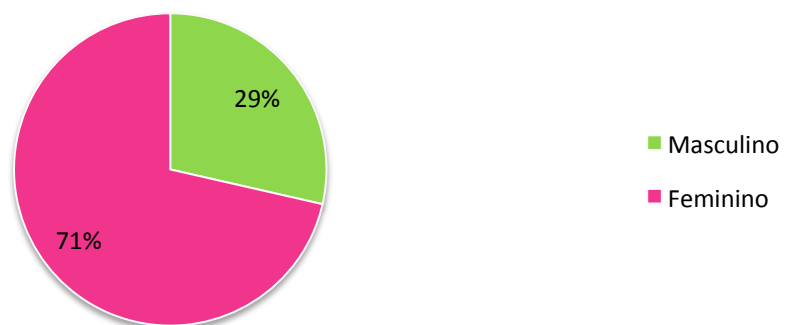


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos enfermeiros integrados por sexo

A totalidade dos enfermeiros eram **licenciados** (100%), sendo que dos integrados, nenhum tinha estudos pós-graduados (pós-graduações, mestrado e doutoramento) (Gráfico 3).



Gráfico 3 - Distribuição percentual dos enfermeiros integrado por habilitações literárias

O tempo médio de exercício de atividade profissional no BO foi de 11,7 anos, sendo que o tempo mínimo foi de 5 anos e o máximo foi de 18 anos. Após o agrupamento dos dados, verificou-se que a maioria dos respondentes trabalha em ambiente de BO num intervalo entre os 11 e os 20 anos, sendo que a menor percentagem incide nos profissionais que trabalharam no BO entre os 0 e 4 anos, e há mais de 20 anos (19,9%) (Gráfico 4).

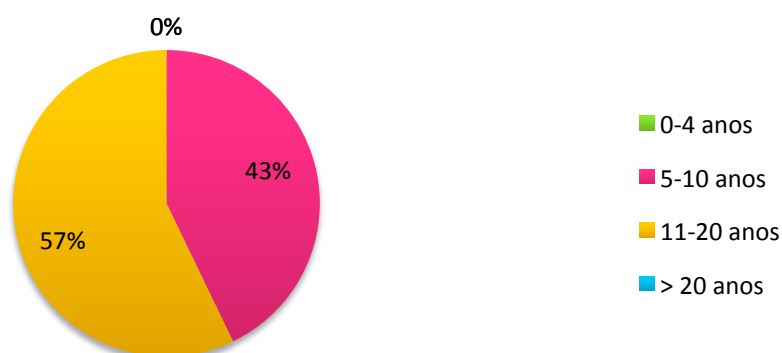


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos enfermeiros integrados por tempo médio de exercício profissional no bloco operatório

No que respeita à **avaliação do programa de integração no bloco operatório**, após o termino do processo, os integrandos realizaram os respectivos questionários (Apêndice VIII), com o objectivo de verificar a eficácia do programa, e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Os questionários aplicados tiveram um conjunto de resultados a nível percentual, na seguinte tabela. (Tabela 1).



n – número de casos válidos

	n	Discordam totalmente	Discordam	Sem opinião	Concordam	Concordam totalmente
		%				
Questões						
1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?	7	0	14	43	14	29
2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?	7	0	14	28	29	29
3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?	7	0	17	0	50	33
4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?	7	10	20	10	30	30
5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?	7	0	29	14	43	14
6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?	7	0	0	28	43	29
7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?	7	0	0	0	29	71
8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?	7	0	28	0	29	43

Tabela 1 - Opinião dos enfermeiros integrados sobre a avaliação do programa de integração no bloco operatório

No que cumpre à **avaliação formativa da aquisição de competências enquanto enfermeiro instrumentista**, e igualmente, após o termino do programa de integração, os integrandos realizaram os respectivos questionários (Apêndice IX), com o objectivo de avaliar as atividades desenvolvidas. Esta avaliação serve para observar a continuidade do programa de integração, caso o integrando não atinge, pelo menos a pontuação de 3 em todos os itens, avaliando a necessidade de prolongar o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função. Os questionários aplicados tiveram um conjunto de resultados a nível percentual, na seguinte tabela. (Tabela 2).

n – número de casos válidos

	n	Discordam totalmente	Discordam	Sem opinião	Concordam	Concordam totalmente
		%				
Competências do Enfermeiro Instrumentista						
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	7	0	0	28	43	29
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	7	0	0	28	29	43
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	7	0	0	0	29	71
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	7	0	0	0	29	71



5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	7	0	0	0	57	43
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	7	0	0	0	57	43
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	7	0	0	29	71	0
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	7	0	0	29	57	14
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	7	0	0	0	71	29
10. Mantem a organização da mesa operatória	7	0	0	14	57	29
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	7	0	0	14	14	72
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	7	0	0	0	37	63
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	7	0	0	0	37	63
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca do transfer	7	0	0	14	57	29

Tabela 2 - Opinião dos enfermeiros integrados sobre a avaliação formativa do enfermeiro instrumentista

A discussão da obtenção deste resultados, devem considerar algumas limitações metodológicas, tais como o facto de ser uma amostra não aleatória, ou a utilização do questionário como instrumento de colheita de dados, pois embora constitua a forma mais comum de avaliação de opiniões, acrescenta a dificuldade da sinceridade da resposta do sujeito, caso esta corresponda à sua opinião real ou se tentou agradar ao investigador.

No entanto, na maioria das respostas às proposições dos questionários, a média da percentagem situou-se entre os graus de *concordam* ou *concordam totalmente*, podendo estabelecer como conclusão que a maioria dos enfermeiros integrados, promove a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a intervenção cirúrgica.

Objectivo específico 2 - PIS

- Contribuir para a formação dos enfermeiros nas funções de circulação e instrumentação na Vitrectomia

O início da **pesquisa bibliográfica**, ocorreu em janeiro de 2012, em simultâneo com a pesquisa realizada para a elaboração do guia de integração sobre a cirurgia oftalmológica de segmento posterior, retirando dividendos através da consulta de livros e artigos da Biblioteca



da ESS/IPS, assim como na pesquisa online de artigos em bases de dados científicos na Internet.

A **elaboração do plano da formação** (Apêndice X) ocorreu em março de 2012, com o objectivo geral, de:

- No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de assimilar, corretamente, conhecimentos acerca da área cirúrgica de oftalmologia no segmento posterior, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e à sua capacitação.

Como objectivos específicos, no final da sessão, os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer, corretamente, a percepção geral do procedimento cirúrgico;
- Distinguir sinais e sintomas do descolamento de retina, com base em definições apresentadas, de forma correta;
- Identificar, corretamente, as principais estruturas oculares, através do visionamento de imagens;
- Executar os cuidados intra-operatórios adequados por forma a contribuir para o sucesso cirúrgico, individualmente, e sem erros.

A **realização da sessão formativa** sobre oftalmologia no segmento posterior, com aspectos teórico-práticos da área cirúrgica, no papel da enfermagem da realidade do BOC do HMS, foi realizado a 4 de junho de 2012, na sala de sessões do respectivo contexto. Na sessão estiveram presentes um total de 20 enfermeiros, tendo a mesma tido uma duração de 1 hora, e reunindo os seguintes conteúdos programáticos, desenvolvidos nos diapositivos em apêndice (Apêndice X):

- Considerações anatómicas;
- Patologias do segmento posterior;
- Indicações cirúrgicas;
- Conceito de Vitrectomia;
- Princípios orientadores da preparação intraoperatória;
- Passos gerais da cirurgia;
- Farmacologia utilizada.

A **avaliação da formação**, teve como indicadores, o feedback positivo da enfermeira orientadora, coordenadora, e equipa de enfermagem do BOC. A avaliação escrita da mesma,



ocorreu através do preenchimento dos inquéritos instituídos pelo Serviço de Gestão da Formação do HMS, sendo que da análise geral, concluiu-se o aproveitamento positivo da apresentação, com o devido esclarecimento e motivação acerca dos componentes desta intervenção cirúrgica. O indicador de avaliação somativa da formação, consistiu num teste de resposta fechada – emparelhamento – acerca dos conteúdos programáticos, tendo sido a sua apresentação e resolução transmitida nos diapositivos, com resposta global positiva por parte da equipa.

No *Memorandum sobre a educação ao longo da vida*, o termo Aprendizagem ao longo da vida abrange todas as atividades significativas da aprendizagem, como processos de aprendizagem formais (Formação Académica), processos de aprendizagem informais (Formação Pessoal), e processos de aprendizagem não formais (**Formação em serviço**), que ocorrem fora dos estabelecimentos de formação institucionalizados, como por exemplo, nos locais de trabalho, tal como aconteceu com esta sessão formativa. (Nunes, 2007)

Na reflexão sobre a caracterização do **papel do enfermeiro na educação para a saúde**, e recorrendo ao vocabulário da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (ICN, 2011), o termo ensinar, poderá ser utilizado quando o profissional de enfermagem, deve ser elemento pertinente na partilha de conhecimentos para os seus pares, como o resultado desta sessão formativa acerca do tema de oftalmologia, neste caso, de segmento posterior.

2.2 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

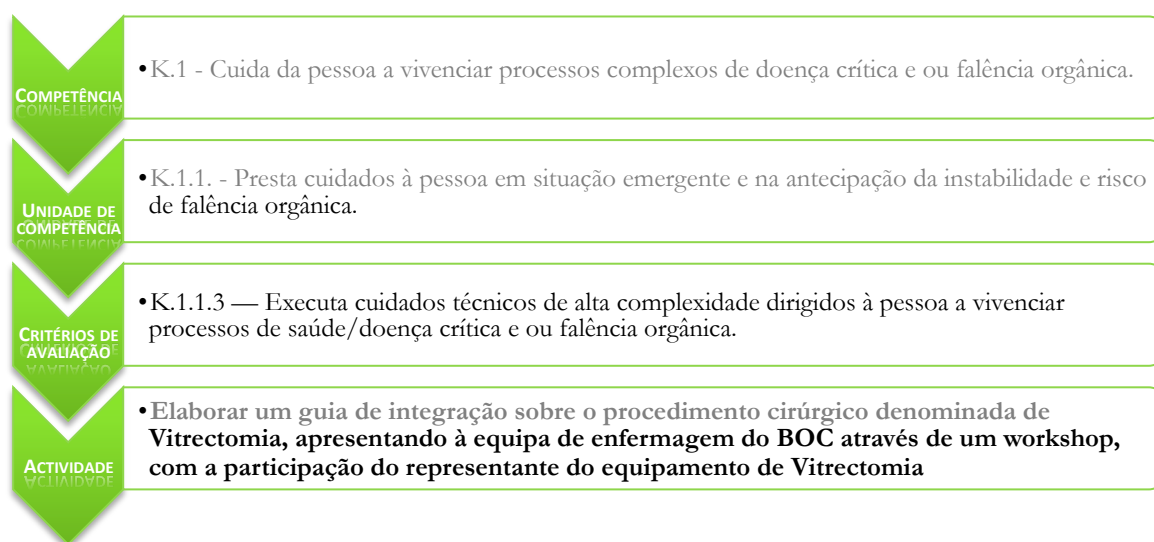
O desenvolvimento do PAC definido para o estágio realizado, teve como base as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Aquando o desenvolvimento de uma competência, segundo *Benner* (2005), atravessamos por cinco níveis sucessivos de proficiência, tendo como finalidade a aquisição do nível de proficiente ou perito. Devido à gradual exigência da nossa profissão, não nos devemos deixar acomodar aos conhecimentos adquiridos, mas sim, seguirmos a evolução, no entanto importa ter presente que “(...) o *objectivo não é encontrar o indivíduo competente em todos os campos.*” (Benner, 2005, p.62). Por esta circunstância, das três competências específicas do enfermeiro especialista, foram desenvolvidas determinadas unidades de competências devido às limitações da duração do estágio.

Considerando o regulamento da OE, acerca das competências específicas do enfermeiro especialista, em enfermagem em pessoas em situação crítica, aprovado a 20 de Novembro de 2010 (Regulamento n.º 124/2011 publicado em Diário da República), o desenvolvimento da aquisição das seguintes competências, estruturado da seguinte forma: inicialmente, encontram-se descritas, a competência, unidade de competência, critério de avaliação, e respectiva atividade proposta, com a compreensão do seu desenvolvimento, fundamentado teoricamente.

No que respeita ao processo de desenvolvimento da competência, com o critério de avaliação K.1.1.3, a atividade responsável para que tal ocorresse, consistiu na elaboração de um guia/manual de integração sobre o procedimento cirúrgico denominada de Vitrectomia (Figura 2).

Figura 2 - Processo de aquisição de competências, com critérios de avaliação K.1.1.3



Como descrito anteriormente no presente relatório, a Vitrectomia consiste em um procedimento cirúrgico no qual o humor vítreo é removido do olho, sendo necessário para o tratamento de diversas doenças oftalmológicas como descolamentos de retina, hemorragias intra-vítreas ou buracos maculares (Rothrock, 2007).

O desenvolvimento inerente da tecnologia associada a esta intervenção, como o desenvolvimento do microscópio, do equipamento de Vitrectomia, do LASER, dos



instrumentos cirúrgicos, dos anestésicos, dos implantes, contribuiu amplamente para a evolução da cirurgia oftalmológica.

A atividade proposta para o desenvolvimento desta competência, é simultaneamente um objectivo específico do PIS. A **elaboração do guia/manual de integração de enfermeiros** (Apêndice V) ficou concluído em finais de fevereiro de 2012, tendo sido na mesma ocasião, a sua **apresentação e implementação** à enfermeira orientadora, coordenadora de serviço, e restante equipa de enfermagem do BOC. Esta atividade teve como o **objectivo geral** de partilhar entre os profissionais do bloco operatório, referências e procedimentos corretos para a promoção da melhoria contínua da segurança do cliente submetido a cirurgia oftalmológica, em segmento posterior.

As instituições hospitalares “(...) *devem elaborar guias de informação que considerem importantes para facultar (...), tendo em vista a aquisição/transmissão de toda a informação necessária e pertinente.*” (AESOP, 2006, p.285)

A complexidade de diversos equipamentos, utilizados em contexto de cirurgia oftalmológica, implica um autodesenvolvimento contínuo, e uma atualização constante, sustentado em fundamentação baseada na evidência, e não na simples rotina da prática de cuidados.

Esta manual pretende ser um instrumento útil para profissionais em processos de integração, e até mesmo aos profissionais experientes que entendam como necessidade uma autoformação nesta área específica, no contexto do BOC do HMS.

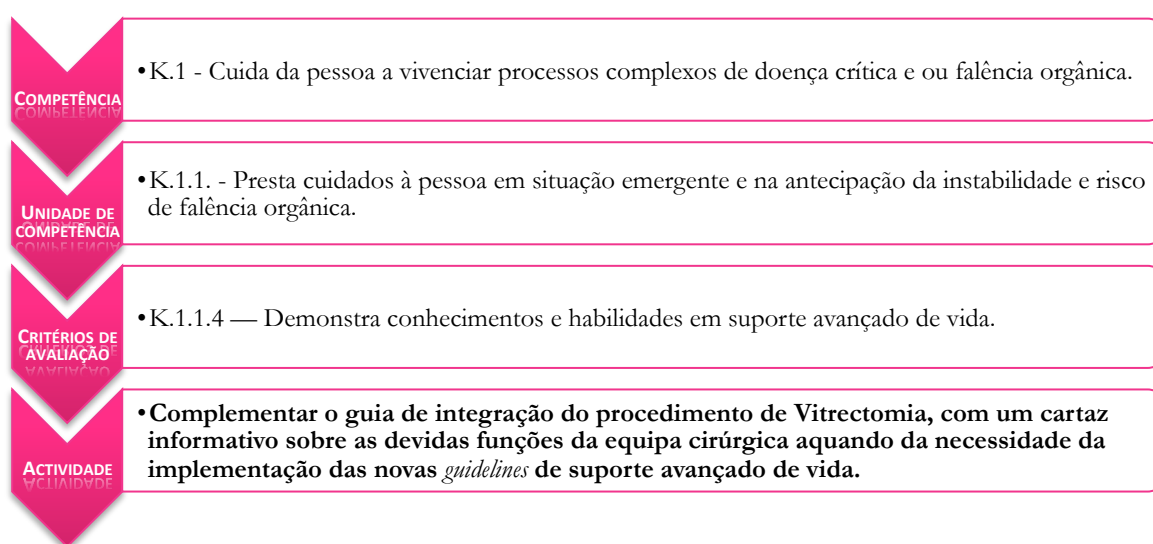
A possibilidade para **publicação** deste manual no formato de brochura, encontra-se sujeita à aprovação do patrocínio de respectivos laboratório interessados da área oftalmológica, para permitir a partilha de informação entre os restantes profissionais de enfermagem perioperatórios em Portugal, e assim sustentar cada vez mais uma prática baseada na evidência.

No que concerne a **dificuldades sentidas**, a presença da participação do representante do equipamento, não foi possível na sessão formativa de 4 de junho de 2012, por impossibilidade do mesmo. Contudo, a empresa *Alcon*[®] mostrou-se disponível a receber os elementos interessados num aprofundamento acerca da configuração do novo equipamento de vitrectomia, no laboratório sediado em Paço de Arcos, assim como disponibilizou o plano de ações de formação, tal como o qual, eu na qualidade de integrador, frequentei antes de dar início ao programa de integração. (Anexo III)

A produção deste manual demonstrou o desenvolvimento da competência preconizada, através da execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica.

No que cumpre ao processo de desenvolvimento da competência, com o critério de avaliação K.1.1.4, a atividade responsável para que tal ocorresse, consistiu no complemento de informações relativas às novas *guidelines* de suporte avançado de vida, no que respeita à reanimação intra-hospitalar, integrados num capítulo do guia/manual de integração sobre o procedimento cirúrgico denominada de Vitrectomia (Figura 3).

Figura 3 - Processo de aquisição de competências, com critérios de avaliação K1.1.4



As novas informações acerca das *guidelines* da reanimação intra-hospitalar foram apresentadas num capítulo específico da gestão de risco, aquando a mostra do guia/manual de integração de enfermeiros (Apêndice V) que ficou concluído em finais de fevereiro de 2012.

Este capítulo foi baseado nas novas *guidelines* de 2010, afirmadas pelo European Resuscitation Council (ERC), e seu estudo e apresentação permitiu demonstrar a mobilização de conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV). A esquematização destes conhecimentos, inerentes à reanimação intra-hospitalar, facilitam a interiorização dos procedimentos necessários, aos profissionais a serem integrados na valência da cirurgia oftalmológica.

A importância dos suportes teórico-práticos, fornecidos no Módulo Intervenções de Enfermagem a Clientes em Situação de Urgência, foi essencial para estar atento à alterações em relação às *guidelines* de SAV, referentes ao ano de 2005.

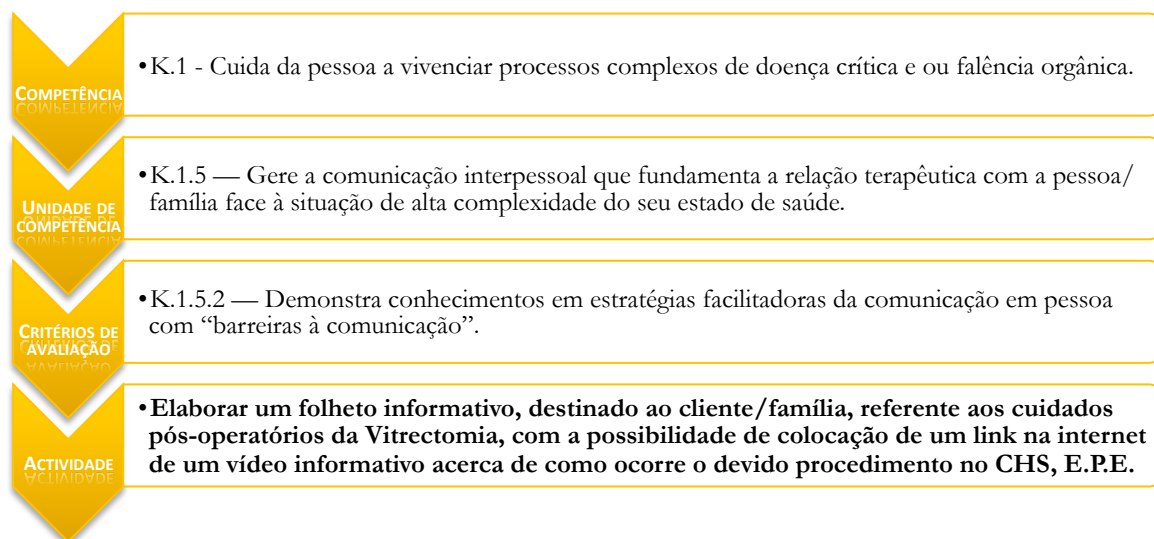
Entre estas alterações, evidenciam-se, por exemplo:



- A redução da importância da entubação traqueal, a menos que possa ser efectuada por operacional altamente qualificado e com o mínimo de interrupção das compressões torácicas;
- O aumento do ênfase na utilização de capnografia, para avaliar a qualidade da reanimação;
- A recomendação da manutenção das compressões torácicas enquanto se carrega o desfibrilhador, na minimização do tempo de pausa pré-choque;
- A desvalorização do papel do murro pré-cordial;
- A importância das compressões torácicas de elevada qualidade, com o mínimo de interrupções;
- O desaconselhamento da administração de fármacos por via traqueal, em caso de insucesso na obtenção de um acesso endovenoso, pois os medicamentos poderão ser administrados por via intra-óssea;
- A não recomendação do uso de atropina na assistolia ou atividade eléctrica sem pulso.
(ERC, 2010)

Em relação ao processo de desenvolvimento da competência, com o critério de avaliação K.1.5.2, a atividade desenvolvida, residiu na elaboração de um folheto informativo, destinado ao cliente/família, referente aos cuidados pós-operatórios da Vitrectomia, com a possibilidade de colocação de um link na internet de um vídeo informativo acerca de como ocorre o devido procedimento no HMS (Figura 4).

Figura 4 - Processo de aquisição de competências, com critérios de avaliação K.1.5.2



No que respeita à área da infecção do local cirúrgico, são vários os factores que ditam a sua prevenção, tais como a **preparação do cliente no pré e pós-operatório**, com uma correta **educação para a saúde**, que englobe, por exemplo, a supervisão de sinais de infecção no olho operado.

O profissional de enfermagem, no **papel de educador**, assume-se de extrema importância na relação com o cliente e seus familiares, que vivenciam vários desafios no processo do autocuidado, antes, durante e após a alta para o domicílio.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), a importância do exercício do papel de agente em educação para a saúde, refere-se à procura contínua da excelência no exercício profissional, através da ajuda do enfermeiro aos clientes a obterem o máximo potencial de saúde, com a:

- Identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade;
- Criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- Promoção do potencial de saúde do utente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento;
- Fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente.

A Enfermagem enquanto profissão, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que se encontra



integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1996)

O investimento sob as potencialidades do cliente, na sua orientação sobre os cuidados necessários no domicílio, exige uma partilha de conhecimentos clara e concisa, realçando uma das competências específicas do enfermeiro enquanto educador: o de conseguir que os clientes respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem. (Lash, 1990)

Neste papel, o enfermeiro deve ser imparcial, saber escutar, dar suporte, guiar, e respeitar crenças, valores e atitudes dos clientes, assim como respeitar a autonomia de cada pessoa. (Amado, 1999)

A educação em saúde é função inerente à prática de enfermagem, e uma responsabilidade essencial da profissão, sendo que os materiais educativos utilizados assumem um papel importante neste processo. Estes facilitam a mediação de conhecimentos, e funcionam como recurso, constantemente, disponível para consulta por parte do cliente/família, aquando no levantamento de dúvidas sobre o processo de autocuidado.

O **panfleto educacional** na organização de saúde, é uma ferramenta de suporte no domicílio para o cliente, devendo apresentar de forma sucinta e clara, as informações necessárias. Estas devem encontrar-se organizadas e transformadas em mensagens no discurso direto, para que o cliente enquanto leitor compreenda a mensagem, favorecendo a sua identificação com esta. O profissional enquanto educador, deve ter em conta que o cliente estará sozinho aquando a leitura e respectiva interpretação da linguagem científica, contida no material escrito.

Na área da cirurgia oftalmológica do segmento posterior, a contribuição do panfleto educacional, no contexto da educação em saúde, revela-se de extrema importância como recurso à promoção do desenvolvimento de habilidades, para favorecer a autonomia da cliente, tal como comprovado no exemplo que poderá ser utilizado nesta cirurgia em específico, e que se encontra em apêndice (Apêndice XI)

A família desenvolve atitudes face á doença de um membro desta, tais como a negação, conspiração e silêncio, superproteção, excesso de realismo, isolamento social, incerteza, sentimento de culpa, (Moreira, 2001), devendo os profissionais promover o seu envolvimento, sendo ela própria objecto de cuidados, durante o internamento.

A elaboração do folheto informativo, designado como “Guia orientador para a alta - Cirurgia vitreo-retiniana”, é essencial pois os clientes submetidos são, frequentemente, de idade avançada, com limitações físicas e psicológicas, requerendo o envolvimento da família no processo do cuidar. Este contém, sucintamente, informações sobre os principais cuidados e



recomendações pós-cirúrgicas, assim como os contactos necessários em caso de alguma anormalidade, para o desenvolvimento de autoconfiança.

O enfermeiro deve desenvolver estratégias facilitadoras de comunicação, para a obtenção de níveis adequados de satisfação do cliente/família, sendo "*o fornecimento de informação é um aspecto básico em contexto de saúde.*" (Ribeiro, 1998, p. 284)

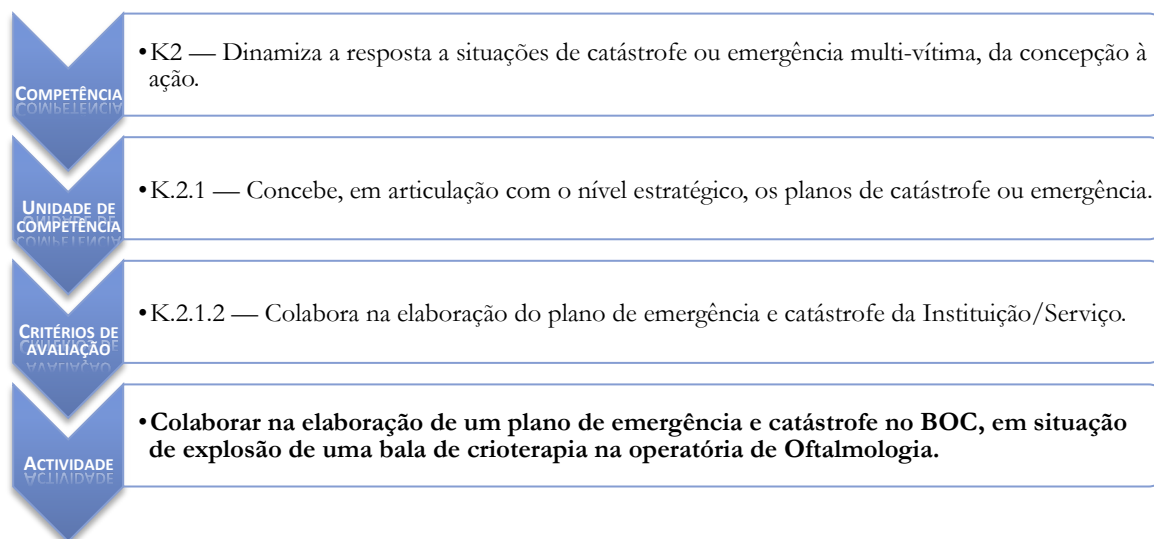
Na reflexão sobre a caracterização do papel do enfermeiro na educação para a saúde, e recorrendo ao vocabulário da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (ICN, 2011), não é suficiente por parte deste *Informar*, ou seja, comunicar alguma coisa ao cliente/família, mas sim, é fundamental *Educar*, que consiste em transmitir conhecimentos pertinentes para a saúde dos mesmos.

No que respeita à possibilidade de colocação de um link na internet de um vídeo informativo acerca de como ocorre o devido procedimento no HMS, esta não foi possível pela falta de recursos disponíveis, em termos financeiros e temporais, assim a ponderação acerca da pertinência desta, conclui que ia de encontro com os objectivos no que respeita à aplicação do folheto.

A realização folheto permitiu demonstrar conhecimentos no desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação interpessoal, assim como, a procura continua da excelência no exercício profissional, através da readaptação funcional do cliente/família.

No processo de desenvolvimento da competência, com o critério de avaliação K.2.1.2, a atividade desenvolvida, consistiu na colaboração da elaboração de um plano de emergência e catástrofe no BOC, em situação de explosão de uma bala de crioterapia na operatória de Oftalmologia. (Figura 5).

Figura 5 - Processo de aquisição de competências, com critério de avaliação K.2.1.2



No que respeita à terminologia, **catástrofe**, segundo a Lei de Bases da Proteção Civil (Lei nº 27/2006, artigo 3º), significa um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida.

As equipas cirúrgicas poderão estar predispostas a uma situação de catástrofe, pois estão sujeitas a diversos riscos inerentes ao contexto de bloco operatório, e à cirurgia em específico a realizar.

No que respeita aos **riscos químicos**, são vários os que uma cirurgia pode comportar. No caso de uma cirurgia oftalmológica de segmento posterior, a utilização do **aparelho de crioterapia**, à base de protóxido de azoto, pode provocar explosão em caso de mistura com gases inflamáveis, incêndio, ou queimaduras (UNAIBODE, 2001), devendo o serviço estar preparado para uma possível catástrofe.

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

O desenvolvimento da atividade quanto à colaboração da elaboração de um plano de emergência e catástrofe no BOC, em situação de explosão de uma bala de crioterapia na operatória de Oftalmologia, consistiu, especificamente, na realização de sessão formativa, com um simulacro associado, no caso de situação real.



O plano de emergência hospitalar, por mais irrepreensível que esteja concebido na teoria, necessita, permanentemente, de testes e verificações, através de exercícios e simulações, para a identificação de aspectos a melhorar. (Alves e Redondo, 1999)

A colaboração na elaboração do plano de emergência e catástrofe interno do BOC, ocorreu em articulação com a enfermeira responsável da gestão do risco do BOC do HMS, elemento que desenvolveu um folheto informativo que se encontra afixado no serviço, que contempla as medidas de atuação na evacuação de clientes, em caso de incêndio no BOC.

A sessão formativa sobre a correta evacuação dos clientes que se encontram a ser operados é uma necessidade constante, nestas situações de catástrofe interna, pois “(...) a formação dos utilizadores (...) permite uma optimização dos equipamentos postos à sua disposição e é também a garantia da segurança dos pacientes e dos utilizadores.” (UNAIBODE, 2001, p.31).

Enquanto enfermeiro no papel de formando, tive a oportunidade vital de integrar uma formação em segurança contra incêndios em edifícios de utilização tipo V (hospitalares), que se realizou no dia 11 de Outubro de 2011. (Anexo V)

A **elaboração do plano da formação** (Apêndice XII) ocorreu em junho de 2012, com o objectivo geral, de:

- No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de mobilizar, corretamente, conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno hospitalar, no que respeita à evacuação de doentes, através do simulacro de um caso prático em contexto de sala de operações.

Como objectivos específicos, no final da sessão, os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer, corretamente, a percepção geral do algoritmo de evacuação de doentes, em situação de catástrofe;
- Identificar, corretamente, os mecanismos de atuação em situação de catástrofe;
- Executar, tendo em conta a sua função específica, a correta evacuação de um doente, individualmente, e sem erros.

A **realização da sessão formativa** sobre a síntese dos aspectos teórico-práticos acerca de evacuação de clientes, com simulacro no contexto de uma sala operatória do Bloco Operatório do HMS, foi realizada a 9 de julho de 2012, na sala de sessões do respectivo contexto, e na sala operatória n.º 1.

Na sessão estiveram presentes um total de 12 elementos da equipa multidisciplinar (anestesista, enfermeiros, e assistentes operacionais), tendo a mesma tido uma duração de 90



minutos, e reunindo os seguintes conteúdos programáticos, desenvolvidos nos diapositivos em apêndice (Apêndice XII):

- Normas gerais de evacuação;
- Responsabilidade pela decisão de evacuação de clientes;
- Plano de evacuação do serviço;
- Exemplo de caso de catástrofe – o que fazer?;
- Simulacro.

A **avaliação da formação**, teve como indicadores, o feedback positivo da enfermeira orientadora, coordenadora, e equipa de enfermagem do BOC. A avaliação escrita da mesma, ocorreu através do preenchimento dos inquéritos instituídos pelo Serviço de Gestão da Formação do HMS, sendo que da análise geral, concluiu-se o aproveitamento positivo da sessão.

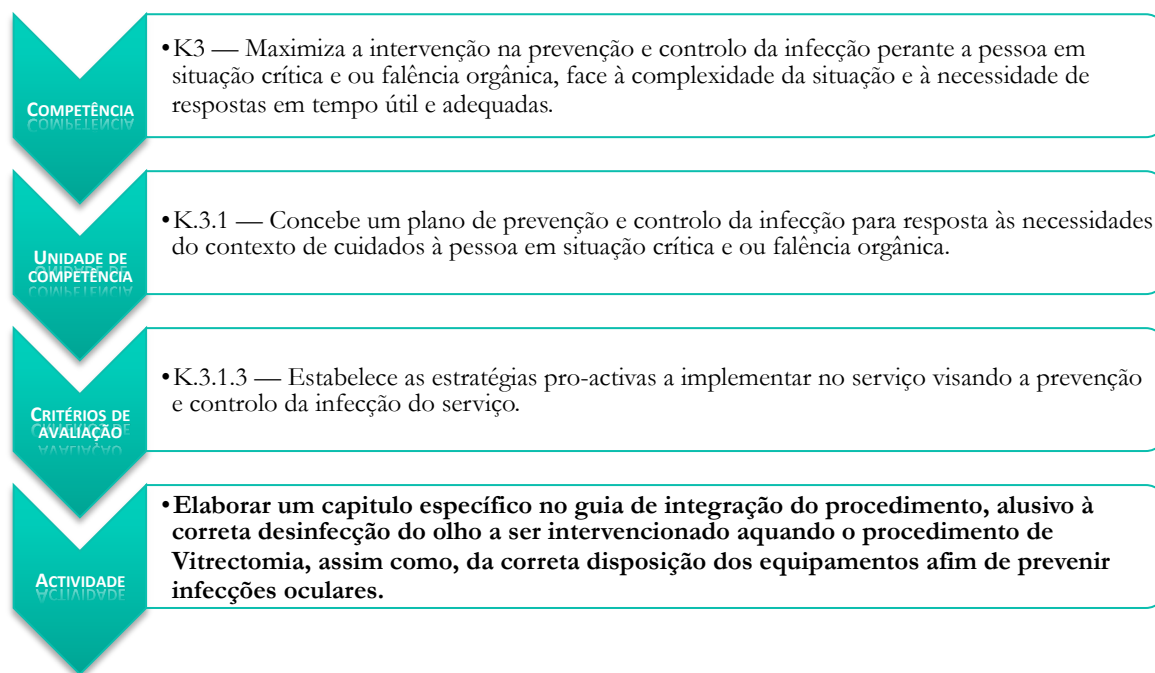
O indicador de avaliação somativa da formação e simulacro, consistiu na aplicação de um questionário, com a duração de 5 minutos, e composto por 10 afirmações de “*Verdadeiro ou Falso*”, cada uma valendo 1 valor. Os resultados inferiram que a maioria da equipa multidisciplinar assimilou os respectivos conhecimentos da sessão formativa, com significativa percentagem (86% de questões corretas). (Apêndice XIII)

Esta sessão permitiu que os profissionais em situações emergentes, tomam as decisões com bases em algoritmos permitindo ao profissional decidir de forma rápida, com menos riscos, e maior probabilidade de êxito (Nunes, 2007). A equipa multidisciplinar do BOC, assimilou as medidas instituídas, na situação de evacuação de clientes sob anestesia geral, no decorrer do simulacro, com a devida aplicação das funções de cada elemento.

A realização da atividade possibilitou a colaboração na implementação do plano de emergência e catástrofe do BOC permitindo, conseqüentemente, o desenvolvimento da competência pretendida.

No que pertence ao processo de desenvolvimento da competência, com o critério de avaliação K.3.1.3, a atividade realizada, consistiu na elaboração de um capítulo específico no guia de integração do procedimento, alusivo à correta desinfecção do olho a ser intervencionado aquando o procedimento de Vitrectomia, assim como, da correta disposição dos equipamentos afim de prevenir infecções oculares. (Figura 6).

Figura 6 - Processo de aquisição de competências, com critérios de avaliação K.3.1.3



As primeiras salas de operações, emergem em 1800, todavia, somente em 1850, com as descobertas de Pasteur sobre a infecção, e as teorias de propagação de infecção incrementadas por Florence Nightingale, concedeu à importância da necessidade em isolar o cliente cirúrgico para o controlo da infecção. (AESOP, 2006)

O conceito de infecção consiste na invasão e multiplicação de microrganismos nos tecidos corporais, em que primeiro elo da cadeia de infecção é o agente infeccioso, o segundo elo, o hospedeiro susceptível e o elo final, é a transmissão. (AESOP, 2006)

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), consiste em infecções adquiridas pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (AESOP, 2006), sendo essencial para a prevenção destas, que o enfermeiro perioperatório aplique as precauções necessárias, sempre com consciência cirúrgica e princípios corretos da técnica asséptica.

No âmbito da gestão do risco em contexto de bloco operatório, o aparecimento da campanha *Safe Surgery Save Lives* teve por objectivo “(...) alterar a situação através da implementação/ utilização de boas práticas, garantindo aos doentes cuidados de saúde com padrões de qualidade elevados.” (Pinheiro, 2009, p.7). Uma das áreas prioritárias de intervenção, de acordo com peritos consiste na **prevenção da infecção no local cirúrgico**. As principais estratégias para abranger esta, e outras áreas de intervenção, foram sumarizados numa única página,



denominada de *WHO Surgical Safety Checklist*, para que os profissionais de saúde empregassem na garantia de obtenção de procedimentos seguros.

As informações, com prática baseada na evidência, acerca da correta desinfecção do olho a ser intervencionado aquando o procedimento de Vitrectomia, foram apresentadas num capítulo específico da gestão de risco, aquando a mostra do guia/manual de integração de enfermeiros (Apêndice V) que ficou concluído em finais de fevereiro de 2012.

Segundo a Prática Recomendada III no que respeita à prática recomendada na desinfecção do campo operatório, a utilização de antissépticos deve obedecer a normas de procedimentos que assegurem a eficácia do processo. (AESOP, 2001)

No caso da **desinfecção cirúrgica** que deve ser utilizada para a cirurgia de segmento posterior, esta deve ser antecedida da **colocação de anestésico local tópico** na forma de colírio, previamente 15 minutos, para seguidamente se colocar o antisséptico no saco conjuntival.

A utilização de solução de **iodopovidona a uma concentração de 5% no saco conjuntival** no período pré-operatório é um procedimento que reduz significativamente a flora bacteriana, além de ser efetivo contra fungos, protozoários e vírus. *“A Betadine® oftalmológica a 5% evita as manipulações de diluição, sendo apresentada em monodose de 50 ml”* (UNAIBODE, 2001, p.309)

O seu uso deve ser seguido de um enxaguamento com solução salina para evitar toxicidade endotelial, antes de se dar início ao procedimento cirúrgico. A pele na **região peri-ocular deve ser desinfetada com iodopovidona a 10%**. (WU, 2006)

A elaboração da presente atividade, promoveu o estabelecimento de estratégias no BOC, com vista a prevenção e controlo da infecção do serviço, tendo a oportunidade, através da observação participante e na qualidade de integrador, de observar o cumprimento na prática por parte dos enfermeiros integrados. Como tal, esta atividade teve contributo na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, desenvolvendo assim a respectiva competência.

2.3 SÍNTESE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS RESTANTES ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A reflexão crítica acerca das diversas atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio I, II e III, decorridos no BOC do HMS, é necessário a uma síntese das respectivas competências apreendidas a partir desse desenvolvimento.



A **integração** num serviço como o BO, nomeadamente na prestação de cuidados de saúde diferenciados, obriga ao formando uma flexibilidade conceptual e metodológica, e uma visão integrada dos cuidados, para rentabilizar o desenvolvimento de competências de modo eficaz e eficiente. Este processo necessita de um período cronológico alargado, pelo grau de abrangência e condicionamento multifactorial subjacentes.

Segundo o artigo 4º do Capítulo II que consta do REPE, **Enfermeiro especialista** é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Decreto Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro). Sendo assim, os cuidados de saúde especializados, são fundamentais na resposta à perturbação da homeostasia orgânica e funcional dos indivíduos portadores de doença.

De acordo com o artigo 9º do Capítulo IV do mesmo regulamento, *“Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com contributos na investigação em enfermagem.”* (Decreto Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro,). Esta legislação demonstra então, que as competências de enfermagem são mais do que a simples prestação direta de cuidados.

No papel de enfermeiro especialista, cada um deve ser capaz de assumir as suas intervenções, procedendo com autonomia, e responsabilidade no seu leque de competências, sejam elas **comuns** ou **específicas**.

2.3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS

No que respeita às competências do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, considero ter desenvolvido uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção, assim como, a promoção de práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A sobrecarga de trabalho no BOC, impede, por vezes, que os enfermeiros tenham consciência das necessidades individuais da pessoa, sendo que, frequentemente, as necessidades fisiológicas se sobreponham às psicológicas.



O enfermeiro perioperatório deve ser capaz de minimizar a experiência dolorosa que representa uma cirurgia, pois oferecer cuidados efetivos apenas do ponto de vista técnico, sem dispensar atenção à pessoa, além de consistir uma negação do direito que lhe pertence, é uma manifestação de insuficiência na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Os princípios bioéticos mais amplos e completos foram expressos por *Beauchamp* e *Childress*, em 1994, sendo eles o respeito pela autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Serrão e Nunes, 2001). Durante este estágio tive em atenção o respeito pelo indivíduo enquanto ser individual, autónomo e multicultural, procurando nas minhas práticas, inculcar os aspectos éticos e deontológicos. Enquanto enfermeiro, responsabilizei-me pelas decisões que tomei, e pelos atos que pratiquei, de forma consciente, técnico-científica e responsável (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 1998, artigo 79, nº1, alínea b), adquirindo competências na área da prestação de cuidados ético-deontológicos.

Os clientes devem poder contar com o enfermeiro para a defesa dos seus interesses pessoais e legítimos, e como tal, importa referir a importância do consentimento informado. No presente estágio, reforço a certeza de que o procedimento do consentimento informado exige uma incrementação na realidade vivenciada pelos enfermeiros. Este é marcante no estabelecimento de uma boa relação entre o profissional de saúde, e a pessoa em situação de doença, pois o consentimento informado é um direito do indivíduo e, simultaneamente um dever, para obter do enfermeiro, todas as informações necessárias sobre a sua situação clínica (Serrão, 1996).

No **domínio da melhoria contínua da qualidade**, as competências centraram-se na manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, no desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, e na colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade.

Face aos avanços tecnológicos, no BOC está implementado um software inteligente de sistema de gestão de stocks, denominado **eKanban®**, que consiste no registo informático do consumo de material clínico, e o envia de imediato ao Armazém Central, que em tempo oportuno, procede à reposição do material consumido. As vantagens são significativas, entre as quais, a eliminação do papel, ou os serviços limitarem-se a registar o que consomem sem ter que o requisitar, assim como, a prevenção da falência de stocks no serviço, entre outras. Paralelamente a estas vantagens, está em fase de implementação neste sistema, dos registos de enfermagem da fase intra-operatória. Este meio virá auxiliar o profissional de saúde na prestação de cuidados de saúde de qualidade, disponibilizando informação pertinente e



utilizando o seu conteúdo para facilitar a tomada de decisões, além de interligar a atividade de todos os profissionais. Os sistemas de informação em Enfermagem são uma mais-valia para a produção de indicadores fiáveis, e devem ser entendidos como poderosos depósitos de matéria-prima, a utilizar no progresso da base empírica do conhecimento formal, utilizado nos respectivos cuidados (Pereira, 2009).

Os registos de enfermagem neste contexto, na minha perspectiva, devem ser informatizados, pois os enfermeiros transmitem informação de natureza autónoma do exercício profissional, que na realidade não documentam. O desenvolvimento de conhecimento específico e interdisciplinar, e da melhor evidência para as práticas dos cuidados, resulta dos instrumentos de recolha, armazenamento, recuperação, análise e extração de dados (Pereira, 2009).

O cliente quando recorre aos serviços de saúde, tem a expectativa de que todas as energias estão voltadas para garantir a sua segurança. A OE, em 2001, produziu o documento *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, referindo os cuidados de enfermagem devem assegurar como foco de atenção, a promoção dos projetos de saúde que o indivíduo persegue.

Consequentemente, em 2006, a mesma Ordem anuncia postulados referentes à sua posição sobre a segurança deste, salientando a importância da gestão do risco na prevenção de eventuais erros em saúde.

A *Carta de Tallinn* designada “*Os Sistemas de Saúde pela Saúde e Prosperidade*”, foi ratificada em 2008 pelos Estados-Membros da Europa da Organização Mundial de Saúde. Esta menciona que “(...) os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada” (Domingos e Silva, 2008, p.57).

Todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, têm um papel essencial na concepção de sistemas de qualidade. Neste contexto, pertence às comissões de especialidade e ao conselho de enfermagem, o cuidado pela execução dos padrões de qualidade dos cuidados, baseados na evidência, através do estabelecimento de *guidelines*, orientadoras da boa prática (OE, 2001).

A garantia da qualidade em enfermagem, para além de perspectivar a satisfação do cliente, deve demonstrar essa mesma de qualidade nos cuidados prestados (Kemp, 1995).

A preocupação durante o presente estágio, enquanto futuro mestre e enfermeiro especialista, centrou-se, simultaneamente, no desenvolvimento de capacidades de intervenção individual, integrado na equipa multidisciplinar, para otimizar práticas que visam a melhoria da



qualidade e da segurança dos clientes, tais como uma correta higienização das mãos, entre outros cuidados.

As diferentes etapas do projeto, como o diagnóstico de situação e mapa de planeamento, permitiram-me, simultaneamente, a aquisição de competências comuns do domínio da melhoria da qualidade, com evidência para a competência B2 (Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade), e unidade de competência B2.2 (Planeia programas de melhoria contínua). O desenvolvimento dos critérios de avaliação B2.2.1 (Identifica oportunidades de melhoria), B2.2.2 (Estabelece prioridades de melhoria), B2.2.3 (Seleciona estratégias de melhoria), ocorreram com a realização do diagnóstico de situação e elaboração do planeamento do PIS. O critério de avaliação B2.2.4 (Elabora guias orientadores de boa prática) foi desenvolvido aquando a implementação do PIS, através da elaboração do manual de integração.

No que concerne às competências do **domínio da gestão dos cuidados**, considero que geri os cuidados, em articulação com a equipa multiprofissional, assim como, adaptei a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Na área da gestão dos cuidados, a promoção de uma melhoria contínua da qualidade dos mesmos, deve ser assumida como um papel primordial das competências do Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem. No artigo 9º, do decreto-lei n.º 247/2009, que corresponde à reformulação do regime da carreira de enfermagem, é atribuído ao enfermeiro com título de especialista, o reconhecimento das necessidades logísticas e a promoção da utilização dos recursos adequados à prestação de cuidados. No estágio, tive a oportunidade de observar e colaborar na gestão de recursos materiais, acompanhando o enfermeiro perito nos pedidos de materiais consumíveis e não consumíveis, reposição de material, e formulação de planos de trabalho.

O enfermeiro especialista focaliza-se nos aspectos predominantes do problema em detrimento de aspectos menos relevantes, pois segundo *Benner* (2005, p. 54), o enfermeiro perito “(...) *tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis*”. No que respeita à minha pessoa, o presente estágio foi enriquecedor, por ter a oportunidade de acompanhar o desempenho da equipa de saúde aplicando na prática, a prestação de cuidados especializados, privilegiando o carácter de integração e continuidade da qualidade dos cuidados.

Durante este estágio, as constantes relações inter-pessoais existentes, entre a equipa multidisciplinar e inter-disciplinar do BOC, resultou em um fortalecimento pessoal, pois



desencadeou relações de mútuo respeito e cordialidade entre os profissionais. Neste processo de aprendizagem, é de extrema importância a constante partilha de ideias que complementaram na prática, os conhecimentos teóricos adquiridos. No que respeita à consolidação e desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, pude integrar e operacionalizar o trabalho em equipa.

Os serviços de saúde têm uma cultura própria, que os clientes desconhecem, desenvolvendo ansiedade e medo do desconhecido, podendo estes ser atenuados pelo enfermeiro. A comunicação é um veículo para o estabelecimento duma relação terapêutica, através da escuta, do silêncio, da orientação, da redução de distância, da consideração, da reflexão, da validação consensual, ou da síntese e planificação (Riley, 2004). No presente estágio, procurei inculir na minha prática, o estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica eficaz, encarando o indivíduo como um ser bio-psico-social e espiritual, na medida em que, ao serviço do BOC de um hospital público, afluem pessoas com culturas próprias e diferenciadas.

No bloco operatório, ou em outro qualquer serviço, o enfermeiro na qualidade de prestador de cuidados, apresenta um papel decisivo, não só no manuseamento dos diversos sistemas tecnológicos, como também na observação dos resultados das intervenções terapêuticas.

No **domínio das aprendizagens profissionais**, as competências concentraram-se no desenvolvimento do auto-conhecimento e a assertividade, assim como numa praxis clínica especializada, sustentada em válidos padrões de conhecimento.

A formação continua é “(...) *um dos meios de garantir a qualidade dos cuidados no bloco operatório*” (AESOP, 2006, p. 11). Deve ter como objectivo major, melhorar conhecimentos e competências profissionais, a nível do saber-se, saber-fazer, saber-estar, que permite aos enfermeiros, responder às constantes mudanças que atravessa a prestação de cuidados de saúde (Mendes *et al*), 2004). A relevância da formação em serviço na aquisição de competências, resulta da aptidão individual de extrapolar para a prática, os conhecimentos adquiridos, e como tal, senti necessidade de ter uma formação mais completa em cirurgia oftálmica de segmento posterior, tendo frequentado um respectivo curso (Anexo III). O processo de formação continua também ocorreu com a presença no 6º European Congress for Operating Room Nurses, que decorreu em Lisboa, de 26 a 29 de Abril de 2012. (Anexo IV)

De acordo com o Decreto de Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, compete ao enfermeiro chefe, a função na escolha do responsável por esta formação, devendo a opção recair, preferencialmente, no enfermeiro especialista. Este deve diagnosticar lacunas de formação,



realizando um respectivo plano, e assumir uma atitude verdadeira na apreciação da eficácia das ações concretizadas. Importa referir que a minha enfermeira orientadora foi designada no ano corrente pela enfermeira chefe, como responsável na organização do plano de formação.

A pesquisa bibliográfica foi uma atividade transversal a todo o estágio, tendo investido na pesquisa sobre a área de Bloco Operatório, e a cirurgia de Vitrectomia, de forma a garantir um conjunto mínimo de conhecimentos essenciais ao desenvolvimento do projeto. A pesquisa foi realizada através da consulta de livros técnicos, ou na pesquisa em plataformas electrónicas como a *B-On*.

A partilha de saberes entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar, numa posição construtiva, é fundamental para que a assistência seja flexível e harmoniosa (Wikstrom e Larsson, 2004). Os enfermeiros não devem ser meros factores de produção ou executores de técnicas mas sim pessoas, que sentem, pensam e desejam obter do seu trabalho satisfação.

Na identificação do desenvolvimento de determinadas competências no domínio das aprendizagens profissionais, salienta-se a competência D2 (Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento), na unidade de competência D2.1 (Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade). Nesta unidade de competência, foram desenvolvidos critérios de avaliação, como o D2.1.1 (Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais), através da realização das sessões formativas sobre oftalmologia e evacuação de clientes, e no processo de integração de enfermeiros. O critério de avaliação D2.1.5 (Avalia o impacto da formação), foi igualmente executado através da aplicação de questionários específicos de avaliação das práticas.

2.3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

No que respeita à competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, em que **cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**, penso que a mesma foi desenvolvida, em comunhão com as competências comuns.

No contexto do BOC, observo dificuldades na avaliação da dor, no período intraoperatório, pelos profissionais, tendo, simultaneamente, dificuldades em perceber como se avalia a dor no cliente anestesiado. A importância pela temática da dor tendo vindo a ser crescente, com particular interesse no âmbito das políticas estratégicas nacionais e internacionais para o



controlo desta, sendo validado em 2008, através de uma circular normativa no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004/2010, divulgando a Estratégia Nacional para o Controlo da Dor (DGS, 2008^b).

A avaliação da dor é desafiante na prática clínica de enfermagem, no que respeita a clientes anestesiados/sedados, pois estes não são capazes de verbalizar, diretamente, a sua dor. Estudos argumentam que os clientes podem experimentar dor intensa decorrente da sua condição patológica, em procedimentos invasivos (Linás, Fillion, & Puntillo, 2008), e que tal incorre em graves resultados psicológicas e/ou fisiológicas. (Cade, 2008).

Existem alguns instrumentos fiáveis para uso nestas situações, sendo que uma revisão sistemática sugere que o uso da *Behavioural Pain Scale*, especialmente em clientes sedados/anestesiados, pode aperfeiçoar a avaliação da dor, na orientação correta das terapêuticas de Enfermagem (Cade, 2008).

Esta escala pressupõe a avaliação de três itens primordiais, particularmente, a expressão facial, o movimento dos membros superiores, e a adaptação ao ventilador, cada um destes comportando quatro subitens pontuados de um a quatro, sendo que o somatório do resultado final de cada um, deverá situar-se entre três (sem dor) e doze (dor máxima).

Devemos utilizar a evidência científica nos mais distintos domínios, e em particular na dor, no sentido de a incorporarmos na nossa prática, pois saber caracterizar a dor é o primeiro passo para o seu correto tratamento (OE, 2008).

No decurso do estágio pude perceber que os enfermeiros na UCPA, procedem à avaliação da dor dos clientes no período pós-operatório, com suporte científico, ou seja, com base em evidência, no entanto, parece-me ainda que existe falta de sensibilização para a problemática do cliente anestesiado/sedado com dor.

No que respeita à competência específica, em que se **dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação**, considero que a mesma também foi desenvolvida.

A evolução ao nível de cuidados para o tratamento do cliente em situação crítica, conduz à necessidade de uma atuação rápida e eficaz, de forma a assegurar a recuperação do cliente, promovendo a sua qualidade de vida. O cliente crítico apresenta alterações orgânicas graves, que podem levar à falência cardio-respiratória e cerebral, podendo a sua sobrevivência ficar dependente da aplicação de meios avançados de cuidados (Cunha, 2000).

Os cuidados em Bloco Operatório implicam uma integração eficaz por parte da equipa de enfermagem, pois a qualidade dos cuidados assenta neste princípio. Entende-se equipa como



um agrupamento de pessoas, em contacto regular, que se envolvem numa ação coordenada, contribuindo de maneira empenhada para a realização de ações concretas (Figueiredo, 1997). Enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, todos devem agir de forma a prestar ao cliente, cuidados de excelência.

Os profissionais em situações emergentes, tomam as decisões com bases em *guidelines*/algoritmos permitindo ao profissional decidir de forma rápida, com menos riscos, e maior probabilidade de êxito (Nunes, 2007). A verificação do funcionamento da sala destinada a situações de cirurgias de urgência, foi feita em algumas situações, assim como do seu material de apoio, como por exemplo, do carro de emergência, com a respectiva *check-list* de verificação diária.

No que respeita aos riscos químicos, são vários os que uma cirurgia pode comportar. No caso de uma cirurgia de Vitrectomia, a utilização do aparelho de crioterapia, à base de protóxido de azoto, pode provocar uma explosão em caso de mistura com gases inflamáveis, um incêndio, ou queimaduras (UNAIBODE, 2001), devendo o serviço estar preparado para uma possível catástrofe.

A competência específica em que se, **maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**, foi, simultaneamente, desenvolvida.

Os clientes no BOC, quer pelas suas patologias, situações de fragilidade, perfil farmacológico e a exposição a procedimentos invasivos, tornam-se clientes fáceis para a aquisição de infecções cruzadas, apesar do ambiente estéril pretendido neste contexto. A equipa multidisciplinar deste serviço cumpre com as medidas de prevenção e controle de infecção associada aos cuidados de saúde, pela utilização de equipamento de proteção individual, e realização de procedimentos, cumprindo as corretas normas de assepsia, de acordo com as “Práticas Recomendadas” pela AESOP (2006).

A profilaxia antibiótica é “(...) recomendada nas cirurgias associadas a alto risco de infecção, em cirurgias onde são colocados implantes (...)” (AESOP, 2006, p. 56), tal como acontece na cirurgia oftalmológica.

3. CONTRIBUTO DAS APRENDIZAGENS E APORTES TEÓRICOS LECCIONADOS, NO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

No presente capítulo desejo expor as aprendizagens e reflexões realizadas, que permitiram a aquisição de competências, no que respeita aos módulos considerados mais relevantes ao longo do percurso formativo.

No que respeita ao **Módulo - Questões éticas emergentes em cuidados complexos**, este permitiu investigar as questões éticas decorrentes da prestação de cuidados em ambiente complexo, articulando a ética e deontologia com a reflexão, face a eventuais casos clínicos, passíveis de acontecerem nos nossos contextos.

A análise destes casos, sob os princípios éticos, respeitando a complexidade do doente crítico, possibilitou uma sentença para a tomada de decisão ponderada.

A abordagem integrada, através de um enquadramento temático, com respectiva análise de caso, utilizando um algoritmo de decisão ética, proporcionou o desenvolvimento da **4ª competência** de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, **alínea b)** em que o profissional age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos: avaliando os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

No que concerne ao **Módulo - Supervisão de Cuidados**, este permitiu uma melhor compreensão dos processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica e as vivências pessoais associadas. Esteve igualmente inerente, o desenvolvimento de competências no raciocínio crítico da tomada de decisão em cuidados complexos, pois foi possível refletir sobre os processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica.

Através da escolha de um caso clínico em situação de urgência/emergência, foi possível formular diagnósticos e resultados esperados, segundo classificação CIPE, para os problemas identificados, planeando adequadamente as intervenções de enfermagem, com a devida



fundamentação para a tomada de decisão de cuidados.

A discussão em grupo das intervenções necessárias à resolução dos problemas identificados, foi essencial no equacionamento entre os cuidados planeados, e os que foram efetivamente prestados.

O estudo deste caso demonstrou que, muitas das ações implementadas poderão ser corretas, contudo, com a possível falta de fundamentação através de instrumentos que sustentem, como a legislação e teorias, poderá ser destruída a credibilidade das mesmas.

A supervisão de cuidados abrange a supervisão clínica, a supervisão pedagógica, e a reflexão após a prática. A **Supervisão Clínica** pode ser considerada como um processo que tem como objectivo a avaliação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais, pelo estudante e respectivo elemento supervisor, no sentido da reflexão sobre a tomada de decisão. (Abreu, 2008)

No âmbito da supervisão clínica, é esperado, enquanto futuro enfermeiro especialista e mestre, que consiga persuadir outros elementos da equipa multidisciplinar na melhoria contínua da qualidade, como, por exemplo, ultrapassar a renitência de alguns clínicos em utilizar certos medicamentos como a morfina no controlo da dor, com base na demonstração de prática baseada na evidência científica.

As competências que com esta supervisão, os enfermeiros, enquanto mestres conseguem mobilizar, dizem respeito à **1ª competência, alínea a)** que consiste na demonstração de competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem: realizando avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas. Em simultâneo, permite o desenvolvimento da **4ª competência, alínea a)** em que age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos: seleccionando os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada.

Integrado no **Modulo - Espiritualidade e cuidados de enfermagem**, surgiu a oportunidade de aprofundar a dimensão espiritual, no desenvolvimento da capacidade de dar significado à experiência de cuidar, através de uma visão integradora das diferentes dimensões do ser humano. Florence Nightingale integrava a espiritualidade no cuidado às pessoas, pois para esta, a espiritualidade é intrínseca à natureza humana, sendo um recurso profundo para enfrentar a adversidade. (Nightingale, 1969).

As sessões formativas em contexto de aula teórica, permitiram a identificação das necessidades espirituais e religiosas, no processo de adaptação da doença, envolvendo quatro etapas, tais



como o confronto, a raiva, a negociação e a aceitação. A relação de ajuda, assimilada no primeiro semestre deste percurso formativo, poderá ser um instrumento na eliminação do sentimento de culpa da doença, por parte da pessoa afectada. A reflexão sobre as temáticas das aulas permitiram a compreensão que, por vezes, a raiva do doente, que não é dirigida ao profissional, mas sim à sua situação clínica, sendo importante a gestão desses casos.

O processo de escuta é primordial no envolvimento do cliente/família no processo de tomada de decisão, pois normalmente, os profissionais têm uma natureza prescritiva, sem dar a oportunidade de o outro aceitar a própria prescrição. No contexto de bloco operatório, a empatia deve ser ainda mais enraizada no domínio do instrumental, pois tal como Leininger (1991) preconiza, são necessários cuidados culturalmente sensíveis. O envolvimento com o outro, permite que o profissional desenvolva a **1ª competência** enquanto mestre, na **alínea f)** em que demonstra competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem: referenciando e recebendo referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados.

O **Módulo - Intervenções de Enfermagem em Situação de Urgência**, permitiu o desenvolvimento de competências ao nível do diagnóstico e planeamento de cuidados de urgência/emergência, consoante o grau de diferenciação nos respectivos contextos.

A discussão das novas *guidelines* de 2010, afirmadas pelo European Resuscitation Council (ERC) em contexto de sala de aula, possibilitaram a reflexão na identificação e fundamentação dos respectivos diagnósticos de enfermagem necessários ao cliente em situação de urgência/emergência, no contexto de BO.

O planeamento das intervenções de enfermagem, assim como a sua inclusão no manual de integração (Apêndice V), conduziu ao desenvolvimento da **1ª competência** de mestre, na **alínea e)** em que o profissional demonstra competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem: iniciando e coordenando a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças.

No **Módulo - Seminário de Peritos**, a temática circunscreveu-se em torno do conceito de **catástrofe**, com levantamento de questões acerca dos planos de emergência internos, tais como: Se todos os elementos conhecem o próprio plano de emergência interno? Quem é o gestor de risco local do seu hospital? Quais os locais de reunião mais próximos em caso de catástrofe? Onde se localizam os extintores?

Os conteúdos programáticos, assim como a sua discussão em contexto de aula, permitiu mobilizar conhecimentos para a sessão formativa acerca da evacuação de clientes realizada no



meu contexto de estágio (Apêndice XII). Esta mobilização induziu ao desenvolvimento da **3ª competência de mestre, alínea a)** em que o elemento integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva: aplicando os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização

No **Módulo de Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas**, foi possível verificar a função e importância das Comissões de Controlo de Infecção no plano organizacional hospitalar, retirando dividendos para a prevenção do controlo de infecção, ao longo da implementação dos projetos.

O **Módulo de Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor**, foi em simultâneo de extrema importância para assimilar diferentes perspectivas no combate ao 5º sinal vital, que continua a ser ainda ostracizado da prática quotidiana.

O **Módulo - Cuidados de Enfermagem ao Cliente em Falência Multiorgânica**, teve especial interesse no debate e explicitação do tema acerca da colheita e transplante de órgão, muito correlacionada com a prática Perioperatória. A legislação que regulamenta, em Portugal, este procedimento, é a Lei nº 12/93 de 22 de Abril, estabelecendo o conceito de doação presumida, ou seja, o estatuto de dador ocorre quando este nasce, e em caso de objecção, terá que se mencionar no Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA). A este procedimento correlacionam princípios éticos, tais como o do princípio da dignidade humana, em que o ser humano, mesmo em morte cerebral, continua a ser pessoa.

O desenvolvimento das restantes competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontram-se descritas de seguida, de forma sucinta, através das Figuras 7, 8, 9, 10, 11, e 12 sendo respectivamente, a apresentação das atividades realizadas para o desenvolvimento da 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 6ª competência.

A apresentação destas, encontra-se circunscrita à enunciação de somente uma atividade por cada competência a título de exemplificar o respectivo desenvolvimento da mesma, apesar de poderem ser enquadradas outras atividades realizadas.

Figura 7 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 1ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Figura 8 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 2ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Figura 9 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 3ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

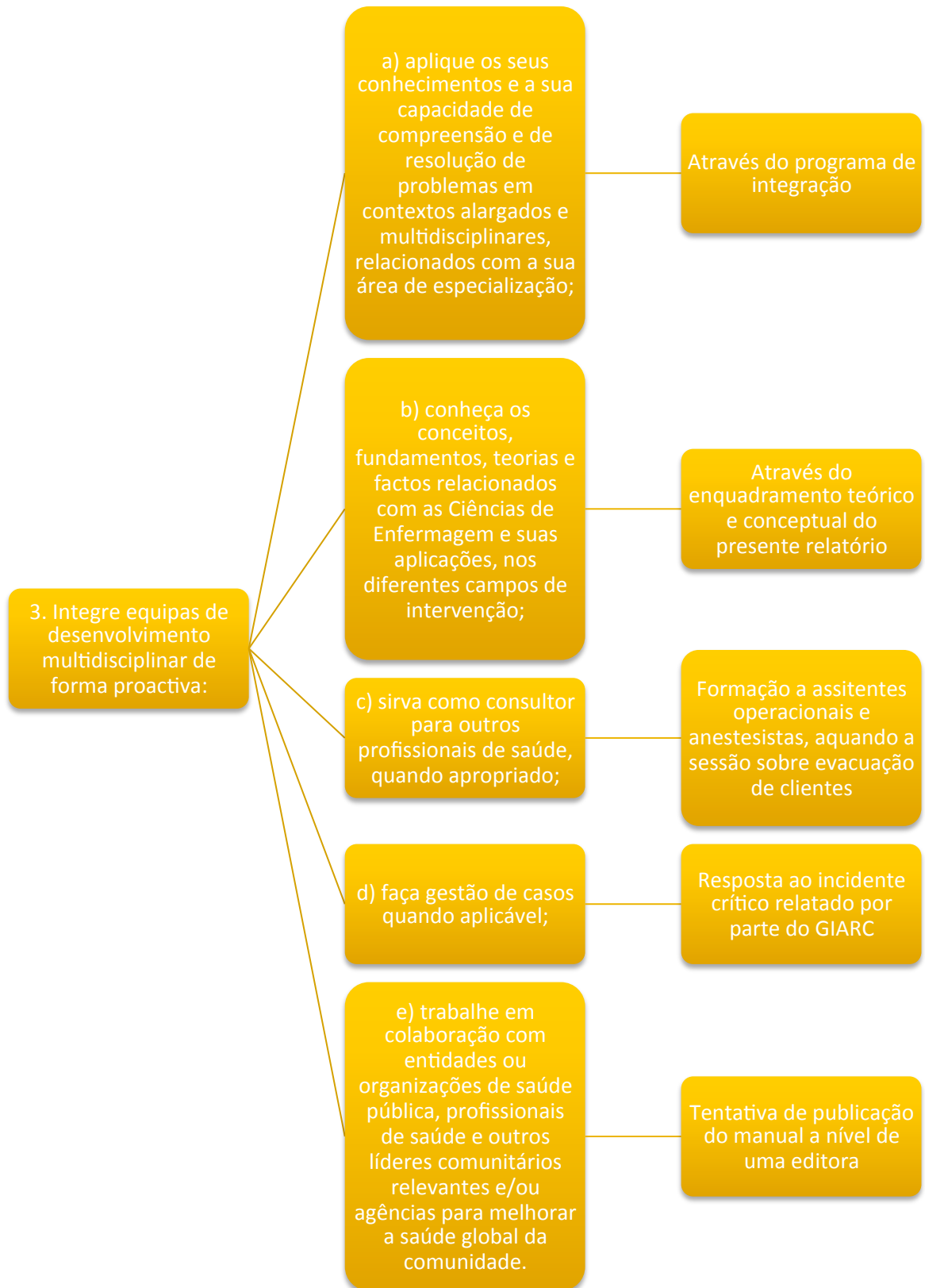


Figura 10 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 4ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

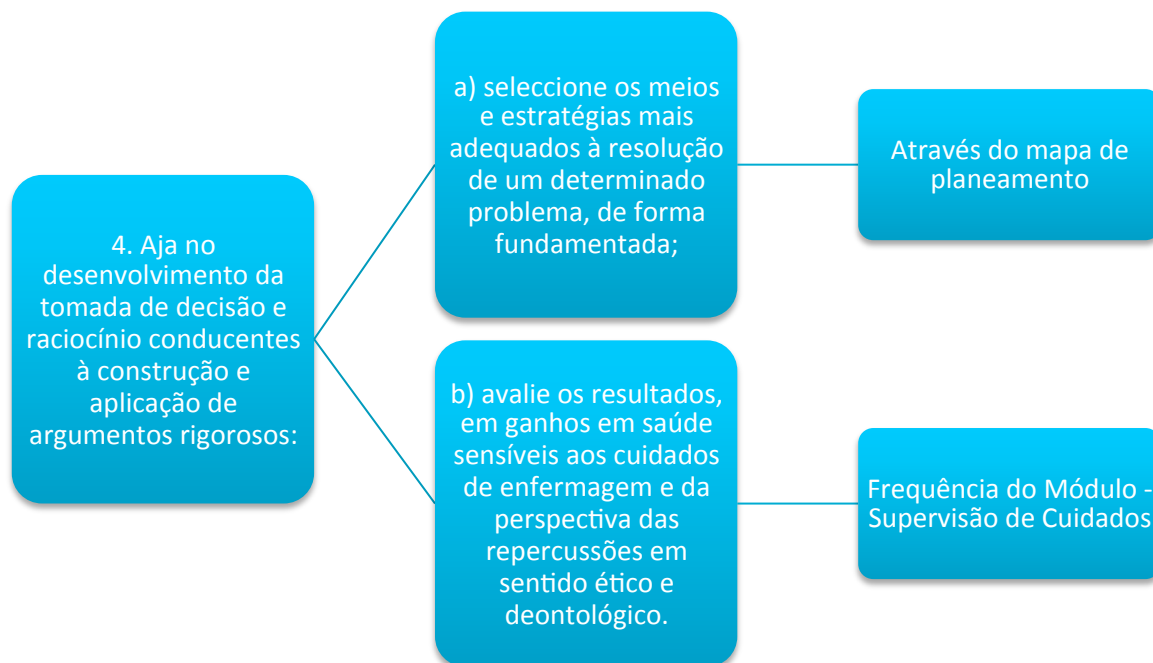


Figura 11 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 5ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

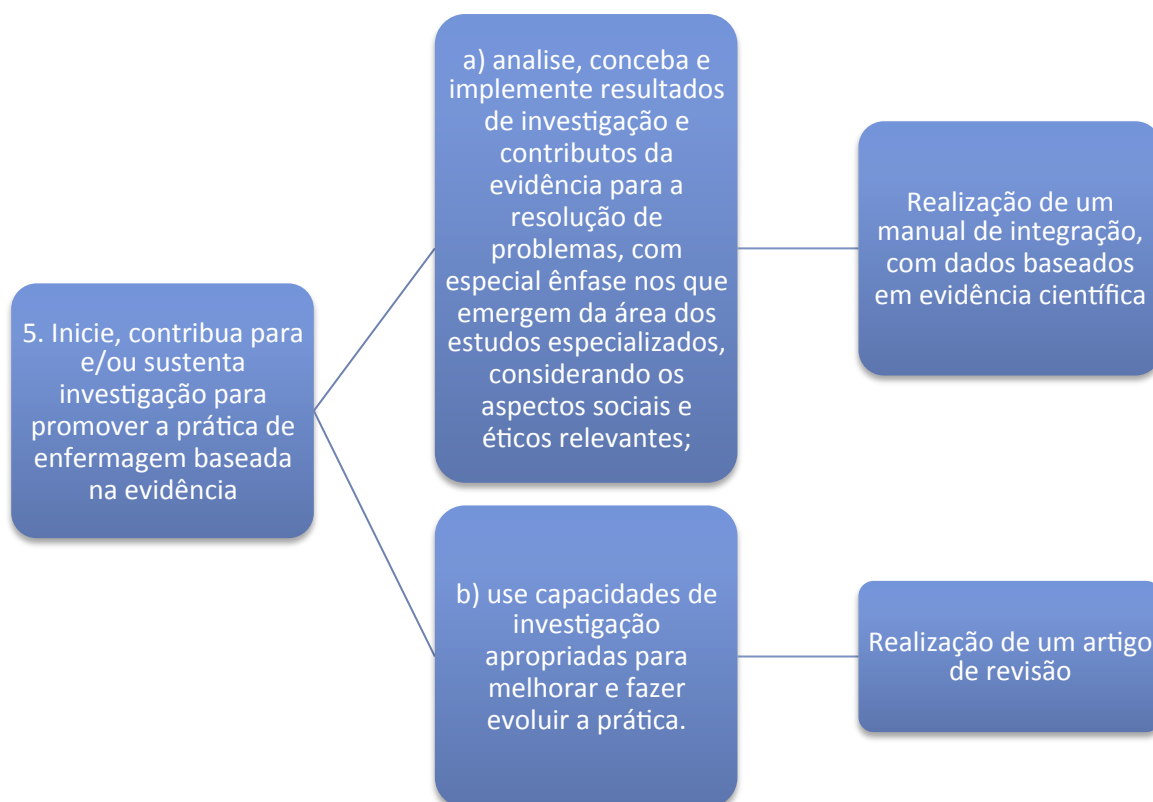
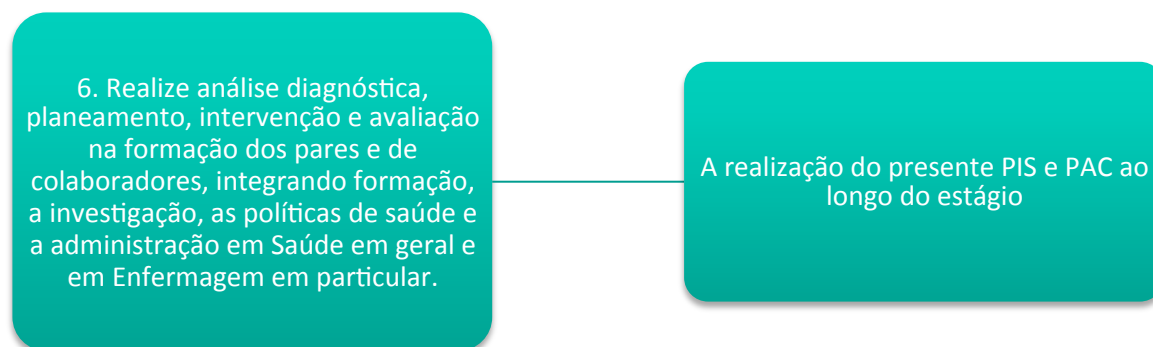


Figura 12 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da 6ª competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica



A **Direcção-Geral do Ensino Superior**, no **Decreto-lei 74/2006 de 25 de Março**, preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº 4).

No artigo 15º, n.º1 do mesmo decreto, encontram-se enumeradas as **competências do grau de mestre**, em que este é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir **conhecimentos e capacidade de compreensão** a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) **Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas** em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) **Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas**, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) **Ser capazes de comunicar as suas conclusões**, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;



e) **Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida**, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O objectivo do curso de MEMC da ESS do IPS, encontra-se em consonância com o desenvolvimento destas competências segundo a DGES para a obtenção do grau de mestre, especificando-as em concreto para a área científica da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este facto implica o desenvolvimento em simultâneo das competências do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão.

As figuras anteriores, sustentam que este I MEMC, teve a capacidade de me formar enquanto Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, possuidor de um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área Médico-Cirúrgica. Enquanto mestrado profissionalizante, contribuiu em termos gerais para desenvolver saberes especializados com conhecimento aprofundado sobre a pessoa, proporcionou benefícios essenciais para a saúde das populações, garantiu a qualidade dos cuidados, assim como contribuiu para o progresso da profissão, através da prática baseada na evidência.

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

A auto e hetero-formação, durante o MEMC, possibilitou o **desenvolvimento de novos conhecimentos**, necessários à validação de uma prática especializada.

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

A frequência no MEMC, permitiu que o **processo de tomada de decisão** se desenvolvesse para níveis superiores, afim gerir situações adversas de maneira notável, com a análise da pessoa/cliente em vários contextos de exercício profissional, através de uma visão holística, respeitando os princípios da autonomia, justiça e beneficência. Enquanto futuro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvi competências para utilizar métodos na tomada de decisão e sustentação de inovações necessárias ao processo de trabalho, tal como o constante



aparecimento de novos equipamentos necessários à cirurgia oftalmológica de segmento posterior.

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no BO, aumentou com a realização dos presentes projetos, no campo de ação da prática especializada à pessoa em situação crítica. Em simultâneo, a divulgação dos manuais de integração pelo serviço, baseado em fontes de conhecimento credíveis, assim como, a tentativa de publicar um artigo acerca do tema do projeto, na revista da AESOP, demonstram formas importantes de contribuição para a **prática de enfermagem baseada na evidência**.

A **análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação e pedagogia**, foi bem clarificada ao longo do desenvolvimento do PIS assim como do PAC, assim como na orientação de estudantes em contextos de ensino clínico, ou na integração de novos profissionais no meu contexto laboral.

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



CONCLUSÃO

As intervenções cirúrgicas da área oftalmológica encontram-se em constante atualização, devido ao avanço científico e tecnológico a nível mundial, impondo aos enfermeiros perioperatórios, um conjunto de conhecimentos teórico-práticos, essencialmente, baseados na evidência. O enfermeiro que exerça funções no contexto de bloco operatório tem, igualmente, a necessidade de obter conceitos fundamentais para a sua prática, tais como, o *saber-fazer* e o *saber-ser*, promovendo um cuidar com qualidade e segurança inerente.

Neste contexto, a contribuição para a integração dos enfermeiros no BOC do HMS, despontou como **objectivo no desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço**, afim de objectivar a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia oftalmológica do segmento posterior, mais concretamente, a Vitrectomia. Os **objectivos principais dos estágios preconizados** foram, devidamente, atingidos com a elaboração do diagnóstico da situação, assim como, da realização e implementação do mapa de planeamento do projeto.

A reflexão sobre as nossas práticas é impreterível para a mudança e respectiva evolução, sendo um desafio, a concretização deste relatório. O conteúdo deste, reflete o mérito das matérias herdadas nas diversas unidades curriculares sem as quais esta reflexão ficaria empobrecida, demonstrando a realização dos **objectivos deste relatório**, em efetuar a ligação entre a componente teórica e a prática. No presente relatório, encontra-se descrito a reflexão acerca do contributo da componente teórica dos módulos leccionados nas unidades curriculares que constituíram o primeiro, segundo, e terceiro semestre do MEMC, como fundamentação da prática profissional. Ao longo deste mesmo relatório, apresenta-se uma situação-problema, através de um diagnóstico de situação, pertinente na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como o respectivo mapa de planeamento, com as melhores estratégias definidas para solucionar essa situação, tendo em conta os recursos necessários. Nos capítulos finais do presente relatório, foi possível fundamentar as atividades desenvolvidas no processo de aquisição de competências, desenvolvendo o sentido crítico perante as situações vivenciadas.

Considero como outro **objectivo deste processo, a descoberta do perfil do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, identificando como características principais, uma superior competência ao nível da gestão de cuidados, um acréscimo de conhecimentos de âmbito geral e especializado sustentado na evidência



científica, um espírito contínuo de liderança, e uma melhor consideração nas análises das decisões. A sinfonia do conhecimento entre a tecnologia de ponta e o atendimento integral, define-se como um ato criativo, reforçado no vínculo entre a técnica e a *arte de enfermagem* (Almerud, Alapack, e Ekebergh, 2007), permitindo definir o perfil de competências do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, num contexto de Bloco Operatório.

As práticas dos cuidados devem sustentar-se na evidência científica atual, devendo todas as recomendações expressarem-se em protocolos de atuação, para a devida orientação dos profissionais. Muito embora, a existência destes não garante o seu cumprimento, pois certos profissionais não interiorizam o conhecimento, cumprindo a norma por obrigação, dada a responsabilidade externa. O objectivo primordial é que estes reconheçam a importância destes protocolos, havendo um sentido no seu cumprimento.

O conceito de **qualidade** dos cuidados de enfermagem, difere do de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, devido a que a qualidade dos cuidados de enfermagem dependem do contributo de cada enfermeiro, e da qualidade do seu exercício profissional, ajustado ao seu pacto interno face à profissão. O enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica atinge a diferença, caso o seu exercício profissional seja de qualidade, para a sensibilização dos seus respectivos colegas, de forma direta e/ou indireta, e assim, no contributo geral da qualidade dos cuidados de enfermagem.

No que respeita a **aspectos positivos/facilitadores**, o estágio no serviço de Bloco Operatório de um hospital público, ao invés do meu contexto laboral de carácter privado, permitiu a aquisição de novos saberes e experiências, assim como, a solidificação dos conhecimentos diferenciados. O desenvolvimento das competências interpessoais foi, simultaneamente conseguido, com a devida integração na equipa multidisciplinar, e constante capacidade crítico-reflexiva e comunicacional, e resultante da forma como me receberam no serviço. No que concerne a **aspectos constrangedores**, as dificuldades sentidas neste processo foram diversas, desde o seu começo relativamente tardio, devido ao atraso na confirmação do local e da enfermeira orientadora, assim como no grau de diferenciação de um novo equipamento a ser utilizado na cirurgia de Vitrectomia, que implicou da minha parte, um maior esforço no sentido de conhecer o funcionamento deste.

Este MEMC, permitiu um **enriquecimento individual**, assim como das equipas multidisciplinares onde me inseri, pois exigiu a reflexão do papel do conhecimento na Enfermagem, e possibilitou a construção de novos conhecimentos, através do quotidiano do trabalho em saúde. Ao longo do percurso no mestrado, refletiu-se na minha pessoa uma



transformação, com a integração de novos paradigmas na prática profissional, no sentido de melhorar em simultâneo a realidade em análise. A rápida evolução do conhecimento exige formação avançada e atualizada, e as instituições necessitam, em simultâneo, elevação da qualidade e produtividade dos serviços. Esta situação faz com que, enquanto futuro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deva ser capaz de transferir, com eficácia e eficiência, conhecimentos adquiridos no domínio especializado, para a sociedade em constante necessidade, salientando o cumprimento do **objectivo principal do MEMC**.

Os desafios do quotidiano colocados às equipas de enfermagem, encontram-se maioritariamente relacionados com a complexidade das situações de saúde e doença, que exigem uma abordagem interdisciplinar, que por vezes ultrapassa a área da saúde, e que força à utilização da criatividade e um verdadeiro trabalho de equipa para contornar dificuldades onde desenvolvem a sua atividade.

O investimento na **investigação em enfermagem**, deve surgir de todos os profissionais na área da pesquisa, e mesmo na área da prática, realizando estudos nas suas áreas de interesse, bem como proceder à divulgação dos resultados dos mesmos. Como materialização deste pressuposto, o presente percurso formativo formalizou o desejo da elaboração de um artigo que correspondesse ao tema do projeto desenvolvido. Sendo assim, o artigo foi designado como *“Boa Prática de Enfermagem à Pessoa submetida a Vitrectomia – Cuidados de Enfermagem no período intraoperatório”* (Apêndice XIV), tendo o mesmo sido enviado, em outubro de 2012, para a direção da *Revista AESOP*, para avaliação quanto à pertinência da sua publicação nesta revista da especialidade de enfermagem cirúrgica.

A evolução foi positiva até ao término deste estágio, desenvolvendo o meu conhecimento técnico-científico, e o progresso de competências, alicerçadas em evidências científicas, que permitem uma atuação correta diante do cliente crítico.

As técnicas cirúrgicas estão em constante atualização, com o devido avanço científico e tecnológico, exigindo por parte dos enfermeiros perioperatórios, um acompanhamento desta evolução. No papel de futuro enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, este estágio considerou-se como uma mais-valia no meu processo individual de aprendizagem.

Os enfermeiros especialistas e mestres em enfermagem médico-cirúrgica, são necessários nos respectivos serviços, ao nível da gestão de cuidados, na:

- Previsão de riscos, agindo a montante;
- Materialização de indicadores de saúde, para antecipar riscos, como uma gestão estratégica dos recursos;



- Responsabilidade pela formação dos pares, pelo reconhecimento da equipa;
- Investigação, no sentido de disseminar o conhecimento.

Os objectivos para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica foram devidamente alcançados, enquadrando-se nas seis categorias diferentes dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

Estes enunciados visam explicitar e englobar os diferentes aspectos do **mandato social da profissão de enfermagem**. O mandato social, deve abranger as áreas das relações com o cidadão, com os enfermeiros e com as organizações profissionais, bem como com o poder político. A OE deve promover, através de diversas iniciativas no seu mandato, a imagem pública dos cuidados de enfermagem junto dos cidadãos, assim como do poder político. O desenvolvimento do mandato social no que respeita às áreas de relação com os profissionais de enfermagem, deve permitir reforçar a proximidade entre colegas nos locais de trabalho, assim como com os futuros enfermeiros, através da divulgação de experiências, conhecimentos e saberes em enfermagem. Os resultados do desenvolvimento deste projeto, sustenta um paralelismo com os objectivos do mandato social da profissão, pois deve constituir-se um instrumento importante na ajuda da definição do papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBOTT, A. - *The system of professions: An essay on the division of expert labour*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988. ISBN 978-0226000695
- ABREU, W. - *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau, 2008. 9789728485870
- AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses) – *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-24-x.
- AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses) - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.
- ALLIGOOD, M.; TOMEY, A. – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª edição. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.
- ALMERUD, S.; ALAPACK, R.; EKEBERGH, M. – **Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments**. *Nursing in Critical Care*. Vol. 12, nº 3 (2007) p. 151-158
- ÁLVARES, S. - **Errar é Humano**. *Nascer e Crescer*. ISSN 0872-0754. Vol. XIV, nº 2 (2005). p.71-72
- ALVES, A.; REDONDO, J. – *Plano de Emergência Hospitalar*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica/Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência, 1999.
- AMADO, I. (et al) – **Opinião dos utentes face ao ensino em grupo**. *Revista Nursing*. Edição Portuguesa. ISSN 0871-6196. nº 131. (1999) p. 35-42.
- AMENDOEIRA, J. - *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-67-0
- AORN (Association of periOperative Registered Nurses) - *Perioperative Standards and Recommended Practices*. Denver: AORN, 2012. ISBN 978-1-888460-72-8



- ARAÚJO, P.; CALHENO, A.; FERNANDES, M. – **Posicionamentos em Cirurgia.** *Revista AESOP.* ISSN 0874-8128. Vol. V, nº 13 (2004) p. 25-30
- BACHELARD, G. - *O novo espírito científico.* Lisboa: Textos Filosóficos Edições 70, 1996. ISBN 9789724409153
- BENNER, P. – *De Iniciado a Perito.* 2º Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2005. ISBN 972-8535-97-x
- BENNER, P. – *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice.* Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 1984. ISBN 9780201002997
- BILBAO, M. – **Enfermeiro Instrumentista – Sim ou Não?.** *Revista AESOP.* ISSN 0874-8128. Vol. VI, nº 18 (2005) p. 7-12.
- BORGES, M.; CAMPOS, L.; PORTUGAL, R. - *Governança dos Hospitais.* Alfragide: Casa das Letras, 2009. ISBN: 9789724619309
- BOUTINET, J. – *Antropologia do Projecto.* Lisboa: Instituto Piaget, 1996^a. ISBN 972-8329-35-0
- BOUTINET, J. – *Elementos para uma metodologia da conduta do Projecto.* Lisboa: Instituto Piaget, 1996^b.
- BUGADA, H. - **Pilares Fundamentais da Clinical Governance.** *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde.* nº 0 (2006) p. 30-35.
- CADE, C. – *Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults.* (s.l.): British Association of Critical Care Nurses, 2008. p.289-297
- CARAPINHEIRO, G. - *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares.* 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1998. ISBN 9789723603064
- CARMO, H.; FERREIRA, M. - *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem.* Lisboa: Universidade Aberta, 1998. ISBN 9789726742319
- CARNEIRO, A. - **O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Vol. 10. (2010) p. 3-10.
- CARPER, B. - *Fundamental patterns of Knowing in nursing.* In: NICOLL, L. - *Perspectives on nursing theory.* 3ª Edição. (s.l.): Lippincott, 1997, ISBN 9780397553129



- CARVALHAL, R. - *Parcerias na formação. Papel dos Orientadores Clínicos*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-40-1
- CHIAVENATO, I. - *Recursos humanos na empresa*. São Paulo: Atlas, 1989. ISBN 5-224-0425-9
- CHINN, P.; KRAMER, M. – *Theory and nursing: a systematic approach*. 4.^a Edição. St. Louis: Mosby, 1995. ISBN 0801679478
- CHRISTENSEN, P.; KENNEY, J. - *Nursing process: application of conceptual models*. 3.^a Edição. St. Louis (MO): Mosby, 1990. ISBN 978-0801632716
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS - *Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores*. Genebra: ICN, 2009.
- CUNHA, M. – **Actuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado**. *Revista Sinais Vitais*. ISSN 0872-8844. n.º 33 (2000) p. 42-47.
- DGS (Direção Geral da Saúde) – *Boas Práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação*. [em linha]. Lisboa: DGS, 2008^a. [Consult. 16 de Fevereiro 2012] Disponível em WWW <URL: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/html/paginainicial.html>>. ISBN: 978-972-675-189-2
- DGS (Direção Geral da Saúde) – *Circular Normativa: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. [em linha]. (s.l.): 2010^a. [Consult. 16 de Abril 2012] Disponível em WWW <URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>>
- DGS (Direção Geral da Saúde) – *Circular Normativa: Plano Nacional De Controlo da Dor*. [em linha]. (s.l.): 2008^b. [Consult. a 16 de Fevereiro 2012] Disponível em WWW <URL: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>>
- DGS (Direção Geral da Saúde) – *Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009*. [em linha]. (s.l.): 2010^b. [Consult. a 16 de Março 2012] Disponível em WWW <URL: <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&cid=16317>>. ISBN: 978-92-4-159855-2
- DIÉZ, M. (*et al*) – **Prophylaxis of postoperative endophthalmitis with intracameral cefuroxime: a five years' experience**. *ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD*



ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA. [em linha] n° 84 (2009) p. 85-90. [Consult. 13 de Março 2012] Disponível em WWW <URL:
<http://www.oftalmo.com/seo/archivos/maquetas/9/5F95977E-AA25-B508-8368-00004DED9259/articulo.pdf>>

Divulgar Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos [em linha]. (s.l.): Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consult. 5 Abril 2011]. Disponível em WWW: <URL:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>

DOMINGOS, A. P.; SILVA, A. M. – **Países europeus querem reformar sistemas de saúde: carta de Tallinn.** *Revista da Ordem dos Enfermeiros.* [em linha] n° 30 (2008) p. 55-58. [Consult. a 12 de Fevereiro 2012] Disponível em WWW <URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/44_ROE30_pdf_final.pdf>
. ISSN 1646-2629

DONABEDIAN, A. - *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.* Vol. 1. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. ISBN: 9780914904489

DONALDSON, S. K.; CROWLEY, D. M. - *The discipline of nursing.* In: Nicoll, Lesley H. *Perspectives on nursing theory.* 3ª Edição. (s.l.): Lippincott, 1997. ISBN 9780397553129

EDWARDS, S. - **The idea of nursing science.** *Journal of Advanced Nursing.* [em linha] Vol. 29, n° 3. (1999) p.563-569. [Consult. 12 de Junho 2012]. Disponível em WWW <URL:
<http://crl.ucsd.edu/~ahorowit/nursingscience.pdf>>

ERS (European Resuscitation Council) – *Guidelines for Resuscitation 2010.* [em linha] (s.l.): ERS, 2010 [Consult. 15 de Fevereiro de 2012]. Disponível em WWW <URL:
<https://www.erc.edu/index.php/doctrinary/en/231/1/>>

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - republicado pela Lei n° 111/2009 de 16 de Setembro. [em linha] (s.l.): Ordem dos Enfermeiros, 2009 [Consult. a 12 de Fevereiro 2012] Disponível em WWW <URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf>



- ESTRELA, A - *Teoria e prática de observações de classes. Uma estratégia de formação de formadores*. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34043-6
- FERNANDES, O. - *Entre a Teoria e a Experiência. Desenvolvimento de competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Camarate: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-36-3
- FERREIRA, H., LANHAS, A. C.; SILVA, A. – **Laser em Oftalmologia**. *Revista AESOP*. ISSN 0874-8128. Vol. VI, nº 16 (2005) p. 13-16
- FIGUEIREDO, M. – **Trabalho em equipa, o contributo dos enfermeiros**. *Revista Sinais Vitais*. ISSN 0872-8844. nº 10 (1997) p.19-22.
- FILIPE, N. – **Autonomia da Profissão. Três décadas de crescimento**. *Revista Nursing*. ISSN 0871-6196. nº 183 (2003) p.13-15.
- FORTIN, M. – *O processo de investigação. da concepção à realização*. Original publicado em Francês, 1996. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X
- FRAGATA, F.; MARTINS, L. - *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina, 2004. ISBN: 9789724023472
- FRAGATA, J. - *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina, 2006. ISBN 9789724028354
- FRAGATA, J. – **Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [em linha] Vol. 10 (2010), p. 17-26. [Consult. 14 de Maio 2012] Disponível em WWW <URL: <http://www.elsevier.pt/pt/pdf/13189855/H300/>>
- GANOPA, C. - **Saúde na base da construção da qualidade de vida**. *Qualidade em Saúde*, nº5 (2001) p.10-12.
- GASTAL, F.; QUINTO NETO, A. - *Acreditação Hospitalar: Protecção dos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 1997. ISBN: 8586072109
- GEORGE, J. (et al) – *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artemed Editora, 2000. ISBN 978-8573-07-5.
- GONÇALVES, A. – **Do básico ao excelente: a importância e o valor das boas práticas**. *Revista AESOP*. ISSN 0874-8128. Vol. XI, N.º 32 (2010) p. 19-23



Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior - Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março

[em linha]. [Consult. 10 de Junho 2012] Disponível em WWW <URL:

<http://dre.pt/pdf1s/2006/03/060A00/22422257.pdf>>

HAYNES, A. (et al) - **A Surgical Safety Checklist to reduce morbidity and mortality in a global population.** *The New England Journal of Medicine.* n.º 360 (2009) p. 491-499.

HESBEEN, W. – *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar.* Loures: Lusociência, 2000. ISBN- 972-8383-20-7

ICN (International Council of Nurses) – *CIPE 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.* Loures: Lusodidacta, 2001. ISBN: 978-92-95094-35-2

IMPERATORI, E. - *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.* Lisboa: EDINOVA - Edições da Universidade Nova de Lisboa, 1999. ISBN 972-595-097-6

JOHNSON, D. - **The nature of a science of nursing.** In: NICOLL, L. - **Perspectives on nursing theory.** 2ª Edição. Philadelphia (PA): Lippincott, 1992. ISBN 9780397553129

JOHNSON, J. – **A dialectical examination of nursing.** *Advances in Nursing Science.* VOL. 1, n.º 17 (1994) p.1-14.

KEMP, N. – *A garantia da qualidade no exercício da enfermagem.* Lisboa: ACEPS, 1995

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. - *To err is human: building a safer health system.* Washington DC: Institute of Medicine - National Academy Press, 2000. ISBN: 0-309-06837-1

KRACHEMER, J.; PALAY, D. – *Princípios Básicos de Oftalmologia.* Lusociência, Loures, 1999. ISBN 972-8383-08-8

KUHN, T. - *A estrutura das revoluções científicas.* São Paulo: Perspectiva, 2003. ISBN 85-273-0111-3

KURCGANT, P. (et al) – *Administração em Enfermagem.* São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda, 1991. ISBN: 85-12-12470-9

LAKATOS, E. - *Metodologia do trabalho científico.* 4ª Edição. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9

LASH, S. – **Convicções e comportamento na educação da saúde.** *Revista Nursing.* Edição Portuguesa. ISSN: 0871-65196. n.º 27 (1990) p. 46-48.



- LE BOTERF, G. – *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª Edição. (s.l.): Bookman Companhia Ed, 2003. ISBN: 9788536301297
- LEININGER, M. - *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991. ISBN 0-88737-519-7
- LEININGER, M. - **Enfermagem transcultural: imperativo da enfermagem mundial**. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros - Enfermagem*. ISSN 0871-0775. n° 10 (1998) p. 32-36
- LEITE, L. – *O enfermeiro especialista: percurso de desenvolvimento profissional*. II Congresso da Ordem do Enfermeiros, um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências. [em linha] [Consult. 27 de Novembro 2011] Disponível em WWW <URL: www.ccisp.pt/imagens/contents/uploaded/file/sedeinformação/IIcongresso/lucialeite.pdf>
- LESNE, M. – *Trabalho pedagógico e formação de adultos – elementos de análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1977.
- LINAS, C.; FILLION, L.; & PUNTILLO, K. – **Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults**. *Journal of Advanced Nursing*. (2008) p.203-216.
- LOPES, A.; NUNES, L. – **Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética**. *Revista Nursing*. Edição portuguesa. ISSN: 0871-65196. n° 90/91 (1995) p.10-13
- LOPES, M. - *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1999. ISBN 978-97298149-0-7.
- LOPES, M.; LOURENÇO, O. – **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações**. *Análise Psicológica*. [em linha] Vol. XVI, n° 4 (1998) p.655-665. [Consult. 20 de Maio 2012] Disponível em WWW <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a10.pdf>>
- MARQUIS, B.; HUSTON, C. – *Administração e liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. 2.ª edição. Porto Alegre: Artmed, 1999. ISBN 8573074965.



- MARTIN, C. - **Cuidados de enfermagem, uma disciplina: condições e desafios.**
Enfermagem. 2ª série. Lisboa: APE, 2004
- MASSOUD, R. (*et al.*). - **A Modern paradigm for Improving Healthcare Quality.** [em linha] Bethesda, Maryland: US Agency for International Development by the Quality Assurance Project, 2001 [Consult. 12 de Setembro 2012]. Disponível em WWW <URL: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fnationalqualitycenter.org%2Fdownload_resource.cfm%3FfileID%3D16656&ei=I-6OUKXoMtG2hAfZ6oHIDw&usq=AFQjCNEuMkdOfRpNRIWDW8ta_E61wjoIMg>
- MELEIS, A. - *Theoretical nursing: Development & Progress.* 2ª Edição. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1991. ISBN 0397548230
- MENDES, F. (*et al.*) – **Necessidades e expectativas de formação dos enfermeiros de cuidados de saúde primários.** *Enfermagem.* 2ª Série. n.º 35/36 (2004) p. 81-88
- MEYER, D. (*et al.*) – *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.* Porto Alegre: Artes médicas, 1998. ISBN 85-7307-370-5
- MEZOMO, J. - *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos.* 1ª Edição. São Paulo: Manole, 2001. ISBN: 9788520412633
- MIGUEL, A. – *Gestão moderna de projectos: Melhores técnicas e práticas.* 2ª Edição. Lousã: FCA. 2006. ISBN 972-722-502-0
- MOREIRA, I. - *O doente terminal em contexto familiar.* Coimbra: Formasau, 2001. ISBN 972-8485-22-0
- MORIN, E. - *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. ISBN 85-286-0764-X
- MORSE, J. - **Concepts of caring and caring as a concept.** *Adv Nurs Sci.* Vol. 13, n.º 1 (1990) p.1-14.
- NIGHTINGALE, F. - *Notes on nursing: what it is and what it is not.* New York: Dover Publications, 1969.
- NUNES, F. – **Tomada de decisão de enfermagem em emergência.** *Nursing.* ISSN 0871-6196. n.º 219 (2007) p. 7-11



- NUNES, L. - **Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem.** *Percursos*. [em linha]. nº 17 (2010), p.3-9. [Consult. a 12 de Março 2012]. Disponível em WWW <URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf>. ISSN 1646-5067.
- NUNES, L. – **Janelas de Aprendizagem ao Longo da Vida.** *Revista Percursos* [em linha]. nº 3 (2007), p.6-22. [Consult. a 5 Abril 2011]. Disponível em WWW: <URL: www.ess.ips.pt/percursos>. ISSN: 1646-5067.
- NUNES, R.; REGO, G. - **Prioridades na Saúde.** Lisboa: McGraw Hill, 2002. ISBN: 972-773-140-6
- OE (Ordem dos Enfermeiros) - **Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato - 1999/2003).** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004
- OE (Ordem dos Enfermeiros) – **Dor: guia orientador de boa prática.** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. [Consult. 25 de Fevereiro 2012] Disponível em WWW <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Texto_Dor_publicacoes.pdf>
- OE (Ordem dos Enfermeiros) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos.** [em linha]. (s. l.): Conselho de Enfermagem, 2001. [Consult. 17 de Fevereiro 2012] Disponível em WWW <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>
- OE (Ordem dos Enfermeiros) – **Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente.** [em linha]. (s.l.): Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2006. [Consult. 13 de Fevereiro 2012] Disponível em WWW <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Mai2006.pdf>
- OLIVEIRA, T.; TAVARES, F. – **Cuidados perioperatórios em Criocirurgia.** *Revista AESOP*. ISSN 0874-8128. Vol. IV, nº 11 (2003) p. A-D.



PEDROTO, I. - **Risco clínico e segurança do doente.** *Nascer e Crescer*. Vol. XV, nº 3 (2006) p. 168-173.

PEREIRA, F. – *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros.* Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5

PINHEIRO, M. – **Procedimentos Seguros Salvem Vidas.** *Revista AESOP*. ISSN 0874-8128. Vol. X, nº 28 (2009) p. 7-9.

PISCO, L. - **Perspectivas sobre a Qualidade na Saúde.** *Qualidade em Saúde*. (2001) p. 4-6.

PISCO, L.; BISCAIA, J. - **Qualidade de cuidados de saúde primários.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. Volume Temático n.º 2 (2001) p. 43-51.

POTTER, P.; PERRY, A. – *Fundamentos de Enfermagem.* 1ª Edição Portuguesa. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-24-0

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. – *Manual de investigação em ciências sociais.* Original publicado em Francês, 1995. Lisboa: Gradiva, 1998. ISBN 978-972-662-275-8

REBELO, T. - **Do fazer ao dizer enfermagem. Que obstáculos?** *Enfermagem*. nº10 (1998) p.14-19

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série - n.º 35 a 18 de Fevereiro de 2011. [em linha]. [Consult. 2 de Fevereiro 2012] Disponível em WWW <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf>

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril de 1996 [em linha]. [Consult. 2 de Junho 2012] Disponível em WWW <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>

RIBEIRO, J. - *Psicologia e Saúde.* 1ª Edição. Lisboa: ISPA, 1998. ISBN 972-8400-07-1

RILEY, J. – *Comunicação em enfermagem.* 4ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN: 978-972-8383-81-7

ROGERS, M. - **Nursing science and the space age.** *Nursing Science Quarterly*. ISSN: 0894-3184. Vol.5, nº1 (1992) p. 27-34.



- ROTHROCK, J. – *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Loures: Lusodidacta, 2007. ISBN 9788536306780
- SÁ-CHAVES, I. - **Construção de conhecimento pela análise reflexiva da praxis**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN: 972-31-0957-3.
- SÁ-CHAVES, I. - **Os “portfólios” reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos**. Porto: Porto Editora, 2005. ISBN: 978-972-0-34737-4
- SEELEY, R.; STEPHENS, T.; TATE, P. – *Anatomia e Fisiologia*. 3ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2001. ISBN 972-96610-5-7
- SERRÃO, D – *Consentimento Informado*. In: ARCHER, L. (et al) - *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. ISBN 972-22-1719-4. p.78-81.
- SERRÃO, D.; NUNES, R. – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 2001. ISBN 972-0-06033-6
- SILVA, C.; SARAIVA, M.; TEIXEIRA, A. - **A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas**. Número Temático 1. Lisboa: Edições Sílabo, 2010. ISBN: 9771647626007
- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE); Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem; Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista*. Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional [em linha]. (s.l.): Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem, 2009 [Consult. 18 Maio 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>>.
- SOARES, C.; TEIXEIRA, A.; ANTÃO, P. - *Análise e gestão de riscos, segurança e fiabilidade*. Vol. 1. Lisboa: Edições Salamandra, 2005. ISBN: 972-689-230-9
- SOUSA UVA, A.,; SOUSA, P.; SERRANHEIRA, F. - **A Segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. Vol. 10. (2010) p.1-2.
- TIPPELT, R.; AMORÓS, A. - **Theory and practice of the project-based method**. *Went – CapacitY Building* [em linha]. (2004) [Consult. 25 de Abril de 2012]. Disponível em



WWW: <URL: http://star-www.inwent.org/starweb/inwent/docs/Lehrbrief_10_engl.pdf>

Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente [em linha]. Ordem dos Enfermeiros, 2006 [Consult. 17 Maio 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf>.

UNAIBODE (União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado) – *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura de qualidade*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-24-x

VIEIRA, M. – *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência*. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. ISBN: 978-972-54-0195-8.

VILELAS, J. - *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Sílabo, 2009. ISBN 978-972-618-557-4

WATSON, J. - *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1988. ISBN 978-0887374173

WERTHER, W.; DAVIS, K. - *Administração de pessoal e recursos humanos*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

WHO (World Health Organization) - *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2009-2009*. 1ª Edição. Geneva: World Health Organization, 2008

WIKSTROM, A.; LARSSON, U. – **ISSUES IN NURSING: Technology – an actor in the ICU: a study in workplace research**. *Journal of Clinical Nursing*. ISSN 1365-2702. nº 13 (2004) p. 555-561.

WU, P. (*et al*) – **Risk of Endophthalmitis After Cataract Surgery Using Different Protocols for Povidone – Iodine Preoperative Disinfection**. *Journal Of Ocular Pharmacology And Therapeutics*. [em linha]. Vol. 22, nº 1 (2006), p. 54-61. [Consult. 13 de Março 2012] Disponível em WWW <URL: http://www.unisinucartagena.edu.co/biblioteca/ofthalmologia/REVISION_TEMA/SEGMENTO_ANTERIOR/CATARATA/CATARATA_ADULTO/ARTICULOS/Catarata_Endoftalmitis.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

DECLARAÇÃO

Para fins curriculares declara-se que o Sr. Enfermeiro Celso Pires Ribeiro, exerce funções neste hospital em regime de contrato sem termo desde 22 de Agosto de 2005 em regime de turnos, no serviço de Bloco Operatório, nas áreas de cirurgia geral, ginecológica e obstétrica, especialidades cirurgicas, nomeadamente c. vascular, c. ortopédica, c. urológica, c. pediátrica, c. de neurocirurgia, c. oftalmológica, c. de otorrino, c. plástica/estética e maxilo-facial.

Exerce funções de responsável de área cirurgica de oftalmologia desde Setembro de 2006, tendo a seu cargo a gestão dos recursos materiais e equipamentos.

Desde o ano de 2008 até à presente data exerceu funções de responsável do serviço por breves períodos em substituição do Enfermeiro responsável.

Setúbal, 28 de Fevereiro de 2012

HOSPITAL DE SANTIAGO
ESPÍRITO SANTO SAÚDE
ENFERMEIRO DIRECTOR


Enfermeiro Director

**ANEXO II – FOLHA DE ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO DE
RELATO DE INCIDENTE CRÍTICO POR PARTE DO
GIARC**

Folha Análise e Acompanhamento de Relato de Incidente Clínico
GIARC

3º Passo – Causas e Delineação de Medidas Correctivas
Porquê?

Para cada problema deve ser analisada a causa e os seus factores precipitantes (institucional ou organizacional, relacionado com o ambiente, com a equipa, com o indivíduo ou com o doente?)

Quais foram os intervenientes e como actuaram perante a situação? (Cronograma de Entrevistas)

Análise de barreiras já existentes que evitem o tipo de incidente e medidas correctivas implementadas pelos intervenientes.

	Causas	Factores Precipitantes	Barreiras Existentes
Problema 1	Falta de Proc. de Planeamento de Peri-operatorio	Institucional	Não existe
Problema 2	Não existia escala de enfermeiros com as competências requeridas. Falha na equipa de enfermagem do peri-operatorio	Organizacional	Regulamento do BO1
Problema 3	Cirurgião considera estar apto para realizar cirurgia, porque refere estar num BO onde existe uma "equipa de enfermagem polivalente peri-operatorio" que o poderia assistir na instrumentação.	Individual	Não Existem NOC institucionais sobre boas práticas em Cirurgia Oftalmológica

4º Passo – Resumo e proposta de Plano de Acção

Que alterações devem ser feitas?

Que lições foram retiradas dos passos anteriores? Que acções devem ser tomadas?

(Problema evitável? - Acção Preventiva

O GIARC promoveu reunião no dia 29 de Setembro de 2011 com a Directora do BO1 (Dra. [REDACTED]) e Enfermeira Chefe do BO1 (Enf. [REDACTED]) e Representante do Director Serviço de Oftalmologia (Dra. [REDACTED]).

Informação de retorno aos intervenientes

[REDACTED]) e Enfermeira Chefe do BO1 (Enf. [REDACTED]) e Representante do Director Serviço de Oftalmologia (Dra. [REDACTED]).

Foram acordados os seguintes p anos de acção:

Folha Análise e Acompanhamento de Relato de Incidente Clínico
GIARC

	Plano de Acção	Responsável	Data de Execução
Problema 1	Realização e implementação do Procedimento de Planeamento de Cuidados Peri-Operatorios no CHS Implementação do Regulamento da Clínica Pré - Anestésica	CAC Director do Departamento de Anestesiologia	Imediato Imediata
Problema 2	Revisão das escalas de enfermagem do BO, integrando elementos com formação adequada na área da Oftalmologia.	Director do BO1 e Enf. Chefe do BO1	Imediata
Problema 3	Elaborar Procedimento de Actuação em caso de Cirurgia Oftalmológica urgente. Equacionar a necessidade de elaborar Normas de Orientação Clínica institucionais sobre actuação em Cirurgia Oftalmológica urgente e programada	Director Serviço De Oftalmologia	3 meses

Acompanhamento: Modo de implementação e follow-up do plano de acção

- O GIARC irá monitorizar/accompanhar a implementação das alterações agora propostas.

A Preencher pelo GIARC	
Relato N.º 202	Follow-up do Plano Acção a: 07/01/2012
ACP n.º 189/11	

**ANEXO III – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM
INSTRUMENTAÇÃO DE VITRECTOMIA**



INSTITUTO **Alcon**

OUTORGA ESTE CERTIFICADO A

Celso Ribeiro

COMO PARTICIPANTE NO CURSO DE

"Instrumentação do Segmento Posterior – Vitrectomia"

(com uma componente teórica de 3 horas)

Paço D'Arcos, 25 de Novembro de 2011

Carlos Melo
Especialista de Segmento Posterior

Alcon

a Novartis company

**ANEXO IV – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO
EORNA**

Certificate



EUROPEAN OPERATING ROOM
NURSES ASSOCIATION

6theorna
congress

SAILING TO THE FUTURE
LISBOA.PORTUGAL.2012

Certificate of Attendance

It is hereby certified that

Celso Ribeiro

has attended the 6th European Congress for Operating Room Nurses in Lisbon, Portugal from the 26th to the 29th April 2012.

Caroline Higgins

Caroline Higgins
EORNA President

Merja Fordell

Merja Fordell
EORNA Vice President
Chairperson of EORNACongress 2012
Scientific Committee

Helena Martins

Helena Martins
Chairperson of EORNACongress 2012
Organizing Committee



EUROPEAN OPERATING ROOM
NURSES ASSOCIATION

6th eorna
congress

SAILING TO THE FUTURE
LISBOA.PORTUGAL.2012

EORNA ACE Certificate

It is hereby certified that

Celso Ribeiro

has accumulated the following number of EORNA ACE
credits:

0.43

at the 6th European Congress for Operating Room
Nurses in Lisbon, Portugal from the 26th to the 29th April
2012.

Caroline Higgins

Caroline Higgins
EORNA President

Merja Fordell

Merja Fordell
EORNA Vice President
Chairperson of EORNACongress 2012
Scientific Committee

Helena Martins

Helena Martins
Chairperson of EORNACongress 2012
Organizing Committee

**ANEXO V – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SEGURANÇA
CONTRA INCÊNDIOS**

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Dec. Reg. Nº 35/2002)

A CONSULFOGO - Consultoria e Formação em Protecção Incêndio, Lda., com sede na Rua Pedro Nunes, Edif. IPN, Quinta da Nora, 3030-199 Coimbra, com número de pessoa colectiva 506248518,

Certifica que Celso Pires Ribeiro, natural de Viana do Castelo, nascido(a) a 31-05-1983, de nacionalidade Portuguesa, sexo masculino, portador(a) de Cartão de Cidadão nº 12270404, válido até 08-10-2014, frequentou no dia 11-10-2011, com a duração total de 1h30 (uma hora e trinta minutos), o Curso de Formação Profissional designado por **“Formação / Sensibilização em Segurança Contra Incêndio em Edifícios de utilização-tipo V (Hospitalares)”**, que decorreu nas instalações do Hospital de Santiago, em Setúbal.

Coimbra, 22 de Dezembro de 2011

O responsável pela entidade formadora,



(António Manuel Condeixa Lourenço Ferreira, Eng.º)

Certificado nº 3054/2011

A Consulfogo é Entidade Formadora Acreditada pela DGERT

PLANO CURRICULAR:

MÓDULO	CARGA HORÁRIA
<ul style="list-style-type: none">1. Enquadramento Legal2. A Segurança Contra Incêndio em Edifícios3. Classes de Fogo4. Agente Extintor5. Meios de 1ª Intervenção6. Sinalização de Segurança7. Estrutura de Emergência do Hospital de Santiago8. Evacuação de pessoas em caso de Incêndio9. Prevenção10. Como agir em caso de incêndio11. Como utilizar um extintor	1,5 Horas

Observações: Não estava prevista avaliação das aprendizagens no presente curso de formação.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DA MARGEM SUL

CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DA MARGEM SUL

O respectivo Hospital da margem sul encontra-se integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e é constituído por dois Hospitais.

A sua área de influência contempla os concelhos de Sines, Santiago do Cacém, Grândola, Alcácer do Sal, Palmela, Sesimbra e Setúbal, apresentando serviços de várias especialidades, e articulando-se com as Instituições de Cuidados de Saúde Primários da sua área envolvente.

Caracterização do Bloco Operatório Central

O BOC trabalha desde Abril de 1998 e encontra-se no primeiro piso do edifício novo do HMS. Tem como missão, servir em segurança os serviços hospitalares na prossecução das suas atividades cirúrgicas e de ensino médico e de enfermagem pré, intra e pós-operatório.

O BOC é constituído por seis salas operatórias, sendo que quatro funcionam com cirurgia programada convencional, uma sala com cirurgia de urgência, e a restante para cirurgia de ambulatório. Existe uma sala de pré-anestesia para cada duas salas de cirurgia convencional, excepto a sala de urgência e ambulatório, que tem sala de pré-anestesia individual.

A UCPA situa-se dentro do espaço físico do BOC mas está sob a direção e a responsabilidade do departamento de Anestesiologia. Esta unidade tem uma ocupação de seis camas, onde os clientes permanecem durante o tempo necessário pós intervenção anestésica/cirúrgica, sendo posteriormente transferidos para o serviço de internamento/urgência.

Nos turnos da manhã realizam-se cirurgias programadas convencionais e ambulatórias, cirurgia de urgência e emergência. Nos turnos da tarde e noite realizam-se cirurgias de urgência e emergência.

As especialidades cirúrgicas existentes são: Cirurgia de urgência, incluindo Ortopedia/traumatologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Ginecologia; Urologia; Otorrinolaringologia; Cirurgia Plástica; Estomatologia e Oftalmologia.

A Equipa de Enfermagem é constituída por quarenta e três Enfermeiros no Bloco Operatório e quinze Enfermeiros na UCPA.

A complexidade do serviço, aliada ao avanço científico-tecnológico exige longos períodos de integração, por parte do enfermeiro recém-chegado, para que fique dotado do máximo de competências possíveis e necessárias a uma prestação de cuidados específicos e de excelência,

nas três fases do percurso cirúrgico – pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório.

Como membro da equipa multidisciplinar, o Enfermeiro de Bloco Operatório tem funções independentes e interdependentes da restante equipa, nomeadamente as funções de Enfermeiro de apoio à Anestesia, Enfermeiro Circulante, Enfermeiro Instrumentista, e/ou Enfermeiro da UCPA.

Sumariamente, são apresentadas as principais funções dos enfermeiros na sala operatória.

O Enfermeiro de apoio à Anestesia:

- Realiza o Acolhimento do cliente no Bloco Operatório;
- Verifica o funcionamento de todo o equipamento necessário à Anestesia;
- Prepara os fármacos necessários para a anestesia, segundo indicação do Anestesista;
- Colabora com o Anestesista e realiza procedimentos de Enfermagem durante a anestesia;
- Realiza registos de Enfermagem em papel e por meio informático, com registo dos gastos (EKABAN);
- Colabora na transferência do cliente para a UCPA, UCI e Enfermaria;
- Transmite informações orais e escritas que permitam a continuidade dos cuidados.

O Enfermeiro Circulante:

- Verifica o plano operatório e planeia cuidados;
- Prepara e testa todo equipamento necessário à cirurgia;
- Colabora na preparação da mesa cirúrgica, cumprindo a técnica asséptica;
- Colabora no posicionamento do cliente;
- Colabora com o Enfermeiro Instrumentista e restante equipa cirúrgica;
- Realiza contagem de compressas, suturas e instrumentos segundo protocolo;
- Acondiciona, rotula e providencia o envio de amostras cirúrgicas para laboratório;
- Prepara material de penso e drenagem se necessário;
- Faz registos em papel e meio informático, nomeadamente preenchimento da folha de verificação de cirurgia segura e registo de consumíveis no programa EKABAN.
- Colabora na transferência do cliente;
- Prepara a sala para a cirurgia seguinte.

O Enfermeiro Instrumentista:

- Prepara o arsenal cirúrgico e equipamento em conjunto com o Enfermeiro Circulante;
- Realiza lavagem cirúrgica das mãos, veste bata e calça luvas;
- Prepara a mesa cirúrgica;
- Colabora com a restante equipa cirúrgica;
- Colabora na preparação do campo operatório;
- Mantêm a organização da mesa cirúrgica e técnica asséptica cirúrgica;
- Realiza com segurança a passagem dos instrumentos cirúrgicos;
- Realiza contagem das compressas, de instrumental cirúrgico e corto perfurantes;
- Realiza a colocação de penso cirúrgico;
- Retira material da mesa cirúrgica e coloca em contentores próprios;
- Retira bata e luvas;
- Comunica aos Assistentes Operacionais os cuidados necessários a ter com material específico;
- Prepara a sala para cirurgia seguinte.

APÊNDICE II – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

equipamentos envolvidos, os enfermeiros do BOC, apresentam necessidades de formação nas funções de circulação e instrumentação nesta técnica cirúrgica.

Análise do problema:

A equipa de enfermagem do BOC é composta na totalidade por quarenta e três enfermeiros, subdivididos em duas áreas, gestão e prestação de cuidados, sendo a primeira da responsabilidade da Enfermeira Chefe [REDACTED], e a segunda assegurada pelos restantes quarenta e dois enfermeiros.

Estes últimos enfermeiros estão distribuídos por cinco equipas, constituídas por quatro elementos cada.

Realizam horário de trabalho por turnos para salvaguardarem as situações cirúrgicas de urgência, e uma equipa executa horário fixo (manhãs) constituída por 22 enfermeiros.

A distribuição de enfermeiros por sala, rege-se pelas diretrizes da AESOP (2006), sendo o rácio de 3 elementos: enfermeiro instrumentista, enfermeiro circulante e enfermeiro de apoio à anestesia.

O começo do diagnóstico de situação foi realizado através de uma entrevista exploratória com a Sr.ª Enf.ª Chefe e Sr.ª Enf.ª Orientadora e, simultaneamente, responsável pela área da formação.

Este instrumento de diagnóstico revelou ser essencial visto ser “(...) *um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.*” Fortin (1999:245)

Fruto desta entrevista, surgiram algumas necessidades sentidas pelos serviço e respectiva equipa, sendo que a questão envolta da cirurgia de Vitrectomia, foi referida de carácter prioritário.

O testemunho da Sr.ª Enf.ª Chefe, foi uma importante para fundamentar a pertinência deste projeto, visto que ao longo da entrevista ter dado conhecimento de uma folha de análise e acompanhamento de relato de incidente crítico por parte do GIARC (Grupo de Intervenção e Análise de Risco Clínico), com data de análise de 7 de Outubro de 2011 (Anexo II), sobre uma cirurgia de Vitrectomia que não foi realizada por diversos factores. Um dos factores era a inexistência na equipa de enfermagem que se encontrava de urgência, de enfermeiros com as competências requeridas. O plano de ação sugerido pelo GIARC perante este problema, é o da revisão das escalas de enfermagem, integrando elementos com formação adequada na área oftalmológica, especificamente Vitrectomia, e a data de execução do mesmo plano deve ser imediata.

Desta forma, tenho a concordância da Sr.ª Enf.ª [REDACTED], que considera o projeto uma necessidade para o serviço, pela falta de enfermeiros com integração específica nesta área.

Decidi igualmente entrevistar Sr.º Enf.º Responsável pela Oftalmologia, assim como a Sr.ª Enf.ª que se encontra a terminar a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e cujo projeto se centrou na área da cirurgia oftálmica de Facoemulsificação, tendo confirmado a pertinência do projeto. Segundo Quivy (1998, p.71) “*a segunda categoria de interlocutores recomendados para as entrevistas exploratórias é a das testemunhas privilegiadas. Trata-se de pessoas que, pela sua posição, ação ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema.*”

Posteriormente, e apesar de já se encontrar um problema devidamente definido e com

um plano de ação traçado pelo GIARC, utilizei a metodologia SWOT para analisar a situação. Esta terminologia resulta da conjugação das iniciais das palavras *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). Esta análise SWOT estabeleceu uma importante ferramenta de apoio capaz de reduzir as áreas de incerteza relacionadas com a implementação deste projeto. Permitiu a definição de uma estratégia relevante para este contexto de estágio, conduzindo à maximização das oportunidades do ambiente, construídas sobre os pontos fortes do serviço e à minimização das ameaças e redução do efeito dos pontos fracos.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

A equipa de enfermagem do BOC, apresenta necessidades de integração e formação na área da cirurgia de Vitrectomia, mais concretamente, nas funções de circulação e instrumentação.

A cirurgia de Vitrectomia, tem programas cirúrgicos para 2 dias da semana. Atualmente, apenas 3 enfermeiros possuem integração nesta valência, o que implica que estejam sempre os mesmos enfermeiros na sala.

Em síntese:

- Insuficientes enfermeiros com formação na área da cirurgia de Vitrectomia;
- Insuficientes enfermeiros com integração nas funções de circulação e instrumentação na área da cirurgia de Vitrectomia;
- Exaustão dos enfermeiros que se encontram devidamente integrados, e que permanecem continuamente nas cirurgias programadas desta valência;
- Possibilidade de ocorrência de Vitrectomias em situação de urgência e não existir enfermeiros devidamente formados na respectiva equipa de enfermagem.

Determinação de prioridades

A equipa de enfermagem do BOC, apresenta necessidades de formação e integração em diversas áreas cirúrgicas, todavia, a ocorrência de um problema anterior no âmbito de uma cirurgia de Vitrectomia, e pelas limitações temporais, foi decidido como prioridade, dar resposta a esta situação de forma atempada. Sendo assim, o projeto de intervenção que me comprometo desenvolver, tem como prioridade, a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a Vitrectomia.

Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema).

OBJECTIVO GERAL:

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a Vitrectomia no Hospital [REDACTED] E.P.E.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Contribuir para a formação dos enfermeiros nas funções de circulação e instrumentação na cirurgia de Vitrectomia;
- Integrar os enfermeiros do BOC nas funções de circulação e instrumentação na cirurgia de Vitrectomia;
- Avaliar o processo de integração dos enfermeiros do BOC nas funções de circulação e instrumentação na cirurgia de Vitrectomia.

Referências Bibliográficas:

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à prática de cuidados*. Loures: Lusodidacta, 2006.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª Série – Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, Regulamento nº 122/2011 – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª Série – Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, Regulamento nº 124/2011 – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.
- FORTIN, Marie-Fabienne - *O processo de investigação. da concepção à realização*. Original publicado em Francês, 1996. Loures: Lusociência, 1999.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - *Manual de investigação em ciências sociais*. Original publicado em Francês, 1995. Lisboa: Gradiva, 1998.
- ROTHROCK, Jane – *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Loures: Lusodidacta, 2007.

Data 30/11/2011

Assinatura: Celso Pires Ribeiro

APÊNDICE III – ANÁLISE SWOT

A análise de *SWOT* constituiu uma etapa de análise, onde foram examinados factores facilitadores e inibidores do projeto, sob uma leitura interna das minhas forças e debilidades e uma externa das oportunidades e ameaças do contexto.



Pela análise *SWOT* é possível concluir que o projeto de estágio é viável.

APÊNDICE IV – MAPA DO PLANEAMENTO DO PROJETO

Estudante: Celso Pires Ribeiro	Orientadora: Enfermeira Quitéria Lameiras
Instituição: [REDACTED]	Serviço: Bloco Operatório Central
Título do Projeto: Boas Práticas de Enfermagem à pessoa submetida a Vitrectomia	
OBJETIVOS (Geral e Específicos, centrados na resolução do problema)	
OBJECTIVO GERAL:	
<ul style="list-style-type: none">• Contribuir para a integração dos enfermeiros no Bloco Operatório Central, a fim de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a Vitrectomia no [REDACTED]	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar um guia de integração da cirurgia de Vitrectomia, para os enfermeiros do Bloco Operatório Central;• Contribuir para a formação dos enfermeiros nas funções de circulação e instrumentação na Vitrectomia.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<ul style="list-style-type: none">• Prof.^a. Maria de Lurdes Martins, como <u>docente</u>;• Enf.^a Quitéria Lameiras, como <u>orientadora do projeto e responsável da área de formação no BOC</u>;• Enf.º [REDACTED], como <u>responsável da área de oftalmologia no BOC</u>;• Enf.^a. [REDACTED], como <u>responsável coordenadora do BOC</u>;• Equipa de enfermagem do BOC.	
Data: 30/11/2011	Assinatura: Celso Pires Ribeiro

Objectivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver		Recursos		Indicadores de Avaliação
	Humanos	Materiais	Tempo		
<p>1. Elaborar um guia de integração da cirurgia de Vitrectomia, para os enfermeiros do Bloco Operatório Central.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre a elaboração de procedimentos de integração para enfermeiros; • Pesquisa bibliográfica sobre a cirurgia de Vitrectomia; • Elaborar o guia de integração da cirurgia de Vitrectomia destinado aos enfermeiros do BOC; • Apresentar o guia de integração à enfermeira orientadora, docente e coordenadora de enfermagem do serviço; • Apresentar o guia de integração à equipa de enfermagem do BOC; • Integrar enfermeiros nas funções de circulação e instrumentação na cirurgia de Vitrectomia; • Avaliar o processo de integração dos enfermeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prof.^a Maria de Lurdes Martins; • Enf.^a Quitéria Lameiras; • Enf.^o [REDACTED]; • Enf.^a [REDACTED]; • Equipa de enfermagem do BOC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material informático ; • Guia de integração. 	<p>Apresentação no cronograma seguinte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comentários da enfermeira orientadora, docente, equipa de enfermagem e coordenadora de enfermagem do BOC; • Comentários dos enfermeiros em processo de integração; • Aumento do número de enfermeiros integrados nas funções de circulação e instrumentação na Vitrectomia; • Observação participante no BOC para avaliação das práticas diárias da equipa de enfermagem, nestas funções.

<p>2. Contribuir para a formação dos enfermeiros nas funções de circulação e instrumentação na Vitrectomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica; • Elaboração do plano da formação; • Realização de um workshop com os seguintes conteúdos programáticos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anatomia e fisiologia do olho; ○ Patologias mais frequentes; ○ Preparação do material cirúrgico; ○ Equipamento cirúrgico e princípios básicos de funcionamento; ○ Etapas do procedimento cirúrgico. • Avaliação da formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf.^a Quitéria Lameiras; • Enf.º [REDACTED]; • Enf.^a [REDACTED]; • Equipa de enfermagem do BOC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material informático ; • Material de Vitrectomia . 	<p>Apresentação no cronograma seguinte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação após a realização do workshop; • Observação participante no BOC para avaliação das práticas diárias da equipa de enfermagem.
---	---	--	---	--	---

CRONOGRAMA

MESES	SETEMBRO				OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				MARÇO				ABRIL				MAIO				JUNHO				JULHO			
	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA								
ACTIVIDADES																																												
Diagnóstico de Situação																																												
Elaboração das estratégias de intervenção																																												
Pesquisa bibliográfica																																												
Elaboração do guia de integração de enfermeiros																																												
Apresentação e implementação do guia																																												
Aumento do número de enfermeiros integrados																																												
Avaliação do processo de integração dos enfermeiros																																												
Elaboração do plano da formação.																																												
Realização do workshop																																												
Avaliação da formação																																												
Avaliar os efeitos da intervenção nas práticas da equipa de enfermagem																																												
Elaboração do relatório																																												
OBJ. ESPECIFICO 1	Pausa Lectiva																																											
OBJ. ESPECIFICO 2	Pausa Lectiva																																											

Orçamento:

O orçamento estimado para este projeto é de, sensivelmente, 300€, e estão envolvidos os seguintes recursos materiais:

- Tinteiros para impressora;
- Duas resmas de papel;
- Gasóleo para transportes;
- Portagens.

Recursos Humanos:

A necessidade de recursos humanos suplementares para a implementação deste projeto, prendem-se com o facto da colaboração de um técnico representante do equipamento de Vitrectomia, neste caso da empresa *Alcon®*, para a realização da formação.

Recursos Materiais:

- Material informático;
- Material didático para distribuir aos enfermeiros em integração.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

A gestão de tempo semanal poderá ser um constrangimento a surgir durante o percurso deste projeto de intervenção, pois procedendo à análise do tempo despendido por semana, para a realização das minhas atividades quotidianas, permiti-me identificar áreas nas quais poderei rentabilizar devidamente o tempo

Categorias	Número de horas despendidas
Dormir	49
Atividade Profissional	40
Atividades Curriculares (14 horas na ESS; 167 horas contacto em estágio – 11/ semana (CE) e 251 horas de trabalho do formando – 15/ semana (TF))	40
Família	8
Refeições	10
Deslocações/Viagens	10
Cuidados de Higiene	8
Atividades Lúdicas	8
Atividades Domésticas	4
Total:	177
Total de horas/semana:	168

A análise do tempo gasto por semana revela que as atividades do quotidiano consomem mais tempo do que o pretendido, exigindo uma gestão temporal adequada. Serão as categorias dormir e atividades lúdicas a ser alvo de algum reajustamento, no sentido de uma organização semanal eficaz.

Data: 30/11/2011 **Assinatura:** Celso Pires Ribeiro **Docente:** Maria de Lurdes Martins

**APÊNDICE V – MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMAGEM EM
OFTALMOLOGIA - VITRECTOMIA**



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde

porque
Escolas melhores, os

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

I MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS EM OFTALMOLOGIA

REALIZAÇÃO:

- Celso Pires Ribeiro

ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA:

- Quitéria Lameiras

DOCENTE RESPONSÁVEL:

- Lurdes Martins

SETÚBAL | Fevereiro, 2012



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS EM OFTALMOLOGIA

ENFERMAGEM OFTALMOLÓGICA (SEGMENTO POSTERIOR) EM BLOCO OPERATÓRIO

Bloco Operatório Central de um Hospital da Margem Sul do Rio Tejo

REALIZAÇÃO:

- Celso Pires Ribeiro:
Estudante n.º
100519016

ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA:

- Quitéria Lameiras

DOCENTE RESPONSÁVEL:

- Lurdes Martins

SETÚBAL | Fevereiro, 2012

Agradecimentos

Pela sua colaboração e dedicação, presto os meus agradecimentos a:

C. E.	Enfermeira Chefe do Bloco Operatório do Hospital da Margem Sul
D. M.	Cirurgião Oftalmológico do Bloco Operatório do Hospital da Margem Sul
Lurdes Martins	Docente da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico em Setúbal
M. C.	Cirurgiã Oftalmológica do Bloco Operatório do Hospital da Margem Sul
M. de C.	Enfermeira no Bloco Operatório do Hospital da Margem Sul
Quitéria Lameiras	Enfermeira Especialista no Bloco Operatório do Hospital da Margem Sul
V. R.	Enfermeiro no Bloco Operatório do Hospital da Margem Sul

Siglas/Abreviaturas

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - *Association of Operating Room Nurses*¹

BO – Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

BSS - *Balanced Salt Solution*²

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EN – *European Norm*³

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

ERC - European Resuscitation Council

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*⁴

HMS – Hospital da Margem Sul

ICN - International Council of Nurses⁵

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ml – mililitro

mg - miligrama

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*⁶

TASS - *Toxic Anterior Segment Syndrome*⁷

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

WHO – *World Health Organization*⁸

¹ Associação de Enfermeiras Perioperatórias Registadas

² Solução Salina Balanceada

³ Norma Europeia

⁴ Associação Europeia de Enfermeiros de Sala de Operações

⁵ Conselho Internacional de Enfermagem

⁶ Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças

⁷ Síndrome Tóxico do Segmento Anterior

⁸ Organização Mundial de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	9
1. REFERENCIAL CONCEPTUAL	10
CAPÍTULO II – PRÍNCÍPIOS DE CIRURGIA OFTALMOLÓGICA EM SEGMENTO POSTERIOR	14
1. REVISÃO ANATOMOFISIOLOGICA	15
1.1 PATOLOGIAS E COMPLICAÇÕES DO SEGMENTO POSTERIOR	17
1.2 INDICAÇÃO CIRÚRGICA	20
2. ANESTESIA E POSICIONAMENTO	22
3. PRÍNCÍPIOS DA TÉCNICA CIRÚRGICA	23
3.1 ANTISSEPSIA CUTÂNEA	23
3.2 CAMPO CIRÚRGICO.....	24
3.3 DISPOSITIVOS MÉDICOS	25
3.3.1 SISTEMAS DE VISUALIZAÇÃO.....	25
3.3.2 EQUIPAMENTO DE VITRECTOMIA	27
3.3.3 LASER	29
3.3.4 CRIOTERAPIA.....	30
3.3.5 MICROPINÇAS DE PREENSÃO E TESOURAS DE MEMBRANAS DESCARTÁVEIS	30
3.3.6 CÂNULA DE CHARLES ACTIVA E PASSIVA	31
3.3.7 FIOS DE SUTURA	31
3.3.8 COMPRESSAS	31
3.3.9 IMPLANTES	32
3.4 FÁRMACOS UTILIZADOS	32
3.4.1 GASES EXPANSÍVEIS.....	32
3.4.2 SOLUÇÃO DE IRRIGAÇÃO INTRA-OCULAR ISOTÓNICA	32
3.4.3 PERFLUORCARBONO OU PERFLUOROCTANO (LÍQUIDO PESADO).....	33
3.4.4 CROMOVITRECTOMIA - CORANTES.....	33
3.5 PREPARAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE VITRECTOMIA.....	34
3.6 PASSOS GERAIS DA CIRURGIA	35
3.7 ENCERRAMENTO E PENSO CIRÚRGICO.....	38
CAPÍTULO III – GESTÃO DO RISCO	40
1. PROCEDIMENTOS SEGUROS SALVAM VIDAS	41
1.1 PREVENÇÃO DA INFECCÃO DO LOCAL CIRÚRGICO	42
1.2 EQUIPAS CIRÚRGICAS SEGURAS	46
1.3 REANIMAÇÃO INTRA-HOSPITALAR	47
NOTA CONCLUSIVA	51
REFERÊNCIAS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS	54
ANEXOS.....	56
ANEXO I – GUIA DE CONFIGURAÇÃO DO EQUIPAMENTO <i>CONSTELLATION</i>[®]	57
APÊNDICES	58
APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DA MARGEM SUL.....	59
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA.....	62
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO.....	63
APÊNDICE IV – FICHA CIRÚRGICA PARA VITRECTOMIA 20G NO CONTEXTO DO BOC DO HMS	64
APÊNDICE V – EXEMPLO DE GUIA DE ALTA PARA CIRURGIA DE VITRECTOMIA.....	66
APÊNDICE VI – PLANO E DIAPOSITIVOS DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE SEGMENTO POSTERIOR.....	67
APÊNDICE VII – PLANO E DIAPOSITIVOS DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE EVACUAÇÃO DE CLIENTES	68
APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO RESPONDIDOS, SUA RESOLUÇÃO E ANÁLISE DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE EVACUAÇÃO DE CLIENTES.....	69

Índice de Figuras

Figura 1 - Anatomia do Globo Ocular	15
Figura 2 - Meio Refractivo	16
Figura 3 - Músculos Óculomotores.....	16
Figura 4 – Fundo Ocular Normal (Mácula)	17
Figura 5 - Fundo Ocular Normal (Ponto Cego).....	17
Figura 6 - Descolamento de Retina Regmatógeno	18
Figura 7 - Descolamento de Retina Traccional	18
Figura 8 - Descolamento de Retina Exsudativo	19
Figura 9 - Retinopatia Diabética	20
Figura 10 - Retinopexia.....	21
Figura 11 - Campo Cirúrgico	24
Figura 12 – <i>Checklist</i> para cirurgia de Vitrectomia 23G no contexto do BOC do HMS.....	25
Figura 13 - Microcópico.....	26
Figura 14 – BIOM, colocado no microscópio	26
Figura 15 - BIOM desmontado	27
Figura 16 - Lentes de Contacto	27
Figura 17 - Equipamento de Vitrectomia.....	28
Figura 18 - Exemplo da utilização dos três instrumentos essenciais à Vitrectomia	29
Figura 19 - Fundo ocular após aplicação de Laser	30
Figura 20 - Micropinças de apreensão e tesouras de membrana	31
Figura 21 - Cânula de Charles	31
Figura 22 - Perfluorooctano no fundo ocular	33
Figura 23 - Utilização de Membrane Blue	33
Figura 24 - Triancinolona	34
Figura 25 - Exemplo de Kit para Vitrectomia 20G.....	35
Figura 26 - Exemplo de Kit para Vitrectomia 23G.....	35
Figura 27 – Endoiluminação	36
Figura 28 - Fixação de uma cânula de infusão com fio de sutura.....	37
Figura 29 - Vitrectomia 23G.....	38
Figura 30 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	41
Figura 31 - Modelo Conceptual dos cinco momentos para a higiene das mãos	44
Figura 32 - Técnica de fricção das mãos com solução anti-séptica de base alcoólica	45
Figura 33 - Algoritmo da abordagem inicial da paragem cardíaca intra-hospital (Adaptado de ERC, 2010)	48

INTRODUÇÃO

O processo de **integração** deve pressupor um estágio, que surge como um ocasião singular para obtenção de aprendizagens, consolidação dos conhecimentos adquiridos, e reflexão sobre a nossa prática profissional.

Pressupõe, simultaneamente, o desenvolvimento de **competências especializadas**, colocando em prática, em determinadas situações profissionais, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e de atitudes passíveis de serem decompostos em saberes, saber-fazer e saber-ser ou saber-estar (Carvalho, 2003).

O **enfermeiro especialista**, deve então desenvolver um papel diferenciado dos restantes enfermeiros, pois *“o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”*, tal como está previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, replicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

Inserido no I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no segundo semestre do ano lectivo 2011/2012, foi-me solicitado a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço, no Bloco Operatório Central (BOC) de um Hospital da margem sul (HMS) do Rio Tejo, encontrando-se a sua caracterização em apêndice (Apêndice I).

Partindo do princípio que o estudante é um agente ativo no seu percurso formativo, numa lógica integrativa de reflexão e ação, assumida pelo Modelo de Trabalho Pedagógico 3 - MTP3 (Lesne, 1977), procedi à identificação de áreas de interesse a intervir, mediante um diagnóstico de situação.

A especificidade de um serviço de Bloco Operatório, com um contínuo avanço científico e tecnológico ao nível de técnicas cirúrgicas e anestésicas, requer ao enfermeiro perioperatório, uma actualização teórico-prática constante. Após a realização do diagnóstico da situação, foi encontrada a situação-problema que me propus a trabalhar, planeando o desenvolvimento do meu projeto na área da cirurgia oftalmológica, na integração de enfermeiros na área da cirurgia de segmento posterior.

No que respeita ao presente **manual**, este surge com o **objectivo geral** de partilhar entre os profissionais do bloco operatório, referências e procedimentos corretos para a promoção da melhoria contínua da segurança do cliente submetido a cirurgia oftalmológica, em segmento posterior.

A complexidade de diversos equipamentos, utilizados em contexto de cirurgia oftalmológica, exigem por parte do enfermeiro perioperatório, uma atenção redobrada no seu desempenho, seja ao nível das funções de circulação ou instrumentação, por forma a responder às necessidades, com a devida precisão e antecipação de susceptíveis falhas.

Este processo implica um autodesenvolvimento contínuo, e uma actualização constante, sustentado em fundamentação baseada na evidência, e não na simples rotina da prática de cuidados.

A estrutura do presente manual encontra-se dividido em **três capítulos**. Após a presente introdução, procederei no primeiro capítulo a um breve enquadramento acerca do processo de integração de elementos, com algumas referências conceptuais. No segundo capítulo, encontram-se descritos os principais princípios gerais da cirurgia oftalmológica em segmento posterior. O terceiro, e último capítulo, refere-se à gestão de risco, inerente a este procedimento cirúrgico. Termina com uma breve conclusão.

Esta obra pretende ser um instrumento útil para profissionais em processos de integração, e até mesmo aos profissionais experientes que entendam como necessidade uma autoformação nesta área específica.

A produção deste manual baseou-se no novo acordo ortográfico.

CAPÍTULO I – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

No presente capítulo, encontram-se abordadas as necessárias referências conceituais, para o devido suporte ao processo de desenvolvimento de competências, no que concerne ao processo de integração.

1. REFERENCIAL CONCEPTUAL

A situação económica mundial, apresenta um período de grande instabilidade, sendo que estas adversidades têm influência direta e indireta com a saúde, e as suas respectivas políticas são direcionadas, cada vez mais para a redução de custos. Esta realidade traduz-se em repercussões ao nível dos recursos humanos das instituições, e quando diz respeito a estas de contratar profissionais de Enfermagem, as mesmas instituições devem proporcionar uma **integração adequada** com vista à optimização das suas competências. Os instrumentos adequados para tal serão **manuais de integração**, com os respectivos programas e objectivos especificados, pois embora os profissionais tenham qualificação, estes têm a necessidade de entender os procedimentos e políticas da organização, e serem preparadas para executar as suas funções (Wherther e Davis, 1983).

Um correto programa de integração apresenta vantagens como a redução do período de adaptação, ou a diminuição da necessidade de penalizações, devido ao desconhecimento de regulamentos das instituições. Outra vantagem é a fixação por vontade própria dos mesmos elementos nos seus locais de trabalho, pois altos índices de *turnover*, revelam custos avultados para a instituição (Chiavenato, 1989). No processo de integração devem-se partilhar experiências, que destaquem as competências dos profissionais, pois o verdadeiro sucesso organizacional está em partilhar as informações com os diferentes níveis (Drucker, 1997).

O **processo de integração** é considerado como o que mais dúvidas e medos suscita nos profissionais recém-admitidos em determinado serviço, e como tal, programas de integração eficientes resultam em maior produtividade, menos atritos e maior satisfação do profissional, devendo dividir-se em três fases: **Indução, Orientação e Socialização** (Marquis e Huston, 1999).

A **indução** é considerado o processo que abrange as atividades que instruem o novo profissional acerca das políticas e procedimentos da organização, emprego e pessoal, em que a obtenção das informações adequadas é o aspecto mais relevante. A existência de manuais é fundamental na indução, sendo que as informações neles incluídas devem ser debatidas por várias pessoas (Marquis e Huston, 1999). Tal facto salienta a importância dos manuais de integração, visto que os profissionais têm a necessidade constante de investigação e formação, numa fase posterior, ao processo de indução.

A **orientação** proporciona atividades específicas ao cargo a desempenhar, com o propósito de fazer com que o profissional se sinta parte integrante da equipa, influenciando a sua aceitação e motivação. A tendência mais contemporânea no que respeita a esta fase, é a de que um serviço de enfermagem deve assumir uma maior responsabilidade pela orientação individualizada (Marquis e Huston (1999).

A fase da **socialização** utiliza poucas informações estruturadas, e representa-se por compartilhar valores e atitudes da organização. Autores descreveram situações em que ocorrem processos de ressocializações, como por exemplo, enfermeiros experientes mas que mudam de local de trabalho, ou um enfermeiro que assume novos papéis. No que respeita às dificuldades na socialização podem-se descrever a incapacidade para atender às obrigações do papel, ou deficiências de motivação (Marquis e Huston, 1999).

Na atualidade, as pessoas que exerçam Enfermagem devem estar conscientes da importância da sua profissão, e conseqüentemente, devem ter conhecimento das noventa e seis **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais** aprovadas pelo Conselho de Enfermagem, desenvolvendo a sua prática em três grandes domínios: a prática profissional, ética e legal; a prestação e gestão de cuidados; e o desenvolvimento profissional.

A sua prática deve estar, simultaneamente, em consonância com o **Código Deontológico de Enfermagem, e com o REPE**, para que o profissional de Enfermagem apresente segurança nas funções que desempenha, com a responsabilização que lhe é inculcada.

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

A **visibilidade** da prática profissional de Enfermagem, com qualidade e rigor, depende de vários factores. Um dos quais refere-se à pessoa que se torna enfermeiro, e aos seus princípios e valores, pois esta profissão tem uma tripla orientação no que diz respeito ao que se realiza em nome do ser humano (*ética*), em nome da profissão (*deontologia*) e em nome da sociedade (*moral*) (Lopes e Nunes, 1995). A formação de base da profissão, pode ser considerado a outro factor, sendo de extrema importância o papel das escolas de enfermagem, pois a estas compete, não só o desenvolvimento de capacidades nos domínios cognitivo, mas também por inculcar aos seus estudantes, o brio e empenho pela profissão, para que os futuros enfermeiros se tornem exemplares. Outro factor diz respeito ao processo de integração dos profissionais de Enfermagem. A natureza da profissão, não permite que esta seja simplesmente adquirida através de uma qualificação, exige, um espírito, genuinamente humano, expressado pela preocupação e o respeito pelo outro (Hesbeen, 2000).

Benner (2005) nos seus trabalhos, observou as diferenças entre o conhecimento prático e teórico, e como estes eram incluídos na perícia. As conclusões indicaram que a experiência é condição necessária para a perícia, pois é necessário experimentar propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real, surgindo assim, o **Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências** aplicado à Enfermagem.

O presente modelo determina que, na aquisição e no desenvolvimento de competências, o profissional atravessa por cinco níveis sucessivos de proficiência: **iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito**. Estes níveis distintos precedem de mudanças, em três aspectos gerais, que se apresentam aquando da obtenção de uma competência. O primeiro diz respeito à transmissão de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a alteração do modo como o profissional se apercebe de uma situação, integrando o processo como um todo; e o terceiro

aspecto considera a passagem de observador desligado a executante envolvido (Benner, 2005).

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

A concretização destas mudanças de níveis devem ocorrer com o acompanhamento do novo elemento, no caso deste projeto, na área da especialidade cirúrgica, por parte de enfermeiros mais experientes, com base num correto programa de integração.

A Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), em 1978, enuncia pela primeira vez que, o **enfermeiro perioperatório** “(...) *identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociologias do individuo, põe em pratica um plano de cuidados individualizado que coordene as suas acções (...) afim de restabelecer ou conservar a saúde e bem estar do individuo, antes, durante e após a cirurgia*” (AESOP, 2006, p.6)

A AESOP preconiza um modelo de formação avançada de Enfermagem Perioperatória, que necessita de uma interação de funções do enfermeiro enquanto **prestador de cuidados, advogado do doente, líder, investigador, educador e gestor** (AESOP, 2006)

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

As diversas referências teóricas, ressaltam a importância na necessidade de integrar os novos elementos, de uma forma dinâmica e sustentada.

A **integração** representa uma das “(...) *atividades básicas da administração de recursos humanos cujo objectivo visa o ajustamento adequado dos profissionais à instituição.*” (AESOP, 2006, p.284).

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

A **integração num serviço como o Bloco Operatório**, nomeadamente na prestação de cuidados de saúde diferenciados, obriga ao formando uma flexibilidade conceptual e metodológica, e uma visão integrada dos cuidados, para rentabilizar o desenvolvimento de competências de modo eficaz e eficiente. Este processo necessita de um período cronológico alargado, pelo grau de abrangência e condicionamento multifactorial subjacentes, pois “... *todos os enfermeiros que vão ocupar um novo lugar ou função, independentemente da sua categoria, preparação ou experiência, necessitam de passar por um período de integração que facilitará a sua adaptação ao cargo que irão desempenhar*”. (AESOP, 2006, p.285)

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

A **durabilidade do período de integração** deve ser validada particularmente, pois pode diversificar-se consoante as competências e experiência contraída em contexto de trabalho, no exercício das suas novas funções. (AESOP, 2006). O profissional de enfermagem é responsável pelo seu processo de integração, participando ativamente na sua aprendizagem, aumentando espírito crítico, criatividade, e pedindo elucidações quando necessário.

O modelo do programa de integração em Bloco Operatório, preconizado pela AESOP encontra-se dividido em quatro fases: **Acolhimento/Observação, Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista.**

No que respeita à quarta fase, que corresponde ao processo de integração do enfermeiro na instrumentação, esta “(...) *tem a duração de seis meses*”. (AESOP, 2006, p.294), duração esta que corresponde a todo o tempo de integração no que respeita às quatro fases, caso seja na integração para enfermeiros com experiência em bloco operatório. Nesta fase, deseja-se que o integrando desenvolva conhecimentos técnico-científicos que lhe consintam prever e antecipar as necessidades do cliente e equipa cirúrgica.

No final de qualquer uma das fases, como por exemplo na fase final do período de instrumentação, devem ser preenchidas **fichas de avaliação** (Apêndice II) para saber se o profissional alcançou destreza manual e intelectual que permitam a resolução de problemas básicos bem como um bom desempenho profissional. O integrando deve, simultaneamente, sugerir alterações que possam ser acrescentadas, no sentido de melhorar o respectivo programa, na **ficha de avaliação total do programa de integração** (Apêndice III).

O objectivo principal do processo de integração deve ser de “(...) *integrar o melhor possível no mais curto espaço de tempo (...)*” (AESOP, 2006, p.291), apesar deste processo só se encontrar concluído quando o integrando sentir que se encontra em condições de dar resposta aos objectivos estabelecidos.

CAPÍTULO II – PRÍNCÍPIOS DE CIRURGIA OFTALMOLÓGICA EM SEGMENTO POSTERIOR

Devido à singularidade da cirurgia oftalmológica em segmento posterior, e da complexidade do material e equipamentos envolvidos, os enfermeiros perioperatórios apresentam necessidades de formação nas funções de circulação, e essencialmente, na instrumentação nestas técnicas cirúrgicas.

O presente capítulo refere-se ao conhecimento prévio das estruturas anatómicas do olho, da anestesia e posicionamento, e dos princípios da técnica cirúrgica envolvidos na área da oftalmologia cirúrgica, temas essenciais para a seleção correta do instrumental e equipamento para os respectivos procedimentos.

1. REVISÃO ANATOMOFISIOLÓGICA

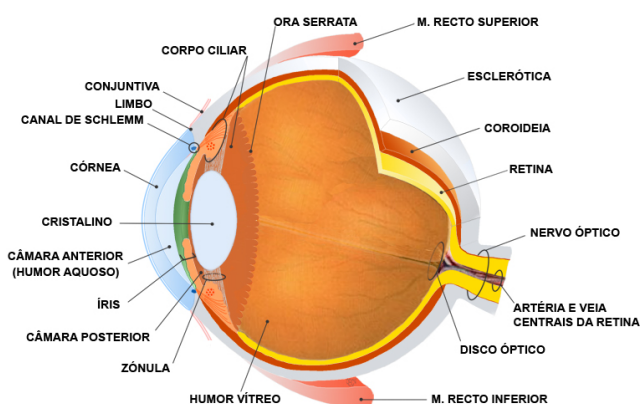
O **globo ocular** é sustentado na cavidade orbitária numa camada de gordura e fáscia, sendo composto por **três túnicas** que rodeiam um centro cheio de líquido:

- Túnica **externa** (Fibrosa) – Esclera e Córnea;
- Túnica **média** (Vascular) – Coróide, Corpo ciliar e Íris;
- Túnica **interna** (Nervosa) – Retina.

O globo é também dividido por **três compartimentos**:

- **Câmara anterior;**
- **Câmara posterior;**
- **Espaço vítreo.**

Figura 1 - Anatomia do Globo Ocular⁹



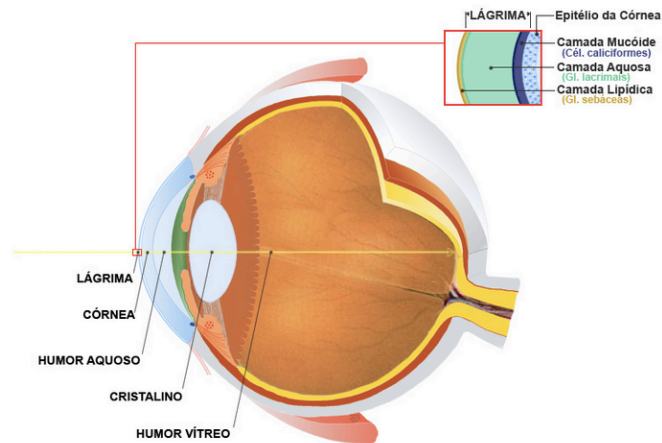
Os conteúdos líquidos, que dão ao olho a sua forma globular, são o **humor aquoso** (anterior) e o **humor vítreo** (posterior ao cristalino).

⁹ Fonte: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/html/anatomia.html>

O **humor vítreo** é uma substância transparente gelatinosa que se encontra na cavidade ocular por detrás do cristalino, em que a sua composição química é constituída por **fibras de colagénico e ácido hialurónico**

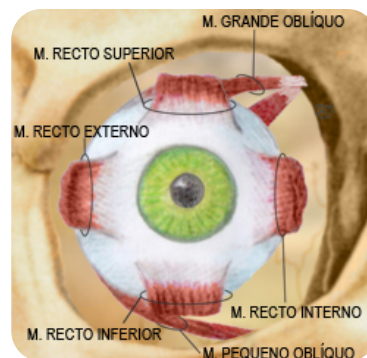
A córnea e o cristalino suspenso atrás da abertura pupilar da íris, em combinação com os humores aquoso e vítreo, constituem os meios refractivos do olho, que em condições normais, raios paralelos de luz entram no olho, focando na retina e criando uma imagem nítida e em foco (Emetropia).

Figura 2 - Meio Refractivo¹⁰



Os seis **músculos oculares** extrínsecos estão divididos em **quatro músculos rectos** e **dois oblíquos**. Os músculos trabalham aos pares, sendo os movimentos oculares feitos pelo aumento do tónus de um grupo e uma diminuição do tónus do grupo antagonista. De acordo com a posição dos músculos rectos do olho estes são denominados por: **superior, inferior, externo e interno**. Os músculos oblíquos são denominados por **oblíquo superior e inferior**.

Figura 3 - Músculos Óculomotores¹¹



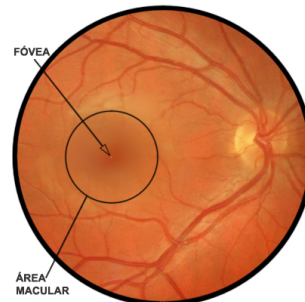
¹⁰ Fonte: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/html/anatomia.html>

¹¹ Idem

No que respeita à túnica mais interna, a **Retina**, esta contempla as seguintes estruturas:

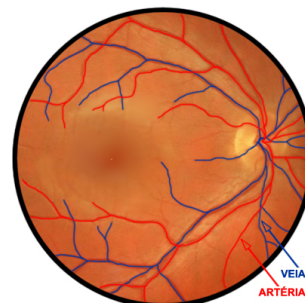
- **Mácula** - Parte central da retina. Tem no interior uma zona central chamada **Fóvea**, responsável pela visão de alta resolução e das cores (cones);

Figura 4 – Fundo Ocular Normal (Mácula)¹²



- **Ponto cego** ou papila: Insensível à luz, e de onde emergem o **nervo óptico** e **os vasos sanguíneos** da retina.

Figura 5 - Fundo Ocular Normal (Ponto Cego)¹³



1.1 PATOLOGIAS E COMPLICAÇÕES DO SEGMENTO POSTERIOR

As **patologias** mais frequentes do Segmento Posterior são as seguintes:

- **Descolamento da Retina;**
- **Retinopatia Diabética (Proliferativa (RDP), não proliferativa, ou exsudativa;**
- **Hemovítreo.**

Em termos de **complicações**, estas podem ir desde a necessidade da remoção do cristalino, lentes ou corpos estranhos do segmento posterior.

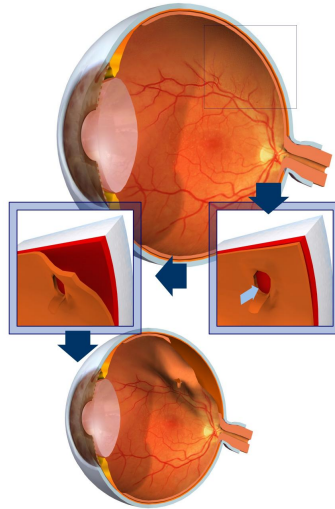
No que respeita à patologia do **Descolamento da Retina**, esta pode ser definida como uma separação entre a retina sensorial e o epitélio pigmentar, e classificada em dois tipos:

¹² Fonte: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/html/anatomia.html>

¹³ Idem

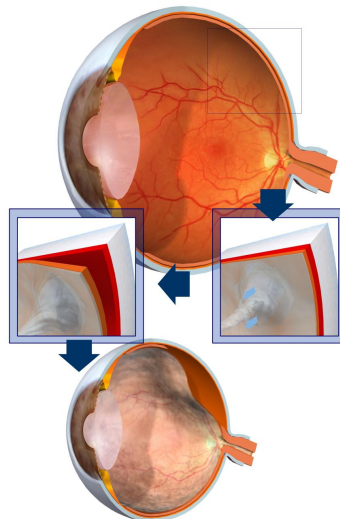
- **Regmatógeno, ou Regmatogénio:** se resulta de uma rasgadura ou buraco na retina;

Figura 6 - Descolamento de Retina Regmatógeno¹⁴



- **Não Regmatógeno:**
 - Traccional – se resulta de trações exercidas sobre a retina, seja pelo vítreo ou membrana neovascular epirretiniana;

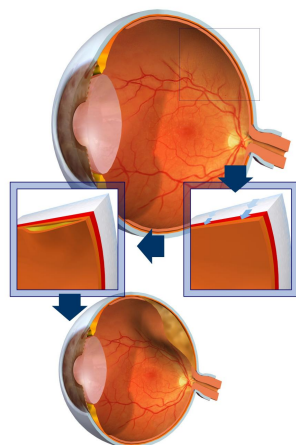
Figura 7 - Descolamento de Retina Traccional¹⁵



- Exsudativo – se resulta de fluídos acumulados sob a retina neurosensorial, sangue, lípidos, soro...;

¹⁴ Fonte: <http://www.institutoalcon.com/default.aspx>

¹⁵ Fonte: <http://www.institutoalcon.com/default.aspx>

Figura 8 - Descolamento de Retina Exsudativo¹⁶

- Relacionado com tumor.

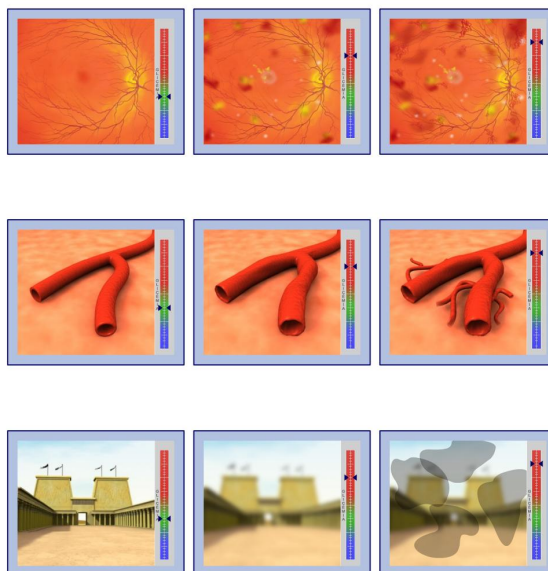
Uma das cinco principais estratégias da Saúde da Visão abordadas pelo Programa Nacional para a Saúde da Visão 2005-2010, inclui informações genéricas orientadoras para a **Retinopatia Diabética**. (DGS, 2008)

Esta é a manifestação ocular da diabetes caracterizada por modificações progressivas na microcirculação retiniana, com permeabilidade vascular aumentada, zonas de não perfusão retiniana, e proliferação de vasos retinianos anormais.

Na **Retinopatia Diabética Não Proliferativa**, chama-se maculopatia diabética, à implicação da mácula pelo edema e/ou isquemia que conduz em decréscimo da visão central.

A **Retinopatia Diabética Proliferativa** caracteriza-se pelo desenvolvimento de neovascularização, em que os *neovasos* representam um risco acrescido de hemorragia retiniana e vítrea, com consecutiva diminuição da acuidade visual, bem como da criação de membranas pré-retinianas, que podem conduzir a rasgaduras e descolamento da retina. Constitui uma das principais causas de cegueira nos países desenvolvidos, em 90% dos doentes diabéticos (DGS, 2008).

¹⁶ Fonte: <http://www.institutoalcon.com/default.aspx>

Figura 9 - Retinopatia Diabética¹⁷

1.2 INDICAÇÃO CIRÚRGICA

A **Vitrectomia** consiste em um procedimento cirúrgico no qual o gel vítreo é removido do olho em questão através de um aparelho, e substituído, geralmente por um gás ou um líquido. Este procedimento é necessário para o tratamento de diversas doenças oftalmológicas como descolamentos de retina, hemorragias intra-vitreas, buracos maculares, membranas epirretinianas, entre outras (Rothrock, 2007).

Em Oftalmologia, o **tratamento possível na Retinopatia Diabética** consiste fundamentalmente na atempada fotocoagulação por LASER. Distintos tratamentos cirúrgicos, como a Vitrectomia, podem estar recomendados em formas avançadas, com hemorragias do vítreo e descolamento da retina. (DGS, 2008).

Os objetivos principais do tratamento são controlar a hemorragia que causou o hemovítreo ou retirar membranas que estejam a provocar distorções na retina ou mácula e/ou descolamento; efetuar laser focal no pólo posterior (consulta externa); e realizar Vitrectomia.

O **tratamento do descolamento da Retina**, varia de acordo com o tipo de descolamento e pode incluir:

- Laser;
- Crioaplicações;
- Injeção de gás;
- *Cerclage*¹⁸;

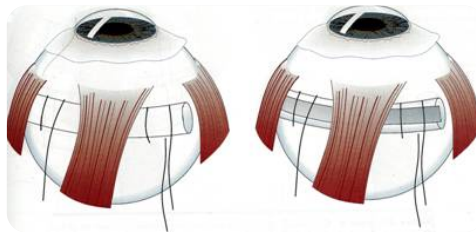
¹⁷ Fonte: <http://www.institutoalcon.com/default.aspx>

- Vitrectomia

Os principais objectivos do seu tratamento são de identificar e corrigir a causa do descolamento (buraco ou rasgadura), e a necessidade de re-aplicar a retina descolada ao epitélio pigmentar da retina.

No caso da decisão do cirurgião em realizar uma **a colocação de uma “cerclage”**, é uma técnica eficiente para a correção do descolamento, que consiste na indentação escleral. Pode ser usada de forma isolada ou combinada com a Vitrectomia. A técnica incide na fixação ao redor do olho, sob os músculos, de uma estrutura de apoio, feita de silicone sólido (semelhante a um pneu), para “calçar” a retina e criar uma forte adesão utilizando também a crioterapia (Retinopexia).

Figura 10 – Indentação Escleral



2. ANESTESIA E POSICIONAMENTO

O cliente deve ser transferido para a sala de operações havendo sempre a preocupação de lhe serem explicados todos os passos, pois trata-se de um momento de intranquilidade, não só pelo medo que se exacerba, como pelas condições ambientais que são hostis.

Todo e qualquer procedimento deve ser acompanhado de uma explicação/autorização e da colaboração que se espera do doente.

A **anestesia** utilizada será ao critério de uma decisão mútua entre anestesista e cirurgião, podendo ser um **bloqueio retrobulbar** (o anestésico local é infiltrado atrás do globo ocular), mas normalmente tratando-se de uma **anestesia geral**, em que no seu início se deve explicar ao cliente todos os procedimentos e o momento em que vai adormecer.

Durante a fase de manutenção da anestesia geral, a cirurgia de segmento posterior, pelo facto de ser uma intervenção oftalmológica com a particularidade de se realizar sob microscópio, *“(...) necessita de um ambiente silencioso, discreto, gestos muito precisos, poucos movimentos e muita antecipação.”* (UNAIBODE, 2001, p.305)

O reverter da anestesia geral não é menos importante, fase na qual é importante garantir o menor ruído e o aquecimento do cliente.

O **posicionamento** cirúrgico é a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que possibilite a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas, e *“(...) deve ser um “acto prescrito”, que não deve ser iniciado sem o consentimento do anestesista.”* (AESOP, 2006, p.72)

No que respeita ao posicionamento utilizado na cirurgia de segmento posterior do olho, é o **decúbito dorsal**. Esta é a posição mais comum e a mais natural do corpo em repouso, no entanto contém potenciais áreas de pressão como a zona occipital, a escápula, o olecrâneo, o sacro, o cóccix, e os calcâneos. Devem ser colocadas pequenas almofadas sob a pequena curvatura do dorso, os joelhos, e os tornozelos, de forma a manter a concavidade normal da região lombar, prevenir a tensão nos músculos dorsais e ligamentos, e evitar a pressão sobre os calcâneos.

A posição da cabeça deve manter as vértebras cervicais, torácicas e lombares numa linha recta. Deve ser colocado uma pequena almofada sob a cabeça para se alcançar o relaxamento do músculo esternocleidomastoideo e para se prevenir a tensão no pescoço.

Normalmente, a cabeça é fixa com fita adesiva ao suporte apropriado da marquesa cirúrgica, mesmo apesar de ser por anestesia geral, por forma a evitar ao máximo qualquer movimento brusco enquanto a cirurgia intra-ocular.

Os membros inferiores devem ficar paralelos, e desencruzados para acautelar possíveis traumas dos nervos peroneal e tibial, assim como o comprometimento circulatório.

No que respeita aos membros superiores, estes devem ficar ao longo do corpo, colocando as palmas de ambas as mãos para baixo com os dedos estendidos, na superfície do colchão da marquesa cirúrgica. Poderá ser utilizado um lençol protetor no tronco em torno dos braços para apoiar toda a extensão dos mesmos, com a devida proteção dos cotovelos através da colocação de almofadas pequenas, placas de gel ou cotoveleiras acolchoadas (Araújo, 2004)

3. PRINCÍPIOS DA TÉCNICA CIRÚRGICA

Na História da cirurgia oftalmológica, a entrada da microcirurgia permitiu “(...) o desenvolvimento da cirurgia do segmento posterior com a cirurgia endo-ocular no início dos anos 80 com o aparecimento das Vitrectomias (...)” (UNAIBODE, 2001, p.303)

Todo o desenvolvimento inerente ao equipamento associado a esta intervenção, como o desenvolvimento dos microscópios, do equipamento de Vitrectomia, do LASER, dos instrumentos cirúrgicos, dos anestésicos, dos implantes, contribuiu amplamente para a evolução da cirurgia oftalmológica.

Como tal, e para acompanhar esta evolução, o enfermeiro instrumentista deve desenvolver, tal como a AESOP defende:

- *“Competências na área dos cuidados perioperatórios, da comunicação, da educação/formação, da advocacia do doente, da investigação, da gestão e do desenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Conhecimentos de desinfeção e assepsia, de controlo de infeção, de segurança e controlo ambiental; de técnica cirúrgica e anestésica; de instrumental cirúrgico, de suturas; de materiais específicos em termos de tecnologia e sua funcionalidade; de anatomia e fisiologia de órgão e sistemas.”* (Bilbao, 2005, p. 7)

3.1 ANTISSEPSIA CUTÂNEA

Segundo a Prática Recomendada III no que respeita à prática recomendada na desinfeção do campo operatório, a utilização de antissépticos deve obedecer a normas de procedimentos que assegurem a eficácia do processo. (AESOP, 2001)

No caso da **desinfeção cirúrgica** que deve ser utilizada para a cirurgia de segmento posterior, esta deve ser antecedida da **colocação de anestésico local tópico** na forma de colírio, previamente 15 minutos, para seguidamente se colocar o antisséptico no saco conjuntival.

A utilização de solução de **iodopovidona a uma concentração de 5% no saco conjuntival** no período pré-operatório é um procedimento que reduz significativamente a flora bacteriana, além de ser efetivo contra fungos, protozoários e vírus. *“A Betadine® oftalmológica a 5% evita as manipulações de diluição, sendo apresentada em monodose de 50 ml”* (UNAIBODE, 2001, p.309)

O seu uso deve ser seguido de um enxaguamento com solução salina para evitar toxicidade corneana, antes de se dar início ao procedimento cirúrgico. A pele na **região peri-ocular deve ser desinfectada com iodopovidona a 10%**. (WU, 2006)

3.2 CAMPO CIRÚRGICO

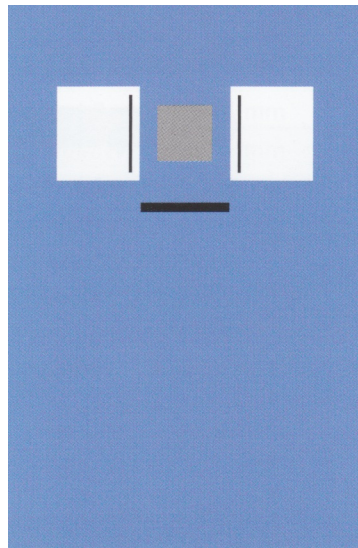
Os campos cirúrgicos são desde o início de 2005 considerados como Dispositivos Médicos, abrangidos pela diretiva europeia, transcrita para o direito nacional pelo Decreto Lei n.º273/95, após ter sido alterado pelo Decreto Lei n.º 30/2003 de 14 de Fevereiro. As normas europeias a que a roupa cirúrgica é obrigada fazem parte do grupo EN 13795. (AESOP, 2001)

De modo a garantir a eficácia do processo de colocação de campos, devem ser seguidas as práticas recomendadas pela AESOP.

Os **campos cirúrgicos descartáveis** recomendados para este tipo de cirurgia devem conter:

- **Janela aderente transparente**, que é cortada afim de aceder ao globo ocular. Esta particularidade evita o corte dos cílios que são rebatidos e colados sob a janela adesiva;
- Um **duplo sistema integrado de recolha de fluidos**, através de **dois sacos laterais** prevenindo a quebra da resistência inicial por exposição permanente a fluidos, como o BSS, e o risco de infecção cirúrgica. Os sacos servem igualmente para suporte aos instrumentos cirúrgicos.
-

Figura 11 - Campo Cirúrgico¹⁹



O enfermeiro instrumentista deve realizar a observação do correto uso de materiais e instrumentos, que não libertem ligeiros fragmentos ou filamentos nos campos da mesa cirúrgica. Este detalhe é de extrema importância, pois estas possíveis situações podem ser causa de inflamações crônicas, de difícil diagnóstico, como a TASS, no caso de cirurgias do segmento anterior.

¹⁹ Fonte: Imagem retirada do Catálogo Geral da empresa ALCON®

Todas as regulações para o pôr em funcionamento, e para o *zoom*, praticamente, realizam-se por meio de um pedal comandado pelo cirurgião.

Para prevenção do controlo de infecção, é preferível utilizar capas estéreis protetoras de microscópio, antes da utilização deste na cirurgia, mas se entretanto estas não existirem, punhos estéreis são adaptáveis a fim de realizar manipulações.

Figura 13 - Microscópio²²



Para além do microscópio, é necessário um sistema de visualização específico associado, que permita observar o fundo ocular durante a cirurgia. O dispositivo ideal, e o mais utilizado na cirurgia vitreoretiniana moderna é o método de não contacto, com o aparelho denominado **BIOM**. Este incorpora o princípio da oftalmoscopia indireta que permite um campo de visão de 120º de observação sem contacto com o fundo ocular, caso utilize a lente *wield field*, bem como uma alta magnificação da zona macular, caso utilize a lente de 60º *high resolution*.

Figura 14 – BIOM, colocado no microscópio²³



²² Fonte: Imagem retirada do Catálogo Geral da empresa ALCON®

²³ Fonte: Imagem retirada do Catálogo Geral da empresa ALCON®

Figura 15 - BIOM desmontado²⁴

Existe outro sistema de visualização, como a utilização de **Lentes de Contacto**, que implica, tal como o nome refere, um contacto da lente com a córnea, para permitir, em conjunto com o microscópio, a obtenção de um campo ampliado de observação intra-ocular. Antes do contacto da lente com a córnea, deve-se colocar um produto viscoelástico para protecção do epitélio corneano.

Figura 16 - Lentes de Contacto²⁵

3.3.2 EQUIPAMENTO DE VITRECTOMIA

O equipamento de Vitrectomia é, essencialmente, “(...) *um gerador que permite tanto o corte do vítreo patológico em câmara posterior, como também o corte de vítreo na câmara anterior aquando de roturas capsulares.*” (UNAIBODE, 2001, p.306), na cirurgia de catarata.

Os equipamentos de última geração permitem levar a cabo uma Vitrectomia Posterior e uma Facoemulsificação, caso seja necessário uma cirurgia combinada. No mesmo equipamento, estão associadas várias funções, entre as quais:

- Irrigação;
- Aspiração;
- Diatermia (método de cauterização superficial ou profunda dos tecidos);
- Endo-iluminação;
- Injeção de ar ou de óleo de silicone;
- Corte do gel vítreo.

²⁴ Fonte: Fotografia captada no BOC do HMS

²⁵ Fonte: <http://halmapr.com/news/volk/2010/11/09/disposable-volk-vitrectomy-lenses-deliver-high-resolution-convenience/>

Figura 17 - Equipamento de Vitrectomia²⁶

Através de uma **peça de mão de Vitrectomia** ligada a este equipamento, é possível aspirar e cortar o gel vítreo. No entanto, é necessário manter a pressão intraocular, com uma infusão contínua de BSS, através de uma **cânula de infusão**.

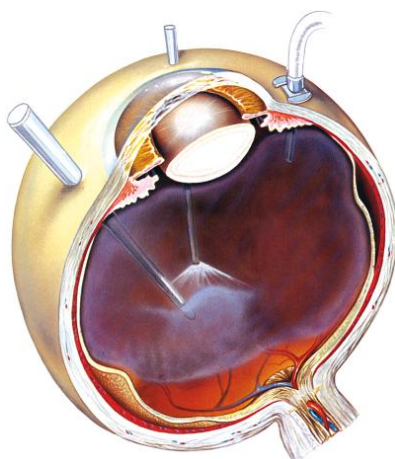
O segmento posterior é iluminado através de uma **fibra óptica** ligada a uma fonte de luz, permitindo assim a visualização das estruturas.

Estes três instrumentos (Cânula de infusão + Peça de Mão de Vitrectomia + Fibra Óptica) são introduzidos no segmento posterior, **via pars plana (3,5 a 4,0 mm) através de esclerotomias**.

O cirurgião realiza a cirurgia com a fibra óptica numa mão e o vitrectomo na outra mão, visualizando através do microscópio.

²⁶ Fonte: Imagem retirada do Catálogo Geral da empresa ALCON®

Figura 18 - Exemplo da utilização dos três instrumentos essenciais à Vitrectomia²⁷



3.3.3 LASER

No âmbito da Oftalmologia, o Laser surgiu como importante auxiliar para um tratamento de um grande número de patologias, entre as quais, a retinopatia diabética, as oclusões vasculares da retina, ou os descolamentos da retina.

A definição da palavra LASER, tem a sua explicação nas suas iniciais de expressão inglesa (*Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*²⁸). (Ferreira, Lanhas, e Silva, 2005)

O seu princípio é baseado na “(...) utilização da energia das radiações luminosas isto é, dos fótons. (...) É utilizado para permitir a cicatrização à volta de uma lesão” (UNAIBODE, 2001, p.307), sendo neste caso dentro da cavidade ocular.

Em oftalmologia, os lasers mais usados são o *yag* e o *árgon*, sendo o segundo o “(...) ideal para tratamento da retina e restantes tecidos do olho sem danificar as estruturas transparentes”. (Ferreira, Lanhas, e Silva, 2005, p.13)

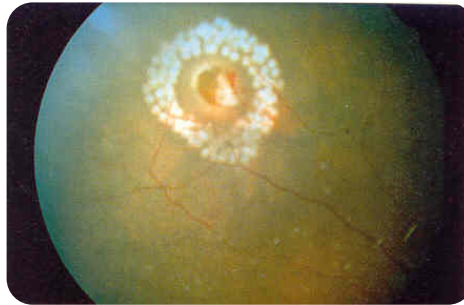
Na cirúrgica de Vitrectomia e descolamento da retina, está indicado a utilização do laser direto, em que o raio de laser é precisamente focado e enviado através de uma fibra óptica que é introduzida no olho do cliente.

Um dos objectivos da fotocoagulação, é de **criar aderências**, ou seja, “(...) provocar uma reação inflamatória de modo a reafixar a retina no fundo do olho. Utilizado no tratamento das degenerações vitreoretineanas predisponentes e nas roturas retinianas.” (Ferreira, Lanhas, e Silva, 2005, p.15). O laser provoca então, cauterização da retina ao redor da rotura, levando à formação de pequenas cicatrizes que impedem a passagem de líquido através da rotura para o espaço subretiniano, funcionando como uma “*solda orgânica*”.

²⁷ Fonte: <http://www.corriere.it/salute/dizionario/vitrectomia/gallery.shtml?pic=1>

²⁸ Amplificação da luz por emissão estimulada de radiação

Figura 19 - Fundo ocular após aplicação de Laser²⁹



No que respeita às **normas de segurança na utilização do laser**, todas as pessoas presentes devem usar óculos de proteção apropriados para laser, pois estes são desenhados para prevenir a exposição acidental ao raio de luz durante o tratamento. *“Atenuam a luz de laser azul-verde do argon 100.000 vezes.”* (Ferreira, Lanhas, e Silva, 2005, p.16) Os olhos do cirurgião estão protegidos pelo movimento de um filtro montado no microscópio, no caso de um laser direto.

3.3.4 CRIOTERAPIA

A Crioterapia é *“(…) um método terapêutico que promove a necrose seletiva dos tecidos, induzida pela aplicação de um agente criogénico.”* (OLIVEIRA e TAVARES, 2003, p. A). No entanto, no âmbito da Oftalmologia, a crioterapia realiza-se através de uma peça de mão ligada a um gerador e um bala de protóxido de azoto, e o *“(…) frio assim obtido provoca cicatrização de uma zona descolada (...)”* (UNAIBODE, 2001, p.306)

Para a realização da Crioterapia são necessários:

- Agente Criogénico (Protóxido de Azoto);
- Aparelho de Criocirurgia;
- Peça de mão de Crioterapia.

3.3.5 MICROPINÇAS DE PREENSÃO E TESOURAS DE MEMBRANAS DESCARTÁVEIS

As micropinças de preensão e tesouras de membrana existem na forma de instrumental cirúrgico que pode ser reprocessado e re-esterilizado, assim como existem na sua forma descartável. Estes dispositivos facilitam a manipulação de membranas, como por exemplo epirretinianas, devido a superfícies rugosas e denteadas nas suas pontas.

²⁹ Fonte: Fotografia captada no BOC do HMS

Figura 20 - Micropinças de prensão e tesouras de membrana³⁰

3.3.6 CÂNULA DE CHARLES ACTIVA E PASSIVA

A cânula ou flauta de Charles é um dispositivo que proporciona aspiração ativa ou passiva intra-ocular, ou troca fluido/ar com sistema de refluxo.

Figura 21 - Cânula de Charles³¹

3.3.7 FIOS DE SUTURA

Os fios de sutura utilizados em microcirurgia devem ser de comprimento reduzido, de tipo monofilamento ou entrelaçados, reabsorvíveis ou não, na maioria dos casos com agulhas duplas.

3.3.8 COMPRESSAS

Em vez das compressas, são usados, essencialmente, bastonetes em algodão, para absorção rápida.

³⁰ Fonte: Imagem retirada do Catálogo Geral da empresa ALCON®

³¹ Fonte: Imagem retirada do Catálogo Geral da empresa ALCON®

3.3.9 IMPLANTES

No caso de um descolamento de retina, com a necessidade de colocação de um implante, este servirá para realizar indentação escleral, não sendo reabsorvível, podendo ser deixado, definitivamente, no olho do cliente.

3.4 FÁRMACOS UTILIZADOS

Os fármacos utilizados durante a cirurgia de segmento posterior são diversos, exigindo manipulações específicas, e como tal, o conhecimento do seu mecanismo de atuação é essencial para a segurança da técnica.

3.4.1 GASES EXPANSÍVEIS

O gás utilizado pode ser injetado puro ou com ar, no espaço vítreo, e permite reaplicar “(...) a retina ao formar uma (...)” (UNAIBODE, 2001, p.307) bolha que “empurra” a retina neurosensorial contra o epitélio pigmentar.

Existem três tipos:

- Hexafluoreto de Enxofre (SF^6);
- Hexafluoretano;
- Octofluoropropano (C^3F^8).

Os mais utilizados são o hexafluoreto de enxofre, e o octofluoropropano, tendo cada um como respectivas características:

Hexafluoreto de Enxofre (SF^6)	Octofluoropropano (C^3F^8):
<ul style="list-style-type: none"> • Não inflamável; • Raramente tóxico; • Incolor; • Inodoro; • Não corrosivo; • Expansível; • Permanência dentro do olho (cerca de 10 a 14 dias). 	<ul style="list-style-type: none"> • Não inflamável; • Raramente tóxico; • Não corrosivo; • Expansível; • Longa permanência dentro do olho (30 a 60 dias).

3.4.2 SOLUÇÃO DE IRRIGAÇÃO INTRA-OCULAR ISOTÓNICA

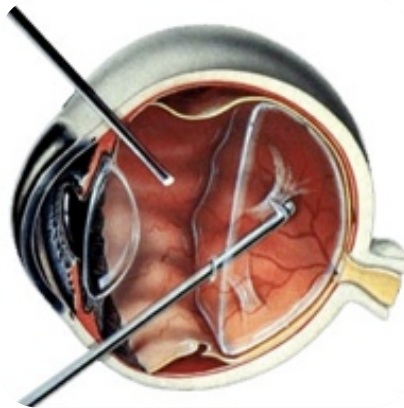
A solução de BSS (*Balanced Salt Solution*³²), em frasco de 500 ml, é utilizada para irrigação intra-ocular no período cirúrgico.

³² Solução Salina Balanceada

3.4.3 PERFLUORCARBONO OU PERFLUOROCTANO (LÍQUIDO PESADO)

O perfluorcarbono produz um tamponamento vitreoretiniano de curta duração, que é introduzido até que a retina se aplique, e a drenagem anterior do fluido sub-retiniano seja realizada através da rotura que deu origem ao descolamento. Após a drenagem, normalmente realiza-se o laser.

Figura 22 - Perfluoroctano no fundo ocular³³

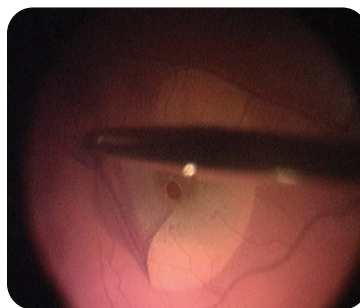


3.4.4 CROMOVITRECTOMIA - CORANTES

Azul de Trípano (Membrane Blue[®]):

- Atravessa apenas as membranas das células mortas, tornando-as azuis;
- Ideal para a Membrana epirretiniana;
- Normalmente mistura-se com 1 ml de glucose a 30%, por forma a torná-lo mais “pesado”.

Figura 23 - Utilização de Membrane Blue³⁴



Azul brilhante (Brilliant peel[®]):

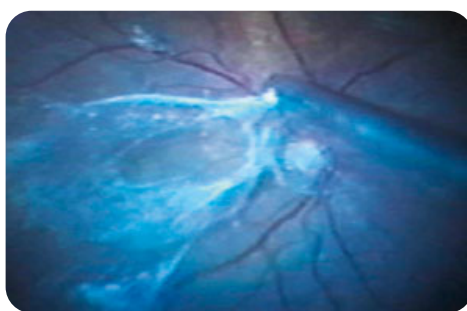
- Identificação da Membrana Limitante Interna.

³³ <http://www.institutoprovisao.com.br/vitreotomia.html>

³⁴ Fonte: <http://www.retinalphysician.com/articleviewer.aspx?articleid=103461>

Triamcinolona:

- Tratamento de distúrbios proliferativos, edematosos, neovasculares e inflamatórios;
- **Importância na remoção completa de todo o vítreo** (hialóide posterior e vítreo periférico, por vezes dificilmente identificáveis, e que podem levar à formação de novas membranas epirretinianas, e conseqüentemente, à possibilidade de novas roturas);
- Este medicamento não está formulado para utilização intraocular, pelo que se desenvolveram diferentes procedimentos para a sua purificação e concentração, tais como, **retirar o excipiente (álcool benzílico) e injetar 1 cm de Solução Salina Balanceada, para reaproveitar o depósito de medicamento.**

Figura 24 - Triamcinolona³⁵**Oleo de Silicone:**

- Usado como substituto do vítreo, quando se requer um tamponamento prolongado intraocular para manter a retina aplicada;
- É um material mais leve que a água, e como tal, flutua nesta e não se une a ela. Utiliza-se esta característica física para “empurrar” a retina ao seu respectivo lugar, indicando o médico após a cirurgia, sobre qual a posição da cabeça no pós-operatório;
- Normalmente exige posterior remoção cirúrgica, enquanto que os gases expansores não;
- De maior viscosidade (5000 cs), e de menor viscosidade (1000 cs), sendo que este último, se utilizado, deve ser extraído dentro de umas semanas.

3.5 PREPARAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE VITRECTOMIA

A primeira etapa é colocar em funcionamento o respectivo equipamento de Vitrectomia, na ligação elétrica e respectiva programação, que por vezes já contém as definições pré-programadas ao critério do cirurgião (ver ANEXO I – Guia de configuração do equipamento de Vitrectomia *Constellation*[®], como exemplo) As funções são testadas em tempo real, antes do início de cada intervenção, consoante o respectivo fabricante de equipamento. Após a ligação inicial, a escolha do respectivo kit descartável para o equipamento deve ter em conta a especificidade da cirurgia, podendo ser ou não uma cirurgia combinada que necessite de

³⁵ Fonte: http://www.universovisual.com.br/publisher/preview.php?edicao=0609&id_mat=4049

Facoemulsificação, ou ser por uma abordagem via 20 Gauge, ou 23 Gauge, como mostra a constituição das seguintes figuras.

Figura 25 - Exemplo de Kit para Vitrectomia 20G³⁶

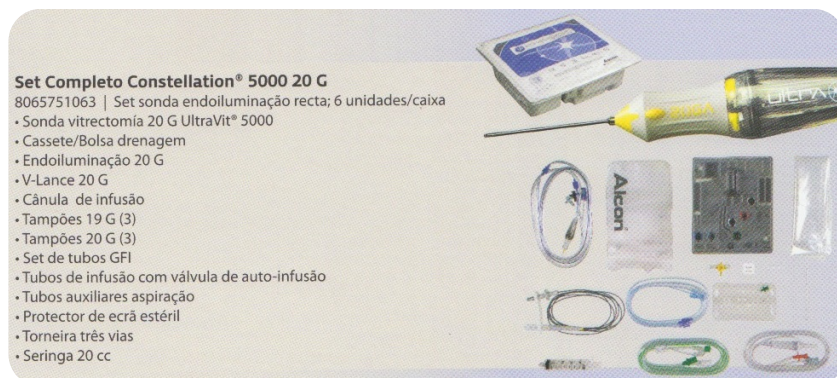


Figura 26 - Exemplo de Kit para Vitrectomia 23G³⁷



3.6 PASSOS GERAIS DA CIRURGIA

A consciencialização dos passos fundamentais da cirurgia no segmento posterior, é essencial para o sucesso na compreensão por parte do enfermeiro instrumentista. No caso específico de **Vitrectomia 20G**, estes podem ser resumidos aos seguintes, muito embora não se deva considerar isto de forma linear, servindo somente a título de exemplo:

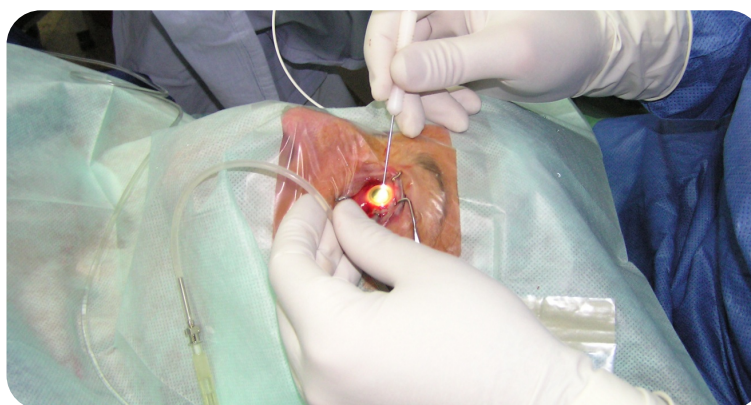
1. **Fixação no campo cirúrgico**, dos instrumentos cirúrgicos com o seguinte posicionamento:
 - Peça de mão de Vitrectomia - lado da mão dominante do cirurgião;
 - Peça de mão da fibra óptica – lado da mão não dominante do cirurgião;
 - Cânula de Infusão – De forma a que a ponta da mesma atinja o quadrante inferior externo do olho, consoante seja o esquerdo ou direito, sem repuxar;

³⁶ Fonte: Imagem retirada do Catálogo Geral da empresa ALCON®

³⁷ Fonte: Imagem retirada do Catálogo Geral da empresa ALCON®

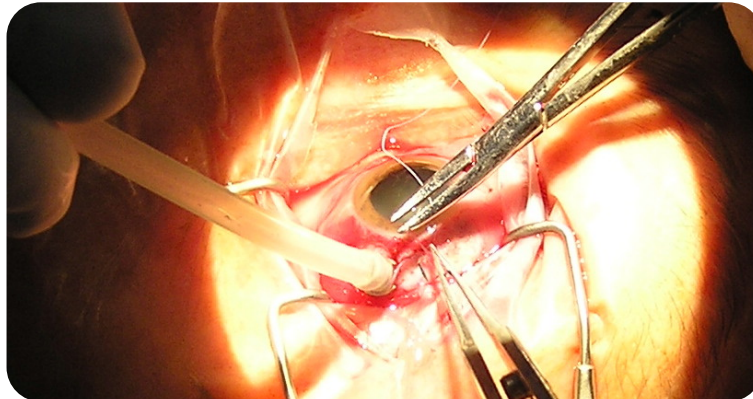
2. **Dissecação da conjuntiva**, com cauterização bipolar;
3. Realização de **três esclerotomias** (técnica 20 Gauge);
4. Colocação da **cânula de infusão** (a fim de evitar o colapso do olho, compensando a pressão diminuída, resultante do que se elimina do olho);
5. Colocação da **peça de mão de Vitrectomia** e da **peça de mão de fibra óptica** (para iluminar a parte posterior do olho que é uma câmara escura), separados por cinco horas;
6. **Início do procedimento cirúrgico** no centro da cavidade vítrea, devendo irrigar-se a córnea continuamente para a manter humedecida e transparente;
7. **Excisão do humor vítreo**, no sentido anteroposterior;
8. Processo de **Intercâmbio líquido por ar**, como objectivo de encher o olho com ar, e posteriormente, caso o cirurgião assim o entenda, injectar um **tamponador interno como o gás ou o óleo de silicone** (necessária a cânula de Charles);
9. **Suturar esclerotomias** (por exemplo, com fio de sutura *Vicryl® 7/0*);
10. **Colocação de antibiótico ou anti-inflamatórios**, em forma de pomada ou colírio, consoante decisão do cirurgião;
11. Passagem dos **instrumentos reprocessáveis por água desmineralizada**, para remoção de matéria até ao envio para o Serviço Central de Esterilização.

Figura 27 – Endoiluminação³⁸



³⁸ Fonte: Fotografia captada no BOC do HMS

Figura 28 - Fixação de uma cânula de infusão com fio de sutura³⁹



No exemplo de um caso clínico que utilize a técnica de **Vitrectomia 23G**, as diferenças residem somente em alguns aspectos, essencialmente, em que uma das vantagens é o facto da técnica utilizar instrumentos de menor calibre, conferindo a possibilidade de ser realizada sem sutura:

1. A exposição é realizada pela colocação de um afastador para a pálpebra designado **blefarostato**;
2. Inserção dos trocares, com a **colocação do trocare da cânula de infusão**, usualmente posicionado na zona temporal inferior;
3. **Inserção dos restantes dois trocares**, na zona temporal e nasal superior (colocar plug nos trocares para evitar a hipotonia ocular, caso os mesmos não sejam com o sistema valvular);
4. **Início da Vitrectomia**, com o cirurgião a iniciar o corte de vítreo a nível central com a peça de mão de Vitrectomia na sua mão dominante (geralmente, mão direita), e a peça de mão de luz fria ou fibra óptica na sua mão não dominante (geralmente, mão esquerda);
5. Posteriormente à finalização da vitrectomia a nível central do globo ocular, a infusão deve ser fechada, sendo **injectada triancinolona** por uma das esclerotomias, através de uma cânula de 23 Gauge (normalmente, um cânula de vias lacrimais) conectada a uma seringa, com o intuito de identificar toda a hialoide posterior, como o vítreo periférico pela sua deposição;
6. A hialóide posterior, e o vítreo periférico são removidos através da peça de mão de vitrectomia, realizando-se **indentação escleral** a fim de avaliar a integridade da região mais periférica da retina;

³⁹ Fonte: Fotografia captada no BOC do HMS

7. A **colocação de perfluorcarbono** depende da decisão do cirurgião, pois a colocação dessa substância estabiliza a retina. Esta permite que a vitrectomia a nível da base ocular seja executada com mais segurança e sem risco de retinotomias acidentais, ou permite que a drenagem anterior do fluido sub-retiniano seja efectuada através da rotura que originou o descolamento;
8. A **endofotocoagulação** realiza-se depois da drenagem anterior, através de laser à volta da suposta rotura retiniana identificada;
9. A **troca de fluido por ar** realiza-se após a aplicação de laser, sendo todo o perfluorcarbono removido da cavidade vítrea;
10. A **injeção do substituto vítrea na respectiva cavidade** realiza-se depois da troca fluido-ar, existindo a necessidade de se optar, por exemplo, no caso de um descolamento da retina, pela colocação de um **gás** (C^3F^8 ou SF^6), ou de **óleo de silicone**, através do sistema de infusão;
11. No final da cirurgia, aplica-se **corticoide e antibiótico subconjuntival** escolhidos pelo cirurgião, retira-se o blefarostato e realiza-se o penso ocular.

Figura 29 - Vitrectomia 23G⁴⁰



3.7 ENCERRAMENTO E PENSO CIRÚRGICO

Na cirurgia de segmento posterior, a incisão das esclerotomias é mínima, sendo ela própria auto estanque e não necessita de ponto de sutura, excepto no caso de Vitrectomia por 20 Gauge.

Previamente à realização do penso, usualmente é requerido pelo cirurgião, a aplicação de uma pomada antibiótica e corticoide.

O enfermeiro circulante, quando requisitado à colocação dos colírios/pomadas, deve ter em atenção os seguintes aspectos:

1. Lavar higienicamente as mãos;
2. Mobilizar a cabeça em extensão, e de seguida, utilizar a ponta de um dedo para retrain, suavemente, a pálpebra inferior para baixo até criar uma espécie de *bolsa*;

⁴⁰ Fonte: http://sao.org.ar/N%C3%BAmeroActual/81_02_02/tabid/497/language/es-AR/Default.aspx

3. Instilar a quantidade necessária de gotas do colírio ou pomada específica, sem deixar a ponta do frasco tocar na córnea ou pele;
4. Libertar a pálpebra inferior e fechar o olho.

A proteção do olho é assegurada por um penso oval de algodão e gaze, e uma capa de proteção em plástico.

CAPÍTULO III – GESTÃO DO RISCO

1. PROCEDIMENTOS SEGUROS SALVAM VIDAS

No âmbito da gestão do risco em contexto de bloco operatório, o aparecimento da campanha **Safe Surgery Save Lives**⁴¹ teve por objectivo “(...) alterar a situação através da implementação/utilização de boas práticas, garantindo aos doentes cuidados de saúde com padrões de qualidade elevados.” (Pinheiro, 2009, p.7). As áreas prioritárias de intervenção, de acordo com peritos são:

- **Prevenção da infecção no local cirúrgico;**
- **Anestesia segura;**
- **Equipas cirúrgicas seguras;**
- **Estatísticas cirúrgicas fiáveis.**

As principais estratégias para abranger estas áreas de intervenção, foram sumarizados numa única página, denominada de **WHO Surgical Safety Checklist**⁴², para que os profissionais de saúde a empregassem na garantia de obtenção de procedimentos seguros. Este é um instrumento básico e funcional, que compreende uma sequência de procedimentos nas distintas fases do período operatório (pré, intra e pós-operatório), para que qualquer equipa cirúrgica, em qualquer país possa utilizar.

Figura 30 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica⁴³

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

World Health Organization | Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Ministério da Saúde

Antes da Indução da Anestesia (Sign in)	Antes da incisão da pele (Time out)	Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)
(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
<p>O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p>Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções</p> <p>Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão</p> <p>A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p>O enfermeiro confirma verbalmente</p> <p>O nome do procedimento</p> <p>As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes</p> <p>A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)</p> <p>Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver</p> <p>O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam</p> <p>Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente</p>
<p>O local está marcado?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p>A profilaxia tromboembólica foi administrada?</p> <input type="checkbox"/> Sim	
<p>A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p>Antecipação de eventos críticos</p> <p>O cirurgião denuncia em voz alta</p> <p>Quais são os passos críticos ou fora da rotina</p> <p>O tempo planeado para o caso</p> <p>Qual a perda de sangue prevista</p> <p>O Anestesista denuncia em voz alta</p> <p>Há alguma preocupação específica com o doente?</p> <p>A equipa de enfermagem denuncia em voz alta</p> <p>A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?</p> <p>Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?</p> <p>Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?</p> <input type="checkbox"/> Sim	
<p>O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento</p> <input type="checkbox"/> Não	<p>Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?</p> <input type="checkbox"/> Não Aplicável	
<p>O doente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <input type="checkbox"/> Não		
<p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <input type="checkbox"/> Não		
<p>Sim e equipamento/assistência acessível</p> <p>Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?</p> <input type="checkbox"/> Não		
<p>2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada</p> <p>Tipagem e sangue disponível</p>		

⁴¹ Cirurgia segura salva vidas

⁴² Lista de Verificação da Cirurgia Segura da Organização Mundial de Saúde

⁴³ Fonte: DGS, 2010

A *checklist*⁴⁴ está dividida em **três fases**, para ser aplicadas no período:

- Anterior à indução anestésica (**Sign In**⁴⁵);
- Depois da indução e antes da incisão (**Time Out**⁴⁶);
- Imediatamente anterior ou posterior ao encerramento da ferida cirúrgica (**Sign Out**⁴⁷).

No *Sign In*, o elemento da equipa cirúrgica, responsável pelo preenchimento da *checklist*, confirma verbalmente com o cliente a sua **identidade, cirurgia e local**, e verifica a obtenção do **consentimento informado**. Em simultâneo, este elemento confirma com o anestesista, a probabilidade da necessidade intra-operatória de **sangue e hemoderivados**, se é ou não uma **via aérea** difícil, se tem **alergias**, bem como confirma o teste dos equipamentos. Nesta fase inicial, idealmente, o cirurgião deveria estar presente durante esta verificação.

Durante a fase do *Time Out*, a equipa cirúrgica deve fazer uma pausa, imediatamente antes da incisão, confirmando em alta voz, **a cirurgia e o local** a ser intervencionado, e simultaneamente, referir eventuais **passos críticos** previstos. A confirmação que, sessenta minutos antes foi administrado ao cliente **antibioterapia profiláctica**, deve ocorrer igualmente durante esta fase.

Na fase do *Sign Out*, a equipa cirúrgica deve em conjunto, **rever a cirurgia programada** e realizada, a realização das **contagens de compressas, instrumentos e corto-perfurantes**, e a respectiva **identificação e acondicionamento dos espécimes**. No que respeita ao cliente, as suas necessidades devem ser revistas e transmitidas para a unidade de cuidados pós anestésicos.

1.1 PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

No que respeita à área da infecção do local cirúrgico, são vários os factores que ditam a sua prevenção, tais como a **preparação do cliente no pré e pós operatório**, com uma correta educação para a saúde, que englobe, por exemplo, a supervisão de sinais de infecção no olho operado.

O profissional de enfermagem, no papel de **educador**, assume-se de extrema importância na relação com o cliente e seus familiares, que vivenciam vários desafios no processo do autocuidado, antes, durante e após a alta para o domicílio.

Nos **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** (2001), a importância do exercício do papel de agente em educação para a saúde, refere-se à procura contínua da excelência no exercício profissional, através da ajuda do enfermeiro aos clientes por forma a obterem o máximo potencial de saúde, com a:

- Identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade;
- Criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;

⁴⁴ Lista de Verificação

⁴⁵ Entrar

⁴⁶ Pausa

⁴⁷ Sair

- Promoção do potencial de saúde do utente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento;
- Fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente.

A Enfermagem enquanto profissão, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que se encontra integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1996)

O investimento sob as **potencialidades do cliente**, na sua orientação sobre os cuidados necessários no domicílio, exige uma partilha de conhecimentos clara e concisa, realçando uma das competências específicas do enfermeiro enquanto educador: o de conseguir que os clientes respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem. (Lash, 1990) Neste papel, o enfermeiro deve ser imparcial, saber escutar, dar suporte, guiar, e respeitar crenças, valores e atitudes dos clientes, assim como respeitar a autonomia de cada pessoa. (Amado, 1999)

A **educação em saúde** é função inerente à prática de enfermagem, e uma responsabilidade essencial da profissão, sendo que os **materiais educativos** utilizados assumem um papel importante neste processo. Estes facilitam a mediação de conhecimentos, e funcionam como recurso, constantemente, disponível para consulta por parte do cliente/família, aquando do levantamento de dúvidas sobre o processo de autocuidado.

O **panfleto educacional** na organização de saúde, é uma ferramenta de suporte no domicílio para o cliente, devendo apresentar de forma sucinta e clara, as informações necessárias. Estas devem encontrar-se organizadas e transformadas em mensagens no discurso direto, para que o cliente enquanto leitor compreenda a mensagem, favorecendo a sua identificação com esta. O profissional enquanto educador, deve ter em conta que o cliente estará sozinho aquando da leitura e respectiva interpretação da linguagem científica, contida no material escrito.

Na área da cirurgia oftalmológica do segmento posterior, a contribuição do panfleto educacional, no contexto da educação em saúde, revela-se de extrema importância como recurso à promoção do desenvolvimento de habilidades, para favorecer a autonomia do cliente, tal como comprovado no exemplo que poderá ser utilizado nesta cirurgia em específico, e que se encontra em apêndice (Apêndice V)

Na reflexão sobre a caracterização do papel do enfermeiro na educação para a saúde, e recorrendo ao vocabulário da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (ICN, 2011), não é suficiente por parte deste *Informar*, ou seja, comunicar alguma coisa ao cliente/família, mas sim, é fundamental **Educar**, que consiste em transmitir conhecimentos pertinentes para a saúde dos mesmos.

O termo **ensinar**, poderá ser utilizado quando o profissional de enfermagem, for elemento pertinente na partilha de conhecimentos para os seus pares, com sessões formativas acerca do tema de oftalmologia, neste caso, do segmento posterior. (Apêndice VI)

A **preparação da equipa cirúrgica**, influencia em simultâneo, a prevenção da infecção do local cirúrgico, não só, em aspectos específicos dos princípios da técnica cirúrgica de segmento posterior, como a desinfecção e a colocação de campos esterilizados específicos, mas também

em aspectos gerais, como a simples **lavagem das mãos**. Esta técnica na prática de cuidados, por vezes, não é considerada pelos profissionais de saúde na sua prática, sendo descurada e levando ao aparecimento das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Estas são definidas com “(...) uma infecção que ocorre num doente durante a prestação de cuidados num hospital ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde que não existia nem estava em incubação na altura da sua admissão.” (Manual dos Observadores citado por Gonçalves, 2010, p. 20)

A equipa multidisciplinar, usualmente, lava as mãos menos de metade das vezes que necessitariam. Em 2009, segundo o Manual dos Observadores da DGS, em situações de assistência a doentes críticos nas quais têm graves limitações de tempo e carga de trabalho mais elevada, “ (...) o cumprimento das Boas Práticas possivelmente só alcança os 10%.” (Gonçalves, 2010, p. 19)

De acordo com as iniciativas da Organização Mundial de Saúde sobre a segurança do cliente, Portugal em Outubro de 2008, aderiu a uma Estratégia Nacional para a melhoria da Higiene das Mãos, com o slogan “*Medidas Simples Salvam Vidas*”, em que contempla, por exemplo, os momentos para a higiene das mãos.

Na área da oftalmologia, estes momentos devem ser respeitados, aquando do contacto com o olho intervencionado, por parte da equipa multidisciplinar sem ser a equipa cirúrgica, como por exemplo, do enfermeiro circulante aquando da colocação de colírios.

Figura 31 - Modelo Conceptual dos cinco momentos para a higiene das mãos⁴⁸



A circular normativa da DGS referente à higienização das mãos também integra a correta fricção anti-séptica das mãos, com a sistematização dos procedimentos que a equipa cirúrgica deve respeitar aquando da desinfecção.

⁴⁸ Fonte: DGS, 2010

Figura 32 - Técnica de fricção das mãos com solução anti-séptica de base alcoólica⁴⁹

A **manutenção da sala cirúrgica**, é parte envolvente do processo de prevenção de infecção do local cirúrgico, como manter as portas da sala operatória fechadas durante a cirurgia, defender a circulação mínima de pessoas na sala, assegurar uma ventilação adequada da mesma, e supervisionar as assistentes operacionais na correta desinfecção das superfícies e equipamentos, como mesa cirúrgica, microscópio, entre outros.

A **esterilização** dos instrumentos cirúrgicos de oftalmologia deve realizar-se num Serviço Central de Esterilização, e normalmente é por **esterilização a vapor** (exposição do material a vapor de água sob pressão a 121 °C e de 134 °C em autoclaves), ou pelo método químico de **plasma de péroxido de hidrogénio** (processo químico de baixa temperatura a 35-40 °C).

Na área da cirurgia oftalmológica, utiliza-se muitas vezes, a **esterilização a vapor em ciclo flash**⁵⁰ (processa instrumentos para uso imediato, sem qualquer empacotamento, e com tempo escasso para secagem), muito embora a AORN (2012) recomende a utilização desta somente para situações de emergência.

Nas **medidas intra-operatórias**, a prevenção da infecção deve incidir na correta **técnica asséptica**, numa **técnica cirúrgica eficiente**, e no **menor tempo cirúrgico** possível para diminuir a exposição do cliente.

⁴⁹ Fonte: DGS, 2010

⁵⁰ Rápido

A **profilaxia antibiótica** é “(...) recomendada nas cirurgias associadas a alto risco de infecção, em cirurgias onde são colocados implantes (...)” (AESOP, 2006, p. 56), tal como acontece na cirurgia oftalmológica, por exemplo, no caso de uma cirurgia combinada de segmento posterior (Vitrectomia antecedida de Facoemulsificação com colocação de lente intra-ocular).

No domínio do controlo de infecção, existem estudos que argumentam que a qualidade dos cuidados implica programas de formação no domínio da prática baseada na evidência a todos os profissionais, sendo o enfermeiro especialista o elemento líder e gestor de tais iniciativas (Jacobs e Madrid, 2009).

Nesta área cirúrgica, no pós-operatório, podem ocorrer **endoftalmites** (processo inflamatório dos espaços internos oculares), infecções pouco frequentes (a incidência varia de 0,07% a 0,5%), mas com consequências graves, causando raramente mortalidade, mas provocam perda da visão, ou até mesmo, perda do olho. (Seeley, Stephens, e Tate, 2001)

No estudo das endoftalmites sucedidas em vitrectomias, as bactérias causadoras pertencem à flora dos tecidos peri-oculares, principalmente *Staphylococcus sp coagulase negativa* em 70%, *Staphylococcus aureus* em 10%, *Streptococcus sp* em 9%, *Enterococcus* em 2%, outras espécies Gram positivos em 3%, e as espécies Gram negativo em 6%. (Díez, 2009)

A introdução do antibiótico **Cefuroxima** a nível intracameral, atua muito bem na redução da incidência de endoftalmite pós-operatória. (Díez, 2009)

O volume da solução de Cefuroxima que contém 1 mg de antibiótico é de 0,1 ml, e a **preparação do antibiótico** deve realizar-se no Serviço de Farmácia da organização hospitalar, onde as condições de esterilidade na câmara de fluxo laminar são adequadas. (Díez, 2009)

A preparação é conseguida por diluição de 250 mg de Cefuroxima em 2,5 ml de solução salina (concentração desta dissolução é de 100 mg/ml). Após extração de 1 ml desta diluição, o resto desta solução pode ser armazenada no frigorífico até ser utilizado no resto do turno operatório. Posteriormente, 1 ml da solução anterior é dissolvido com 9 ml de solução salina (0,9% de Cloreto de Sódio), para garantir uma concentração de 10 mg/ml. Esta solução é estável durante cerca de 5 horas à temperatura ambiente. Para cada cirurgia deve-se extrair 0,1 ml numa seringa contendo 1 mg de Cefuroxima, sendo seguidamente injetado no interior da câmara anterior. (Díez, 2009)

1.2 EQUIPAS CIRÚRGICAS SEGURAS

As equipas cirúrgicas estão sujeitas a diversos riscos inerentes ao contexto de bloco operatório, e à cirurgia em específico a realizar.

No que respeita aos **riscos químicos**, são vários os que uma cirurgia pode comportar. No caso de uma cirurgia oftalmológica de segmento posterior, a utilização do **aparelho de crioterapia**, à base de protóxido de azoto, pode provocar explosão em caso de mistura com gases inflamáveis, incêndio, ou queimaduras (UNAIBODE, 2001), devendo o serviço estar preparado para uma possível catástrofe.

No caso de um incêndio ou explosão, as consequências podem ser graves, devido à difusão do fumo que pode ser obscurocedor ou irrespirável, ou pelo movimento de pânico do pessoal,

para além que *“a dificuldade de evacuação dos doentes pacientes no decurso da intervenção é um problema real.”* (UNAIBODE, 2001, p.29)

As sessões formativas sobre a correta **evacuação dos clientes** (exemplo no Apêndice VII) que se encontram a ser operados é uma necessidade constante, nestas situações de catástrofe interna, pois *“(...) a formação dos utilizadores (...) permite uma optimização dos equipamentos postos à sua disposição e é também a garantia da segurança dos pacientes e dos utilizadores.”* (UNAIBODE, 2001, p.31).

Estas sessões permitem que os profissionais em situações emergentes, tomam as decisões com bases em algoritmos permitindo ao profissional decidir de forma rápida, com menos riscos, e maior probabilidade de êxito (Nunes, 2007), tal como pode ser comprovado através de questionários de avaliação (Apêndice VIII)

1.3 REANIMAÇÃO INTRA-HOSPITALAR

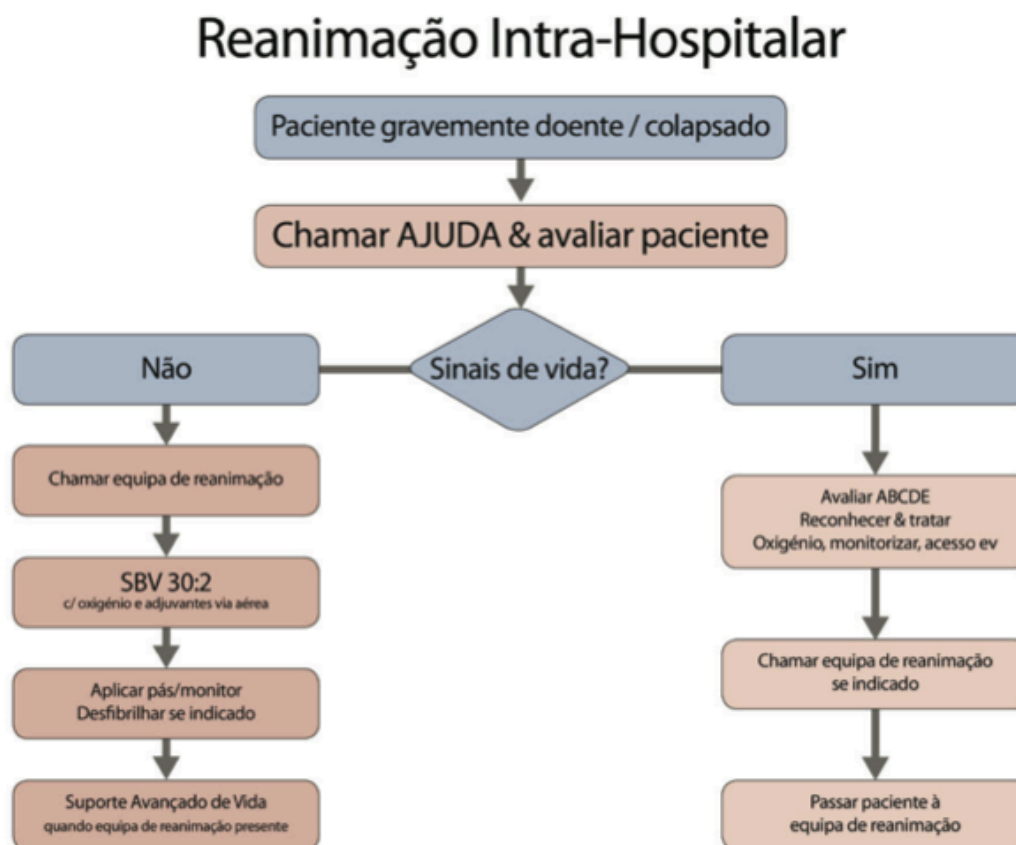
Na Paragem Cardio-Respiratória (PCR) intra-hospitalar a divisão entre Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) é facultativa, pois na prática a reanimação é um *continuum*, conceito que se baseia no senso comum, esperando-se que os profissionais iniciem a reanimação, e garantindo que em todas as PCR intra-hospitalares é assegurado que (ERC, 2010):

- A PCR é reconhecida de imediato;
- O pedido de ajuda é feito seguindo o modelo estabelecido;
- Se inicia de imediato o SBV, com os adjuvantes da via aérea que estejam indicados, e desfibrilhação o mais depressa possível seguramente em menos de 3 minutos.

Todas as áreas clínicas devem ter acesso imediato ao equipamento e medicamentos necessários para a rápida reanimação das vítimas de PCR. O ideal é que o equipamento e medicamentos para a reanimação (incluindo desfibrilhadores) estejam normalizados em todo o Hospital. (ERC, 2010)

A equipa de reanimação pode assumir o modelo clássico da equipa de paragens que só responde às situações de PCR. Em alternativa há hospitais que implementam estratégias centradas no reconhecimento precoce dos doentes em risco antes da paragem acontecer. (ERC, 2010) A Figura 33 mostra um algoritmo para abordagem inicial das PCR intra-hospitalares

Figura 33 - Algoritmo da abordagem inicial da paragem cardíaca intra-hospitalar (Adaptado de ERC, 2010)



Com base neste algoritmo, surgem as seguintes proposições (ERC, 2010):

- Um profissional inicia a reanimação enquanto os outros ativam a equipa de emergência e trazem o equipamento de emergência e o desfibrilhador. Quando só está presente um operacional terá de deixar o doente se essa for a única forma de pedir ajuda;
- Fazer 30 compressões seguidas de duas ventilações;
- Assegurar compressões de elevada qualidade minimizando as interrupções;
- Manter a qualidade das compressões durante muito tempo é cansativo, pelo que os reanimadores devem trocar de funções cada dois minutos com o mínimo de interrupção nas compressões;
- Manter a permeabilidade da via aérea e ventilar com o equipamento disponível mais apropriado. Geralmente a máscara facial, que deve ser complementada com via aérea adjuvante e O² suplementar. Em alternativa pode-se utilizar um adjuvante da via aérea supraglótico com insuflador ou utilizar máscara facial e insuflador, em sintonia com a política institucional. A entubação traqueal só deve ser tentada por operacionais com

competência, treinados e experientes nesta técnica. Por rotina deve ser instituída a monitorização por capnografia para confirmar e monitorizar a posição do tubo traqueal (se houver débito cardíaco);

- Programar um tempo inspiratório de 1 segundo e o volume corrente que produza uma expansão do tórax normal. Adicionar O_2 suplementar logo que possível;
- Logo que tenha sido colocada uma via aérea supraglótica ou feita a entubação traqueal manter as compressões torácicas sem interrupção (interrompendo só para desfibrilhar e pesquisar pulso quando indicado) com uma frequência de 100 min⁻¹, e ventilar a 10 min⁻¹. Evitar hiperventilação (quer por excesso de frequência e/ou volume corrente) porque pode piorar o prognóstico;
- Se não há adjuvantes para a ventilação considerar a ventilação boca-a-boca. Se há razões clínicas para evitar a ventilação boca-a-boca ou o operacional não quer ou não é capaz de o fazer, fazer compressões torácicas eficazes até à chegada da ajuda;
- À chegada do desfibrilhador, aplicar as pás e analisar o ritmo. Se existirem pás auto-adesivas, aplicá-las sem interromper as compressões torácicas. As pás do desfibrilhador ou as auto-adesivas permitem identificar o ritmo mais rapidamente do que com a colocação de eléctrodos, sem interromper as compressões torácicas;
- Quando se utilizam desfibrilhadores manuais fazer uma pausa breve para identificar o ritmo, se for FV/TV accionar a carga enquanto outro reanimador mantém as compressões torácicas. Quando o desfibrilhador estiver carregado, interromper as compressões torácicas, assegurar que toda a equipa está afastada da vítima e aplicar o choque. Com DAE seguir os comandos verbais e visuais;
- Reiniciar compressões imediatamente a seguir à tentativa de Desfibrilhação;
- Minimizar as interrupções nas compressões torácicas. Com desfibrilhadores manuais pode-se reduzir o tempo de pausa nas compressões a menos de 5 segundos;
- Manter a reanimação até à chegada da equipa de emergência ou até o doente apresentar sinais de vida. Com DAE seguir os comandos verbais e visuais. Com desfibrilhador manual seguir o algoritmo universal de SAV;
- Iniciada a reanimação e desde que haja operacionais suficientes, canular uma veia e preparar os medicamentos que podem ser necessários na reanimação;
- Designar a pessoa responsável por passar a informação clínica ao “Líder da equipa”. Utilizar um modelo de comunicação estruturado;
- Localizar o processo do doente;
- A qualidade das compressões torácicas na reanimação intra-hospitalar é muitas vezes

sub-ótima. Nunca é demais sublinhar a importância das compressões torácicas contínuas. Mesmo as pequenas interrupções têm consequências desastrosas nos resultados e todos os esforços devem ser concentrados em manter compressões eficazes, sem interrupções e durante todo o processo da reanimação. O *“líder da equipa”* deve monitorizar a qualidade da reanimação e rodar os operacionais se a qualidade da reanimação não for a adequada.

NOTA CONCLUSIVA

O presente manual surge, com o intuito de se equiparar ao **Manual de Boas Práticas em Oftalmologia** (DGS, 2008), mas com elementos específicos de integração de profissionais de enfermagem, abordando em simultâneo, conceitos de Saúde da Visão.

O Manual de Boas Práticas em Oftalmologia é o resultado de um conjunto de trabalhos, individuais e de grupo, que foram solicitados pela Comissão Coordenadora do Programa Nacional para a Saúde da Visão⁵¹, enquanto que este manual surgiu de uma necessidade vivenciada em contexto de um Bloco Operatório, mas que poderá servir para colmatar necessidades de outros locais e profissionais que não enfermeiros.

A pertinência deste manual manifesta-se na prioridade em *“(...) adequar a pessoa ao seu posto de trabalho, porque, se tal não acontecer, o resultado será o insucesso e a frustração pessoal, reflectindo-se na qualidade dos cuidados prestados.”* (AESOP, 2006, p.285)

As instituições hospitalares *“(...) devem elaborar **guias de informação** que considerem importantes para facultar (...), tendo em vista a aquisição/transmissão de toda a informação necessária e pertinente.”* (AESOP, 2006, p.285)

O tempo necessário de integração dos enfermeiros é um processo demorado e dispendioso, tendo em conta a reduzida rentabilidade destes elementos, *“(...) que envolve o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu manuseamento, o inter-relacionamento com as estruturas da unidade e o conhecimento técnico e científico.”* (AESOP, 2006, p.290)

No que respeita à necessidade de **integração de enfermeiros com experiência**, em outras áreas que não a têm, estes elementos devem *“(...) mudar a sua orientação intelectual, integrando, seleccionando os conhecimentos e reajustando os critérios de tomada de decisão, abandonando a mera execução seriada e repetitiva das tarefas, como tinham aprendido durante a sua formação académica”* (Benner citada por AESOP, 2006, p.289)

⁵¹ Despacho n.º 3981/2005 de 23 Fevereiro e Despacho n.º 8218/2008 de 19 Março

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses) – **Práticas recomendadas para o bloco operatório**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-24-x
- AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses) - **Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Camarate: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X
- AMADO, I. (et al) – **Opinião dos utentes face ao ensino em grupo**. *Revista Nursing*. Edição Portuguesa, n.º 131 (Março) 1999. p. 35-42. ISSN: 0871-6196
- AORN (Association of periOperative Registered Nurses) - **Perioperative Standards and Recommended Practices**. Denver: AORN, 2012. ISBN 978-1-888460-72-8
- ARAÚJO, P.; CALHENO, A.; FERNANDES, M. – **Posicionamentos em Cirurgia**. *Revista AESOP*. N.º 13, Vol. V (Agosto) 2004. p. 25-30. ISSN 0874-8128
- BENNER, P. – **De Iniciado a Perito**. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2005. ISBN 972-8535-97-x
- BILBAO, M. – **Enfermeiro Instrumentista – Sim ou Não?**. *Revista AESOP*. N.º 18, Vol. VI (Dezembro) 2005. p. 7-12. ISSN 0874-8128
- CARVALHAL, R. - **Parcerias na formação. Papel dos Orientadores Clínicos**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-40-1
- CHIAVENATO, I. - **Recursos humanos na empresa**. São Paulo: Atlas, 1989.
- DRUCKER, P. – **Admirável mundo do conhecimento**. Barueri: HSM Management, 1997
- FERREIRA, H., LANHAS, A. C.; SILVA, A. – **Laser em Oftalmologia**. *Revista AESOP*. N.º 16, Vol. VI (Abril) 2005. p. 13-16. ISSN 0874-8128
- FIGUEIREDO, M. – **Trabalho em equipa, o contributo dos enfermeiros**. *Revista Sinais Vitais*. N.º 10. 1997. p.19-22.
- GONÇALVES, A. R. V. – **Do básico ao excelente: a importância e o valor das boas práticas**. *Revista AESOP*. N.º 32, Vol. XI (Agosto) 2010. p. 19-23. ISSN 0874-8128
- HESBEEN, W. – **Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN- 972-8383-20-7

- ICN (International Council of Nurses) – **CIPE 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.** Loures: Lusodidacta, 2001. ISBN: 978-92-95094-35-2
- JACOBS, M.; MADRID, P. – **CS81 Herding CATs: A Nurse Manager's Dream to Increase Quality of Care.** *Critical Care Nurse.* (s.l.): 2009.
- KRACHEMER, J.; PALAY, D. – **Princípios Básicos de Oftalmologia.** Lusociência, Loures, 1999. ISBN 972-8383-08-8
- LASH, S. – **Convicções e comportamento na educação da saúde.** *Revista Nursing.* Edição Portuguesa, nº 27 (Abril) 1990). p. 46-48. ISSN: 0871-65196
- LESNE, M. – **Trabalho pedagógico e formação de adultos – elementos de análise.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1977.
- LOPES, A.; NUNES, L. – **Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética.** *Revista Nursing.* Edição portuguesa. N.º 90/91 (Julho/Agosto) 1995. p.10-13
- MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. – **Administração e liderança em Enfermagem: teoria e aplicação.** 2.ª edição. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- NUNES, F. – **Tomada de decisão de enfermagem em emergência.** *Nursing.* N.º 219. 2007. p. 7-11.
- OLIVEIRA, T. B.; TAVARES, F. – **Cuidados perioperatórios em Criocirurgia.** *Revista AESOP.* N.º 11, Vol. IV (Agosto) 2003. p. A-D. ISSN 0874-8128
- PEREIRA, F. – **Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros.** Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5
- PINHEIRO, M. – **Procedimentos Seguros Salvem Vidas.** *Revista AESOP.* N.º 28, Vol. X (Abril) 2009. p. 7-9. ISSN 0874-8128
- POTTER, P.; PERRY, A. – **Fundamentos de Enfermagem.** 1ª Edição Portuguesa. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-24-0
- ROTHROCK, J. – **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.** Loures: Lusodidacta, 2007.
- SEELEY, R.; STEPHENS, T.; TATE, P. – **Anatomia e Fisiologia.** 3ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2001. ISBN 972-96610-5-7
- UNAIBODE (União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado) – **Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura de qualidade.** Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-24-x
- WHERTHER, W.; DAVIS, K. - **Administração de pessoal e recursos humanos.** São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
- WIKSTROM, A. C.; LARSSON, U. S. – **ISSUES IN NURSING: Technology – an actor in the ICU: a study in workplace research.** *Journal of Clinical Nursing.* N.º13. 2004. p.555–561.

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

DIÉZ, M.R. (et al) – **Prophylaxis of postoperative endophthalmitis with intracameral cefuroxime: a five years' experience.** ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA. N.º 84, 2009. p. 85-90. [Consultado a 13 de Março 2012] Disponível na Internet <URL <http://www.oftalmo.com/seo/archivos/maquetas/9/5F95977E-AA25-B508-8368-00004DED9259/articulo.pdf>>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Boas Práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação.** Lisboa: 2008, 83 pág. ISBN: 978-972-675-189-2 [Consultado a 16 de Fevereiro 2012] Disponível na Internet <URL <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/html/paginainicial.html>>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Circular Normativa: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.** (s.l.): 2010, 44 pág. [Consultado a 16 de Abril 2012] Disponível na Internet <URL <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Circular Normativa: Plano Nacional De Controlo da Dor.** (s.l.): 2008, 16 pág. [Consultado a 16 de Fevereiro 2012] Disponível na Internet <URL <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009.** (s.l.): 2010, 196 pág. ISBN: 978-92-4-159855-2 [Consultado a 16 de Março 2012] Disponível na Internet <URL <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16317>>

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. [Consultado a 12 de Fevereiro 2012] Disponível na Internet <URL http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf>

ERS (European Resuscitation Council) – **Guidelines for Resuscitation 2010.** (s.l.): 2010, 100 pág. [Consultado a 15 de Fevereiro de 2012]. Disponível na internet <URL <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/231/1/>>

LEITE, L. – **O enfermeiro especialista: percurso de desenvolvimento profissional.** II Congresso da Ordem do Enfermeiros, um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências. [Consultado 27 de Novembro 2011] Disponível na Internet <URL www.ccisp.pt/imagens/contents/uploaded/file/sedeinformação/IIcongresso/lucialeite.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: guia orientador de boa prática.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. [Consultado a 25 de Fevereiro 2012] Disponível na Internet <URL http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Texto_Dor_publicacoes.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – ***Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:***

Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. (s. l.): Conselho de Enfermagem, 2001. [Consultado a 12 de Fevereiro 2012] Disponível na Internet <URL <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – ***Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente.*** (s.l.):

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2006. [Consultado a 12 de Fevereiro 2012] Disponível na Internet <URL http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011 publicado em Diário da Republica, 2.ª série — n.º 35 a 18 de Fevereiro de 2011. [Consultado 2 de Fevereiro 2012] Disponível na Internet <URL http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril de 1996 [Consultado 2 de Junho 2012] Disponível na Internet <URL <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

WU, P.-C. (et al) – **Risk of Endophthalmitis After Cataract Surgery Using Different Protocols for Povidone–Iodine Preoperative Disinfection.** *JOURNAL OF OCULAR PHARMACOLOGY AND THERAPEUTICS.* N.º 1, Vol. 22, 2006. p. 54-61. [Consultado a 13 de Março 2012] Disponível na Internet <URL http://www.unisinucartagena.edu.co/biblioteca/ofthalmologia/REVISION_TEMA/SEGMENTO_ANTERIOR/CATARATA/CATARATA_ADULTO/ARTICULOS/Catarata_Endoftalmitis.pdf

ANEXOS


**ANEXO I – GUIA DE CONFIGURAÇÃO DO
EQUIPAMENTO *CONSTELLATION*[®]**



Guia de Configuração

ATENÇÃO: O presente guia de configuração não dispensa a leitura e compreensão do manual do utilizador do Constellation[®] e das Instruções de Utilização (DFU – Directions for Use) que acompanham cada acessório.

CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA

1. **Conecte a mangueira de azoto à fonte de azoto.** Regule o nível de pressão entre 90 e 120 mmHg.
2. **Coloque o interruptor do laser na posição ON (se houver um laser).**
Conecte a sonda endocular ou o LIO à porta do laser (1 ou 2). Certifique-se de que o botão de paragem de emergência está puxado para fora.
3. **Ligue o sistema (ON).** Prima o botão de ligação no painel posterior. 
4. **Selecione o médico.** Prima o botão «Médico» (parte superior esquerda do ecrã) e seleccione o nome do médico pretendido no menu de navegação rápida).
5. **Selecione o procedimento.** Prima o botão «Procedimento» e seleccione o procedimento pretendido no menu de navegação rápida).
6. **Passa os acessórios/paks no leitor de códigos de barras (se desejado).** Passe no leitor o código de barras de cada acessório/pak que será utilizado no procedimento. À medida que o sistema regista cada acessório será emitido um bip de confirmação.

INSTALAÇÃO E FERRAGEM DO VITRÉCTOMO, SONDA DE FRAGMENTAÇÃO E FACO

7. **Insira a cassette.** No painel de configuração fluidica, certifique-se de que o sistema aceitou a cassette.
8. **Posicione a mesa Mayo esterilizada.** Certifique-se de que a mesa Mayo esterilizada é posicionada em frente do sistema para que fique nivelada com o centro da cassette.
9. **Organize os tubos.** Coloque os tubos sobre a mesa ao mesmo nível do centro da cassette.
10. **Ligue os tubos à cassette (da esquerda para a direita).** Insira cada um dos conectores de tubo, codificados por cor, no receptáculo da cassette com a cor correspondente e rode-o para a direita para o fixar.
11. **Ligue o vitréctomo ao módulo pneumático.** O anel em torno das portas pneumáticas fica iluminado a verde quando a ligação é efectuada de forma correcta. Certifique-se de que as conexões estão correctas: preto com preto, cinzento com cinzento.
12. **Enfermeira circulante:** Puncione e coloque o frasco no suporte. Certifique-se de que a linha de infusão não está bloqueada.
13. **Coloque a cânula de infusão no tabuleiro de ferragem e conecte-a à válvula ou torneira de três vias.** Certifique-se de que a cânula está inserida na ranhura, de acordo com a imagem. Conecte a cânula de infusão à válvula fluidica automática verde ou à torneira de três vias. Certifique-se de que a linha de infusão não está bloqueada.
14. **Conecte a sonda de iluminação.** Insira o conector da sonda na porta de iluminação à direita da cassette (porta 1 ou 2) ou a uma porta auxiliar na base, se existir (porta 3 ou 4). O anel em torno da porta fica iluminado a verde sempre que correctamente conectado.
15. **Conecte a peça de mão de fragmentação (se desejado).** Para a configuração da peça de mão faco, passe para o passo 16.
 - 15.1 Conecte a peça de mão de fragmentação a um dos dois receptáculos superiores esquerdos no painel frontal. Certifique-se de que seleccionou a peça de mão



Guia de configuração

Configuração do Sistema (continuação)

- 15.2 Abra o pak de acessórios de fragmentação e enrosque a ponta na peça de mão.
- 15.3 Conecte o adaptador fêmea/fêmea à parte posterior da peça de mão de fragmentação e insira o tubo azul claro.
- 15.4 Coloque a câmara de teste de plástico sobre a ponta.

CONFIGURAÇÃO DURANTE UM CASO. Proceda aos passos 15.1 a 15.3. Seleccione o ícone *Frag* na parte inferior do ecrã de cirurgia. Coloque a ponta num copo médico cheio de líquido. Prima o botão «Opções» na parte superior do ecrã e depois seleccione «Testar Instrumento».

16. Conecte a peça de mão faco e seleccione a ponta adequada (se desejado)

- 16.1 Conecte a peça de mão faco a um dos dois receptáculos superiores esquerdos no painel frontal. Certifique-se de que seleccionou a peça de mão adequada no ecrã de configuração.
- 16.2 Enrosque a ponta adequada na peça de mão.
- 16.3 Conecte os tubos de irrigação (branco) e aspiração (azul) na parte posterior da peça de mão faco.
- 16.4 Coloque a câmara de teste de plástico sobre a ponta.

17. Conecte os acessórios.

Auto Gás (Enchimento Automático a Gás), VFC (para a injeção/extracção de silicone, consulte o procedimento de configuração na página 3), pinça, tesoura e diatermia.

18. Verifique a configuração.

Certifique-se de que cada painel de configuração mostra as opções adequadas (cânula, sonda, peça de mão, acessórios, fontes de luz e laser). Caso os acessórios não tenham passado pelo leitor de códigos de barras, seleccione manualmente os respectivos itens em cada painel de configuração.

19. Prima o botão «Iniciar Ferragem».

O sistema encherá os tubos com líquido a fim de proceder à sua ferragem. Após a ferragem, o sistema passará automaticamente para o ecrã de cirurgia.

NOTA: Proceda a nova ferragem durante a cirurgia. A purga não ocorre por enchimento. As sondas e peças de mão devem estar num copo médico cheio de líquido para se proceder a uma ferragem por aspiração.

20. Ligue a infusão (ON).

Os ajustes são efectuados através das setas para cima/baixo de controlo global da infusão. Prima o botão on/off para ligar a infusão. O fundo do ecrã muda para branco para confirmar que a infusão está ligada.

21. Ligue a iluminação (ON).

Os ajustes são efectuados através das setas para cima/baixo de controlo global da iluminação. Prima o botão on/off para ligar a iluminação. O fundo do ecrã muda para branco para confirmar que a iluminação está ligada.



PROCESSO DE FIM DE CASO

ATENÇÃO: Não retire os tubos da cassette, pois o líquido no interior dos reservatórios da cassette irá verter pela parte frontal da máquina.

- 22. **Seleccione Fim de Caso.** Prima a opção «Fim de Caso» no canto superior direito do ecrã. O sistema irá pedir confirmação de que pretende finalizar o caso. Seleccione «Sim» ou «Não».
- 23. **Desligue a infusão (Off).** Prima o ícone «Infusão» no canto superior esquerdo do ecrã para desligar a infusão. O sistema irá pedir confirmação de que pretende desligar a infusão. Seleccione «Continuar».

A cassette iniciará o processo de limpeza. **Certifique-se de que o gancho da infusão está fechado.**

- 24. Uma vez concluída a limpeza, prima o botão de ejeção da cassette para a retirar.
- 25. Para iniciar um novo caso, prima a opção «Configuração» na parte superior direita do ecrã e siga os passos 4 a 21. Para desligar o sistema, prima o botão «Opções» e seleccione

CONFIGURAÇÃO DO VFC (ÓLEO DE SILICONE)

Injecção:

1. Passe o pak VFC pelo leitor de códigos de barras.
2. Seleccione o ícone «VFC» e prima o botão «Injectar».
3. Abra o pak VFC e ligue o conector redondo à porta do VFC no módulo pneumático.
4. Para o Óleo 1000:
 - 4.1 Verta o Óleo 1000 na seringa e coloque o êmbolo na seringa (o lado plano do êmbolo deve ser inserido primeiro).
 - 4.2 Vire a seringa ao contrário, retire a tampa de protecção da extremidade e conecte a cânula pretendida (o pak contém cânulas de 20 e 23 Gauge).
 - 4.3 Utilize a vareta azul para empurrar o êmbolo para cima e retirar o ar da seringa.
 - 4.4 Conecte o adaptador branco da seringa à parte posterior da mesma.

Extracção:

1. Passe o pak VFC pelo leitor de códigos de barras.
2. Seleccione o ícone «VFC» e prima o botão «Extrair».
3. Abra o pak VFC e ligue o conector redondo à porta do VFC no módulo pneumático.
4. Vire a seringa ao contrário, retire a tampa de protecção da extremidade e conecte a cânula pretendida (o pak contém cânulas de 20 e 23 Gauge).
5. Utilize a vareta azul para empurrar o êmbolo até ao fundo da seringa.
6. Conecte o adaptador branco da seringa na parte posterior da mesma.
7. Fixe o nível de vácuo adequado para o procedimento.

RECUPERAÇÃO DE UM REINÍCIO OU PARAGEM INESPERADA DURANTE UM CASO

NOTA: Sempre que inserir uma nova cassete durante um caso, comece no passo 2. No passo 5, insira a nova cassete.

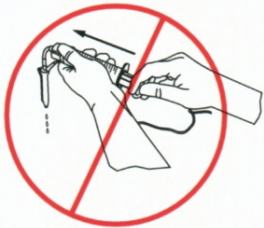
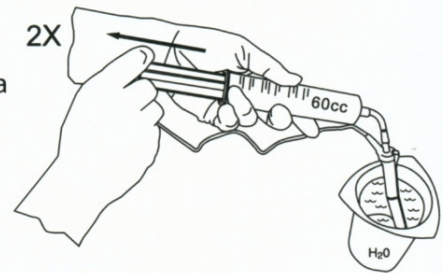
1. Reinicie o sistema.
2. Bloqueie a cânula de infusão (com um grampo hemostático ou outro dispositivo).
3. Desconecte a cânula da linha de infusão; coloque a linha de infusão num copo esterilizado.
4. No ecrã de Opções/Médico/Cirurgia/Inf/Irr, altere a PIO para «Desactivada».
5. Retire e volte a inserir a cassete.
6. No ecrã de configuração da sonda, prima «Saltar a Ferragem». Certifique-se de que todos os demais acessórios são correctos.
7. Prima o botão de ferragem e aguarde que o sistema a efectue.
8. Ligue a pressão da infusão e elimine quaisquer bolhas.
9. Bloqueie a linha de infusão (utilize o grampo da linha).
10. No ecrã Opções/Sistema, defina o PEL para o nível desejado.
11. Conecte a linha de infusão à cânula.
12. Retire o grampo da cânula de infusão (grampo hemostático ou outro dispositivo) e o grampo da linha de infusão.
13. Retome o caso.



Guia de configuração

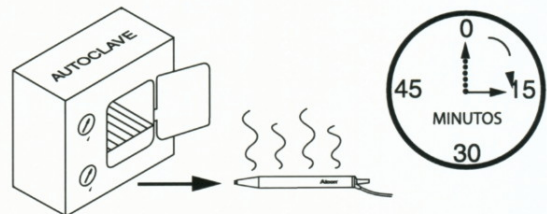
MANUSEAMENTO DAS PEÇAS DE MÃO FACO E FRAGMATOME

CORRECTO... retirar a água de um recipiente com água destilada para enxaguar as duas linhas de aspiração com 120 cc. Aplicar 60 cc duas vezes (esvaziar a seringa no lavatório depois de a encher e repita a operação). Com a mesma seringa, ventilar ambos os orifícios com ar.



INCORRECTO... introduzir água através da peça de mão.

CORRECTO... deixar a peça de mão arrefecer ao ar durante 15 minutos após a autoclavagem.



INCORRECTO... colocar a peça de mão em água (imersão) para a arrefecer após a autoclavagem.



 **constellation**
VISION SYSTEM

Alcon[®]

ALCON LABORATORIES, INC.
6201 SOUTH FREEWAY
FORT WORTH, TX 76134-2099 USA
FABRICADO NOS EUA

Para Assistência Técnica, ligue 214 400 300
Para Apoio ao Cliente, ligue 214 400 333

Alcon Portugal – Produtos e Equipamentos Oftalmológicos, Lda.
Quinta da Fonte, Ed. D. Sancho I, Piso 3
2270-071 Paço de Arcos, Portugal

APÊNDICES

APÊNDICE I – CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DA MARGEM SUL

CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DA MARGEM SUL

O Hospital da Margem Sul do Rio Tejo encontra-se integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e é constituído por dois Hospitais.

A sua área de influência contempla os concelhos de Sines, Santiago do Cacém, Grândola, Alcácer do Sal, Palmela, Sesimbra e Setúbal, apresentando serviços de várias especialidades, e articulando-se com as Instituições de Cuidados de Saúde Primários da sua área envolvente.

Caracterização do Bloco Operatório Central

O BOC trabalha desde Abril de 1998 e encontra-se no primeiro piso do edifício novo do HMS. Tem como missão, servir em segurança os serviços hospitalares na prossecução das suas atividades cirúrgicas e de ensino médico e de enfermagem pré, intra e pós-operatório.

O BOC é constituído por seis salas operatórias, sendo que quatro funcionam com cirurgia programada convencional, uma sala com cirurgia de urgência, e a restante para cirurgia de ambulatório. Existe uma sala de pré-anestesia para cada duas salas de cirurgia convencional, excepto a sala de urgência e ambulatório, que tem sala de pré-anestesia individual.

A UCPA situa-se dentro do espaço físico do BOC mas está sob a direção e a responsabilidade do departamento de Anestesiologia. Esta unidade tem uma ocupação de seis camas, onde os clientes permanecem durante o tempo necessário pós intervenção anestésica/cirúrgica, sendo posteriormente transferidos para o serviço de internamento/urgência.

Nos turnos da manhã realizam-se cirurgias programadas convencionais e ambulatoriais, cirurgia de urgência e emergência. Nos turnos da tarde e noite realizam-se cirurgias de urgência e emergência.

As especialidades cirúrgicas existentes são: Cirurgia de urgência, incluindo Ortopedia/traumatologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Ginecologia; Urologia; Otorrinolaringologia; Cirurgia Plástica; Estomatologia e Oftalmologia.

A Equipa de Enfermagem é constituída por quarenta e três Enfermeiros no Bloco Operatório e quinze Enfermeiros na UCPA.

A complexidade do serviço, aliada ao avanço científico-tecnológico exige longos períodos de integração, por parte do enfermeiro recém-chegado, para que fique dotado do máximo de competências possíveis e necessárias a uma prestação de cuidados específicos e de excelência, nas três fases do percurso cirúrgico – pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório.

Como membro da equipa multidisciplinar, o Enfermeiro de Bloco Operatório tem funções independentes e interdependentes da restante equipa, nomeadamente as funções de Enfermeiro de apoio à Anestesia, Enfermeiro Circulante, Enfermeiro Instrumentista, e/ou Enfermeiro da UCPA.

Sumariamente, são apresentadas as principais funções dos enfermeiros na sala operatória.

O Enfermeiro de apoio à Anestesia:

- Realiza o Acolhimento do cliente no Bloco Operatório;
- Verifica o funcionamento de todo o equipamento necessário à Anestesia;

- Prepara os fármacos necessários para a anestesia, segundo indicação do Anestesiologista;
- Colabora com o Anestesiologista e realiza procedimentos de Enfermagem durante a anestesia;
- Realiza registos de Enfermagem em papel e por meio informático, com registo dos gastos (EKABAN);
- Colabora na transferência do cliente para a UCPA, UCI e Enfermaria;
- Transmite informações orais e escritas que permitam a continuidade dos cuidados.

O Enfermeiro Circulante:

- Verifica o plano operatório e planeia cuidados;
- Prepara e testa todo equipamento necessário à cirurgia;
- Colabora na preparação da mesa cirúrgica, cumprindo a técnica asséptica;
- Colabora no posicionamento do cliente;
- Colabora com o Enfermeiro Instrumentista e restante equipa cirúrgica;
- Realiza contagem de compressas, suturas e instrumentos segundo protocolo;
- Acondiciona, rotula e providencia o envio de amostras cirúrgicas para laboratório;
- Prepara material de penso e drenagem se necessário;
- Faz registos em papel e meio informático, nomeadamente preenchimento da folha de verificação de cirurgia segura e registo de consumíveis no programa EKABAN.
- Colabora na transferência do cliente;
- Prepara a sala para a cirurgia seguinte.

O Enfermeiro Instrumentista:

- Prepara o arsenal cirúrgico e equipamento em conjunto com o Enfermeiro Circulante;
- Realiza lavagem cirúrgica das mãos, veste bata e calça luvas;
- Prepara a mesa cirúrgica;
- Colabora com a restante equipa cirúrgica;
- Colabora na preparação do campo operatório;
- Mantém a organização da mesa cirúrgica e técnica asséptica cirúrgica;
- Realiza com segurança a passagem dos instrumentos cirúrgicos;
- Realiza contagem das compressas, de instrumental cirúrgico e corto perfurantes;
- Realiza a colocação de penso cirúrgico;
- Retira material da mesa cirúrgica e coloca em contentores próprios;
- Retira bata e luvas;
- Comunica aos Assistentes Operacionais os cuidados necessários a ter com material específico;
- Prepara a sala para cirurgia seguinte.

**APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO
FORMATIVA DO ENFERMEIRO
INSTRUMENTISTA**



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA¹

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ESCALA
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	1__2__3__4__5
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1__2__3__4__5
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1__2__3__4__5
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	1__2__3__4__5
5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1__2__3__4__5
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	1__2__3__4__5
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1__2__3__4__5
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1__2__3__4__5
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	1__2__3__4__5
10. Mantem a organização da mesa operatória	1__2__3__4__5
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	1__2__3__4__5
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1__2__3__4__5
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	1__2__3__4__5
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca do transfer	1__2__3__4__5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos a **pontuação de 3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objectivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações

Data da Avaliação:	Julho de 2012
Integrando:	
Integrador:	Celso Pires Ribeiro
Enf. ^a Chefe:	

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (*Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.318. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.^a Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

**APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO
DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO
NO BLOCO OPERATÓRIO**



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO¹

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Agradecemos que realizasse a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja *objectivo(a)* e *sincero(a)*.

Questões

1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Comentários/sugestões

Data da Avaliação: **Julho de 2012**

Integrando:

Integrador: Celso Pires Ribeiro

Enf.^a Chefe: XXXXXXXXXX

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (*Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.320. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.^a Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

**APÊNDICE IV – FICHA CIRÚRGICA PARA
VITRECTOMIA 20G NO
CONTEXTO DO BOC DO HMS**

Ficha Cirúrgica: VITRECTOMIA COM MICROINCISÃO 20 G	
EQUIPAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • MESA DE MAYO; • SOGA DE GEL; • MICROSCÓPIO; • APARELHO ALCON CONSTELLATION. <p>EQUIPAMENTOS EM <i>STANDBY</i> PARA A CIRURGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • APARELHO DE CRIOTERAPIA
INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS	<ul style="list-style-type: none"> • CAIXA DE VITRECTOMIA 20/23G; • CAIXA BIOM
MATERIAL CIRÚRGICO INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> • MANÍPULOS DE MICROSCÓPIO; • PINÇA DE BIPOLAR; • CAIXA DE LENTES DE CONTACTO; <p>MATERIAL EM <i>STANDBY</i> PARA A CIRURGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRIOTERAPIA: <ul style="list-style-type: none"> ○ APARELHO DE CRIOTERAPIA; ○ PEÇA DE MÃO DE CRIOTERAPIA;
MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> • TROUPA ESPECÍFICA DE VITRECTOMIA 20G; • 1 COBERTURA DE MESA (PARA O CASO DE NECESSIDADE DE CRIOTERAPIA); • 3 PENSOS CIRÚRGICOS (PARA PREENSÃO DOS SISTEMAS NO CAMPO CIRÚRGICO); • CÂNULA DE VIAS LACRIMAIS; • MICORESPONJAS; • LUVAS CIRÚRGICAS ESTERILIZADAS <p>MATERIAL EM <i>STANDBY</i> PARA A CIRURGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LASER: <ul style="list-style-type: none"> ○ FIBRA DE LASER; ○ FILTRO COLOCADO NO MICROSCÓPIO. • CAIXA DE LENTES DE CONTACTO;
FÁRMACOS	<ul style="list-style-type: none"> • SOLUÇÃO SALINA BALANCEADA 500 ML; <p>MATERIAL EM <i>STANDBY</i> PARA A CIRURGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VISCOELÁSTICO; • LÍQUIDO PESADO: <ul style="list-style-type: none"> ○ SERINGA DE 5 ML; ○ AGULHA DE DILUIÇÃO; • ÓLEO DE SILICONE: <ul style="list-style-type: none"> ○ SISTEMA DE INJEÇÃO; • GÁS EXPANSOR C³F⁸; • GÁS EXPANSOR SF⁶;
POSICIONAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • DECÚBITO DORSAL COM BRAÇOS AO LONGO DO CORPO
SUTURAS	<ul style="list-style-type: none"> • FUI DE SUTURA VICRYL 7/0 AGULHA ESPATULADA;
MATERIAL DE PENSO	<ul style="list-style-type: none"> • PENSO; • PROTECTOR OCULAR.

**APÊNDICE V – EXEMPLO DE GUIA DE ALTA
PARA CIRURGIA DE
VITRECTOMIA**



Certifique-se que leva consigo:

- Marcação da consulta
- Receita médica, caso necessite
- Baixa Médica, caso necessite



Alguns dias após a cirurgia, a sua visão não será nítida. Não fique preocupado, esta situação é normal.

Se tiver dúvidas, CONTACTE-NOS!

Siga corretamente as instruções da Equipa de Enfermagem e do seu Oftalmologista

BANCO DE IMAGENS:

<http://www.getyimages.pt/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ROTHROCK, J. - *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Loures: Lusodidáctica, 2007.

UNAIBODE (União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado) - *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura de qualidade*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-83-83-24-X



Bloco Operatório

Hospital 



Guia Orientador para a Alta

Pretendemos que a sua experiência seja o mais agradável possível. Assim é importante que leia este folheto e compreenda toda a informação. Esclareça as suas dúvidas junto da nossa equipa



Bloco Operatório

CIRURGIA VÍTREO-RETINIANA



Principais Cuidados

Após a Cirurgia

- Ficará com o penso no olho operado durante as primeiras 24 horas
- Serão receitadas gotas para colocar no olho operado
- Se sentir ardor ou desconforto no olho operado, é normal.

No dia seguinte à cirurgia

- Retirar em casa o penso do olho operado
- Iniciar a colocação das gotas receitadas pelo seu oftalmologista, sem esquecer de:

Lavar as mãos antes de colocar as gotas!

Quando as gotas têm o mesmo horário

- Esperar 5 minutos entre as aplicações:
 - o Coloca uma gota e espera cinco minutos;
 - o Coloca outra gota e espera cinco minutos, e assim sucessivamente

Se durante a sua cirurgia for introduzido gás no olho, o cirurgião irá recomendar-lhe que mantenha a cabeça em determinadas posições até o gás ser totalmente absorvido pelo seu organismo.



Siga estas instruções até indicação médica contrária

Após a cirurgia não aconselhamos:

- Baixar a cabeça ou fazer movimentos bruscos
- Fazer a cama
- Levantar pesos
- Praticar exercício físico
- Cozinhar
- Mexer ou esfregar o olho operado
- Lavar o olho ou secar com a toalha
- Usar maquiagem
- Mexer na terra ou em animais
- Conduzir ou viajar em transportes públicos, motocicletas ou carros descapotáveis

Durante três dias, não durma para o lado do olho operado.

**APÊNDICE VI – PLANO E DIAPOSITIVOS DA
SESSÃO FORMATIVA SOBRE
SEGMENTO POSTERIOR**



PLANO DE SESSÃO N.º1

1 – DATA DE REALIZAÇÃO: 04.06.2012

2 – IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO:

- **Tema da sessão:** Sensibilização dos enfermeiros para os cuidados perioperatórios na cirurgia oftálmica de segmento posterior;
- **Destinatários:** Equipa de Enfermagem Perioperatória do Bloco Operatório Central do [REDACTED];
- **Tempo previsto:** 60 minutos.

3 – OBJECTIVOS GERAIS

- No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de assimilar, corretamente, conhecimentos acerca da área cirúrgica de oftalmologia no segmento posterior, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e à sua capacitação.

4 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer, corretamente, a percepção geral do procedimento cirúrgico;
- Distinguir sinais e sintomas do descolamento de retina, com base em definições apresentadas, de forma correta;
- Identificar, corretamente, as principais estruturas oculares, através do visionamento de imagens;
- Executar os cuidados intra-operatórios adequados por forma a contribuir para o sucesso cirúrgico, individualmente, e sem erros.

5 – PRÉ-REQUISITOS

- Os formandos devem ter como pré-requisitos prévios para a formação, o exercício de funções no bloco operatório do [REDACTED]

6 – MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR


- Projetor;
- Portátil (com *software* de apresentação de diapositivos *PowerPoint*®)

ASPECTOS A CONSIDERAR

TEMAS/CONTEÚDOS	METODOLOGIA	EQUIPAMENTO DE SUPORTE	AVALIAÇÃO	TEMPO
Introdução: <ul style="list-style-type: none">• Explicação dos objectivos gerais e específicos da sessão.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo;• Método interrogativo. (Técnica das perguntas)	<ul style="list-style-type: none">• Projetor;• Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>).	Diagnóstica: <ul style="list-style-type: none">• Formulação de perguntas (avaliação oral).	5 Minutos
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none">• Considerações anatómicas;• Patologias do segmento posterior;• Indicações cirúrgicas;• Conceito de Vitrectomia;• Princípios orientadores da preparação intraoperatória;• Passos gerais da cirurgia;• Farmacologia utilizada.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo;• Método interrogativo.	<ul style="list-style-type: none">• Projetor;• Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>).	Formativa: <ul style="list-style-type: none">• Formulação de perguntas (avaliação oral).	45 Minutos
CONCLUSÃO: <ul style="list-style-type: none">• Período para questões e esclarecimento de dúvidas;• Síntese da sessão.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo (Síntese conclusiva);• Método interrogativo (Período para esclarecimento de dúvidas).	<ul style="list-style-type: none">• Projetor;• Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>).	Somativa: <ul style="list-style-type: none">• Teste de resposta fechada - emparelhamento (Apresentação e resolução em <i>PowerPoint</i>)	10 Minutos

Realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



Sessão formativa sobre

OFTALMOLOGIA – Segmento Posterior

Aspectos Teórico-Práticos da área cirúrgica, no papel da enfermagem da realidade do Bloco Operatório do [REDACTED]

Realizado por:
 Enfermeiro Celso Ribeiro | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
 (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

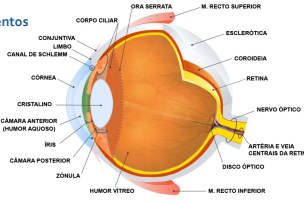
Junho 2022

OBJECTIVO PRINCIPAL E ESPECÍFICOS

- + Transferir conhecimentos acerca da área cirúrgica de Oftalmologia no segmento posterior, sistematizando os procedimentos inerentes, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e à capacitação dos profissionais envolvidos.
- + No final da sessão, o enfermeiro deve ser capaz de:
 - + Identificar a maioria das estruturas oculares;
 - + Identificar sinais e sintomas do descolamento de retina;
 - + Ter a percepção geral do procedimento cirúrgico;
 - + Prestar os cuidados intra-operatórios adequados por forma a contribuir para o sucesso cirúrgico.

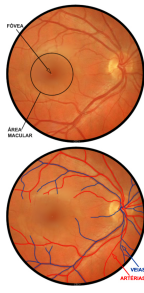
CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS – GLOBO OCULAR

- + Composta por três túnicas:
 - + Túnica externa – Fibrosa – esclera e córnea
 - + Túnica média – Vascular – coróide, corpo ciliar e íris
 - + Túnica interna – Nervosa – retina
- + Composta por três compartimentos
 - + Câmara anterior
 - + Câmara posterior
 - + Espaço vítreo
- + Cristalino

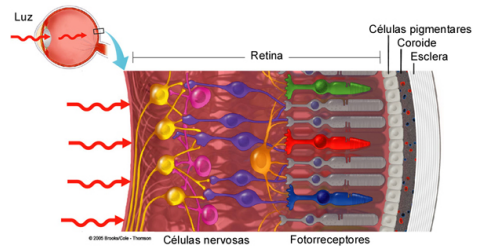


CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS - RETINA

- + **Mácula:**
 - + Parte central da retina. Tem no interior uma zona central chamada **Fóvea**, responsável pela visão de alta resolução e das cores (cones)
- + **Ponto cego ou papila:**
 - + Insensível à luz, e de onde emergem o nervo óptico e os vasos sanguíneos da retina.

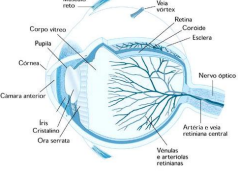


CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS - RETINA



CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS – HUMOR VITREO

- + **Substância transparente gelatinosa** que se encontra na cavidade ocular por detrás do cristalino.
- + Composição química: **fibras de colagénico e ácido hialurónico**



PATOLOGIAS E COMPLICAÇÕES DO SEGMENTO POSTERIOR

Patologias mais frequentes do Segmento Posterior:

- + Descolamento da retina;
- + Retinopatia diabética proliferativa (RDP) ou exsudativa;
- + Hemovítreo não absorvido.

Complicações Cirúrgicas:

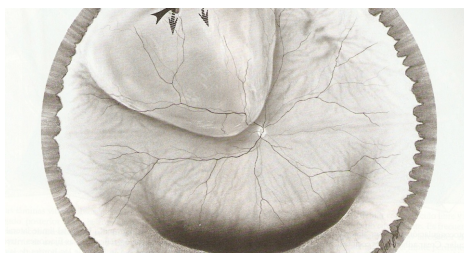
- + Remoção do cristalino, lentes ou corpos estranhos do segmento posterior.

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

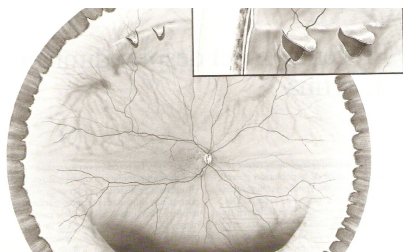
DESCOLAMENTO DA RETINA

- + Separação entre a retina sensorial e o epitélio pigmentar
- + Pode ser classificado em 2 tipos:
 - + **Regmatogéneo:** se resulta de uma rasgadura ou buraco na retina;
 - + **Não regmatogéneo:**
 - + **Traccional** – se resulta de tracções exercidas sobre a retina, seja pelo vítreo ou membrana neovascular epirretiniana.
 - + **Exsudativo** – se resulta de líquidos acumulados sob a retina neurosensorial, sangue, lípidos, soro...;
 - + Relacionado com **tumor**.

DESCOLAMENTO DA RETINA SUPERIOR



DESCOLAMENTO DA RETINA - BURACOS



DESCOLAMENTO DA RETINA - IMAGENS



Edward S. Harkness Eye Institute
Columbia University



Edward S. Harkness Eye Institute
Columbia University

DESCOLAMENTO DA RETINA

+ Tratamento

- + Varia de acordo com o tipo de descolamento e pode incluir:
 - + Laser;
 - + Crioplicações;
 - + Injecção de gás;
 - + Cerclage;
 - + Vitrectomia

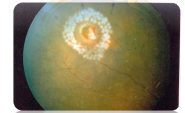
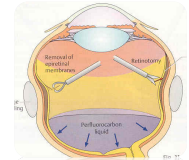
DESCOLAMENTO DA RETINA

Objectivos:

- Identificar e corrigir a **causa do descolamento** (buraco ou rasgadura);
- Necessário **aplicar a retina** descolada ao epitélio pigmentar da retina.

Podem ser necessários utilizar perfluoro-n-octano.

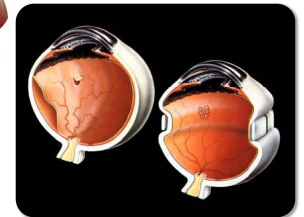
Numa fase inicial e confinada, pode ser realizado laser ou crioplicação na zona do buraco que originou o descolamento.



RETINOPEXIA (COLOCAÇÃO DE CERCLAGE)

- + É uma técnica eficiente para a correção do descolamento, que consiste na intromissão escleral;
- + Pode ser usada de forma isolada ou combinada na vitrectomia;
- + Fixação ao redor do olho, sob os músculos, de uma estrutura de apoio, feita de silicone sólido (semelhante a um pneu), para calçar a retina e criar uma forte adesão utilizando a crioterapia.

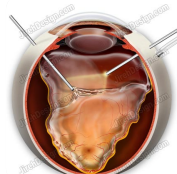
RETINOPEXIA (COLOCAÇÃO DE CERCLAGE)



TRATAMENTO DO DESCOLAMENTO DA RETINA - VITRECTOMIA

Consiste em remover o vítreo, com o objectivo de eliminar as trações, quando existem, corrigindo-se a causa do descolamento.

Quase sempre é feito tamponamento interno com gás ou óleo de silicone.



RETINOPATIA DIABÉTICA PROLIFERATIVA

É essencialmente uma microangiopatia ocular causada pela diabetes.

É uma das principais causas de cegueira nos países desenvolvidos, em 90% dos doentes diabéticos.



TRATAMENTO - RETINOPATIA DIABÉTICA PROLIFERATIVA

+ Objectivos do tratamento:

1. Controlar a hemorragia que causou o hemovítreo ou retirar membranas que provocam distorções na retina ou mácula e/ou descolamento;
2. Laser focal no pólo posterior (consulta externa);
3. Vitrectomia

VITRECTOMIA

Significa, linearmente, eliminar o humor vítreo que existe dentro do olho, através de um vitrectomo (aspiração e corte), mantendo a pressão ocular mediante a infusão de líquido (BSS) por outra incisão

Abreviatura comumente utilizada para abreviar outros tipos específicos de cirurgia do segmento posterior.

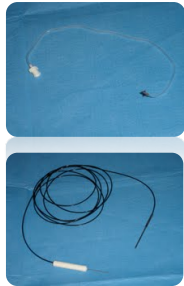
O Vitrectomo tem na sua parte final, uma pequena guilhotina, capaz de cortar a grande velocidade e aspirar, simultaneamente, o humor vítreo sem traccionar a retina

É, normalmente, o primeiro passo de qualquer cirurgia de retina

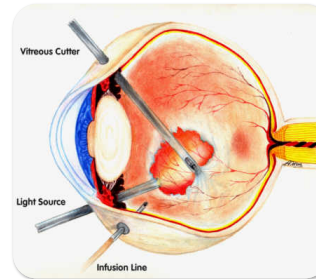
VITRECTOMIA

+ Para aspirar e cortar o vítreo é necessário manter a pressão intraocular, com uma infusão contínua de BSS, através de uma **CÂNULA DE INFUSÃO**.

+ O segmento posterior é iluminado através de uma **FIBRA ÓPTICA** ligada a uma fonte de luz, permitindo assim a visualização das estruturas.



VITRECTOMIA



VITRECTOMIA

Estes três instrumentos (Cânula de infusão + Peça de Mão de Vitrectomia + Fibra Óptica) são introduzidos no segmento posterior, **via pars plana (3,5 a 4,0 mm) através de esclerotomias**.

O cirurgião realiza a cirurgia com a fibra óptica numa mão e o vitrectomo na outra mão, através de um **microscópio** com um sistema próprio para visão de segmento posterior.

VITRECTOMIA – SISTEMA DE VISUALIZAÇÃO

O dispositivo ideal e o mais utilizado na cirurgia vitreoretiniana moderna é o método de não contacto, com o aparelho denominado **BIOM**

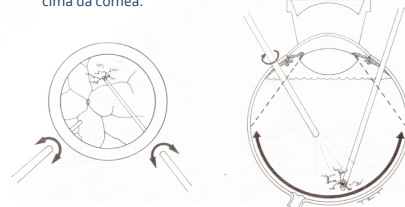
Permite um campo de visão de **120 graus** com a lente **Wield field**, ou **60 graus** com a lente **high resolution** para cirurgias maculares

VITRECTOMIA – BIOM



VITRECTOMIA – SISTEMA DE VISUALIZAÇÃO

- + Lentes de Contacto (Campo Ampliado)
- + Colocar Viscoelástico antes de colocar a respectiva lente em cima da córnea.



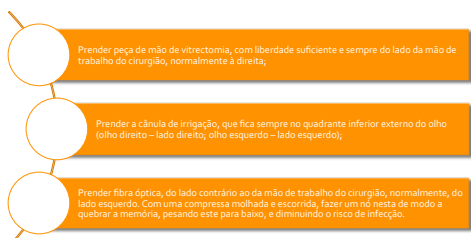
VITRECTOMIA – PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA PREPARAÇÃO INTRAOPERATÓRIA

- + Prescrição de dilatação pupilar;
- + Anestesia Geral;
- + Desinfecção/Prevenção de endoftalmites:
 - + Antes do procedimento:
 - + Desinfecção da região periocular com iodopovidona a 10%;
 - + Instilação de iodopovidona a 5% no fundo de saco conjuntival;
 - + Aplicação de antibiótico tópico
 - + Após o procedimento:
 - + Aplicação de antibiótico/corticoide tópico
- + Decúbito dorsal

VITRECTOMIA – PREPARAÇÃO DO MATERIAL NECESSÁRIO

- Microscópio de oftalmologia;
- Cadeira de oftalmologia;
- Aparelho de Vitrectomia Constellation;
- Respectivo Pack de Vitrectomia;
- Taça inox pequena;
- Bipolar;
- BIOMM;
- Lentes WFE;
- Lentes de contacto;
- Caixa de Vitrectomia 20G/ 23G;
- Cabos de criopexia (ponta em T ou ponta em bola);
- Fibra de laser;
- Conj. Manipulos (2+5)

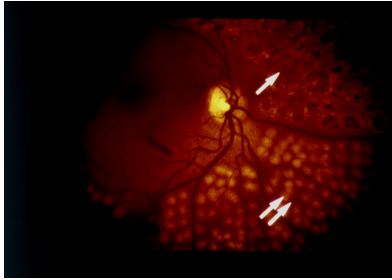
VITRECTOMIA – COLOCAÇÃO DOS DIFERENTES SISTEMAS NO CAMPO CIRURGICO



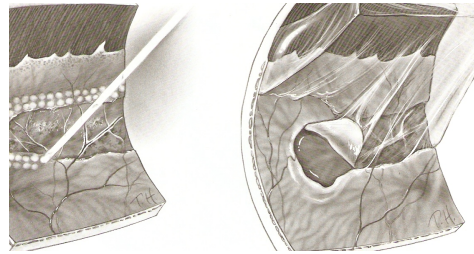
VITRECTOMIA - Endolaser e Crioplicações

- + Provoca cauterização da retina ao redor da rotura, levando à formação de pequenas cicatrizes que impedem a passagem de líquido através da rotura para o espaço subretiniano;
- + O laser funciona como uma "solda orgânica", provocando queimaduras na retina e nos tecidos subjacentes, que quando cicatrizam, se aderem uns aos outros.

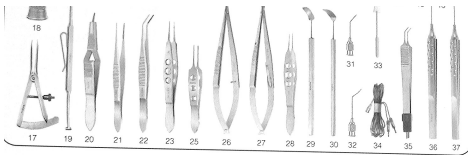
VITRECTOMIA – LASER



VITRECTOMIA – EXEMPLO DE FOTOCOAGULAÇÃO



VITRECTOMIA – EXEMPLO DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS



VITREORETINAL SURGERY

- | | |
|---|---|
| 1. K1-5711 Fishkind-Castrovjeo Speculum | 20. KS-7950 Watzke Sleeve Spreading Forceps |
| 2. KS-8850 Serrafine, small, straight (4) | 21. KS-6200 Bonaccollo Conjunctiva Forceps |
| 3. KS-0940 Halsted Mosquito Forceps, straight (2) | 22. KS-6215 Nugent Utility Forceps, serrated |
| 4. K4-7400 Eye Scissors, straight | 23. KS-2500 Castrovjeo Forceps, 0.13mm |
| 5. K7-5000 Bishop-Harmon A/C Irrigator | 24. KS-2510 Castrovjeo Forceps, 0.3mm |
| 6. K4-8500 Stevens Scissors, straight | 25. KS-3310 Bishop-Harmon Forceps (2) |
| 7. K4-8510 Stevens Scissors, curved | 26. KA-1420 Phacoemulsification Handpiece, standard, with cable |

VITRECTOMIA – PASSOS GERAIS DA CIRURGIA (EXEMPLO DE VITRECTOMIA 20G)

Dissecação da conjuntiva, com cauterização bipolar

Realização de 3 esclerotomias (técnica 20 gauge)

Colocação da cânula de infusão (evitar o colapso do olho, compensando a pressão diminuída, resultante do que se elimina do olho)

Colocação do vitrectomo e da fibraóptica (para iluminar a parte posterior do olho que é uma câmara escura), separados por 5 horas

VITRECTOMIA – PASSOS GERAIS DA CIRURGIA (EXEMPLO DE VITRECTOMIA 20G)

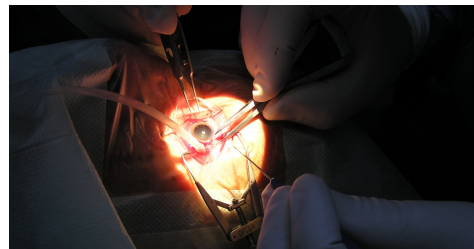
Início do procedimento no centro da cavidade vítrea

Excisão do humor vítreo, no sentido anteroposterior

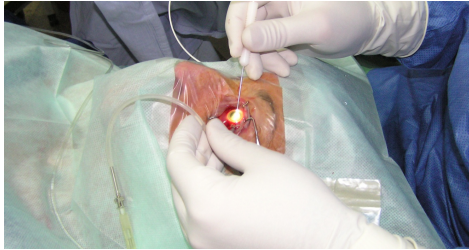
Suturar esclerotomias (normalmente Vycryl 7/0)

Colocação de antibiótico ou anti-inflamatórios, em forma de pomada ou colírio

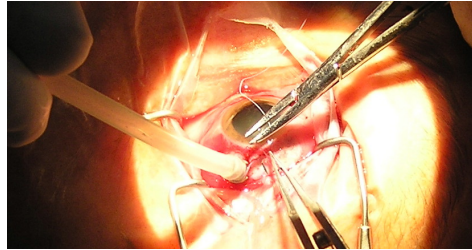
VITRECTOMIA – COMEÇO DE UMA CIRURGIA



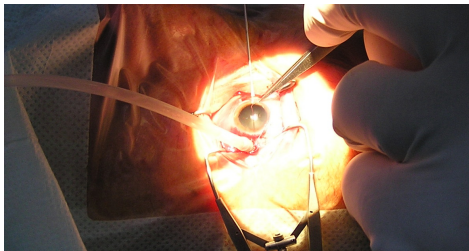
VITRECTOMIA – ENDOILUMINAÇÃO



VITRECTOMIA – FIXAÇÃO DA INFUSÃO



VITRECTOMIA – ESCLEROTOMIA



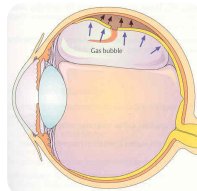
VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Perfluorcarbono ou Perfluoroctano (líquido pesado)
- + Tamponante vitreorretiniano de curta duração;
- + É introduzido até que a retina se aplique, e a drenagem anterior do fluido sub-retiniano seja realizada através da rotura que deu origem ao descolamento. Após a drenagem, normalmente realiza-se o laser.



VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Gás Expansível/Tamponadores
- + Os mais utilizados são:
 - + SF6 (hexafluoreto de enxofre)
 - + C3F8 (perfluoropropano)
- + Após a troca de fluido/ar, é necessário, por vezes colocar um destes gases, ou o óleo de silicone, como substituto vítreo.



VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Hexafluoreto de Enxofre (SF6):
 - + Não inflamável;
 - + Raramente tóxico;
 - + Incolor;
 - + Inodoro;
 - + Não corrosivo;
 - + Expansível;
 - + Permanência dentro do olho (cerca de 10 a 14 dias).

VITRECTOMIA - FÁRMACOS

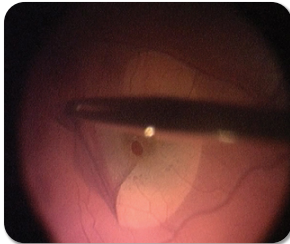
- + Octofluoropropano (C₃F₈):
 - + Não inflamável;
 - + Raramente tóxico;
 - + Não corrosivo;
 - + Expansível;
 - + Longa permanência dentro do olho (55 a 65 dias).

VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Cromovitrectomia - Corantes
 - + Azul de Trípano (Membrane Blue):
 - + Atravessa apenas as membranas das células mortas, tornando-as azuis;
 - + Ideal para a Membrana epirretiniana;
 - + Normalmente mistura-se com 1 ml de glucose 30%, por forma a torná-la mais "pesada".
 - + Azul brilhante (Brilliant peel):
 - + Identificação da Membrana Delimitante Interna.

VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Cromovitrectomia – Membrane Blue

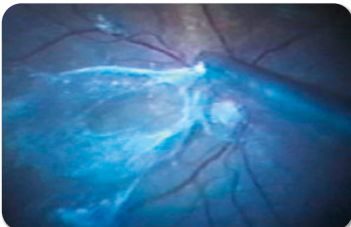


VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Cromovitrectomia – Corantes: Triancinolona
 - + Tratamento de distúrbios proliferativos, edematosos, neovasculares e inflamatórios;
 - + **Importância na remoção completa de todo o vítreo** (hialoide posterior e vítreo periférico, por vezes dificilmente identificáveis, e que podem levar à formação de novas membranas epirretinianas, e consequentemente, à possibilidade de novas roturas);
 - + Este medicamento não está formulado para utilização intraocular, pelo que se desenvolveram diferentes procedimentos para a sua purificação e concentração, tais como, **retirar o excipiente (alcoól benzílico) e injetar 1 cm de Solução Salina Balanceada, para reaproveitar o depósito de medicamento.**

VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Corticóides - Triamcinolona



VITRECTOMIA - FÁRMACOS

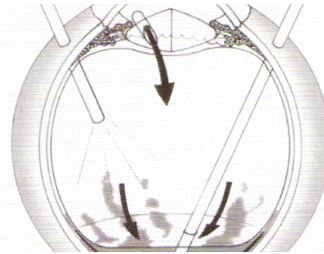
- + Oleo de Silicone
 - Usado como substituo intravítreo, quando se requer um taponamento prolongado intraocular para manter a retina aplicada;
 - É um material mais leve que a água, e como tal, flutua nesta e não se une a ela. Utiliza-se esta característica física para "empurrar" a retina ao seu respectivo lugar, indicando o médico após a cirurgia, sobre qual a posição da cabeça;
 - Normalmente exige posterior remoção cirúrgica, enquanto que os gases expansores não;
 - De maior viscosidade (5000 cs), e de menor viscosidade (1000 cs), sendo este último utilizado para ser extraído dentro de umas semanas.

VITRECTOMIA – INTERCÂMBIO FLUÍDO/AR

- + Objectivo de encher o olho com ar, e posteriormente injectar um tamponador interno como o gás ou o óleo de silicone;
- + Instrumentos necessários:
 - + Bomba de infusão de ar;
 - + Endoiluminação;
 - + Cânula de aspiração (Charles).



VITRECTOMIA – INTERCÂMBIO FLUÍDO/AR



VITRECTOMIA – CUIDADOS GERAIS

- + Cuidado extremo com ferros delicados;
- + Proceder ao envio dos mesmo ferros para a esterilização dentro da respectiva caixa;
- + Arrumação dos materiais cirúrgicos e de farmácia nos respectivos lugares, e questionar sempre que tiver dúvidas acerca da sua localização ou função;
- + Colírios identificados com a data de abertura e enviados com o cliente, ou então no final do plano cirúrgico, deitá-los para o lixo.

BIBLIOGRAFIA

- + KRACHEMER, Jay H.; PALAY, David A. – Princípios Básicos de Oftalmologia. Lusociência, Loures, 1999. ISBN 972-8383-08-8
- + MEEKER, Margaret Huth; ROTHROCK, Jane C. - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Décima Edição, Guanabara Koogan S.A., 1997, 1249 p.

**APÊNDICE VII – PLANO E DIAPOSITIVOS DA
SESSÃO FORMATIVA SOBRE
EVACUAÇÃO DE CLIENTES**



PLANO DE SESSÃO N.º2

1 – DATA DE REALIZAÇÃO: 09.07.2012

2 – IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO:

- **Tema da sessão:** Síntese dos aspectos Teórico-Práticos acerca de evacuação de clientes, com simulacro no contexto de uma sala operatória do Bloco Operatório do [REDACTED];
- **Destinatários:** Equipa Multidisciplinar do Bloco Operatório Central do [REDACTED];
- **Tempo previsto:** 90 minutos.

3 – OBJECTIVOS GERAIS

- No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de mobilizar, corretamente, conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno hospitalar, no que respeita à evacuação de doentes, através do simulacro de um caso prático em contexto de sala de operações.

4 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer, corretamente, a percepção geral do algoritmo de evacuação de doentes, em situação de catástrofe;
- Identificar, corretamente, os mecanismos de atuação em situação de catástrofe;
- Executar, tendo em conta a sua função específica, a correta evacuação de um doente, individualmente, e sem erros.

5 – PRÉ-REQUISITOS

- Os formandos devem ter como pré-requisitos prévios para a formação, o exercício de funções no bloco operatório do HSB.

6 – MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR


- Projetor;
- Portátil (com *software* de apresentação de diapositivos *PowerPoint*®);
- Cartões de identificação de funções;
- Sala de Operações do Bloco Operatório do HSB.

ASPECTOS A CONSIDERAR

TEMAS/CONTEÚDOS	METODOLOGIA	EQUIPAMENTO DE SUPORTE	AValiação	TEMPO
<p>Introdução:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicação dos objectivos gerais e específicos da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo; • Método interrogativo. (Técnica das perguntas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Projetor; • Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>). 	<p>Diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulação de perguntas (avaliação oral). 	5 Minutos
<p>Desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas gerais de evacuação; • Responsabilidade pela decisão de evacuação de clientes; • Plano de evacuação do serviço; • Exemplo de caso de catástrofe – o que fazer?; • Simulacro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo; • Método interrogativo; • Método demonstrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Projetor; • Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>); • Cartões de identificação de funções; • Sala Operatória n.1. 	<p>Formativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulação de perguntas (avaliação oral); • Observação (com base numa lista de ocorrências). 	75 Minutos
<p>CONCLUSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Período para questões e esclarecimento de dúvidas; • Síntese da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo (Síntese conclusiva); • Método interrogativo (Período para esclarecimento de dúvidas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Projetor; • Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>); • Enunciados do questionário de avaliação. 	<p>Somativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teste de resposta fechada (Verdadeiro e Falso). 	10 Minutos

Realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



Sessão formativa e simulacro sobre
EVACUAÇÃO DE CLIENTES

SÍNTESE DOS ASPECTOS TEÓRICO-PRÁTICOS ACERCA DE EVACUAÇÃO DE CLIENTES, NO CONTEXTO DE UMA SALA OPERATÓRIA DO BLOCO OPERATÓRIO DO [REDACTED]

Realizado por:
 • Enfermeiro Celso Ribeiro | Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ENF+ Orientadora: Quêzia Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)
 • Enfermeira [REDACTED] | Enfermeira do Bloco Operatório do [REDACTED]

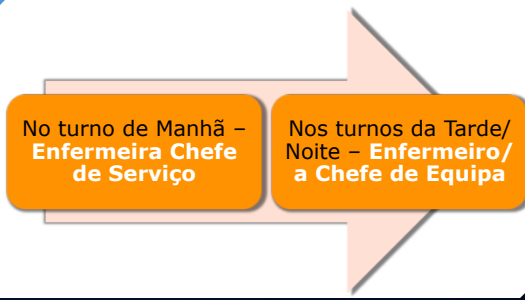
9 Julho 2012

OBJECTIVO PRINCIPAL E ESPECÍFICOS

- + Mobilizar conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno hospitalar, no que respeita à evacuação de clientes, através do simulacro de um caso prático em contexto de sala de operações, para capacitação dos profissionais envolvidos.
- + No final da sessão, os profissionais devem ser capazes de:
 - + Identificar os mecanismos de atuação em situação de catástrofe;
 - + Ter a percepção geral do algoritmo de evacuação de clientes, em situação de catástrofe;
 - + Realizar, tendo em conta a sua função específica, a correta evacuação de um cliente.

NORMAS GERAIS DE EVACUAÇÃO

RESPONSABILIDADE PELA DECISÃO DE EVACUAÇÃO DE CLIENTES



No turno de Manhã –
Enfermeira Chefe de Serviço

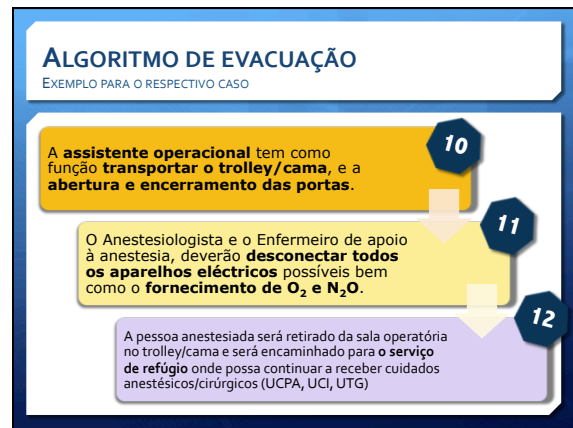
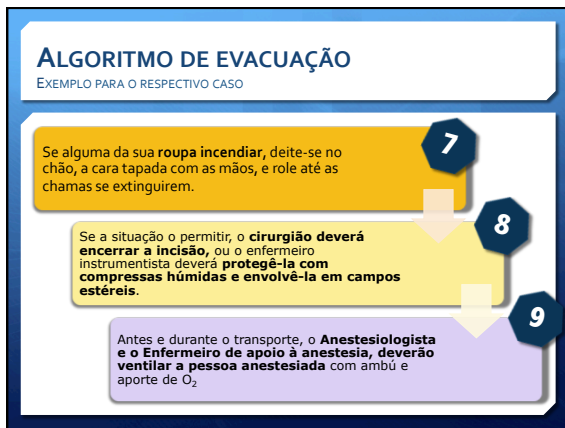
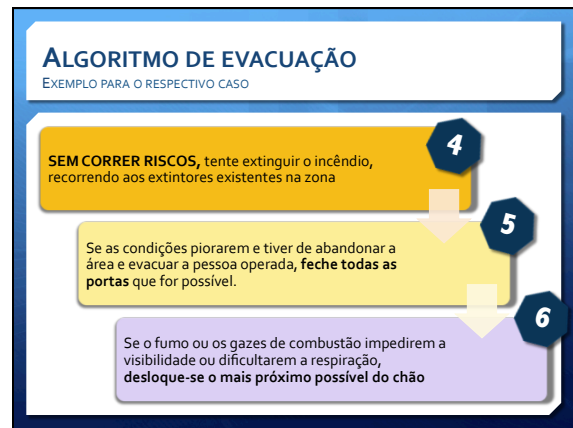
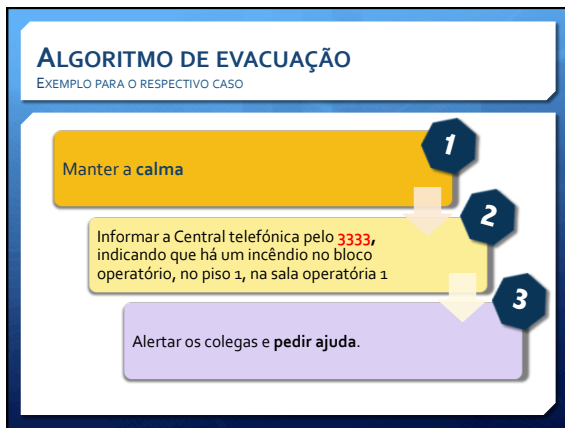
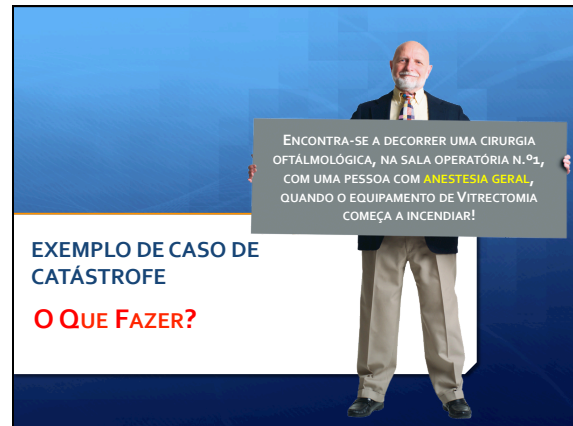
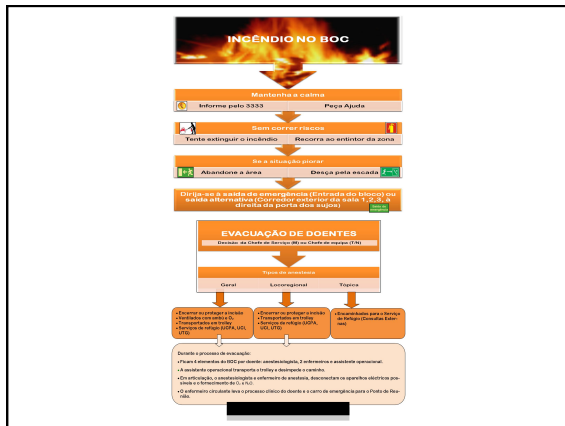
Nos turnos da Tarde/
 Noite – **Enfermeiro/ a Chefe de Equipa**

PLANO DE EVACUAÇÃO DO SERVIÇO



PLANO DE EVACUAÇÃO DO SERVIÇO





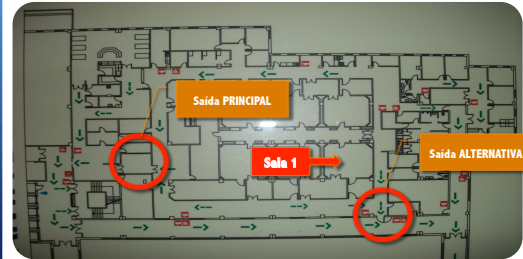
ALGORITMO DE EVACUAÇÃO

EXEMPLO PARA O RESPECTIVO CASO

13
O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio.

14
Se a SAÍDA DE EMERGÊNCIA PRINCIPAL (entrada do bloco) estiver bloqueada, dirija-se à SAÍDA ALTERNATIVA (corredor exterior das salas 1, 2 e 3, à direita da porta dos sujeitos)

SAÍDAS DE EMERGÊNCIA



BIBLIOGRAFIA

- + Plano de Emergência Interno – Hospital de São Bernardo (Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.) – Maio 2007



PARTE II - SIMULACRO Distribuição de funções

ENTREGA DE CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO DE FUNÇÕES

Função Função Função Função Função

ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ENFERMEIRO CIRCULANTE	ENFERMEIRO DE ANESTESIA	ANESTESISTA	ASSISTENTE OPERACIONAL
Deve: * Realizar a limpeza dos instrumentos; * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Realizar a anestesia; * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio.

Função Função Função Função Função

CIRURGIÃO AJUDANTE	CIRURGIÃO
Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio.

**APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIOS DE
AVALIAÇÃO RESPONDIDOS, SUA
RESOLUÇÃO E ANÁLISE DA
SESSÃO FORMATIVA SOBRE
EVACUAÇÃO DE CLIENTES**

**ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE
EVACUAÇÃO DE CLIENTES**

A sessão formativa sobre Evacuação de Clientes, fora realizada a dia 9 de Julho de 2012, com a presença de 12 elementos da equipa de enfermagem¹.

Foi distribuído um questionário de avaliação no final da sessão formativa, com a duração de 5 minutos, e composto por 10 afirmações de “Verdadeiro ou Falso”, cada uma valendo 1 valor. As respostas corresponderam ao seguinte gráfico:

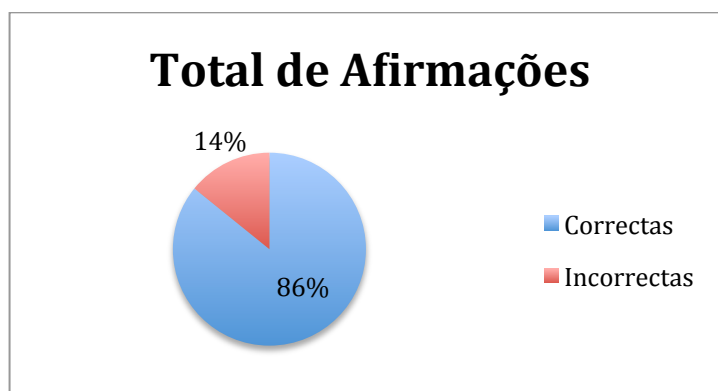


Figura 1 - Gráfico sobre Total de Afirmações

De acordo com a análise dos questionários de avaliação sobre a aquisição de conhecimentos, verificou-se que de um total de 120 questões de todos os questionários reunidos, 103 foram respostas corretas, e apenas 17 estiveram incorretas.

Podemos considerar então, que **a maioria da equipa multidisciplinar assimilou os respectivos conhecimentos da sessão formativa, com significativa percentagem.**

¹ Comprovado em folha de registos de presença do Serviço de Gestão da Formação do [REDACTED]



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	“Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Clientes ”
Formadores:	Celso Pires Ribeiro ██████████
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 – 9:30
Nome do Formando:	
N.º Mecanográfico	

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de “Verdadeiro ou Falso”, cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		x
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		x
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	x	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	x	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	x	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		x
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	x	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		x
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		x
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		x

Assinatura _____

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	42290

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro ██████████
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	██████████
N.º Mecanográfico	24895

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço	X	X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.	X	
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura _____

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	22097

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	22685

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	

Assinatura _____

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecnográfico	42132

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	42138

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço	X	
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂ .	X	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	

Assinatura _____

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	25520

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio		X
8. Não existem pôsteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.	X	
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico:	23490

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

55 depois de se apertar do fogão de incêndio

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	25680

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro ██████████
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 – 9:30
Nome do Formando:	██████████
N.º Mecanográfico	22791

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura ██████████

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	22630

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	X

- Dependendo da situação

→ fazer periodicamente na prática estes exercícios de evacuação.

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	41755

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.	X	
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura _____

[REDACTED SIGNATURE]

**APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA
DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO**



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO¹

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Agradecemos que realizasse a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja *objectivo(a)* e *sincero(a)*.

Questões

1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Comentários/sugestões

Data da Avaliação: **Julho de 2012**

Integrando:

Integrador: Celso Pires Ribeiro

Enf.^a Chefe:



¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (*Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.320. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.^a Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

**APÊNDICE VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO
ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA**



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA¹

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ESCALA
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
10. Mantem a organização da mesa operatória	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca do transfer	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos a **pontuação de 3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objectivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações

Data da Avaliação:	Julho de 2012
Integrando:	
Integrador:	Celso Pires Ribeiro
Enf. ^a Chefe:	[REDACTED]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (*Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.318. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.^a Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

**APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS DE AVALIAÇÃO
DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO
OPERATÓRIO**



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO¹

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Agradecemos que realizasse a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja objectivo(a) e sincero(a).

Questões

1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 _____ 2 _____ 3 (3) 4 _____ 5 _____

2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?

1 _____ 2 _____ 3 (3) 4 _____ 5 _____

3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) 5 _____

4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 _____ 2 (2) 3 _____ 4 _____ 5 _____

5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?

1 _____ 2 (2) 3 _____ 4 _____ 5 _____

6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) 5 _____

7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (5)

8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (5)

Comentários/sugestões

NOTA: A INTEGRAÇÃO FOI EFETUADA NO ÂMBITO DA ÁREA DE
DENTOMOLOGIA. A FICHA NÃO FOI CONTÍNUA E FOI EFETUADA
POR VÁRIOS ELEMENTOS.

SUGESTÃO: A INTEGRAÇÃO SER EFETUADA POR APENAS UM
INTEGRADOR E POR UM PERÍODO CONTÍNUO SEGUIDO.

Data da Avaliação: Julho de 2012

Integrando: [REDACTED]

Integrador: Celso Pires Ribeiro

Enf.ª Chefe: [REDACTED]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.320. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro Celso Ribeiro | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO¹

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Agradecemos que realizasse a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja objectivo(a) e sincero(a).

Questões

1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) _____ 5
2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) _____ 5
3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) _____ 5
4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) _____ 5
5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) _____ 5
7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (5)
8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) _____ 5

Comentários/sugestões

Data da Avaliação: **Julho de 2012**

Integrando: **[REDACTED]**

Integrador: **Celso Pires Ribeiro**

Enf.ª Chefe: **[REDACTED]**

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.320. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO¹

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Agradecemos que realizasse a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja objectivo(a) e sincero(a).

Questões

1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5

2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5

3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5

4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 _____ 2 _____ 3 4 _____ 5

5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?

1 _____ 2 _____ 3 4 _____ 5

6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5

7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5

8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5

Comentários/sugestões

Data da Avaliação: Julho de 2012

Integrando: [REDACTED]

Integrador: Celso Pires Ribeiro

Enf.ª Chefe: [REDACTED]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.320. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO¹

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Agradecemos que realizasse a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja objectivo(a) e sincero(a).

Questões

1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4 _____ 5

2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?

1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4 _____ 5

3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (5)

4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4 _____ 5

5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?

1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4 _____ 5

6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4 _____ 5

7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) _____ 5

8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (5)

Comentários/sugestões

IDADE: 35 anos

Subsídios Literários: Licenciatura e Enfermagem

Experiência profissional: 13 anos

Experiência Bloco: 7 anos

Data da Avaliação: Julho de 2012

Integrando: [REDACTED]

Integrador: Celso Pires Ribeiro

Enf.ª Chefe: [REDACTED]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.320. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro Celso Ribeiro | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO¹

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Agradecemos que realizasse a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja objectivo(a) e sincero(a).

Questões

1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 _____ 2 _____ 3 3 4 _____ 5 _____

2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 5

3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 5

4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 5

6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 _____ 2 _____ 3 3 4 _____ 5 _____

7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 5

8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 _____ 2 2 3 _____ 4 _____ 5 _____

Comentários/sugestões

Data da Avaliação: Julho de 2012

Integrando:

Integrador: Celso Pires Ribeiro

Enf.ª Chefe:

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.320. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro Celso Ribeiro | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO¹

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Agradecemos que realizasse a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja objectivo(a) e sincero(a).

Questões

1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 2 3 4 5

2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?

1 2 3 4 5

3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 2 3 4 5

4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 2 3 4 5

5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?

1 2 3 4 5

6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 2 3 4 5

7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 2 3 4 5

8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 2 3 4 5

Comentários/sugestões

Data da Avaliação: **Julho de 2012**

Integrando: [REDACTED]

Integrador: Celso Pires Ribeiro

Enf.ª Chefe: [REDACTED]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.320. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO¹

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Agradecemos que realizasse a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja objectivo(a) e sincero(a).

Questões

1. O programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (5)

2. Considera que os conteúdos abordados foram adequados?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) ~~5~~

3. Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) 5

4. O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) 5

5. Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) 5

6. Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (5)

7. Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (5)

8. Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4) 5

Comentários/sugestões

Data da Avaliação: Julho de 2012

Integrando: [REDACTED]

Integrador: Celso Pires Ribeiro

Enf.^a Chefe: [REDACTED]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.320. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.^a Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

**APÊNDICE IX – QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS DE AVALIAÇÃO
FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA**



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA¹

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinala o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ESCALA
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	1 2 3 4 5
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1 2 3 4 5
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1 2 3 4 5
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	1 2 3 4 5
5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1 2 3 4 5
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	1 2 3 4 5
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1 2 3 4 5
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1 2 3 4 5
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	1 2 3 4 5
10. Mantém a organização da mesa operatória	1 2 3 4 5
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	1 2 3 4 5
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1 2 3 4 5
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	1 2 3 4 5
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca do transfer	1 2 3 4 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos a **pontuação de 3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objectivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações

Data da Avaliação:	Julho de 2012
Integrando:	[REDACTED]
Integrador:	Celso Pires Ribeiro
Enf.ª Chefe:	[REDACTED]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.318. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA¹

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ESCALA
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	1 2 3 4 5
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1 2 3 4 5
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1 2 3 4 5
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	1 2 3 4 5
5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1 2 3 4 5
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	1 2 3 4 5
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1 2 3 4 5
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1 2 3 4 5
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	1 2 3 4 5
10. Mantém a organização da mesa operatória	1 2 3 4 5
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	1 2 3 4 5
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1 2 3 4 5
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	1 2 3 4 5
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca de transfer	1 2 3 4 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos a **pontuação de 3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objectivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações

Data da Avaliação:	Julho de 2012
Integrando:	██████████
Integrador:	Celso Pires Ribeiro
Enf.ª Chefe:	██████████

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.318. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA¹

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ESCALA
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	1 ___ 2 ___ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ___ 5 ___
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1 ___ 2 ___ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ___ 5 ___
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ <input checked="" type="checkbox"/> 5 ___
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 ___
5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 ___
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 ___
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1 ___ 2 ___ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ___ 5 ___
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1 ___ 2 ___ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ___ 5 ___
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	1 ___ 2 ___ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ___ 5 ___
10. Mantém a organização da mesa operatória	1 ___ 2 ___ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ___ 5 ___
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 ___
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 ___
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 ___
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca do transfer	1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 ___

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos a **pontuação de 3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objectivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações

Data da Avaliação:	Julho de 2012
Integrando:	[REDACTED]
Integrador:	Celso Pires Ribeiro
Enf.ª Chefe:	[REDACTED]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.318. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA¹

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinala o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ESCALA
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	1 2 3 4 5
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1 2 3 4 5
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1 2 3 4 5
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	1 2 3 4 5
5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1 2 3 4 5
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	1 2 3 4 5
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1 2 3 4 5
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1 2 3 4 5
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	1 2 3 4 5
10. Mantém a organização da mesa operatória	1 2 3 4 5
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	1 2 3 4 5
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1 2 3 4 5
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	1 2 3 4 5
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca de transfer	1 2 3 4 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos a **pontuação de 3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objectivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações

Data da Avaliação:	Julho de 2012
Integrando:	██████████
Integrador:	Celso Pires Ribeiro
Enf.ª Chefe:	██████████

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.318. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA¹

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ESCALA
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	1 2 3 4 5
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1 2 3 4 5
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1 2 3 4 5
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	1 2 3 4 5
5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1 2 3 4 5
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	1 2 3 4 5
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1 2 3 4 5
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1 2 3 4 5
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	1 2 3 4 5
10. Mantém a organização da mesa operatória	1 2 3 4 5
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	1 2 3 4 5
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1 2 3 4 5
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	1 2 3 4 5
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca do transfer	1 2 3 4 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos a **pontuação de 3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objectivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações

Data da Avaliação:	Julho de 2012
Integrando:	[Redacted]
Integrador:	Celso Pires Ribeiro
Enf.ª Chefe:	[Redacted]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.318. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA¹

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ESCALA
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	1 2 3 4 5
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1 2 3 4 5
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1 2 3 4 5
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	1 2 3 4 5
5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1 2 3 4 5
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	1 2 3 4 5
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1 2 3 4 5
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1 2 3 4 5
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	1 2 3 4 5
10. Mantém a organização da mesa operatória	1 2 3 4 5
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	1 2 3 4 5
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1 2 3 4 5
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	1 2 3 4 5
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca do transfer	1 2 3 4 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos a **pontuação de 3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objectivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações

Idade: 35 anos

Habituação Cirúrgica: Planificação e Enfermagem

Experiência Profissional: 13 anos

Experiência Bloco: 7 anos

Data da Avaliação: Julho de 2012

Integrando: [REDACTED]

Integrador: Celso Pires Ribeiro

Enf.ª Chefe: [REDACTED]

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.318. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
(Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA¹

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas como enfermeiro instrumentista, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ESCALA
1. Planifica os cuidados tendo em conta as características do doente, cirurgia e cirurgião	1 2 3 4 5
2. Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1 2 3 4 5
3. Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste a bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1 2 3 4 5
4. Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica	1 2 3 4 5
5. Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1 2 3 4 5
6. Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção	1 2 3 4 5
7. Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1 2 3 4 5
8. Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1 2 3 4 5
9. Realiza a manutenção intra-operatória dos instrumentos cirúrgicos	1 2 3 4 5
10. Mantem a organização da mesa operatória	1 2 3 4 5
11. Realiza contagens de instrumental cirúrgico, conforme protocolo	1 2 3 4 5
12. Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1 2 3 4 5
13. Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória, conforme protocolo do serviço	1 2 3 4 5
14. Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a maca de transfer	1 2 3 4 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos a **pontuação de 3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objectivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações

Data da Avaliação:	Julho de 2012
Integrando:	████████████████████
Integrador:	Celso Pires Ribeiro
Enf.ª Chefe:	████████████████████

¹ Segundo transcrição do questionário preconizado pela AESOP (Referência Bibliográfica: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta, 2006. p.318. ISBN 972-8930-16-X)

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

**APÊNDICE X – PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS SOBRE A
FORMAÇÃO EM OFTALMOLOGIA – SEGMENTO
POSTERIOR**



PLANO DE SESSÃO N.º1

1 – DATA DE REALIZAÇÃO: 04.06.2012

2 – IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO:

- **Tema da sessão:** Sensibilização dos enfermeiros para os cuidados perioperatórios na cirurgia oftálmica de segmento posterior;
- **Destinatários:** Equipa de Enfermagem Perioperatória do Bloco Operatório Central do [REDACTED];
- **Tempo previsto:** 60 minutos.

3 – OBJECTIVOS GERAIS

- No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de assimilar, corretamente, conhecimentos acerca da área cirúrgica de oftalmologia no segmento posterior, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e à sua capacitação.

4 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer, corretamente, a percepção geral do procedimento cirúrgico;
- Distinguir sinais e sintomas do descolamento de retina, com base em definições apresentadas, de forma correta;
- Identificar, corretamente, as principais estruturas oculares, através do visionamento de imagens;
- Executar os cuidados intra-operatórios adequados por forma a contribuir para o sucesso cirúrgico, individualmente, e sem erros.

5 – PRÉ-REQUISITOS

- Os formandos devem ter como pré-requisitos prévios para a formação, o exercício de funções no bloco operatório do [REDACTED]

6 – MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR


- Projetor;
- Portátil (com *software* de apresentação de diapositivos *PowerPoint*®)

ASPECTOS A CONSIDERAR

TEMAS/CONTEÚDOS	METODOLOGIA	EQUIPAMENTO DE SUPORTE	AVALIAÇÃO	TEMPO
Introdução: <ul style="list-style-type: none">• Explicação dos objectivos gerais e específicos da sessão.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo;• Método interrogativo. (Técnica das perguntas)	<ul style="list-style-type: none">• Projetor;• Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>).	Diagnóstica: <ul style="list-style-type: none">• Formulação de perguntas (avaliação oral).	5 Minutos
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none">• Considerações anatómicas;• Patologias do segmento posterior;• Indicações cirúrgicas;• Conceito de Vitrectomia;• Princípios orientadores da preparação intraoperatória;• Passos gerais da cirurgia;• Farmacologia utilizada.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo;• Método interrogativo.	<ul style="list-style-type: none">• Projetor;• Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>).	Formativa: <ul style="list-style-type: none">• Formulação de perguntas (avaliação oral).	45 Minutos
CONCLUSÃO: <ul style="list-style-type: none">• Período para questões e esclarecimento de dúvidas;• Síntese da sessão.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo (Síntese conclusiva);• Método interrogativo (Período para esclarecimento de dúvidas).	<ul style="list-style-type: none">• Projetor;• Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>).	Somativa: <ul style="list-style-type: none">• Teste de resposta fechada - emparelhamento (Apresentação e resolução em <i>PowerPoint</i>)	10 Minutos

Realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



Sessão formativa sobre

OFTALMOLOGIA – Segmento Posterior

Aspectos Teórico-Práticos da área cirúrgica, no papel da enfermagem da realidade do Bloco Operatório do [REDACTED]

Realizado por:
 Enfermeiro Celso Ribeiro | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
 (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

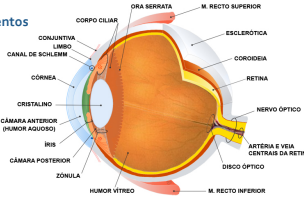
Junho 2022

OBJECTIVO PRINCIPAL E ESPECÍFICOS

- + Transferir conhecimentos acerca da área cirúrgica de Oftalmologia no segmento posterior, sistematizando os procedimentos inerentes, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e à capacitação dos profissionais envolvidos.
- + No final da sessão, o enfermeiro deve ser capaz de:
 - + Identificar a maioria das estruturas oculares;
 - + Identificar sinais e sintomas do descolamento de retina;
 - + Ter a percepção geral do procedimento cirúrgico;
 - + Prestar os cuidados intra-operatórios adequados por forma a contribuir para o sucesso cirúrgico.

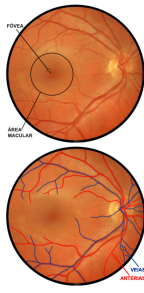
CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS – GLOBO OCULAR

- + Composta por três túnicas:
 - + Túnica externa – Fibrosa – esclera e córnea
 - + Túnica média – Vascular – coróide, corpo ciliar e íris
 - + Túnica interna – Nervosa – retina
- + Composta por três compartimentos
 - + Câmara anterior
 - + Câmara posterior
 - + Espaço vítreo
- + Cristalino

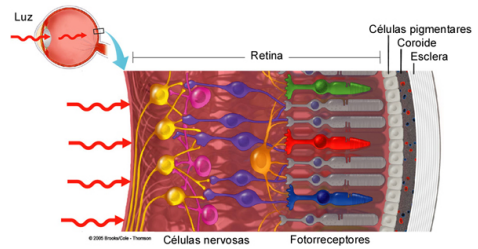


CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS - RETINA

- + **Mácula:**
 - + Parte central da retina. Tem no interior uma zona central chamada **Fóvea**, responsável pela visão de alta resolução e das cores (cones)
- + **Ponto cego ou papila:**
 - + Insensível à luz, e de onde emergem o nervo óptico e os vasos sanguíneos da retina.



CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS - RETINA



CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS – HUMOR VITREO

- + **Substância transparente gelatinosa** que se encontra na cavidade ocular por detrás do cristalino.
- + Composição química: **fibras de colagénico e ácido hialurónico**



PATOLOGIAS E COMPLICAÇÕES DO SEGMENTO POSTERIOR

Patologias mais frequentes do Segmento Posterior:

- + Descolamento da retina;
- + Retinopatia diabética proliferativa (RDP) ou exsudativa;
- + Hemovítreo não absorvido.

Complicações Cirúrgicas:

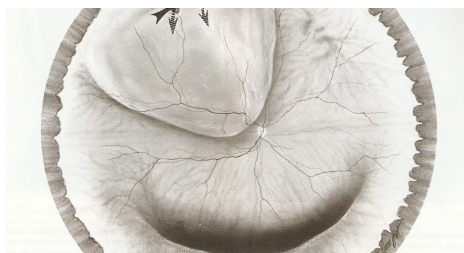
- + Remoção do cristalino, lentes ou corpos estranhos do segmento posterior.

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

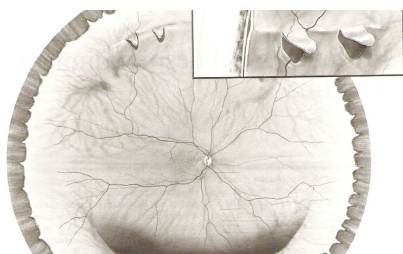
DESCOLAMENTO DA RETINA

- + Separação entre a retina sensorial e o epitélio pigmentar
- + Pode ser classificado em 2 tipos:
 - + **Regmatogéneo:** se resulta de uma rasgadura ou buraco na retina;
 - + **Não regmatogéneo:**
 - + **Traccional** – se resulta de tracções exercidas sobre a retina, seja pelo vítreo ou membrana neovascular epirretiniana.
 - + **Exsudativo** – se resulta de líquidos acumulados sob a retina neurosensorial, sangue, lípidos, soro...;
 - + Relacionado com **tumor**.

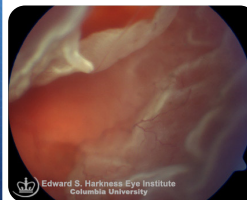
DESCOLAMENTO DA RETINA SUPERIOR



DESCOLAMENTO DA RETINA - BURACOS



DESCOLAMENTO DA RETINA - IMAGENS



DESCOLAMENTO DA RETINA

+ Tratamento

- + Varia de acordo com o tipo de descolamento e pode incluir:
 - + Laser;
 - + Crioplicações;
 - + Injecção de gás;
 - + Cerclage;
 - + Vitrectomia

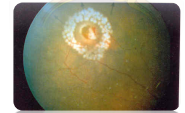
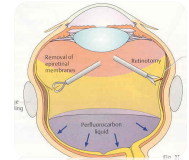
DESCOLAMENTO DA RETINA

Objectivos:

- Identificar e corrigir a **causa do descolamento** (buraco ou rasgadura);
- Necessário **aplicar a retina** descolada ao epitélio pigmentar da retina.

Podem ser necessários utilizar perfluoro-n-octano.

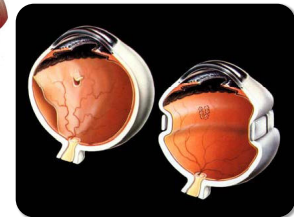
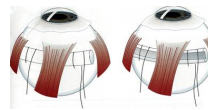
Numa fase inicial e confinada, pode ser realizado laser ou crioplicação na zona do buraco que originou o descolamento.



RETINOPEXIA (COLOCAÇÃO DE CERCLAGE)

- + É uma técnica eficiente para a correção do descolamento, que consiste na introflexão escleral;
- + Pode ser usada de forma isolada ou combinada na vitrectomia;
- + Fixação ao redor do olho, sob os músculos, de uma estrutura de apoio, feita de silicone sólido (semelhante a um pneu), para calçar a retina e criar uma forte adesão utilizando a crioterapia.

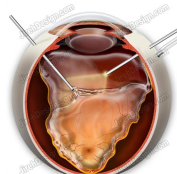
RETINOPEXIA (COLOCAÇÃO DE CERCLAGE)



TRATAMENTO DO DESCOLAMENTO DA RETINA - VITRECTOMIA

Consiste em remover o vítreo, com o objectivo de eliminar as trações, quando existem, corrigindo-se a causa do descolamento.

Quase sempre é feito tamponamento interno com gás ou óleo de silicone.



RETINOPATIA DIABÉTICA PROLIFERATIVA

É essencialmente uma microangiopatia ocular causada pela diabetes.

É uma das principais causas de cegueira nos países desenvolvidos, em 90% dos doentes diabéticos.



TRATAMENTO - RETINOPATIA DIABÉTICA PROLIFERATIVA

+ Objectivos do tratamento:

1. Controlar a hemorragia que causou o hemovítreo ou retirar membranas que provocam distorções na retina ou mácula e/ou descolamento;
2. Laser focal no pólo posterior (consulta externa);
3. Vitrectomia

VITRECTOMIA

Significa, linearmente, eliminar o humor vítreo que existe dentro do olho, através de um vitrectomo (aspiração e corte), mantendo a pressão ocular mediante a infusão de líquido (BSS) por outra incisão

Abreviatura comumente utilizada para abreviar outros tipos específicos de cirurgia do segmento posterior.

O Vitrectomo tem na sua parte final, uma pequena guilhotina, capaz de cortar a grande velocidade e aspirar, simultaneamente, o humor vítreo sem traccionar a retina

É, normalmente, o primeiro passo de qualquer cirurgia de retina

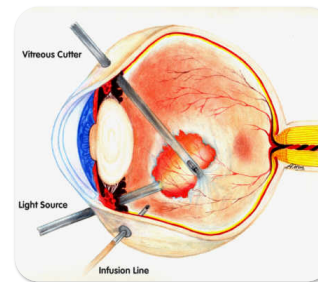
VITRECTOMIA

+ Para aspirar e cortar o vítreo é necessário manter a pressão intraocular, com uma infusão contínua de BSS, através de uma **CÂNULA DE INFUSÃO**.

+ O segmento posterior é iluminado através de uma **FIBRA ÓPTICA** ligada a uma fonte de luz, permitindo assim a visualização das estruturas.



VITRECTOMIA



VITRECTOMIA

Estes três instrumentos (Cânula de infusão + Peça de Mão de Vitrectomia + Fibra Óptica) são introduzidos no segmento posterior, **via pars plana (3,5 a 4,0 mm) através de esclerotomias**.

O cirurgião realiza a cirurgia com a fibra óptica numa mão e o vitrectomo na outra mão, através de um **microscópio** com um sistema próprio para visão de segmento posterior.

VITRECTOMIA – SISTEMA DE VISUALIZAÇÃO

O dispositivo ideal e o mais utilizado na cirurgia vitreoretiniana moderna é o método de não contacto, com o aparelho denominado **BIOM**

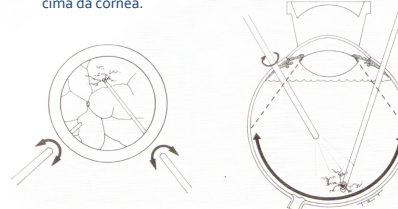
Permite um campo de visão de **120 graus** com a lente **Wield field**, ou **60 graus** com a lente **high resolution** para cirurgias maculares

VITRECTOMIA – BIOM



VITRECTOMIA – SISTEMA DE VISUALIZAÇÃO

- + Lentes de Contacto (Campo Ampliado)
- + Colocar Viscoelástico antes de colocar a respectiva lente em cima da córnea.



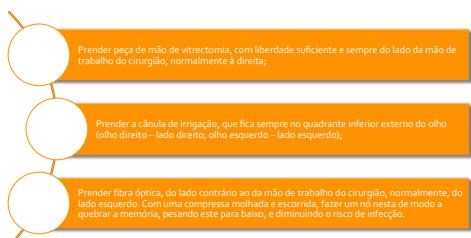
VITRECTOMIA – PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA PREPARAÇÃO INTRAOPERATÓRIA

- + Prescrição de dilatação pupilar;
- + Anestesia Geral;
- + Desinfecção/Prevenção de endoftalmites:
 - + Antes do procedimento:
 - + Desinfecção da região periocular com iodopovidona a 10%;
 - + Instilação de iodopovidona a 5% no fundo de saco conjuntival;
 - + Aplicação de antibiótico tópico
 - + Após o procedimento:
 - + Aplicação de antibiótico/corticoide tópico
- + Decúbito dorsal

VITRECTOMIA – PREPARAÇÃO DO MATERIAL NECESSÁRIO

- Microscópio de oftalmologia;
- Cadeira de oftalmologia;
- Aparelho de Vitrectomia Constellation;
- Respectivo Pack de Vitrectomia;
- Taça inox pequena;
- Bipolar;
- BIOMM;
- Lentes WFE;
- Lentes de contacto;
- Caixa de Vitrectomia 20G/ 23G;
- Cabos de criopexia (ponta em T ou ponta em bola);
- Fibra de laser;
- Conj. Manipulos (2+5)

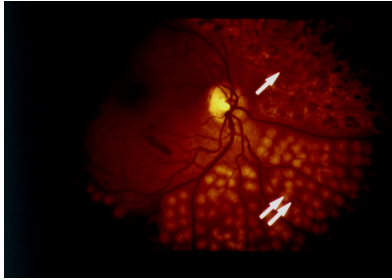
VITRECTOMIA – COLOCAÇÃO DOS DIFERENTES SISTEMAS NO CAMPO CIRURGICO



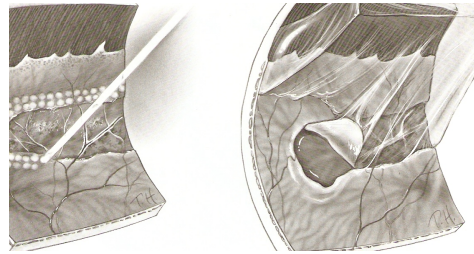
VITRECTOMIA - Endolaser e Crioplicações

- + Provoca cauterização da retina ao redor da rotura, levando à formação de pequenas cicatrizes que impedem a passagem de líquido através da rotura para o espaço subretiniano;
- + O laser funciona como uma "solda orgânica", provocando queimaduras na retina e nos tecidos subjacentes, que quando cicatrizam, se aderem uns aos outros.

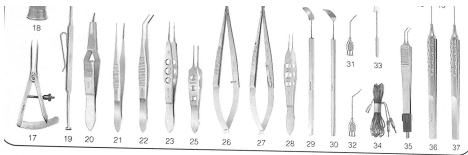
VITRECTOMIA – LASER



VITRECTOMIA – EXEMPLO DE FOTOCOAGULAÇÃO



VITRECTOMIA – EXEMPLO DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS



VITREORETINAL SURGERY

- | | |
|---|---|
| 1. K1-5711 Fishkind-Castrovjeo Speculum | 20. KS-7950 Watzke Sleeve Spreading Forceps |
| 2. KS-8850 Serrafine, small, straight (4) | 21. KS-6200 Bonaccollo Conjunctiva Forceps |
| 3. KS-0940 Halsted Mosquito Forceps, straight (2) | 22. KS-6215 Nugent Utility Forceps, serrated |
| 4. K4-7400 Eye Scissors, straight | 23. KS-2500 Castrovjeo Forceps, 0.13mm |
| 5. K7-5000 Bishop-Harmon A/C Irrigator | 24. KS-2510 Castrovjeo Forceps, 0.3mm |
| 6. K4-8500 Stevens Scissors, straight | 25. KS-3310 Bishop-Harmon Forceps (2) |
| 7. K4-8510 Stevens Scissors, curved | 26. KA-1420 Phacoemulsification Handpiece, standard, with cable |

VITRECTOMIA – PASSOS GERAIS DA CIRURGIA (EXEMPLO DE VITRECTOMIA 20G)

Dissecação da conjuntiva, com cauterização bipolar

Realização de 3 esclerotomias (técnica 20 gauge)

Colocação da cânula de infusão (evitar o colapso do olho, compensando a pressão diminuída, resultante do que se elimina do olho)

Colocação do vitrectomo e da fibra óptica (para iluminar a parte posterior do olho que é uma câmara escura), separados por 5 horas

VITRECTOMIA – PASSOS GERAIS DA CIRURGIA (EXEMPLO DE VITRECTOMIA 20G)

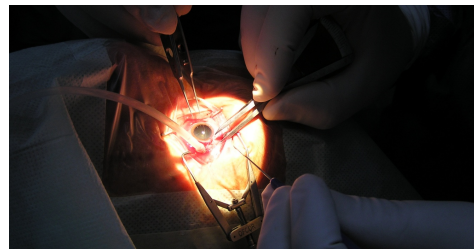
Início do procedimento no centro da cavidade vítrea

Excisão do humor vítreo, no sentido anteroposterior

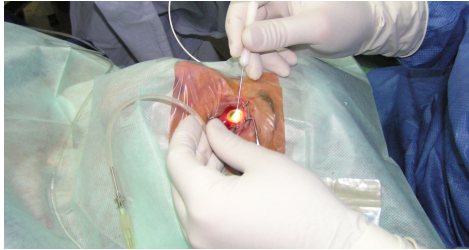
Suturar esclerotomias (normalmente Vycryl 7/0)

Colocação de antibiótico ou anti-inflamatórios, em forma de pomada ou colírio

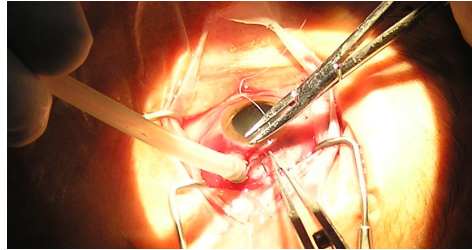
VITRECTOMIA – COMEÇO DE UMA CIRURGIA



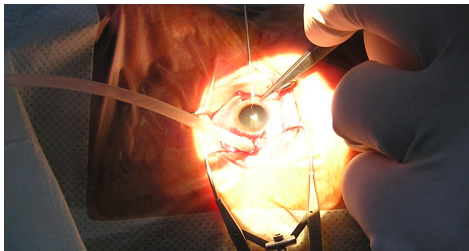
VITRECTOMIA – ENDOILUMINAÇÃO



VITRECTOMIA – FIXAÇÃO DA INFUSÃO



VITRECTOMIA – ESCLEROTOMIA



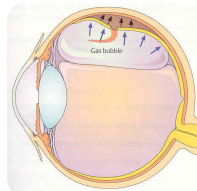
VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Perfluorcarbono ou Perfluoroctano (líquido pesado)
- + Tamponante vitreorretiniano de curta duração;
- + É introduzido até que a retina se aplique, e a drenagem anterior do fluido sub-retiniano seja realizada através da rotura que deu origem ao descolamento. Após a drenagem, normalmente realiza-se o laser.



VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Gás Expansível/Tamponadores
- + Os mais utilizados são:
 - + SF₆ (hexafluoreto de enxofre)
 - + C₃F₈ (perfluoropropano)
- + Após a troca de fluido/ar, é necessário, por vezes colocar um destes gases, ou o óleo de silicone, como substituto vítreo.



VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Hexafluoreto de Enxofre (SF₆):
 - + Não inflamável;
 - + Raramente tóxico;
 - + Incolor;
 - + Inodoro;
 - + Não corrosivo;
 - + Expansível;
 - + Permanência dentro do olho (cerca de 10 a 14 dias).

VITRECTOMIA - FÁRMACOS

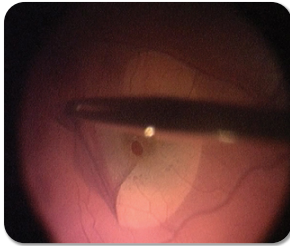
- + Octofluoropropano (C₃F₈):
 - + Não inflamável;
 - + Raramente tóxico;
 - + Não corrosivo;
 - + Expansível;
 - + Longa permanência dentro do olho (55 a 65 dias).

VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Cromovitrectomia - Corantes
 - + Azul de Trípano (Membrane Blue):
 - + Atravessa apenas as membranas das células mortas, tornando-as azuis;
 - + Ideal para a Membrana epirretiniana;
 - + Normalmente mistura-se com 1 ml de glicose 30%, por forma a torná-la mais "pesada".
 - + Azul brilhante (Brilliant peel):
 - + Identificação da Membrana Delimitante Interna.

VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Cromovitrectomia – Membrane Blue

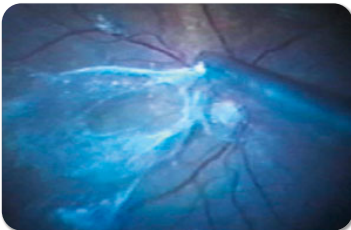


VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Cromovitrectomia – Corantes: Triancinolona
 - + Tratamento de distúrbios proliferativos, edematosos, neovasculares e inflamatórios;
 - + **Importância na remoção completa de todo o vítreo** (hialoide posterior e vítreo periférico, por vezes dificilmente identificáveis, e que podem levar à formação de novas membranas epirretinianas, e consequentemente, à possibilidade de novas roturas);
 - + Este medicamento não está formulado para utilização intraocular, pelo que se desenvolveram diferentes procedimentos para a sua purificação e concentração, tais como, **retirar o excipiente (alcoól benzílico) e injetar 1 cm de Solução Salina Balanceada, para reaproveitar o depósito de medicamento.**

VITRECTOMIA - FÁRMACOS

- + Corticóides - Triancinolona



VITRECTOMIA - FÁRMACOS

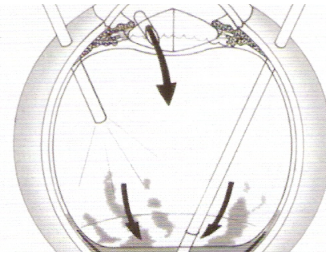
- + Oleo de Silicone
 - Usado como substituto intravítreo, quando se requer um taponamento prolongado intraocular para manter a retina aplicada;
 - É um material mais leve que a água, e como tal, flutua nesta e não se une a ela. Utiliza-se esta característica física para "empurrar" a retina ao seu respectivo lugar, indicando o médico após a cirurgia, sobre qual a posição da cabeça;
 - Normalmente exige posterior remoção cirúrgica, enquanto que os gases expansores não;
 - De maior viscosidade (5000 cs), e de menor viscosidade (1000 cs), sendo este último utilizado para ser extraído dentro de umas semanas.

VITRECTOMIA – INTERCÂMBIO FLUÍDO/AR

- + Objectivo de encher o olho com ar, e posteriormente injectar um tamponador interno como o gás ou o óleo de silicone;
- + Instrumentos necessários:
 - + Bomba de infusão de ar;
 - + Endoiluminação;
 - + Cânula de aspiração (Charles).



VITRECTOMIA – INTERCÂMBIO FLUÍDO/AR



VITRECTOMIA – CUIDADOS GERAIS

- + Cuidado extremo com ferros delicados;
- + Proceder ao envio dos mesmo ferros para a esterilização dentro da respectiva caixa;
- + Arrumação dos materiais cirúrgicos e de farmácia nos respectivos lugares, e questionar sempre que tiver dúvidas acerca da sua localização ou função;
- + Colírios identificados com a data de abertura e enviados com o cliente, ou então no final do plano cirúrgico, deitá-los para o lixo.

BIBLIOGRAFIA

- + KRACHEMER, Jay H.; PALAY, David A. – Princípios Básicos de Oftalmologia. Lusociência, Loures, 1999. ISBN 972-8383-08-8
- + MEEKER, Margaret Huth; ROTHROCK, Jane C. - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Décima Edição, Guanabara Koogan S.A., 1997, 1249 p.

**APÊNDICE XI – GUIA ORIENTADOR PARA A ALTA, NA CIRURGIA
DE VITRECTOMIA**



Certifique-se que leva consigo:

- Marcação da consulta
- Receita médica, caso necessite
- Baixa Médica, caso necessite



Alguns dias após a cirurgia, a sua visão não será nítida. Não fique preocupado, esta situação é normal.

Se tiver dúvidas, **CONTACTE-NOS!**

Siga corretamente as instruções da Equipa de Enfermagem e do seu Oftalmologista

BANCO DE IMAGENS:

<http://www.getyimages.pt/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ROTHROCK, J. - *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Loures: Lusodidáctica, 2007.

UNAIBODE (União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado) - *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura de qualidade*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-83-83-24-X



Bloco Operatório



Guia Orientador para a Alta

Pretendemos que a sua experiência seja o mais agradável possível. Assim é importante que leia este folheto e compreenda toda a informação. Esclareça as suas dúvidas junto da nossa equipa



Bloco Operatório

CIRURGIA VÍTREO-RETINIANA



Principais Cuidados

Após a Cirurgia

- Ficará com o penso no olho operado durante as primeiras 24 horas
- Serão receitadas gotas para colocar no olho operado
- Se sentir ardor ou desconforto no olho operado, é normal.

No dia seguinte à cirurgia

- Retirar em casa o penso do olho operado
- Iniciar a colocação das gotas receitadas pelo seu oftalmologista, sem esquecer de:

Lavar as mãos antes de colocar as gotas!

Quando as gotas têm o mesmo horário

- Esperar 5 minutos entre as aplicações:
 - o Coloca uma gota e espera cinco minutos;
 - o Coloca outra gota e espera cinco minutos, e assim sucessivamente

Se durante a sua cirurgia for introduzido gás no olho, o cirurgião irá recomendar-lhe que mantenha a cabeça em determinadas posições até o gás ser totalmente absorvido pelo seu organismo.



Siga estas instruções até indicação médica contrária

Após a cirurgia não aconselhamos:

- Baixar a cabeça ou fazer movimentos bruscos
- Fazer a cama
- Levantar pesos
- Praticar exercício físico
- Cozinhar
- Mexer ou esfregar o olho operado
- Lavar o olho ou secar com a toalha
- Usar maquiagem
- Mexer na terra ou em animais
- Conduzir ou viajar em transportes públicos, motocicletas ou carros descapotáveis

Durante três dias, não durma para o lado do olho operado.

**APÊNDICE XII – PLANO DE SESSÃO E DIAPOSITIVOS SOBRE A
FORMAÇÃO E SIMULACRO DE EVACUAÇÃO DE
CLIENTES**



PLANO DE SESSÃO N.º2

1 – DATA DE REALIZAÇÃO: 09.07.2012

2 – IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO:

- **Tema da sessão:** Síntese dos aspectos Teórico-Práticos acerca de evacuação de clientes, com simulacro no contexto de uma sala operatória do Bloco Operatório do [REDACTED];
- **Destinatários:** Equipa Multidisciplinar do Bloco Operatório Central do [REDACTED];
- **Tempo previsto:** 90 minutos.

3 – OBJECTIVOS GERAIS

- No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de mobilizar, corretamente, conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno hospitalar, no que respeita à evacuação de doentes, através do simulacro de um caso prático em contexto de sala de operações.

4 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer, corretamente, a percepção geral do algoritmo de evacuação de doentes, em situação de catástrofe;
- Identificar, corretamente, os mecanismos de atuação em situação de catástrofe;
- Executar, tendo em conta a sua função específica, a correta evacuação de um doente, individualmente, e sem erros.

5 – PRÉ-REQUISITOS

- Os formandos devem ter como pré-requisitos prévios para a formação, o exercício de funções no bloco operatório do HSB.

6 – MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

- Projetor;
- Portátil (com *software* de apresentação de diapositivos *PowerPoint*®);
- Cartões de identificação de funções;
- Sala de Operações do Bloco Operatório do HSB.

ASPECTOS A CONSIDERAR

TEMAS/CONTEÚDOS	METODOLOGIA	EQUIPAMENTO DE SUPORTE	AVALIAÇÃO	TEMPO
Introdução: <ul style="list-style-type: none">• Explicação dos objectivos gerais e específicos da sessão.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo;• Método interrogativo. (Técnica das perguntas)	<ul style="list-style-type: none">• Projetor;• Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>).	Diagnóstica: <ul style="list-style-type: none">• Formulação de perguntas (avaliação oral).	5 Minutos
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none">• Normas gerais de evacuação;• Responsabilidade pela decisão de evacuação de clientes;• Plano de evacuação do serviço;• Exemplo de caso de catástrofe – o que fazer?;• Simulacro.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo;• Método interrogativo;• Método demonstrativo.	<ul style="list-style-type: none">• Projetor;• Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>);• Cartões de identificação de funções;• Sala Operatória n.1.	Formativa: <ul style="list-style-type: none">• Formulação de perguntas (avaliação oral);• Observação (com base numa lista de ocorrências).	75 Minutos
CONCLUSÃO: <ul style="list-style-type: none">• Período para questões e esclarecimento de dúvidas;• Síntese da sessão.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo (Síntese conclusiva);• Método interrogativo (Período para esclarecimento de dúvidas).	<ul style="list-style-type: none">• Projetor;• Portátil (Apresentação em <i>PowerPoint</i>);• Enunciados do questionário de avaliação.	Somativa: <ul style="list-style-type: none">• Teste de resposta fechada (Verdadeiro e Falso).	10 Minutos

Realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)



Sessão formativa e simulacro sobre
EVACUAÇÃO DE CLIENTES

SÍNTESE DOS ASPECTOS TEÓRICO-PRÁTICOS ACERCA DE EVACUAÇÃO DE CLIENTES, NO CONTEXTO DE UMA SALA OPERATÓRIA DO BLOCO OPERATÓRIO DO [REDACTED]

Realizado por:
 - Enfermeira Celso Ribeiro | Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ENF+ Orientadora: Quêzia Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)
 - Enfermeira [REDACTED] | Enfermeira do Bloco Operatório do [REDACTED]

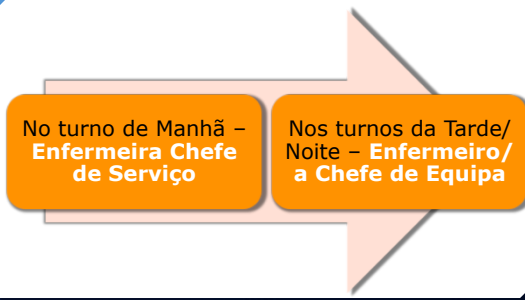
9 Julho 2012

OBJECTIVO PRINCIPAL E ESPECÍFICOS

- + Mobilizar conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno hospitalar, no que respeita à evacuação de clientes, através do simulacro de um caso prático em contexto de sala de operações, para capacitação dos profissionais envolvidos.
- + No final da sessão, os profissionais devem ser capazes de:
 - + Identificar os mecanismos de atuação em situação de catástrofe;
 - + Ter a percepção geral do algoritmo de evacuação de clientes, em situação de catástrofe;
 - + Realizar, tendo em conta a sua função específica, a correta evacuação de um cliente.

NORMAS GERAIS DE EVACUAÇÃO

RESPONSABILIDADE PELA DECISÃO DE EVACUAÇÃO DE CLIENTES



No turno de Manhã –
Enfermeira Chefe de Serviço

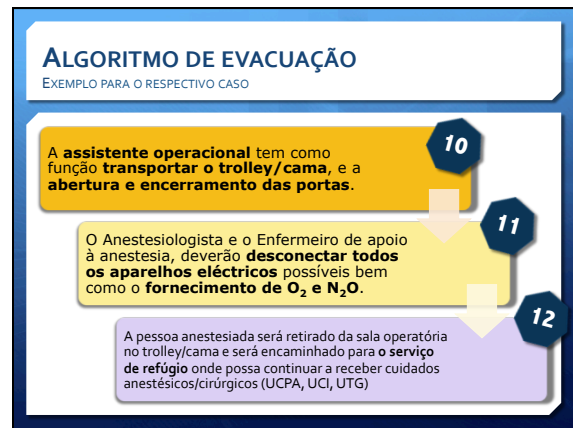
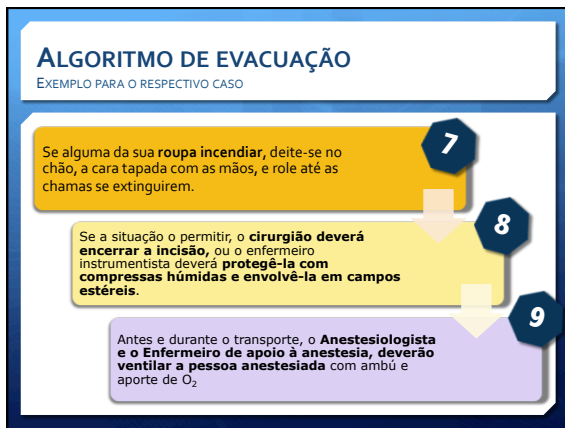
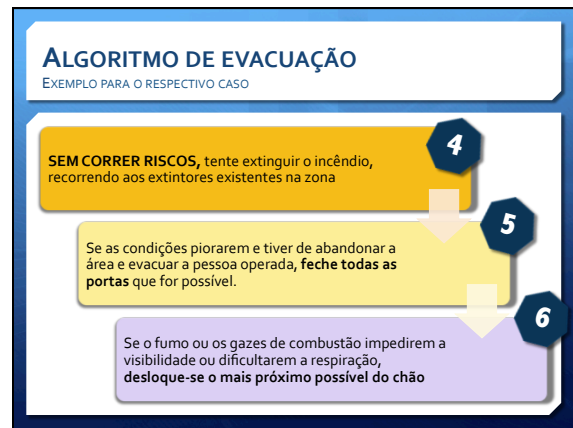
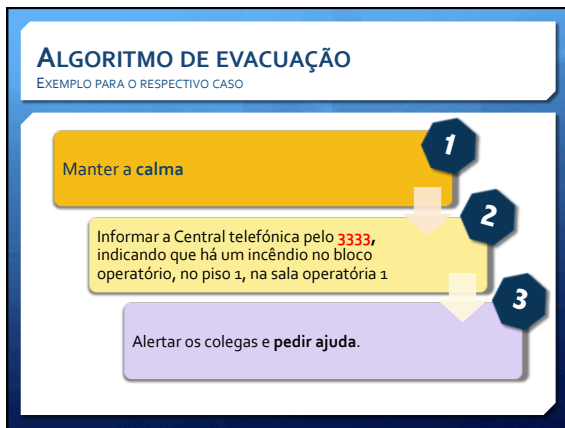
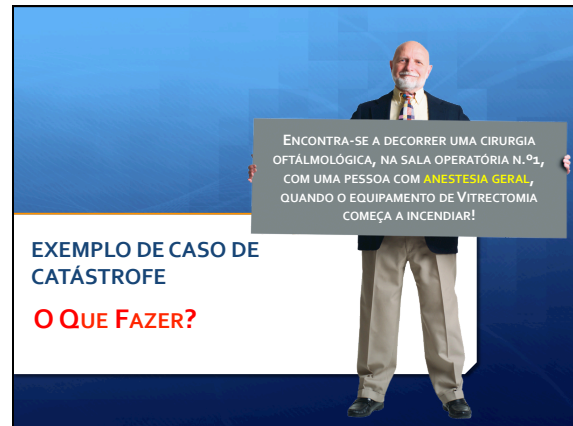
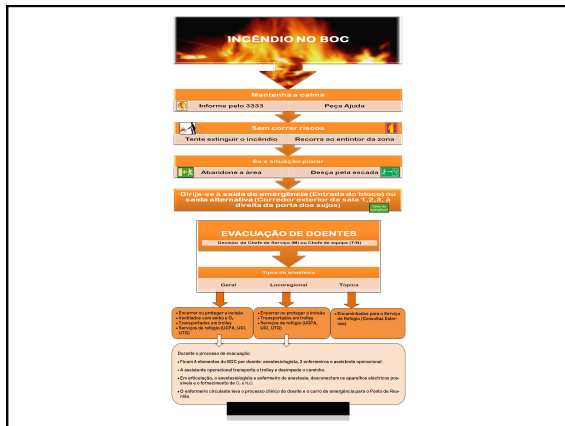
Nos turnos da Tarde/
 Noite – **Enfermeiro/ a Chefe de Equipa**

PLANO DE EVACUAÇÃO DO SERVIÇO



PLANO DE EVACUAÇÃO DO SERVIÇO





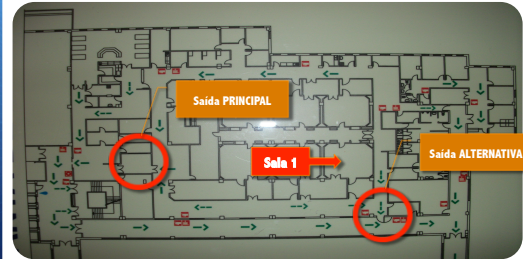
ALGORITMO DE EVACUAÇÃO

EXEMPLO PARA O RESPECTIVO CASO

13
O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio.

14
Se a SAÍDA DE EMERGÊNCIA PRINCIPAL (entrada do bloco) estiver bloqueada, dirija-se à SAÍDA ALTERNATIVA (corredor exterior das salas 1, 2 e 3, à direita da porta dos sujeitos)

SAÍDAS DE EMERGÊNCIA



BIBLIOGRAFIA

- + Plano de Emergência Interno – Hospital de São Bernardo (Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.) – Maio 2007



PARTE II - SIMULACRO Distribuição de funções

ENTREGA DE CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO DE FUNÇÕES

Função Função Função Função Função

ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ENFERMEIRO CIRCULANTE	ENFERMEIRO DE ANESTESIA	ANESTESISTA	ASSISTENTE OPERACIONAL
Deve: * Realizar a limpeza dos instrumentos; * Preparar o material e instrumental cirúrgico; * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Realizar a anestesia; * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico para o Serviço de Refúgio.

Função Função Função Função Função

CIRURGIÃO AJUDANTE	CIRURGIÃO
Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico para o Serviço de Refúgio.	Deve: * Preparar o carro de emergência; * Preparar o material e instrumental cirúrgico para o Serviço de Refúgio.

**APÊNDICE XIII – AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE A
EVACUAÇÃO DOS CLIENTES**

**ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA SOBRE
EVACUAÇÃO DE CLIENTES**

A sessão formativa sobre Evacuação de Clientes, fora realizada a dia 9 de Julho de 2012, com a presença de 12 elementos da equipa de enfermagem¹.

Foi distribuído um questionário de avaliação no final da sessão formativa, com a duração de 5 minutos, e composto por 10 afirmações de “Verdadeiro ou Falso”, cada uma valendo 1 valor. As respostas corresponderam ao seguinte gráfico:

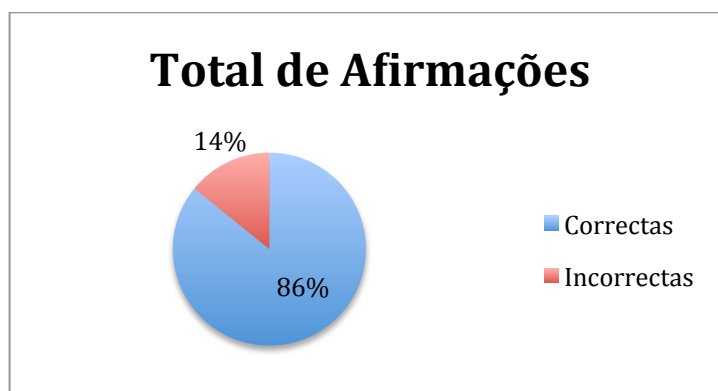


Figura 1 - Gráfico sobre Total de Afirmações

De acordo com a análise dos questionários de avaliação sobre a aquisição de conhecimentos, verificou-se que de um total de 120 questões de todos os questionários reunidos, 103 foram respostas corretas, e apenas 17 estiveram incorretas.

Podemos considerar então, que **a maioria da equipa multidisciplinar assimilou os respectivos conhecimentos da sessão formativa, com significativa percentagem.**

¹ Comprovado em folha de registos de presença do Serviço de Gestão da Formação do [REDACTED]



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	“Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Clientes ”
Formadores:	Celso Pires Ribeiro ██████████
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 – 9:30
Nome do Formando:	
N.º Mecanográfico	

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de “Verdadeiro ou Falso”, cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		x
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		x
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	x	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	x	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	x	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		x
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	x	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		x
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		x
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		x

Assinatura _____

Questionário realizado por:

- Enfermeiro **Celso Ribeiro** | Estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enf.ª Orientadora Quitéria Lameiras | Docente Responsável Lurdes Martins)

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	42290

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro ██████████
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	██████████
N.º Mecanográfico	24895

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço	X	X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.	X	
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura _____

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	22097

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	22685

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	

Assinatura _____

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecnográfico	42132

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	42138

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço	X	
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂ .	X	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	

Assinatura _____

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	25520

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio		X
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.	X	
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico:	23490

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

55 depois de se apertar do fogão de incêndio

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecnográfico	25680

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	22791

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	22630

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂		X
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.		X
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os apafelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.	X	X

- Dependendo da situação

→ fazer periodicamente na prática estes exercícios de evacuação.

Assinatura [REDACTED]

9 de Julho de 2012

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DA FORMAÇÃO

Formação:	"Sessão formativa e simulacro sobre Evacuação de Doentes"
Formadores:	Celso Pires Ribeiro [REDACTED]
Data:	9 de Julho de 2012
Horário:	8:00 - 9:30
Nome do Formando:	[REDACTED]
N.º Mecanográfico	41755

ANTES DE RESPONDER, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

- O questionário tem a duração de 5 minutos.
- O questionário consta de uma parte composta por 10 afirmações de "Verdadeiro ou Falso", cada uma valendo 1 valor.
- As respostas devem ser dadas nos espaços previstos para tal, sem usar as margens ou as entrelinhas.

Considere cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale com "x" se verdadeira ou falsa.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A responsabilidade pela decisão de evacuação de doentes, nos turnos de tarde e noite, é da enfermeira chefe de serviço		X
2. Em caso de incêndio numa sala operatória, deve-se informar a Central telefónica pelo 3636, indicando que há um incêndio no bloco operatório, e qual a área afectada.		X
3. SEM CORRER RISCOS, deve-se tentar extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona	X	
4. Se a situação de incêndio o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão, ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis.	X	
5. Antes e durante o transporte, o Anestesiologista e o Enfermeiro de apoio à anestesia, deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O ₂	X	
6. A assistente operacional tem como função ir buscar o material e instrumental necessário ao encerramento da incisão.	X	
7. O Enfermeiro Circulante acompanha com o processo clínico da pessoa, o carro de emergência, e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio	X	
8. Não existem pósteres explicativos do algoritmo de evacuação de doentes em caso de incêndio no serviço.		X
9. No bloco operatório, existem 3 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA		X
10. O Enfermeiro Circulante, deverá desconectar todos os aparelhos eléctricos possíveis bem como o fornecimento de O ₂ e N ₂ O.		X

Assinatura _____

[REDACTED SIGNATURE]

**APÊNDICE XIV – ARTIGO SOBRE “BOA PRÁTICA DE
ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A
VITRECTOMIA”**

BOA PRÁTICA DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A VITRECTOMIA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO INTRAOPERATÓRIO

Autor:
Celso Pires Ribeiro*

Co-Autora:
Lurdes Martins

* Estudante do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal | Enfermeiro no Bloco Operatório do Hospital de Santiago - Setúbal (Espírito Santo Saúde)



RESUMO

Devido à singularidade da cirurgia oftalmológica em segmento posterior, e da constante complexidade do material e equipamentos envolvidos, os enfermeiros perioperatórios apresentam necessidades de formação, essencialmente, nas funções de instrumentação destas técnicas cirúrgicas.

O presente artigo surge com o objectivo geral de partilhar entre os profissionais do bloco operatório, referências e procedimentos corretos, sustentados em práticas baseadas em evidências, para a promoção da melhoria contínua da segurança do cliente submetido a cirurgia oftalmológica, em segmento posterior.

ABSTRACT

Due to the uniqueness of ophthalmologic surgery in the posterior segment, and the ongoing complexity of the material and equipment involved, perioperative nurses have training needs, essentially, the functions instrumentation of these surgical techniques.

This article comes up with the overall objective of sharing among professionals operating theater, references and correct procedures, sustained on evidence-based practices, to promote continuous improvement of client security undergone eye surgery in the posterior segment.

Palavras-chave

- Cuidados
- Bloco Operatório
- Enfermeiro Instrumentista
- Vitrectomia

Keywords

- Cares
- Operating Theater
- Scrub Nurse
- Vitrectomy



INTRODUÇÃO

A especificidade de um serviço de Bloco Operatório, com um contínuo avanço científico e tecnológico ao nível de técnicas cirúrgicas e anestésicas, requer ao enfermeiro perioperatório, uma actualização teórico-prática constante.

Inserido no I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no terceiro semestre do ano lectivo 2011/2012, foi-me solicitado a realização de um artigo científico acerca do Projeto de Intervenção em Serviço, no Bloco Operatório Central de um Hospital da margem sul do Rio Tejo.

Este projeto teve como questão central a integração de enfermeiros nos cuidados perioperatórios inerentes à cirurgia oftalmológica de segmento posterior, pois a complexidade de diversos equipamentos, utilizados neste contexto, exigem por parte destes elementos, uma atenção redobrada no seu desempenho das funções de circulação ou instrumentação, por forma a responder às necessidades, com a devida precisão e antecipação de susceptíveis falhas.

Este processo implica um autodesenvolvimento contínuo, e uma actualização constante, sustentado em fundamentação baseada na evidência, e não na simples rotina da prática de cuidados.

O enfermeiro instrumentista deve desenvolver

conhecimentos de assepsia e desinfectação, de controlo de infecção, de segurança e controlo ambiental; de técnica cirúrgica e anestésica; de instrumental cirúrgico, de suturas; de materiais específicos em termos de tecnologia e sua funcionalidade; de anatomia e fisiologia de órgão e sistemas.¹

No que respeita ao presente artigo, este surge com o **objectivo** geral de partilhar entre os profissionais do bloco operatório, referências e procedimentos corretos para a promoção da melhoria contínua da segurança do cliente submetido a cirurgia oftalmológica, em segmento posterior.

A **estrutura** deste artigo refere-se, inicialmente, ao breve conhecimento das estruturas anatómicas do olho, e de seguida, às patologias do segmento posterior, e respectivas indicações cirúrgicas. Posteriormente, faz-se referência aos passos gerais da cirurgia, para compreensão geral do procedimento, embora possam ser alterados, consoante a especificidade dos casos clínicos.

A revisão bibliográfica foi a **metodologia** utilizada para a realização deste artigo, assim como a pesquisa *online* em bases de dados científicas, com referências à prática baseada na evidência.

1. REVISÃO ANATOMO-FISIOLÓGICA DO OLHO

O globo ocular é sustentado na cavidade orbitária numa camada de gordura e fásia, sendo composto por três túnicas que rodeiam um centro cheio de líquido (Figura 1):

- Túnica externa (Fibrosa) - Esclera e Córnea;
- Túnica média (Vascular) - Coróide, Corpo ciliar e Íris;
- Túnica interna (Nervosa) - Retina.

A globo é também dividido por três compartimentos:

- Câmara anterior;
- Câmara posterior;
- Espaço vítreo.

Os conteúdos líquidos, que dão ao olho a sua forma globular, são o humor aquoso (anterior) e o humor vítreo (posterior ao cristalino).

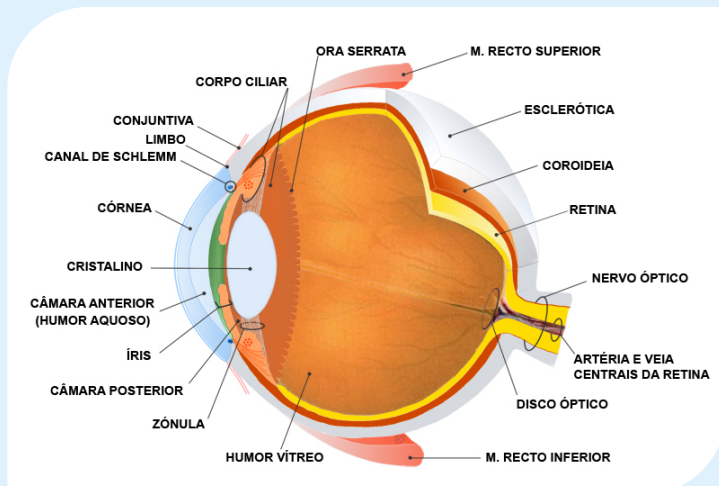
O **humor vítreo** é uma substância transparente gelatinosa que se encontra na cavidade ocular por detrás do cristalino, em que a sua composição química é constituída por fibras de colagénio e ácido hialurónico².

A córnea e o cristalino suspenso atrás da abertura

pupilar da íris, em combinação com os humores aquoso e vítreo, constituem o meio refractário do olho, que em condições normais, raios paralelos de luz entram no olho, focando na retina e criando uma imagem nítida e em foco (Emetropia).

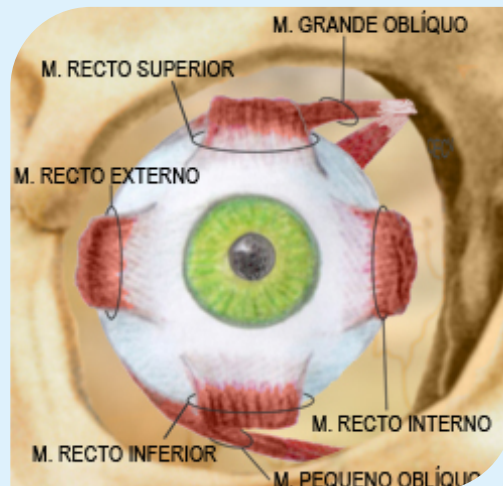
Os seis músculos oculares extrínsecos estão divididos em quatro músculos rectos e dois oblíquos (Figura 2). Os músculos trabalham aos pares, sendo os movimentos oculares feitos pelo aumento do tónus de um grupo e uma diminuição do tónus do grupo antagonista. De acordo com a posição dos músculos rectos do olho estes são denominados por: superior, inferior, externo e interno. Os músculos oblíquos são denominados por oblíquo superior e inferior².

Figura 1 - Anatomia do Globo Ocular



Fonte: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/html/anatomia.html>

Figura 2 - Músculos Oculómotores



Fonte: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/html/anatomia.html>

1. REVISÃO ANATOMO-FISIOLÓGICA DO OLHO (CONTINUAÇÃO)

No que respeita à túnica mais interna, a **Retina**, esta contempla as seguintes estruturas²:

- **Mácula** - Parte central da retina. Tem no interior uma zona central chamada Fóvea, responsável pela visão de alta resolução e das cores (cones) (Figura 3);
- **Ponto cego** ou papila: Insensível à luz, e de onde emergem o nervo óptico e os vasos sanguíneos da retina (Figura 4).

1.1 PATOLOGIAS E COMPLICAÇÕES DO SEGMENTO POSTERIOR

As **patologias** mais frequentes do Segmento Posterior são as seguintes²:

- Descolamento da Retina;
- Retinopatia Diabética Proliferativa (RDP) ou exsudativa;
- Hemovítreo não absorvido.

Em termos de **complicações**, estas podem ir desde à necessidade da remoção do cristalino, lentes ou corpos estranhos do segmento posterior.

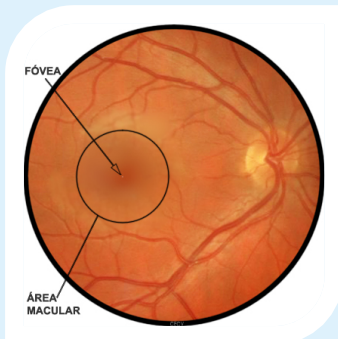
No que respeita à patologia do **Descolamento da**

Retina, esta pode ser definida como uma separação entre a retina sensorial e o epitélio pigmentar, e classificada em dois tipos:

- **Regmatogéno**: se resulta de uma rasgadura ou buraco na retina;
- **Não regmatogéneo**:
 - **Traccional** - se resulta de trações exercidas sobre a retina, seja pelo vítreo ou membrana neovascular epirretiniana;
 - **Exsudativo** - se resulta de líquidos acumulados sob a retina neurosensorial, sangue, lípidos, soro...;
 - Relacionado com **tumor**.

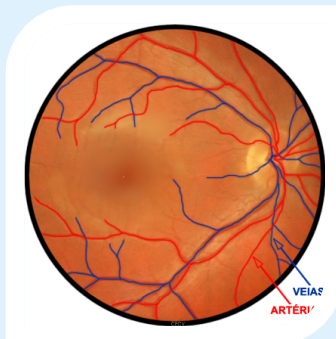
A **Retinopatia Diabética** é a manifestação ocular da diabetes caracterizada por modificações progressivas na microcirculação retiniana, com permeabilidade vascular dilatada, zonas de não perfusão retiniana, e propagação de vasos retinianos anormais (Figura 5). Constitui uma das principais causas de cegueira nos países desenvolvidos, em 90% dos doentes diabéticos³.

Figura 3 - Fundo Ocular Normal (Mácula)



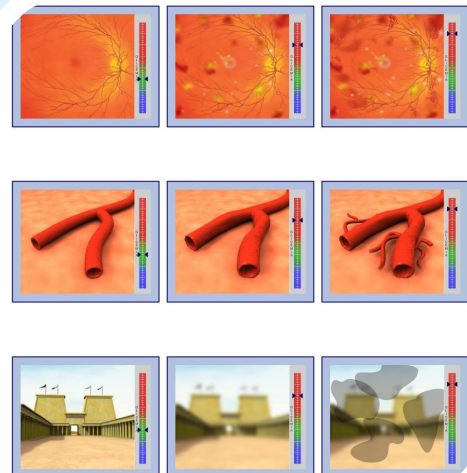
Fonte: <http://www.dgsaude.minsaude.pt/visao/html/anatomia.html>

Figura 4 - Fundo Ocular Normal (Ponto Cego)



Fonte: <http://www.dgsaude.minsaude.pt/visao/html/anatomia.html>

Figura 5 - Retinopatia Diabética Proliferativa



Fonte: <http://www.institutoalcon.com/default.aspx>

2. INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

Na História da cirurgia oftalmológica, a entrada da microcirurgia permitiu o progresso da cirurgia do segmento posterior com a cirurgia endo-ocular no início dos anos 80 com o aparecimento das Vitrectomias.⁴

A **Vitrectomia** consiste em um procedimento cirúrgico no qual o humor vítreo é removido do olho em questão através de um aparelho, e substituído, geralmente com um gás ou um líquido.⁵

O **equipamento de Vitrectomia** é, essencialmente, um gerador que permite tanto o corte do vítreo patológico em câmara posterior, como também o corte de vítreo na câmara anterior aquando de roturas capsulares.⁴ No mesmo equipamento, estão associadas várias funções, entre as quais, irrigação, aspiração, diatermia (método de cauterização superficial ou profunda dos tecidos), endo-iluminação, injeção de ar ou de óleo de silicone, e corte do humor vítreo.

Através de uma peça de mão de Vitrectomia ligada a este equipamento, é possível aspirar e cortar o humor vítreo, no entanto, é necessário manter a pressão intraocular, com uma infusão contínua de Solução Salina Balanceada (BSS), através de uma cânula de infusão. O segmento posterior é iluminado através de uma fibra óptica ligada a uma fonte de luz, permitindo assim a visualização das estruturas.

Em Oftalmologia, o **tratamento possível na Retinopatia Diabética** consiste fundamentalmente na atempada fotocoagulação por LASER. Distintos tratamentos cirúrgicos, como a Vitrectomia, podem estar recomendados em formas avançadas, com hemorragias do vítreo e descolamento da retina.³ Os objetivos principais do tratamento são controlar a hemorragia que causou o hemovítreo

ou retirar membranas que estejam a provocar distorções na retina ou mácula e/ou descolamento; efetuar laser focal no pólo posterior (consulta externa); e realizar Vitrectomia.

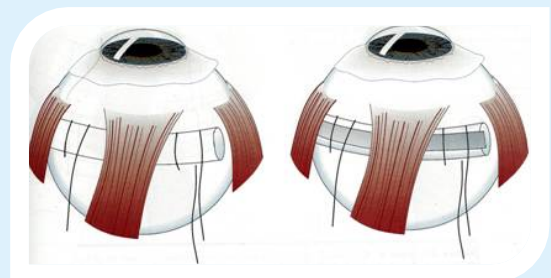
O **tratamento do descolamento da Retina**, varia de acordo com o tipo de descolamento e pode incluir^{3,5}:

- Laser;
- Crioaplicações;
- Injeção de gás;
- Cerclage;
- Vitrectomia.

Os principais objectivos no seu tratamento são de identificar e corrigir a causa do descolamento (buraco ou rasgadura), e a necessidade de aplicar a retina descolada ao epitélio pigmentar da retina.

No caso da decisão do cirurgião em realizar uma Retinopexia⁵ (colocação de *cerclage*), esta consiste em uma técnica eficiente para a correção do descolamento, que consiste na introflexão escleral (Figura 6). Pode ser usada de forma isolada ou combinada na Vitrectomia. A técnica incide na fixação ao redor do olho, sob os músculos, de uma estrutura de apoio, feita de silicone sólido (semelhante a um pneu), para calçar a retina e criar uma forte adesão utilizando a crioterapia.

Figura 6 - Retinopexia



Fonte: <http://www.iobh.com.br/?cntID=76>

3. PASSOS GERAIS DA CIRURGIA

O cliente deve ser transferido para a sala de operações havendo sempre a preocupação de lhe ser explicado todos os passos, pois este trata-se de um momento de intranquilidade, não só pelo medo que se exacerba, como pelas condições ambientais que são hostis.

O enfermeiro instrumentista, em conjunto com o enfermeiro circulante, na fase prévia da cirurgia, aquando da eleição dos Dispositivos Médicos devem considerar:

- Instrumentos cirúrgicos gerais, para a respectiva abordagem;
- Instrumentos cirúrgicos específicos, tendo em conta o necessário para o respectivo caso clínico;
- Implantes.

3.1 ANESTESIA

A anestesia utilizada será ao critério de uma decisão mútua entre anestesista e cirurgião, podendo ser um bloqueio retrobulbar (o anestésico local é infiltrado atrás do globo ocular), mas normalmente tratando-se de uma **anestesia geral**, em que no seu início se deve explicar ao cliente todos os procedimentos e o momento em que vai adormecer.

Durante a fase de manutenção da anestesia geral, a cirurgia de segmento posterior pelo facto de ser dever a uma intervenção oftalmológica com a particularidade de se realizar sob microscópio, *“(...) necessita de um ambiente silencioso, discreto, gestos muito precisos, poucos movimentos e muita antecipação.”*⁴

De acordo com a Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica⁶, é nesta fase do **Sign In** (Anterior à indução anestésica), que o elemento da equipa cirúrgica, responsável pelo preenchimento da

checklist, confirma verbalmente com o cliente a sua identidade, cirurgia e olho a ser intervencionado, e verifica a obtenção do consentimento informado. Em simultâneo, este elemento confirma com o anestesista, a probabilidade da necessidade intra-operatória de sangue e hemoderivados, se é ou não uma via aérea difícil, se tem alergias, bem como confirma o teste dos equipamentos, como o microscópio ou o aparelho de vitrectomia.

3.2 POSICIONAMENTO

O posicionamento cirúrgico é a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que possibilite a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas, devendo ser um ato prescrito, sem ser iniciado com o consentimento do anestesista.⁷

No que respeita ao posicionamento utilizado na cirurgia de segmento posterior do olho, é o **decúbito dorsal**. Esta é a posição mais comum e a mais natural do corpo em repouso, no entanto, e como uma vitrectomia costuma ser uma cirurgia com duração prolongada, esta contém potenciais áreas de pressão. Deve para tal, serem colocadas pequenas almofadas sob a pequena curvatura do dorso, os joelhos, e os tornozelos, de forma a manter a concavidade normal da região lombar, prevenir a tensão nos músculos dorsais e ligamentos, e evitar a pressão sobre os calcâneos.

3.3 ANTISSEPSIA CUTÂNEA

Segundo a Prática Recomendada III (AESOP) no que respeita à desinfecção do campo operatório, a utilização de antissépticos deve obedecer a normas de procedimentos que assegurem a eficácia do processo.⁸

3. PASSOS GERAIS DA CIRURGIA (CONTINUAÇÃO)

No caso da desinfecção cirúrgica que deve ser utilizada para a cirurgia de segmento posterior, esta deve ser antecedida da colocação de anestésico local tópico na forma de colírio, previamente 15 minutos, para seguidamente se colocar o antisséptico no saco conjuntival.

A utilização de solução de **iodopovidona a uma concentração de 5% no saco conjuntival** no período pré-operatório é um procedimento que reduz significativamente a flora bacteriana, além de ser efetivo contra fungos, protozoários e vírus. As monodoses de iodopovidona a 5% evita as manipulações de diluição.⁴

O seu uso deve ser seguido de um enxaguamento com solução salina para evitar toxicidade endotelial, antes de se dar início ao procedimento cirúrgico. A pele na região peri-ocular deve ser desinfetada com iodopovidona a 10%.⁹

3.4 PRINCÍPIOS DA TÉCNICA CIRÚRGICA, NA VITRECTOMIA 20 GAUGE

A consciencialização dos passos fundamentais da técnica cirúrgica no segmento posterior, é essencial para o sucesso na compreensão por parte do enfermeiro instrumentista.

No que respeita à Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica⁶, ocorre nesta fase o período do **Time Out**, em que a equipa cirúrgica deve fazer uma pausa, imediatamente antes da incisão, confirmando em alta voz, a cirurgia e o local a ser intervencionado, e simultaneamente, referir eventuais passos críticos previstos.

No caso específico de Vitrectomia 20 Gauge (incisões com diâmetros de 0,9 milímetros), após a anestesia, posicionamento e desinfecção cirúrgica, os princípios da técnica podem ser resumidos aos seguintes, muito embora não se deva considerar

linearmente esta descrição, servindo somente a título de exemplo:

1. Colocação do **campo cirúrgico descartável**, que deve conter:
 - a. Janela aderente transparente, que é cortada afim de aceder ao globo ocular (evita o corte dos cílios que são rebatidos e colados sob a mesma janela adesiva);
 - b. Um duplo sistema integrado de recolha de fluidos, através de dois sacos laterais prevenindo a quebra da resistência por exposição permanente a fluidos, como a Solução Salina Balanceada, e o risco de infecção cirúrgica. Os sacos servem, igualmente, para suporte aos instrumentos cirúrgicos.
2. Posicionamento do equipamento base para observação intra-ocular (**microscópio**), colocando-se previamente uma capa estéril protetora, ou se esta não existir, punhos estéreis a fim de realizar manipulações. Para além do microscópio, é necessário um sistema de visualização específico associado, que permita observar o fundo ocular durante a cirurgia, sendo o mais utilizado, o método de não contacto, com o aparelho denominado **BIOM** (Binocular Indirect ophthalmoscope) (Figura 7).

Figura 7 - Microscópio com BIOM

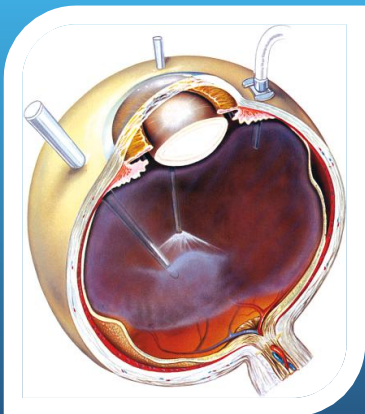


Fonte: Fotografia captada no Bloco Operatório do Hospital de São Bernardo - Setúbal

3. PASSOS GERAIS DA CIRURGIA (CONTINUAÇÃO)

3. **Fixação no campo cirúrgico descartável, dos instrumentos cirúrgicos com o seguinte posicionamento:**
 - a. Peça de mão de vitrectomia - lado da mão dominante do cirurgião;
 - b. Peça de mão de fibra óptica - lado da mão não dominante do cirurgião;
 - c. Cânula de Infusão - De forma a que a ponta da mesma atinja o quadrante inferior externo do olho (zona temporal inferior), consoante seja o esquerdo ou direito, sem repuxar;
4. **Exposição ocular** realizada pela colocação de um afastador para a pálpebra designado blefarostato;
5. **Dissecção da conjuntiva**, com cauterização bipolar;
6. **Realização de três esclerotomias**, sendo uma delas para a colocação da cânula de infusão (afim de evitar o colapso do olho, compensando a pressão diminuída, resultante do que se elimina do olho), e as restantes duas para colocação da peça de mão de Vitrectomia e da peça de mão de fibra óptica (para iluminar a parte posterior do olho que é uma câmara escura), separados por cinco horas (Figura 8);
7. **Início do procedimento cirúrgico** no centro da cavidade vítrea, com excisão do humor vítreo, no sentido anteroposterior, devendo irrigar-se a córnea continuamente para a manter humedecida;
8. Posteriormente à finalização da vitrectomia a nível central do globo ocular, a infusão deve ser fechada, sendo injectada **triancinolona** por uma das esclerotomias (normalmente, um cânula de vias lacrimais conectada a uma seringa), com o intuito de identificar toda a hialoide posterior, como o vítreo periférico pela sua deposição. A hialoide posterior, e o vítreo periférico são removidos através da peça de mão de vitrectomia, realizando-se indentação escleral afim de avaliar a integridade da região mais periférica da retina;
9. A possível utilização de **chromovitrectomia**, com corantes específicos como **Azul de Trípano** (*Membrane Blue*[®] - Atravessa apenas as membranas das células mortas, tornando-as azuis; Ideal para a Membrana epirretiniana), ou **Azul brilhante** (*Brilliant peel*[®] - para a identificação da Membrana Delimitante Interna);
10. A colocação de **perfluorcarbono** depende da decisão do cirurgião, pois a colocação dessa substância estabiliza a retina. Este é um tamponamento vitreoretiniano de curta duração, que é introduzido até que a retina se aplique, e a drenagem anterior do fluido sub-retiniano seja realizada através da rotura que deu origem ao descolamento. Esta permite que a vitrectomia a nível da base ocular seja executada com mais segurança e sem risco de retinotomias acidentais;
11. A **endofotocoagulação** realiza-se depois da drenagem anterior, através de **laser** sobre a

Figura 8 - Cânula de infusão, peça de mão de vitrectomia e fibra óptica, inseridos na cavidade ocular



Fonte: <http://www.corriere.it/salute/dizionario/vitrectomia/gallery.shtml?pic=1>

3. PASSOS GERAIS DA CIRURGIA (CONTINUAÇÃO)

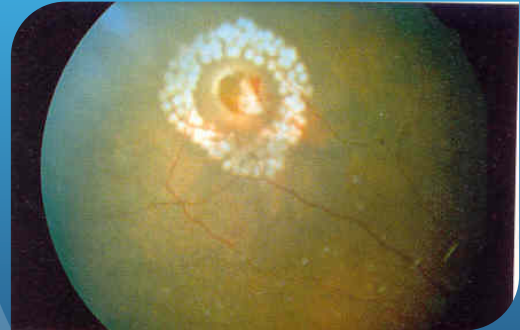
suposta rotura retiniana identificada. O seu principio é baseado na utilização da energia das radiações luminosas isto é, dos fotões, para permitir a cicatrização à volta de uma lesão, sendo neste caso dentro da cavidade ocular.⁴ Na cirúrgica de Vitrectomia e descolamento da retina, está indicado a utilização do laser direto, em que o raio de laser é precisamente focado e enviado através de uma fibra óptica que é introduzida no olho do cliente. Utilizado no tratamento das degenerações vitreoretineanas predisponentes e nas roturas retinianas.¹⁰ O laser provoca então, cauterização da retina ao redor da rotura, levando à formação de pequenas cicatrizes que impedem a passagem de líquido através da rotura para o espaço subretiniano, funcionando como uma “solda orgânica” (Figura 9). No que respeita às normas de segurança na utilização do laser, todas as pessoas presentes devem usar óculos de proteção apropriados, enquanto que os olhos do cirurgião estão protegidos pelo movimento de um filtro montado no microscópio.

¹². No caso de realização de **crioterapia**, esta executa-se através de uma peça de mão ligada a um gerador e um bala de protoxido de azoto, e o frio obtido provoca cicatrização de uma zona descolada.⁴

¹³. A **troca de fluido por ar** realiza-se após a aplicação de laser, sendo todo o perfluorcarbono removido da cavidade vítrea;

¹⁴. A injeção do **substituto vítreo** na respectiva cavidade realiza-se depois da troca fluido-ar, existindo a necessidade de se optar, por exemplo, no caso de um descolamento da retina, pela colocação de um gás (Octofluorpropano - C3F8 (permanência no olho cerca de 55 a 65 dias) ou Hexafluoreto de Enxofre - SF6 (permanência no olho cerca de 10

Figura 9 - Fundo ocular após aplicação de laser



Fonte: Fotografia captada no Bloco Operatório do Hospital de São Bernardo - Setúbal

a 14 dias)), ou de óleo de silicone, através do sistema de infusão. O gás utilizado pode ser injetado puro ou com ar, no intravítreo, e permite recolocar a retina ao formar uma bola que empurra o folheto interior contra o folheto superior.⁴;

¹⁵. Suturar esclerotomias (por exemplo, com fio de sutura Vicryl® 7/0);

¹⁶. No final da cirurgia, aplica-se anti-inflamatório e antibiótico, na forma de colírio, pomada ou subconjuntival, sob decisão do cirurgião.

¹⁷. Retira-se o blefarostato e realiza-se o penso ocular.

Ocorre nesta fase o **Sign Out**, em que a equipa cirúrgica deve em conjunto, rever a cirurgia programada e realizada, a realização das contagens de instrumentos e corto-perfurantes (incluindo os *plugs*). No que respeita ao cliente, as suas necessidades devem ser revistas e transmitidas para a unidade de cuidados pós anestésicos (quais os decúbitos necessários, no caso de ter um gás expansível como tamponador).

CONCLUSÃO

O presente artigo surge, simultaneamente, com o intuito de se integrar nos objectivos do Manual de Boas Práticas em Oftalmologia³, mas no que respeita a elementos específicos de integração de profissionais de enfermagem, principalmente nas funções de instrumentista.

A pertinência do conhecimento específico desta técnica cirúrgica manifesta-se na prioridade em adequar a pessoa à sua ocupação laboral, porque, se tal não acontecer, o resultado será o insucesso e a frustração pessoal, reflectindo-se na qualidade dos cuidados prestados.⁷

A necessidade constante de integração de enfermeiros, mesmo com experiência, segundo Benner (2006), faz com que estes elementos devam mudar a sua orientação intelectual, integrando, seleccionando os conhecimentos e reajustando os critérios de tomada de decisão, abandonando a mera execução seriada e repetitiva das tarefas, como tinham aprendido durante a sua formação académica.⁷



BIBLIOGRAFIA

1. BILBAO, M. - **Enfermeiro Instrumentista - Sim ou Não?**. *Revista AESOP*. N.º 18, Vol. VI (Dezembro) 2005. p. 7. ISSN 0874-8128
2. SEELEY, R.; STEPHENS, T.; TATE, P. - **Anatomia e Fisiologia**. 3ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2001. ISBN 972-96610-5-7
3. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Boas Práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação**. Lisboa: 2008, 83 pág. ISBN: 978-972-675-189-2 [Consultado a 16 de Fevereiro 2012] Disponível na Internet <URL <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/html/paginainicial.html>
4. UNAIBODE (União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado) - **Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura de qualidade**. Loures: Lusociência, 2001. p.303. ISBN 972-8383-24-x
5. ROTHROCK, J. - **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. Loures: Lusodidacta, 2007.
6. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009**. (s.l.): 2010, 196 pág. ISBN: 978-92-4-159855-2 [Consultado a 16 de Março 2012] Disponível na Internet <URL <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16>
7. AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses) - **Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Camarate: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X
8. AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses) - **Práticas recomendadas para o bloco operatório**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-24-x
9. WU, P.-C. (et al) - **Risk of Endophthalmitis After Cataract Surgery Using Different Protocols for Povidone-Iodine Preoperative Disinfection**. *JOURNAL OF OCULAR PHARMACOLOGY AND THERAPEUTICS*. N.º 1, Vol. 22, 2006. p. 54-61. [Consultado a 13 de Março 2012] Disponível na Internet <URL http://www.unisinucartagena.edu.co/biblioteca/oftalmologia/REVISION_TEMA/SEGMENTO_ANTERIOR/CATARATA/CATARATA_ADULTO/ARTICULOS/Catarata_Endofalmitis.pdf
10. FERREIRA, H., LANHAS, A. C.; SILVA, A. - **Laser em Oftalmologia**. *Revista AESOP*. N.º 16, Vol. VI (Abril) 2005. p. 13-16. ISSN 0874-8128