

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Enfermagem perioperatória-contributos para a
maximização da segurança cirúrgica**

Ana Raquel Luís

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica**

Funchal,

2022

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Enfermagem perioperatória-contributos para a
maximização da segurança cirúrgica**

Ana Raquel Luís

Orientador: Professora Doutora Merícia Bettencourt

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica**

**Funchal,
2022**

“Perioperative nursing: education improves practice”

Eorna (2022)

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho relata uma caminhada no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória. Tal percurso só foi possível, graças às pessoas e entidades que passo a citar e às quais quero manifestar os meus sinceros agradecimentos:

*ESESJC pela oportunidade concedida para frequentar este Mestrado;

*Exma. Professora Doutora Merícia Bettencourt, que pela sua dedicação, motivação e orientação, norteou esta viagem académica;

*Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, pela licença de equiparação a bolseiro;

*Aos profissionais do SESARAM, respetiva direção de enfermagem, ao PPCIRA, à unidade de Hemodinâmica e ao centro de simulação pela disponibilidade, momentos de partilha, aprendizagem e por fomentarem o meu desenvolvimento profissional;

*Hospital Dr. Nélio Mendonça, Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto na pessoa da Exma. Prof. Doutora Beatriz Edra, pela oportunidade de crescimento profissional e científico;

* Enf^o. Paula Aguiar que sempre me incentivou e encorajou neste mundo da Enfermagem Perioperatória;

*Aos profissionais do BO do Hospital Dr. Nélio Mendonça que possibilitaram e incitaram a minha frequência neste mestrado;

*Aos meus colegas do mestrado que enveredaram comigo nesta aventura;

*Matilde, Amélia e Válter, só com vocês faz sentido!

RESUMO

O relatório “Enfermagem Perioperatória: contributos para a maximização da segurança cirúrgica”, inserido no V Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, possibilitou, através de uma exposição descritiva e reflexiva, evidenciar o aperfeiçoamento das competências de especialista em enfermagem perioperatória bem como a aquisição e desenvolvimento de competências de segundo ciclo. Demonstra o percurso efetuado ao longo do mestrado, consolidando os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares com as competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos e o projeto de autoformação desenvolvido. Desta forma foi possível, da associação da teoria com a prática, tal como defendido por Benner (2001), o desenvolvimento de competências, essencial para alcançar a perícia necessária para a prestação de cuidados que o doente cirúrgico tem direito. A segurança cirúrgica foi um aspeto que mereceu uma atenção particular no relatório, conseqüente da situação e da vulnerabilidade que a pessoa em situação perioperatória se encontra. A formação com recurso à prática simulada foi referenciada como estratégia facilitadora do processo de integração do enfermeiro no bloco operatório, no desenvolvimento de competências profissionais e na maximização da segurança cirúrgica. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória assume um papel primordial na defesa, manutenção e promoção da segurança, procurando sempre minimizar os perigos num ambiente de alto risco que é o bloco operatório. Deste relatório originou, evidentemente, a evidência de que foram aperfeiçoadas competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória com a garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica, promovendo uma prática de uma EP científica e fundamentada concomitantes com a aquisição das competências de segundo ciclo.

Palavra-chave: Competências; Enfermagem Médico-cirúrgica; Formação; Perioperatório; Segurança.

ABSTRACT

The report "Perioperative Nursing: contributions to the maximization of surgical safety", inserted in the V Master's degree in Surgical Medical Nursing of the S. José de Cluny School of Nursing, enabled, through a descriptive and reflective exposition, to evidence the improvement of the competencies of specialist perioperative nursing as well as the acquisition and development of second-cycle competencies. It demonstrates the path made throughout the master's degree, consolidating the knowledge acquired in the curricular units with the competencies developed throughout clinical education and the self-training project developed. Thus, it was possible, with the association of theory with practice, as advocated by Benner, the development of competencies, essential to achieve the necessary expertise for the provision of care that the surgical patient is entitled to. Surgical safety was an aspect that deserved particular attention in the report, consequent to the situation and vulnerability that the person in perioperative situation is in. Training using simulated practice was referred to as a strategy that facilitates the process of integration of nurses in the operating room, in the development of professional skills and in the maximization of surgical safety. The Nurse Specialist in medical-surgical Nursing to the Person in perioperative situation assumes a primary role in the defense, maintenance, and promotion of safety, always seeking to minimize the dangers in a high-risk environment that is the operating room. This report, of course, gave rise to evidence that specialized competencies in the care of the person in perioperative situation were improved with the guarantee of safety congruent with surgical awareness, promoting a practice of a scientific and grounded EP concomitant with the acquisition of second-cycle competencies.

Keyword: Skills; Medical-surgical Nursing; Training; Perioperative; Safety.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BO - Bloco Operatório

DGS - Direção Geral da Saúde

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

EEMCPSP – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

EAORNA - European Operating Room Nurses Association

HNM- Hospital Dr. ° Nélio Mendonça

ILC- Infecção do Local Cirúrgico

JCI- The Joint Commission International

OE- Ordem dos Enfermeiros

PBCI- Precauções Básicas de Controlo da Infecção

PBVT- Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

SESARAM- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

UC- Unidades curriculares

ÍNDICE

ÍNDICE	13
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. Enquadramento conceptual da enfermagem perioperatória	19
1.2. Formação e segurança dos cuidados cirúrgicos.....	21
CAPÍTULO II- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	33
2.1. Revisitação às competências especializadas comuns e específicas	35
CAPÍTULO III- AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE 2º CICLO..	43
3.1. Rumo às competências de mestre.....	45
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
APÊNDICES.....	i
APÊNDICE A – FLUXOGRAMA SELEÇÃO DOS ANTISSEPTICOS.	iii
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO	v
APÊNDICE C- GUIA ORIENTADOR DE ENTREVISTA.....	vii
APÊNDICE D- PLANOS DE FORMAÇÃO.....	ix
APÊNDICE E- FORMAÇÕES DESENVOLVIDAS	xiii
ANEXOS	xv
ANEXO A- PLANO DE FORMAÇÃO: ESTRATÉGIA MULTIMODAL PARA PBCI E PBVT.....	xvii

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação perioperatória é qualquer pessoa, que ao longo do seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, tal como enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017) nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Os cuidados de enfermagem, neste contexto, ocorrem num ambiente rigoroso, dinâmico onde a interação entre humanos, máquinas e equipamentos assume uma complexidade evidente, sendo propícia à ocorrência de acidentes, uma vez que estão presentes várias condicionantes que poderão colocar em causa a segurança do doente.

Os fatores influenciadores da prática clínica no bloco operatório, de acordo com Matos et al. (2021), alicerçados em Vicent et al. (2004), na OMS (2008), em Fragata (2010) e na The Joint Commission International (JCI, 2020), estão relacionados, essencialmente, com a organização, com a equipa, com o profissional e com o doente. Em relação à organização são indicados os equipamentos, as tecnologias de suporte, as dotações dos profissionais, o ambiente, a sobrecarga do trabalho, entre outros. A nível profissional são evidenciados fatores como inexperiência e treino, conhecimento, competências, *performance*, insegurança e a própria saúde física e mental dos profissionais. Na perspetiva da equipa destaca-se a liderança, a comunicação, o trabalho de equipa, a dinâmica interpessoal, a estrutura hierárquica, o treino e a formação. Realço este último fator, uma vez que mereceu uma particular atenção ao longo de todo este percurso académico, tendo sido alvo da minha reflexão e estudo. A evidência científica é explícita quando aponta a falta de formação e treino na assistência ao doente no intraoperatório como uma das razões que coloca em causa a segurança do doente (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses [AESOP], 2012; Nijkamp & Foran, 2021; Fachola et al., 2022).

A OE (2017), no domínio dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na procura permanente da excelência no exercício profissional, reconhece o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP) como o profissional que contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Nesta perspetiva, preconiza que o EEEMCPSP deverá ter atenção à formação e treino como promotores do

desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção da equipa interdisciplinar. Complementa, ainda, a necessidade da utilização de ferramentas que promovam a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios como elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem. Atendendo a que um enfermeiro ao terminar a sua formação académica se encontra no nível de principiante avançado, tal como defendido por Benner (2001), uma vez que o curso contempla ensinamentos clínicos, no serviço de bloco operatório, dada à sua especificidade e à passagem dos estudantes na modalidade de observação, considero que quando o enfermeiro inicia funções no bloco operatório, apresenta características de principiante. O período de integração assume, assim, um papel importante e primordial não só na adaptação do profissional, como também em todo o seu processo de aquisição de competências profissionais. Wu e Taylor (2020), no seu estudo “Successful training programmes for nurses new to the perioperative environment”, demonstraram a importância de um programa de formação na integração de enfermeiros perioperatórios e a sua influência na permanência destes no bloco operatório, diminuindo as taxas de absentismo, bem como na integração na equipa. Estas competências terão repercussão na maximização da segurança do doente, bem como de toda a equipa cirúrgica. O enfermeiro especialista é o profissional habilitado para promover a formação dos seus pares, não só na fase de integração, mas também em todo o percurso de desenvolvimento profissional, sendo promotor de um ambiente coletivo de consciência cirúrgica.

Na sequência do reconhecimento da individualidade de conhecimentos especializados da Enfermagem Perioperatória (EP) surge a possibilidade de consolidar a produção do conhecimento específico dessa área do saber, tal como referido por Dias e Fernandes (2022). As mesmas autoras, enfatizam que o aprofundar desses conhecimentos fundamenta a prática dos cuidados, com a evidência científica tão defendida e necessária, o que leva, não só à construção desse próprio conhecimento, como à alteração das práticas e à produção de indicadores específicos para a EP e para a especialização dos cuidados de enfermagem

Com a oportunidade proporcionada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC) em frequentar o V mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC), ramo perioperatória, e após vinte anos de experiência profissional, compreendi que seria o momento para voltar a investir na minha formação e no desenvolvimento das minhas capacidades e competências.

Assim, na sequência de um conjunto de aprendizagens e constantes desafios expectáveis, decorrentes da vida profissional, senti necessidade de embarcar numa nova

aventura formativa que proporcionasse o desenvolvimento e aperfeiçoamento da minha *performance* profissional, contribuindo para melhorar e potenciar o pensamento crítico-reflexivo e até mesmo fortalecer as minhas tomadas de decisão. Consciente da exigência previsível em conjugar a vida pessoal, familiar e profissional com este desafio académico, o que inicialmente aparentava ser complexo e impossível, revelou-se numa decisão acertada, potenciadora do meu desenvolvimento das minhas competências técnicas e não técnicas compensando todo o investimento de tempo e financeiro.

O presente relatório está inserido na Unidade curricular estágio com relatório-módulo III, cujos objetivos são: demonstrar competências de análise, síntese e raciocínio crítico da experiência no cuidado da pessoa em situação perioperatória (PSP), revelar competências de trabalho em equipa e autoaprendizagem do processo vivenciado, e na capacitação da PSP, para o autocuidado e reintegração familiar e social, mobilizar saberes que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional e demonstrar capacidade de liderança do processo de prevenção e controlo de infeção.

Este relatório, sob orientação da Professora Doutora Merícia Bettencourt, pretende ser um relato crítico do percurso de aperfeiçoamento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e sobretudo do desenvolvimento das competências de 2º ciclo em Enfermagem Médico Cirúrgica, suportado na evidência científica. Procurarei evidenciar o aperfeiçoamento das competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória com a garantia da segurança, congruente com a consciência cirúrgica, promovendo uma prática de uma EP científica e fundamentada concomitante com a aquisição das competências de segundo ciclo.

Mais especificamente, procurarei demonstrar todo o percurso efetuado ao longo do mestrado, consolidando os conhecimentos adquiridos teoricamente nas Unidades Curriculares (UC) com as competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, salientando o projeto de autoformação e mobilizando as competências desenvolvidas nos 20 anos de exercício profissional no Bloco Operatório.

A metodologia utilizada para a realização do relatório, será descritiva e reflexiva, congruente com o pensamento crítico, baseada na experiência profissional adquirida em contexto laboral e no percurso académico. Será fundamentada na pesquisa bibliográfica e em bases de dados eletrónicas científicas. O relatório de estágio englobará uma contextualização das competências do enfermeiro perioperatório e dos padrões de qualidade pelos quais se rege. Será salientada a importância da segurança cirúrgica, com ênfase na

formação com recurso à prática simulada como promotora da mesma. Posteriormente serão evidenciados alguns aspetos do aperfeiçoamento, bem como um novo olhar sobre as competências comuns do enfermeiro especialista assim como as específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória. Através de uma reflexão crítica sobre o percurso percorrido através de formação teórica e prática, será evidenciada a sua implicação na prática dos cuidados de enfermagem perioperatórios. Por conseguinte, a todo este processo, serão expostas e descritas as competências de mestre adquiridas em todo este trajeto académico. Este módulo terminará com a discussão pública do presente relatório.

Utilizarei as Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalhos Académicos preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Enquadramento conceptual da enfermagem perioperatória

A enfermagem perioperatória, com as competências que, atualmente, lhe são atribuídas e reconhecidas é resultado, não só da evolução constante da ciência, como também da enfermagem como profissão e disciplina, detentora de um domínio e identidade própria e específica. Se o cuidar da pessoa em enfermagem é o âmago da sua existência, o reflexo do cuidar da pessoa no bloco operatório nem sempre é claro e evidente. O reconhecimento deste último é recente e consequente a muitos anos de trabalho, de pesquisa, de estudo e sobretudo de investigação.

A história da enfermagem perioperatória está diretamente relacionada com a história dos blocos operatórios, da cirurgia e da higiene hospitalar. Percorrendo um caminho cronológico desde a idade média, em que as cirurgias eram realizadas nas enfermarias, passando por 1800 com as primeiras salas de operação (contíguas às enfermarias), foi após a I Guerra Mundial que os blocos operatórios foram pensados como unidades próprias, no meio hospitalar, com acessos e circuitos específicos conduzindo-nos aos modelos e salas atuais (AESOP, 2012).

Acompanhando toda esta evolução física e estrutural, também os profissionais que prestam cuidados neste ambiente foram abrangidos pela necessidade de formação académica específica e profissional, tendo sido descritas, em 1910, as funções dos enfermeiros de sala de operações, assim como as disciplinas que deveriam fazer parte da sua formação. Em 1929, no American Journal of Nursing, no artigo intitulado “*as qualificações da enfermeira de sala de operações*”, para além de outros aspetos, foi mencionado o dever de os enfermeiros colaborarem na formação dos colegas mais novos.

Foi preciso chegar a 1933, nos Estados Unidos, para surgir o primeiro curso avançado para enfermeiras de salas de operações e as primeiras normas para blocos operatórios. Os conteúdos programáticos destes cursos incluíam temas como ensinar ao aluno os procedimentos seguros para o doente, implementar boas práticas de cuidados, ajudar o aluno a elaborar um programa de ensino para os enfermeiros do bloco operatório, entre outros (AESOP, 2012).

Constatamos o nascimento da Association of Operating Room Nurses, em 1949, como fulcral para a evolução da especialidade, Mas, foi com a professora Ingeborg Maukssch, em 1977, que o significado de enfermagem perioperatória surgiu, com a necessidade de evidenciar e refletir acerca do papel dos enfermeiros perioperatórios sem

serem limitados à sala operatória, sendo este profissional responsável pelos cuidados à PSP e família a fase do pré, intra e pós-operatória (AESOP, 2015). Constatamos que esta definição permanece atual nos dias de hoje, sendo utilizada presentemente em todo o contexto da prática de cuidados cirúrgicos.

No nosso país, até à década de 80, o enfermeiro de bloco operatório tinha uma representação social muito tecnicista, tendo como requisitos uma grande destreza manual e resistência ao cansaço. O modelo biomédico era predominante na época e o doente era apenas visto como a parte a tratar. Dadas as influências vindas de alguns países da Europa, às necessidades de mudança e de focar a atenção no doente, surgiu em Portugal, em 1986 a AESOP. Com esta associação, o paradigma mudou e o doente no seu todo passou a ser o centro das atenções, sendo alvo de todo um planeamento, execução e avaliação por parte dos enfermeiros perioperatórios. Matérias como segurança do doente, prevenção de infeções e acidentes, bem como segurança emocional, assumem objetivos específicos na área de atenção do enfermeiro de bloco operatório.

Com o nascimento da European Operating Room Association (EORNA), da qual a AESOP constituiu um dos membros fundadores, o currículo, a formação e o desenvolvimento de competências tornaram-se temas e objetivos primordiais da enfermagem perioperatória. Tal processo foi fulcral para a valorização da enfermagem perioperatória no nosso país e para o reconhecimento e certificação da especialidade. De acordo com a AESOP (2015), a especialidade em enfermagem perioperatória existe na Europa e em vários países pelo mundo como reflexo do reconhecimento da especificidade e complexidade da atuação dos enfermeiros perioperatórios.

Na ótica de Cabrita (2021), o reconhecimento da especialidade em Portugal, percorreu um caminho caracterizado por avanços e recuos. A mesma autora enfatiza os principais marcos em todo o processo, tais como: a entrega na OE, em 2011, pela AESOP, do primeiro pedido de reconhecimento da EP como especialidade clínica, tendo esta instituição, no ano seguinte, reconhecido o interesse da criação da mesma especialidade.

As competências específicas da EP e os seus padrões de qualidade foram definidos em 2013 bem como o programa formativo da especialidade. Em julho de 2014 foi elaborada a matriz da idoneidade formativa e em 7 de maio de 2015 foi aprovada, por unanimidade, em assembleia extraordinária da OE, a especialidade de Enfermagem Perioperatória.

Em 2018, foi publicado o Regulamento nº 429/2018 que define essas mesmas competências, específicas do enfermeiro especialista perioperatório. Englobadas, contudo, na especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, e dada a sua vasta abrangência e campo

de ação, existiu a necessidade de especificar essas competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção como, à pessoa em situação perioperatória. No ano 2020, nos termos do Despacho n.º 10960/2020 (p. 180), a ESESJC, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, viu publicado o seu plano de estudos, o qual fora anteriormente acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, na sequência do parecer favorável da OE para ministrar o I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ramo perioperatório, do país. O plano de estudos do referido mestrado é composto por 90 ECTS, com a duração de 3 semestres, contemplando três ramos, correspondentes a três áreas de especialização — Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, tendo entrado em vigor a partir do ano letivo 2020/2021.

1.2. Formação e segurança dos cuidados cirúrgicos

A segurança do doente é um aspeto fulcral no contexto clínico sendo fundamental na garantia dos sistemas de saúde eficientes, como defendido por Ramos et al. (2021). Os mesmos autores, baseados em Donabedian (1988), salientam que a segurança é uma das dimensões integrantes da qualidade em saúde, sendo explicada como a capacidade para atingir os objetivos pretendidos, atendendo ao bem-estar do doente, depois deste tomar em ponderação o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo de prestação de cuidados.

A segurança do doente é um dos direitos primordiais em saúde e por isso representa “um princípio fundamental nos cuidados prestados aos doentes/utentes e um componente crítico na gestão da qualidade” (Sousa, 2006, p. 316). É definida pela Direção Geral de Saúde (DGS), como sendo “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva face do conhecimento atual, recursos disponíveis no contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.” (2011, p.14)

Analisando as Orientações da OMS para a Cirurgia Segura de 2009, no documento traduzido pela DGS (2010): Cirurgia segura salva-vidas, tomamos conhecimento, que no mundo, em 2004, o volume anual de cirurgias “major” tinha um valor estimado entre 187 e 281 milhões de intervenções o que equivalia a cerca de uma cirurgia por ano por cada 25 seres humanos vivos. Em Portugal e de acordo com os últimos dados divulgados pelo Instituto Nacional de estatística (INE) (2022), em 2020 efetuaram-se 858,1 mil cirurgias (exceto pequenas cirurgias) nos hospitais. Este número foi inferior a 2019, durante o qual

foram realizadas 1,0 milhões de cirurgias (decréscimo associado ao contexto pandémico e às contingências daí advindas).

Apesar de todos os avanços tecnológicos e científicos, a segurança dos doentes continua a constituir uma séria preocupação da saúde pública como alertou a World Health Organization (WHO/OMS) em 2019. Esta organização faz mesmo a analogia entre a aviação civil e os cuidados de saúde referindo que existe uma hipótese num milhão da pessoa ficar ferida ao viajar de avião ao invés, existe a hipótese em 300 de ficar prejudicada ao receber cuidados de saúde. As conclusões da OMS (2019) sugerem que ainda existem altas taxas de morbidade e mortalidade decorrentes de cirurgias, das quais resultam anualmente complicações cirúrgicas incapacitantes em cerca de 7 milhões de pessoas, das quais mais de 1 milhão morrem.

No nosso país, e de acordo com a DGS (consultado a 22 de setembro de 2022), foi criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD), integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde. Este plano pretendia ser um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança com o objetivo fulcral de melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS, tal como exposto pelo Ministério da Saúde no referido despacho. Neste plano estavam delineados nove objetivos estratégicos, sendo o terceiro direcionado para a segurança cirúrgica.

Esta preocupação vem de encontro às manifestadas mundialmente, uma vez que a evidência revela que, nem todas as cirurgias decorrem como esperado e conseqüentemente podem existir complicações, lesões, ou até mesmo a morte dos doentes, gerando um enorme impacto em termos sociais e económicos para os sistemas de saúde, como reforçam Matos et al. (2021). Acedendo aos dados disponibilizados pela The Joint Commission International verificamos que, relacionados com procedimentos cirúrgicos, e acrescendo aos riscos perioperatórios, a retenção de objetos estranhos e a cirurgia errada (inclui doente, sítio, procedimento e implante errados), estão no top cinco dos eventos sentinelas. Eventos estes que por definição podem levar a incapacidades ou até mesmo à morte da PSP e são consideradas complicações cirúrgicas evitáveis. É calculado que os eventos adversos afetem 3-16% de todos os doentes internados, sendo que mais de metade desses eventos são considerados previsíveis, desde que sejam cumpridas as boas práticas recomendadas cientificamente, mas que são continuamente desrespeitadas, mesmo nos países mais evoluídos (AESOP, 2013).

Considerando que são cada vez mais as preocupações em relação às medidas de segurança a adotar no desempenho de cuidados no bloco operatório, implica a adoção de práticas de segurança recomendadas exigentes a nível de competências por parte do enfermeiro perioperatório.

O risco operatório está sempre presente, pelo que se torna fulcral o desenvolvimento de sistemas de prestação de cuidados seguros e a aposta no desenvolvimento das equipas cirúrgicas, em competências técnicas e não técnicas, pessoais e coletivas, de acordo com a OMS (2009), DGS (2011) e Matos et al. (2021). Não deixa de ser um facto que errar é humano, e que os cuidados em saúde são prestados por pessoas, o que significa que o erro está intrínseco a todo o processo de prestação de cuidados, em que existe uma sequência de eventos que podem ou não, resultar em dano ou potencial dano. Assim sendo, é muito importante atuarmos na prevenção de eventos adversos, antecipando os riscos inerentes aos cuidados de saúde. Neste aspeto, Matos et al. (2021), fundamentando-se na AESOP (2013, 2019), enaltecem o fato da enfermagem perioperatória se ter fortalecido com um corpo de conhecimentos próprios, sustentando o desenvolvimento de intervenções promotoras da segurança do doente e de uma gestão de riscos eficaz nos cuidados de enfermagem em contexto perioperatório, promovendo o envolvimento do doente na sua própria segurança.

Comprovamos, pois, pela pesquisa efetuada e pela experiência profissional que o ambiente do BO é propício à ocorrência de acidentes, uma vez que estão presentes vários fatores que poderão condicionar a segurança do doente.

Esses fatores estão agrupados essencialmente em quatro, relacionados com a organização, com a equipa, com o profissional e com o doente como indicam Matos et al. (2021), alicerçados na OMS (2008), Vicent et al. (2004), Fragata (2010) e na JCI (2020). Em relação à **organização** estão inseridos os equipamentos, as tecnologias de suporte, as dotações dos profissionais, o ambiente e a sobrecarga do trabalho, entre outros. Na perspetiva da **equipa** destacam-se a liderança, a comunicação, o trabalho de equipa, a dinâmica interpessoal, a estrutura hierárquica e o treino e a formação. Este último aspeto será alvo de particular atenção, ao longo do presente relatório, uma vez que constituiu alvo do meu estudo e intervenção. A nível **profissional** são evidenciados fatores como a inexperiência e o deficit de treino, o conhecimento, as competências, a performance, a insegurança e a própria saúde física e mental dos profissionais. No que diz respeito ao **doente**, a comunicação e as barreiras linguísticas, a sua condição clínica, a complexidade do procedimento, são alguns dos aspetos a serem considerados em todo o envolvimento cirúrgico inerente a este complexo processo.

É reconhecido que todos os esforços de melhoria da segurança cirúrgica não devem atender apenas à componente técnica, como também à gestão do processo cirúrgico. Matos et al. (2021) invocando a OMS (2009), salientam que o recurso mais importante das equipas cirúrgicas é a própria equipa, constituída por cirurgiões, enfermeiros, anestesistas, assistentes, entre outros. Contudo, esta consciência nem sempre é valorizada pela própria equipa, uma vez que nem sempre reconhecem o seu potencial para minimizar os riscos para o doente e para si próprios.

De acordo com a European Operating Room Nurses Association (EORNA), referenciados pela AESOP (2012): “os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem numa unidade perioperatória”, diretriz esta que se mantém cada vez mais atual, numa altura em que os doentes vêm reforçados os seus direitos a cuidados seguros. Esta linha de pensamento, é reforçada em 2020 pela EORNA, quando esta enaltece que “The most important consideration for patients undergoing surgery is to safeguard them and deliver the best care”. De forma a poder assegurar esses cuidados, a referida organização considera a importância de enfermeiros especializados em cuidados perioperatórios.

De forma a dar resposta a esta dotação segura, a OE (2017) afirma que os cuidados de enfermagem perioperatórios exigem identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos resultados obtidos, nas áreas complementares entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias. Para a prestação destes cuidados, são fundamentais a aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem perioperatória.

No seu estudo, Paula (2019) defende que no bloco operatório, é exigido ao enfermeiro um cuidado peculiar com conhecimentos e habilidades de essência distinta, gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência do risco respeitando as normas de segurança e um elevado nível de responsabilidade no desempenho do seu exercício profissional, pelo que não podemos improvisar cuidados seguros e de qualidade aos doentes no bloco operatório (Karam, 2020). Estes cuidados para Karam (2020), presidente da EORNA, requerem e exigem conhecimentos especializados aos enfermeiros que exercem nessa área. Especializar-se em enfermagem significa desenvolver conhecimentos e competências de forma a executar cuidados de excelência nesse âmbito. Cabrita (2021) reforça que a natureza dos cuidados de enfermagem perioperatórios possuem uma especificidade e complexidade que torna essencial a formação especializada.

A enfermagem perioperatória é uma área especializada, diversificada e cada vez mais complexa, incluindo várias subespecialidades, na sua área de atuação. Abarca predominantemente os cuidados de enfermagem nas áreas de intervenção cirúrgica, anestesiologia e cuidados pós-anestésicos. De acordo com a AESOP (2015), os cuidados perioperatórios podem ser prestados, não só em contexto de bloco operatório como também em unidades de cirurgia de ambulatório, unidade de endoscopia, cateterismo cardíaco e imagiologia. A EORNA (2019), acrescenta ainda, os serviços de esterilização e radiologia de intervenção.

Perante tal especialização e complexidade, desenvolvida em ambiente tão específico, exige-se aos enfermeiros perioperatórios que sejam profissionais qualificados e experientes.

Para a AESOP (2012), os cuidados de enfermagem perioperatórios são definidos como os cuidados de enfermagem prestado nas áreas de cuidados pré-operatórios, intraoperatórios e pós-operatórios ao paciente. Nunes (2012) inclui ainda a gestão, o ensino e a investigação com o foco no cliente que aceita ser submetido a uma cirurgia.

De acordo com a EORNA (2019) o enfermeiro perioperatório é o enfermeiro que se especializou em um (ou mais) campos da atuação da enfermagem perioperatória. Um dos propósitos desta associação é uniformizar o grau de educação perioperatória de enfermagem em todos os países membros da associação. Desta forma, esta organização produziu e publicou a primeira edição do “Currículo Comum Europeu para Enfermagem do Departamento Operacional” em 1997, atualizou-o em 2012 e em 2019 relançou-o. Este currículo é imprescindível, sendo um quadro orientador para estabelecer normas que sejam reconhecíveis em todos os países europeus de forma a facilitar a livre circulação de enfermeiros especialistas na comunidade europeia e garantir um excelente e seguro cuidado perioperatório. O plano curricular deverá incluir um programa de educação adequado e baseado nas competências específicas atribuídas pelas ordens profissionais existentes nos países aderentes.

No seu parecer 743/2019, e referindo-se à dotação de enfermeiros no BO, a OE (2019) partilha o preconizado pela AESOP (2012), ou seja, em contexto de BO, a existência de três enfermeiros por sala, aptos a assumir qualquer uma das funções, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista ou enfermeiro de anestesia, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados. Para a OE (2006), a segurança das pessoas doentes, deve ser preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros e das

organizações, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade. Nos termos do regulamento nº 743/2019

“a dotação adequada de enfermeiros, o nível da qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população e para as organizações [...] que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população [...]” (OE, 2019, p.128).

O EEEMCPSP assume um papel fulcral na promoção e manutenção da segurança do doente cirúrgico. De acordo com os padrões de qualidade emanados pela OE (2017), um dos nossos grandes pilares de intervenção é a prudência e a gestão de risco, pelo que o enfermeiro EEMCPSP,

“tem a responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as necessidades da pessoa, atua com prudência face aos riscos e incertezas, respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória” (OE, 2017, p. 27).

Analisando o artigo 109º, do Decreto-Lei nº 104/98 do estatuto da OE, constatamos que este se refere à excelência do exercício. Este artigo preconiza que o “enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício”, assumindo, como descrito na alínea c:” manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Deste modo, este artigo encaminha-nos para uma reflexão acerca da necessidade de o enfermeiro investir na sua autoformação e formação contínua. Partilho da análise de Nunes (2021), quando a autora invoca a responsabilidade profissional na promoção da segurança dos doentes, uma vez que para atuar de forma competente na “prevenção de riscos, é um dever que cabe aos que tenham obrigação e assumiram responsabilidade do cuidado” p.111. Os profissionais de saúde, na prática dos seus cuidados, assumiram o compromisso de cuidar das pessoas, tendo por base o respeito pelos seus valores e crenças, bem como pelos direitos humanos. Contudo a autora referenciada, alerta para a importância das evidências e do suporte científico como essenciais para esse agir.

É com base nesta procura pela evidência, pela necessidade de fundamentar a sua prática que a investigação projeta a enfermagem perioperatória para uma dinâmica reflexiva com conhecimento científico.

Dias e Fernandes (2022) afirmam que “a investigação procura estimular a reflexão e a capacidade de análise crítica”. Para estas autoras é com base na reflexão e ao questionarmos sobre o que fazemos e as nossas práticas, que a enfermagem vai

desenvolvendo estratégias que possam contribuir para a resolução dos problemas com que atualmente se debate, possibilitando a atualização e desenvolvimento da profissão. Torna-se evidente o quanto a investigação contribui para a prestação de cuidados seguros, bem como para tomadas de decisão adequadas e conscientes, sendo um alicerce fundamental para a consolidação do saber na prática especializada da EP. Acredito que os trabalhos realizados em contexto académico, bem como o envolvimento dos elementos da equipa em projetos direcionados para uma prática específica têm contribuído para o crescimento da profissão e reconhecimento da especialidade em EP.

É evidente que as competências e a perícia em EP não se adquirem com os quatro anos de curso. É necessário todo um caminho e percurso experiencial para poder construir e consolidar os conhecimentos e saberes especializados. A pouca informação no curso base cria a necessidade de apostar na autoformação e de uma formação contínua secundária a todo o contexto humano e tecnológico vivido no BO.

Os conhecimentos teórico-práticos são adquiridos em contexto laboral e a integração surge como uma fase crucial, não só na consolidação destes saberes como na própria retenção do profissional no BO.

Perante tal especialização e complexidade, desenvolvida em ambiente tão específico, exige-se, como vimos anteriormente, aos enfermeiros perioperatórios que sejam profissionais qualificados e experientes com competências próprias e específicas para trabalhar com equipas multidisciplinares, para dar resposta a tal ambiente e condicionantes tão adversas.

Fazendo referência a Benner (2001) e ao seu modelo de desenvolvimento de competências, considero que embora a autora defenda que quando o enfermeiro termina a sua formação académica de base se encontra no nível de principiante avançado (uma vez que o curso contempla os ensinamentos clínicos), no serviço de bloco operatório, dada à sua especificidade, considero que quando o enfermeiro inicia funções no bloco operatório enquadra-se no nível de principiante. O período de integração assume, assim, um papel importante e primordial, não só na adaptação do profissional, como também em todo o seu processo de obtenção de conhecimentos, bem como na aquisição de competências pessoais e profissionais.

Aquando do seu período de integração, segundo Benner (2001) um principiante, deve ser acompanhado pelo integrador até se sentir autónomo e com autoconfiança suficiente para desempenhar a sua função individualmente. O enfermeiro integrador torna-se fulcral

neste processo, não só para obter a satisfação do integrando como também para garantir a segurança do doente, como salienta a AESOP (2012).

Atendendo a que o processo de integração de um enfermeiro no bloco operatório é habitualmente longo e demorado, dado que os conteúdos no currículo académico do curso de base, como já salientado, são limitados e não contemplam ensino clínico nestes serviços, os guias de acolhimento/integração poderão revelar-se úteis em todo o percurso. Desta forma poderão contribuir para diminuir a insegurança e ansiedade características aquando do contato com um ambiente como o do BO. Serra (2016) alerta para a importância de um programa formal de integração como condicionante da integração na vida profissional, bem como de todo o processo de socialização do novo elemento na equipa. Para o mesmo autor, é esperado que o período de integração à vida profissional seja um complemento à formação recentemente terminada e um contributo na promoção da qualidade dos cuidados e segurança do doente. Se é evidente que é necessária uma aposta de tempo e de recursos humanos com esta estratégia, também é expectável e comprovada que se este processo for adotado, diminui as taxas de abandono do local de trabalho, possibilitando às instituições diminuição nos custos inerentes ao período de integração. Wu e Taylor (2020) no seu estudo: *“Successful training programmes for nurses new to the perioperative environment”*, demonstraram a importância de um programa de formação para integração de enfermeiros perioperatórios e a sua influência na permanência destes no bloco operatório, diminuindo as taxas de absentismo. Os programas comportam 12 semanas de formação e contribuem para a aquisição das competências e conhecimentos fundamentais necessários para que funcionem em segurança no ambiente perioperatório. Esta formação foi dirigida aos enfermeiros recém-formados que foram colocados num ambiente operatório, bem como aos enfermeiros com experiência prévia num ambiente cirúrgico agudo relevante. Durante as doze semanas, os enfermeiros foram supranumerários, trabalhando com o seu perceptor e com os seus pares. Após a graduação, já contam como elementos efetivos, mas continuam acompanhados no processo de aprendizagem até se sentirem integrados. A duração da orientação formal dependeu da dimensão do departamento e do número de áreas a rodar, embora esta se estendesse, geralmente, para além dos programas de 12 semanas e pode demorar, até mesmo, um ano. O êxito dos programas está demonstrado nas elevadas taxas de fixação dos enfermeiros nos respetivos serviços.

Contudo, na minha realidade, a integração de um novo profissional no bloco operatório continua a ser feita com o auxílio de um enfermeiro responsável por tal processo e a aprendizagem baseia-se muito na experiência deste último e na transmissão da mesma.

Peixoto (2017) afirma que existe mesmo um paradoxo evidente relativo à enfermagem perioperatória, uma vez que por um lado são requeridos conhecimentos especializados como garantia de qualidade e segurança na sua prática, contudo no seu “exercício de funções não obriga a uma formação prévia” e no ativo, não são definidos e reconhecidos planos de aprendizagem formais pelas organizações de saúde.

Cambotas já em 2014 realçava que um grande desafio para a enfermagem perioperatória era o investimento feito na formação dos recursos humanos, utilizando para tal a formação contínua, consistindo numa ferramenta promotora do desenvolvimento dos profissionais, com o objetivo de promover a qualidade, segurança, eficácia e eficiência na qualidade dos cuidados perioperatórios. Tal como emanado pela OE, o nível de qualificação dos enfermeiros perioperatórios é fundamental para a garantia da segurança dos doentes cirúrgicos. Esta qualificação deverá ser obtida através da formação contínua, preconizada e defendida pelo regulamento do exercício profissional do enfermeiro.

A AESOP elaborou e desenvolveu um programa de integração com o objetivo geral de facilitar o processo de integração dos novos enfermeiros de forma a poderem realizar uma rápida adaptação ao BO. A referida associação enaltece que um programa “tipo” deve ter por base normas e critérios de um programa de qualidade assim como as funções exercidas pelos enfermeiros perioperatórios, pondo em evidência atividades referentes ao cuidar e técnicos - científicas (AESOP, 2012). Este programa está dividido em quatro fases: acolhimento/observação, enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. Cada fase tem uma duração prevista atendendo à experiência profissional do enfermeiro.

Atendendo à especificidade do serviço, das funções desempenhadas pelos enfermeiros no bloco operatório e considerando a falta de formação nesta área, a OE (2017), recomenda que os enfermeiros que não tenham experiência profissional, a sua integração dure cerca de um ano e meio; caso tenham experiência profissional, deverá ser de um ano. Caso o enfermeiro tenha experiência em bloco operatório, a integração deverá ser de seis meses.

É de salientar que, analisando a especificidade das funções do enfermeiro instrumentista, é nesta área que está previsto despender mais tempo na integração, pelo menos seis meses, uma vez que alberga não só a aquisição de princípios básicos sobre instrumentação, como também o desenvolvimento das competências do mesmo.

Contudo, é de destacar que este programa de integração não deverá ser estanque, pelo contrário, deve ser flexível, adaptado aos enfermeiros e ao contexto. As necessidades

do serviço, a experiência dos enfermeiros, o envolvimento destes em todo o processo, a capacidade do integrador, são variáveis que vão influenciar todo o processo de uma forma dinâmica, afetando o sucesso do mesmo. Corroborando com tal, a OE (2017), salienta que um “programa de integração deve ser flexível, atender às características pessoais, à experiência profissional e só deve estar concluído quando o enfermeiro em integração revelar que já tem condições para dar resposta às solicitações que lhe são feitas, no âmbito das suas funções” (p.2).

Fachola et al. (2022), no seu estudo “Proposta de Gestão de riscos: mapeamento de fluxo, riscos e estratégias de segurança em um centro cirúrgico”, referenciam o treino e a formação como estratégias essenciais para minimizar o risco de infeção e a contaminação dos campos cirúrgicos. Esta educação abordaria temas como abertura e disposição de material esterilizado, de colocação de campos cirúrgicos e de higienização das mãos.

Com o avanço tecnológico e consequência de toda uma evolução social e organizacional, com os enfermeiros a serem confrontados com uma prática de cuidados cada vez mais exigente, é expectável que as metodologias de formação sejam mais diferenciadas e inovadoras (Coutinho, 2022). Após pesquisa nas mais variadas fontes e pela evidência científica, pude constatar que a simulação é a estratégia formativa de eleição defendida unanimemente.

De acordo com Brunette e Thibodeau-Jarry (2016), fundamentados na associação para a educação médica na europa, a simulação pode ser entendida como "a technique of simulation of reality" (p.3). Através desta podemos obter um variado conjunto de possibilidades de formação, conseguindo variar entre a simulação verbal, muito básica, até à prática de competências técnicas (por exemplo, colocação da linha central, punções lombares). Também possibilita englobar simuladores de alta tecnologia de forma a proporcionar o trabalho em equipa em emergências médicas (por exemplo, paragem cardíaca). Mais recentemente e de uma forma mais global, Coutinho (2022) alega que a simulação realística é uma estratégia de ensino baseada na representação de uma situação clínica real, no entanto, num cenário simulado num contexto seguro e controlado. Segundo o mesmo autor, esta ferramenta de ensino, promove a construção de competências, o desenvolvimento do raciocínio crítico e ainda uma tomada de decisão mais eficaz e segura.

Whelan et al. (2016), no seu estudo revelaram que a formação em simulação é um método de ensino, amplamente aceite nos sistemas de educação de cuidados de saúde, dado que reproduz experiências reais de pacientes e ambientes de trabalho de forma a permitir que

os alunos obtenham conhecimentos e competências especializados sem expor pacientes reais aos riscos.

Garcia et al. (2021), sustentados em vários autores, referem que a simulação aplicada “às ciências da saúde pode ser definida como uma ferramenta de ensino e treino” p.343 e que através de várias estratégias, tais como, dispositivos, técnicas, atitudes e até mesmo o meio ambiente, reproduzindo uma tarefa ou um aspeto de cuidados clínicos levando ao treino de “forma replicável, realista e adequada à prática clínica” (p.343).

A literatura é unânime em aludir às vantagens da implementação da simulação em saúde. Para além do benefício evidente de não colocar em causa a saúde do doente, esta ferramenta de ensino permite ao profissional, identificar, treinar e corrigir os seus erros possibilitando a sua recertificação de competências, como defendem Garcia et al. (2021).

A simulação em saúde permite a utilização de uma variedade de cenários e a construção de casos, desde os mais simples até os mais complexos. A possibilidade de poder repetir, adaptá-los aos profissionais e às necessidades formativas, com características cada vez mais realísticas, consequência da evolução exponencial tecnológica faz com que haja um aumento da confiança dos formandos, minimizando a possibilidade do erro em saúde contribuindo consequentemente para a segurança dos cuidados prestados (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2016; Pérsico et al., 2020; Garcia et al., 2021). Apesar de serem reconhecidos os custos associados a este tipo de estratégia, os ganhos obtidos com este tipo de formação sobrepõem-se claramente, promovendo cuidados mais seguros e de qualidade.

Podemos afirmar que embora a simulação seja um campo relativamente recente na área da saúde, são evidentes as suas vantagens para o ensino e treino dos profissionais, tanto numa componente técnica (por exemplo, desempenho físico, manipulações de dispositivos), como numa componente não técnica (comunicação, liderança, trabalho de equipa, entre outras), tal como referenciado por Brunette e Thibodeau-Jarry (2016) e Garcia et al. (2021).

Bohomol e de Abreu Tatarli (2017), no seu estudo: “Utilização de cenários para a educação sobre segurança do paciente em centro cirúrgico”, procuraram apresentar cenários de prática de enfermagem assistencial e de gestão, relacionados com procedimentos perioperatórios, como estratégia educacional. Os autores defendem que diferentes cenários podem ser desenvolvidos sobre eventos adversos e técnicas para minimizar ocorrência de erros, como a prática de *briefings* e *debriefings*. No estudo referenciado, foram apresentados sete cenários, os quais descreviam situações relacionadas com eventos adversos, com *near misses* e situações de risco. Os autores puderam concluir que este método de ensino contribui

para minimizar oportunidades de erro, propiciam momentos de reflexão e promovem a utilização de protocolos de segurança do doente.

Matos, Martins & Martins (2020) e Matos et al., (2021), enfatizam a importância do treino em equipas em contexto de simulação, tanto para o desenvolvimento de competências técnicas como não técnicas, promovendo a confiança nas equipas. Este tipo de estratégias, utilização de checklists, formação em aspetos técnicos e não técnicos, comunicação e trabalho de equipa, já são utilizados na aviação, sendo denominados de Crew Resource Management.

A OE (2017), no domínio dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na procura permanente da excelência no exercício profissional, defende que o EEEMCPSP contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Nesta perspetiva, preconiza que este especialista deverá ter atenção a formação e treino promotores do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção da equipa interdisciplinar. A referida instituição complementa a necessidade da utilização de ferramentas que promovam a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios como elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem.

Reforçando este propósito e analisando os dois grandes domínios adquiridos nesta especialidade: **Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa e maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica**, realço o fato de um critério de avaliação do domínio da primeira competência referida é exatamente o EEEMCPSP intervir no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar. Contudo, esta formação teria de ser partilhada e refletida, caso contrário e mencionando Cambotas (2014), a formação só acontece quando há experiências, vivências e reflexões, pois de outra forma existe “informação, mas não há formação”.

Este princípio é revelado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável.

Podemos deduzir, pelo exposto, e de acordo com a evidência científica, que a formação, a simulação e um período de integração do enfermeiro perioperatório são fatores cruciais que contribuem, não só para o empoderamento profissional, como também para a maximização da segurança da pessoa a necessitar de cirurgia em contexto de BO.

CAPÍTULO II- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1. Revisitação às competências especializadas comuns e específicas

Iniciei funções como enfermeira perioperatória no hospital Dr. Nélio Mendonça em setembro de 2001. Após um período de integração em que passei nas três áreas de funções no bloco operatório: instrumentação, circulante e anestesia (incluindo a unidade de cuidados pós anestésicos), de forma a conhecer de um modo geral o papel do enfermeiro no bloco operatório, iniciei o período de integração na área de instrumentação/circulação por necessidade do serviço.

Inicialmente fiz integração na área de cirurgia geral e cirurgia pediátrica, posteriormente na especialidade de cirurgia vascular e depois na cirurgia cardiotorácica

O BO, onde exerço funções, é um bloco central, isto é, comporta quase a totalidade das valências cirúrgicas e funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana com cirurgia eletiva, urgente e emergente. Como faço parte das equipas de urgência, colaboro com todas as valências cirúrgicas. Trabalhamos em diferentes especialidades bem como com diferentes pessoas das várias classes profissionais, tais como cirurgiões, anestesistas, técnicos de cardiopneumologia, técnicos de radiologia, entre outros.

Ao longo destes vinte e um anos de profissão, todos eles no BO, para além de desempenhar as funções de enfermeira instrumentista/circulante, também acumulo outras funções relacionadas com a gestão e desenvolvimento profissional, das quais destaco as seguintes:

- Colaboradora na área de gestão dos recursos materiais e equipamentos, mais especificamente na gestão de stocks, acondicionamento, manutenção e avaliação do custo benefício dos mesmos.
- Participo, frequentemente, na formação interna do serviço, formal e informal, tendo organizado em março de 2020, o I curso de suturas manual e mecânica para enfermeiros.
- Colaboro diretamente com as equipas da cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, CCT (esta última também em regime de prevenção).
- Integro as equipas de urgência, no esquema de horário rotativo, colaborando com todas as valências cirúrgicas.
- Pertenci ao grupo inicial de trabalho da Implementação dos Registos Eletrónicos no Bloco operatório.

- Sou Enfermeira de referência na cirurgia endovascular na especialidade de cirurgia Vascular.
- Contribuo na integração de novos enfermeiros no serviço, cumprindo protocolo de integração.
- Participo na orientação dos estudantes de Enfermagem aquando dos estágios académicos no Serviço de Bloco operatório.
- Coopero na orientação de alunos de Erasmus
- Sou elemento das equipas de trauma, mais especificamente na área de instrumentação desde 2010.

Para além destas atividades, sou responsável pela cirurgia pediátrica desde 2005. Esta responsabilidade diz respeito à organização da cirurgia Pediátrica, no que concerne as normas de orientação clínica, procedimentos cirúrgicos, organização de materiais e equipamentos da unidade sendo o elo de ligação com o grupo da qualidade, colaborando no processo de acreditação do serviço.

Dada a especificidade dos materiais, equipamentos, consumíveis que um serviço destes acarreta, colaboro na área de gestão dos recursos materiais e equipamentos, mais especificamente na gestão de stocks, acondicionamento, manutenção e avaliação do custo benefício dos mesmos.

Em 2010 fui solicitada para integrar um projeto do serviço de pediatria, nomeadamente na preparação cirúrgica às crianças, no qual fui o elemento de referência do bloco operatório, para explicar às crianças, pais, pessoas de referência, toda a passagem pelo bloco operatório. Gostei muito de integrar este projeto, indo de encontro às competências específicas do enfermeiro especialista em prestar cuidados não só à pessoa em situação operatória, mas também à sua família/ pessoa significativa.

Também atendendo à necessidade de conhecer o doente cirúrgico no seu todo, preparando-o para a sua cirurgia (eletiva), realizo as visitas pré-operatórias. Estas visitas são muito importantes na diminuição do medo pré cirúrgico, bem como na própria preparação da cirurgia. Atualmente, dadas certas contingências do serviço, nomeadamente gestão de recursos humanos, aumento dos tempos operatórios, ente outros, estas visitas não se têm realizado como devido. Mas julgo que com a frequência deste mestrado, eu e os meus colegas conseguiremos reverter esta situação. Contudo, de forma a colmatar esta situação, faço o acolhimento dos doentes aquando da sua chegada ao bloco operatório, colaborando com a equipa anestésica nos procedimentos de preparação pré-anestésica.

Entre 2011 e 2014, desempenhei funções de Enfermeira formadora de serviço do BO, tendo promovido nesse triénio a formação e a apresentação de projetos profissionais nas mais diferentes áreas do perioperatório. Ao longo destes anos, tenho participado na formação formal e informal interna do serviço, tendo mesmo organizado em março de 2020 o I curso de suturas manual e mecânica para enfermeiros.

Destaco o fato de ter pertencido ao grupo inicial do projeto implementação dos registos eletrónicos no bloco operatório. Este grupo foi o ponto de partida de recolha de dados, indicadores que compõem a nossa plataforma de registos eletrónicos. Desta forma pude colaborar com a instituição no desenvolvimento e progresso de uma área tão importante dos enfermeiros que são os registos.

De forma a me manter atualizada na área profissional sou sócia da AESOP. Através desta associação tenho acesso às práticas recomendadas no bloco operatório, bem como às publicações periódicas. Os congressos promovidos pela referida associação, permitem uma atualização pertinente e tão necessária à minha atuação profissional, bem como a partilha de ideias e experiências entre os colegas. Saliento que foi após a participação nestes eventos/cursos promovidos pela referida associação, que pude contribuir no meu serviço para a implementação da lista de verificação cirúrgica, a utilização dos campos cirúrgicos descartáveis, práticas recomendadas, promoção da técnica asséptica entre outros. Todos estes conhecimentos têm vindo a tributar-se para a promoção e desempenho na área do conforto e segurança do doente cirúrgico.

Em 2012, frequentei o Curso de Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória, na ESESJC. Este curso estava organizado em três módulos com a duração de 750 horas, sendo 325 horas de contacto e 425 horas de trabalho individual do estudante, facultando 30 ECTS. Esta formação pós-graduada contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências profissionais e para minha prática dos cuidados de enfermagem perioperatórios, garantindo a adequação, a eficiência e a eficácia dos mesmos. Atendendo ao fato de aquando da frequência desta formação já me encontrar, de acordo com o modelo de desenvolvimento de competências defendido por Benner (2001) no nível de competente, a mesma revelou-se ser fulcral para desenvolver a minha flexibilidade, rapidez de decisão e ação. O estudo de Benner aponta para a importância do ensino e da aprendizagem ativos nesta fase para que os enfermeiros competentes possam passar à fase seguinte da proficiência.

Durante a frequência desta formação pós-graduada, tive a oportunidade de realizar um projeto de autoformação intitulado “Cuidados do enfermeiro instrumentista a um doente submetido a EVAR (*Endovascular Aneurysm Repair*)”. Para a realização do mesmo, para

além de toda a componente de pesquisa teórica inerente a um trabalho desta índole, foi possível realizar um estágio de observação/participação num hospital de referência para a referida técnica cirúrgica. Neste estágio, pude aprender e desenvolver conhecimentos inerentes à cirurgia endovascular e proporcionou-me a partilha de conhecimentos e experiências com as colegas peritas na área. Consequentemente permitiu-me não só realizar um protocolo para o BO onde exerço funções, como promover a formação dos meus pares e concludentemente contribuir para a excelência dos cuidados intraoperatórios que os doentes necessitam. Também fruto desta formação, tive oportunidade de apresentar três trabalhos em eventos científicos distintos, nomeadamente:

- A 13/9/2013: comunicação oral “Emergências vasculares: instrumentação de rotura do Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) “na biblioteca do HNM, no âmbito das sessões “café com o perito”
- 25 e 26/10/2013: Comunicação oral livre “ Cuidados de enfermagem perioperatórios à pessoa com rotura de AAA”, no âmbito das jornadas Doente crítico: cuidados de enfermagem especializados da responsabilidade da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis
- 29/3/2014: Póster científico intitulado “Cuidados do enfermeiro instrumentista a um doente submetido a EVAR no contexto do XVII congresso nacional da AESOP

Em 2019, em virtude da possibilidade da certificação individual de competências conforme enunciado na circular normativa CN-CD/2018/2 de 18/10/2018, emanada pela OE, obtive o título de EEEMCPSP. Tal foi proporcionado devido ao fato de eu possuir formação pós-graduada na área e conseqüente à minha experiência profissional e colaboração em diversos projetos, anteriormente referidos, relacionados com a enfermagem perioperatória.

Nos termos do Regulamento nº 429/2018, a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como objetivo, a intervenção à pessoa e família/pessoa significativa, que estão a vivenciar uma experiência cirúrgica/anestésica. Sendo assim, os cuidados de enfermagem neste âmbito são orientados aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a experienciarem processos de saúde/doença que requerem de atuações cirúrgicas e anestésicas, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença.

Podemos considerar que o EEEMCPSP, caracteriza-se pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica, tendo como princípios a atuação com

responsabilidade profissional e prudência. Este especialista é responsável por otimizar os recursos disponíveis existentes de forma a poder avaliar, planear, implementar e determinar quais os cuidados a prestar ao doente cirúrgico, de forma independente e em conjunto com os outros membros da equipa, colaborando na liderança e experiência clínica de forma a obter os melhores resultados para a pessoa a experienciar uma situação perioperatória.

A intervenção do EEEMCPSP desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, nas fases do pré, intra e pós-operatório, tal como defendido pela AESOP (2012), EORNA (2019) e a OE (2019).

A experiência e a formação do enfermeiro perito são elementares para uma prática segura e assertiva nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação operatória. O que vem de acordo com as duas grandes unidades de competências específicas definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem perioperatória: **Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica**, tal como preconizado no Regulamento nº 429/2018. Ao longo da prática dos meus cuidados, no atendimento à pessoa em situação perioperatória, com a aquisição e desenvolvimento de competências resultantes de um acumular de experiências e formações específicas, com o intuito de alcançar um grau de perícia, tenho procurado promover e manter um ambiente seguro e controlado para o doente/família/pessoa significativa bem como para toda a equipa multidisciplinar envolvente no contexto perioperatório. Isto revela-se de extrema importância, particularmente no intra-operatório, dada a existência de vários riscos inerentes à probabilidade da ocorrência de eventos adversos decorrentes da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados, da complexidade do ambiente e dos recursos materiais e humanos.

Apesar de possuir o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória (EEEMCPSP) obtido através da certificação individual de competências, conforme enunciado na circular normativa CN-CD/2018/2, da OE, em 2021, decidi me candidatar ao V mestrado em EMC ministrado pela ESESJC, tendo obtido o 1º lugar na classificação. Não obstante ao fato de na altura estarmos a vivenciar um contexto pandémico, encarei esta oportunidade como um desafio inadiável e como um culminar de um objetivo profissional, que até então não tinha sido possível, na história da enfermagem perioperatória portuguesa, tal como referenciado no capítulo anterior.

Ao me matricular no referido curso, candidatei-me à creditação de formação e experiência profissional da ESESJC de acordo com o Regulamento nº 507/2019. Para tal foi necessário cumprir vários critérios: apresentação do curriculum vitae, devidamente datado e assinado, experiência profissional na área superior a cinco anos, devidamente comprovada pela entidade empregadora, apresentação de um relatório sobre a experiência profissional e as competências adquiridas e um portfólio agregador dos projetos realizados. Obtive creditação nas seguintes UC: Enfermagem Perioperatória I e II, Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória, Organização dos Cuidados de Saúde Perioperatórios uma vez que eu havia frequentado o Curso de Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória, na referida escola. Também adquiri creditação no Ensino Clínico I - Cuidar na Sala Operatória. Saliento que, apesar deste fato, assisti às aulas das UC creditadas, porque encarei estas UC como momentos privilegiados de rever e aprofundar os conhecimentos adquiridos.

Por definição, sabemos que o enfermeiro especialista é o profissional detentor de um título, correspondente ao exigido pelos estatutos da OE e ao qual se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados tal como descrito no regulamento n.º 140/2019.

No mesmo documento, artigo 4.º, constatamos que os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, são: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Atendendo ao exposto, considero que apesar de já me terem sido reconhecidas estas competências anteriormente, foi possível revisitá-las ao frequentar as UC: Enfermagem Profissão e Disciplina, Ética e Deontologia, Gestão de Unidades de Saúde e de Enfermagem e Investigação. Quer a componente teórica e partilha de conhecimentos dos professores peritos, quer a realização dos trabalhos, bem como a vertente dos ensinamentos clínicos, tutorados por colegas peritos, foram cruciais para a consolidação das referidas competências.

Acrescento que, todo este processo de regressar à academia, de me envolver neste desafio que é o mundo académico, tem sido encarado como possibilidade e estratégia de solidificar conhecimentos e de fortalecer competências, desenvolvendo a minha expertise prática e fomentando a excelência dos cuidados de enfermagem à PSP. Constato que as aprendizagens proporcionadas pelo curso, tanto na vertente teórica como na parte prática contribuíram para a minha expertise como enfermeira Perioperatória, mais concretamente como enfermeira instrumentista/circulante, nomeadamente na capacidade de resposta, no desenvolvimento do pensamento crítico/reflexivo bem como no trabalho de equipa, de liderança e de gestão.

Acredito que todo este empoderamento terá repercussões na segurança e nos cuidados à pessoa em contexto perioperatório para além da minha valorização e afirmação no contexto laboral.

No capítulo seguinte, irei demonstrar e revelar o desenvolvimento das competências de 2º ciclo e o caminho percorrido para adquiri-las.

CAPÍTULO III- AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE 2º CICLO

3.1. Rumo às competências de mestre

Etimologicamente a palavra mestre deriva do latim *magíster*, e significa o que comanda ou dirige, chefe, professor, tal como definido no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Em Portugal, o título de mestre é obtido pela frequência e aprovação nos estudos de 2º ciclo.

De acordo com o estipulado no Decreto-Lei n.º 65/2018, capítulo III, artigo 15.º, o grau de mestre é atribuído aos que demonstrem deter conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permitam desenvolver e aprofundar os conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo e que possibilitem a integração e desenvolvimento da investigação. Deste modo, o profissional detentor do título de mestre, de acordo com a sua área de estudo é capaz de 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. Com base nas suas competências e habilidades, o mestre consegue contribuir para a resolução de situações complexas, desenvolvendo soluções, promovendo o juízo e a reflexão crítica atendendo sempre às implicações éticas e sociais que possam advir.

Ao possuir o grau de mestre, está implícito a capacidade de comunicar de forma clara, sem discrepâncias os resultados dos seus trabalhos e investigações, assentes na evidência científica. É de realçar que de acordo com a alínea e) do referido decreto, ao grau de mestre está subjacente a aquisição de competências que permitem uma aprendizagem contínua, de uma forma essencialmente auto-orientada ou autónoma.

Ao longo da minha vida profissional tenho procurado me manter atualizada de forma a poder acompanhar o avanço tecnológico e científico que a área cirúrgica acarreta e que a PSP merece e tem direito. Deste modo, e abordando, mais especificamente, esta etapa académica destaco o fato de ter participado no 6º Fórum nacional de BO, promovido pela AESOP, nos dias 9 e 10 de dezembro de 2021. Também organizado pela referida organização, participei no webinar “prevenção da infeção do local cirúrgico- como melhor fazer?”. Este realizado através da plataforma digital no dia 30 junho de 2022. Estes eventos de natureza científica revelam-se momentos de partilha de conhecimentos cruciais no empoderamento da profissão e na promoção de cuidados seguros e de qualidade à PSP.

De forma a contribuir para a construção de uma enfermagem perioperatória assente em bases científicas e sustentada nos pilares da investigação, fui coautora na elaboração de dois pósteres científicos apresentados no “V congresso Internacional de EMC: e se não houvesse enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica?” que decorreu entre

os dias 26 e 27 de outubro de 2021, no Centro de artes de espetáculos da Figueira da Foz. O primeiro póster denominou-se “O futuro da EP: Aprendendo com o mapa concetual” e pretendeu contextualizar o futuro da EP através de uma pesquisa bibliográfica, com recurso às bases de dados através do motor de busca EBSCO. Após analisar a evidência encontrada, foi realizado um mapa concetual que mostrou ser uma ferramenta eficaz para uma fácil retenção da aprendizagem sobre a concetualização da EP. O segundo póster intitulou-se “Avaliação inicial do cliente idoso no pré-operatório: o quê e como avaliar?”, com o objetivo de identificar parâmetros e instrumentos específicos para serem utilizados na avaliação inicial do cliente idoso no contexto perioperatório. Após uma pesquisa na base PubMed, sua análise e discussão dos resultados em grupo, concluímos que a avaliação inicial do idoso no pré-operatório é fundamental para promover a individualização dos cuidados e diminuir os riscos associados à cirurgia e hospitalização. Da análise da literatura foram selecionados 3 instrumentos que deverão, sistematicamente, ser utilizados na avaliação inicial dos clientes idosos. Importa salientar que estes pósteres foram realizados, respetivamente no âmbito das UC enquadramento concetual da EP e da UC cirurgia geriátrica: contextos e desafios.

No capítulo I, foi salientado que a área de especialidade em EMCPSP está inserida na especialidade de médico cirúrgica, como comprovado no regulamento nº 429/2018, uma vez que dada à vasta abrangência da mesma, houve a necessidade de especificar e reconhecer as competências inerentes aos cuidados de enfermagem especializados de acordo com o alvo dos cuidados e o contexto de intervenção. Consequente a tal necessidade resultaram as diferentes áreas de atuação de enfermagem: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação crónica e área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Esta resolução vem corroborar o redigido no ponto 2, do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, quando é referenciado que “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização”.

Tal como abordado no capítulo II, a aquisição e desenvolvimento de competências de especialista são produto dos conhecimentos e experiências decorrentes da componente teórica e clínica do plano de estudos do presente curso. Se as UC abarcaram todo um leque de temas relacionados com o enquadramento concetual da enfermagem perioperatória e as suas áreas de atuação, os ensinamentos clínicos revelaram-se os momentos privilegiados para colocarem em prática esses ensinamentos adquiridos.

A nível curricular e nos termos do Despacho n.º 10960/2020 estão previstos o Ensino Clínico I- Cuidar na sala operatória no 2º. Semestre e no 3º. semestre a unidade

curricular estágio com relatório que inclui três módulos: um ensino clínico numa unidade de cirurgia do ambulatório, um ensino clínico com um estágio num serviço cirúrgico opcional e o 3º módulo que incide num Relatório crítico fundamentado.

De acordo com o artigo nº 2 do regulamento dos mestrados em Enfermagem da ESESJC, e de forma a obter o título de mestre, os objetivos dos cursos de mestrado em enfermagem “visam o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas altamente diferenciadas» (p.1).

Estas competências estão concordantes com os objetivos delineados no módulo 3 do presente mestrado em EMC, ramo perioperatório e estipulados no regulamento pela ESESJC, nomeadamente:

- Demonstrar competências de análise, síntese e raciocínio crítico da experiência no cuidado da PSP
- Revelar competências de trabalho em equipa e autoaprendizagem do processo vivenciado, e na capacitação da PSP, para o autocuidado e reintegração familiar e social
- Mobilizar saberes que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional
- Demonstrar capacidade de liderança do processo de prevenção e controlo de infeção

De forma a atingir estes objetivos, o estudante terá de proceder à realização de um relatório crítico fundamentado. Como tal, irei neste capítulo apresentar uma exposição descritiva e reflexiva, procurando evidenciar a aquisição das competências de mestre. Este relato demonstrará o percurso percorrido ao longo do mestrado, consolidando os conhecimentos adquiridos nas UC com as competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos e do projeto de autoformação. Desta forma é possível, com a associação da teoria com a prática, tal como defendido por Benner (2001), o desenvolvimento de competências, essencial para alcançar a perícia necessária para a prestação de cuidados que o doente cirúrgico tem direito.

Passarei então a descrever o meu percurso e respetivas reflexões e ilações daí resultantes da componente teórica, bem como no decorrer dos ensinamentos clínicos, nomeadamente nas UC ensino clínico I e estágio com relatório e respetivos Módulos 1, 2, e 3.

Ensino clínico I- cuidar na sala operatória

O ensino clínico I - cuidar na sala operatória teve como objetivos prestar cuidados de enfermagem, autónomos e interdependentes, à PSP e respetiva família/pessoa significativa, em diferentes contextos da sala operatória; maximizar a segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica; promover os projetos de saúde e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitem de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório e assegurar a qualidade da intervenção interprofissional, cooperando na elaboração de estudos de caso e em discussões na ação e sobre a ação para fundamento de uma prática baseada na evidência, antes, durante e após a cirurgia. Esta prática foi creditada de acordo com o Regulamento nº507/2019 com base na minha formação e experiência profissional tendo sido alvo de reflexão e fundamentação no capítulo anterior.

Módulo 1- Cuidados de Enfermagem perioperatória em contexto de ambulatório

Relativamente ao Módulo 1, da UC Estágio com Relatório, os objetivos do mesmo incidiam sobrecapacitar a pessoa e família, para a gestão da experiência cirúrgica no ambulatório, cuidar da pessoa em situação perioperatória e adequar estratégias de comunicação, promotoras da segurança nos procedimentos cirúrgicos. Para a sua concretização, implicava um ensino clínico de Cuidados de Enfermagem perioperatória em contexto de ambulatório e a sua respetiva reflexão e análise crítica do desempenho clínico.

Na ótica de Pinto et al. (2020), o exercício da cirurgia do ambulatório (CA) tem sofrido um forte crescimento neste início de século, não só a nível mundial como também nacional, sendo que mais de 83% do total de cirurgias programadas, realizadas no nosso país, decorrem em regime de ambulatório, tal como evidenciado pelo Despacho n.º 1380/2018. De forma a acompanhar este forte crescimento, é imperativo que os profissionais de saúde que trabalham nestes departamentos acompanhem a evolução, com uma prática laboral assente e alicerçada em fortes bases de evidência científica.

Em Portugal, e de acordo com o Despacho nº 1380/2018, temos assistido a um crescente aumento da cirurgia em regime ambulatório, à semelhança do que tem vindo a acontecer internacionalmente. De acordo com a mesma fonte, no ano 2000, a CA revelava pouco mais de 10 % do total de cirurgias relativas a procedimentos com indicação internacional para serem efetuados em regime de CA. Atualmente cerca de 80% destas

cirurgias são realizadas em ambulatório, sendo que cerca de 63 % do total de cirurgias programadas é realizada nesta modalidade.

A cirurgia de ambulatório revela-se uma fulcral ferramenta no aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas, reconhecidas internacionalmente como divulgado pela referida resolução.

Há alguns anos, Lima e Pinto (2014) apontaram várias vantagens neste tipo de regime cirúrgico. Desde a diminuição dos custos para o sistema de saúde, passando pela reintegração socioprofissional mais rápida do doente, com o aumento da comodidade e colaboração deste na sua recuperação, para além de contribuir para uma prestação de cuidados individualizados e humanizados. Depreendemos, logicamente, que, para além de possibilitar que o doente em menos de 24 horas recupere em ambiente familiar, também permite que os hospitais possam se dedicar a situações mais complexas permitindo uma redução do tempo de espera cirúrgica. Ao regime de ambulatório, segundo o Despacho nº1380/2018, é associada uma “menor taxa de complicações pós-operatórias, apresentando uma incidência de regressos ao hospital não superior àquela encontrada no pós-operatório da cirurgia clássica com internamento”. É de realçar que a dor pós-operatória é geralmente menor, sendo assinalado um menor risco de tromboembolismo, conseqüente da deambulação precoce, sendo que a hospitalização aumenta o risco de exposição a infeções nosocomiais.

É indiscutível que o enfermeiro perioperatório é o profissional com competências para atuar nas três fases do perioperatório (pré, intra e pós-operatório), sendo a enfermagem perioperatória um campo de especialidade diferenciado e complexo. Os cuidados perioperatórios podem ser conferidos, não só em contexto de bloco operatório como também em unidades de cirurgia de ambulatório, unidade de endoscopia, cateterismo cardíaco, imagiologia, serviços de esterilização, unidades de dor e a radiologia de intervenção, tal como aludem as organizações que se dedicam a estas temáticas, a AESOP (2015) e a EORNA (2019).

Para a realização deste estágio optei pela unidade de hemodinâmica do HNM. A minha escolha pela unidade de hemodinâmica, como local de estágio para contexto de cirurgia do ambulatório depreende-se com o fato de ser um local em que se realizam procedimentos invasivos com características semelhantes a uma sala operatória, no qual o enfermeiro desempenha um papel ativo nas três fases do perioperatório. O fato de eu pertencer à equipa de cirurgia cardiotorácica contribuiu para esta decisão.

De acordo com o Royal College of Nursing e The Royal College of Radiologists (2014) a radiologia de intervenção “is where image guidance is used to carry out diagnostic and/or therapeutic procedures, usually in the setting of the radiology department” p.6. Fernandes e Vale (2014), complementam que a radiologia de intervenção é uma especialidade médica, onde se efetuam tratamentos e diagnósticos guiados por imagem, exigindo por parte dos profissionais um perfil específico, nomeadamente deverá ser dinâmico, proativo com capacidade de trabalhar numa equipa multidisciplinar.

Segundo Linch et al. (2009), a palavra Hemodinâmica é originária do grego *haima* (sangue) e *dynamis* (força), significando, portanto, o estudo dos movimentos do sangue e das forças que o impulsionam. É correto afirmar que uma unidade de hemodinâmica é um local onde se realizam exames diagnósticos e terapêuticos, como afirmavam Vieira et al. (2009). Mais recentemente, podemos complementar que as unidades de hemodinâmica caracterizam-se como sendo serviços de saúde de alta complexidade, com um ambiente de grande avanço tecnológico onde se realizam procedimentos minimamente invasivos, como descrevem Rodrigues et al. (2019). São unidades com uma estrutura física e funcional de custo elevado, com características muito peculiares, uma vez que englobam procedimentos eletivos, mas também de caráter de emergência. Nestes serviços são realizados procedimentos em regime de ambulatório, nas mais variadas especialidades, tais como cardiologia, neurocirurgia, eletrofisiologia, cirurgia vascular, nefrologia, entre outras. Os procedimentos endovasculares são executados na maioria das vezes, sob anestesia local e/ou sedação, guiados por fluoroscopia, sendo assim possível visualizar, em tempo real, as estruturas anatómicas e planear a melhor estratégia de intervenção. É expectável que os profissionais, nomeadamente enfermeiros que exerçam nestas unidades, possuam competências específicas. Para além de integrarem uma equipe assistencial multidisciplinar, devidamente qualificada e capacitada, o enfermeiro que desempenha funções numa unidade de hemodinâmica deverá ser ágil e proactivo, estar sempre atento e pronto para agir nas intercorrências, exigindo tomadas de decisão rápidas e precisas, sendo um profissional indispensável na equipe de hemodinâmica (Lemos et al. 2017; Rodrigues et al. 2019)

Apesar de não ter tido acesso a dados oficiais, pude constatar que os procedimentos mais realizados na unidade de hemodinâmica, onde estagiei, são os cardíacos. Tal é expectável, considerando que as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte em Portugal, como em muitos outros países do mundo desenvolvido (32.761 em 107.612 óbitos, em 2012), como mencionado pela Rede de Referência de Cardiologia (2015).

De entre os procedimentos cardíacos e de acordo com a enfermeira gestora da unidade, os procedimentos mais comumente realizados são os cateterismos cardíacos, pelo que me irei debruçar mais sobre esta área. De acordo com Fragata (2009), o cateterismo cardíaco é uma técnica com cateterização da artéria, sob anestesia local, realizada para estudo do coração esquerdo (função ventricular e das válvulas aórtica e mitral, anatomia da aorta, vasos do pescoço e artérias torácicas internas) e venosa para estudo do coração direito (função ventricular, válvula pulmonar e tricúspide, artéria pulmonar). De forma a estudar a circulação coronária, é injetado contraste rádio-opaco, nos ostia, com visualização da sua anatomia com recurso a RX, em imagens estáticas ou móveis. Atualmente, a utilização da via radial é a mais frequente para a realização do cateterismo, devido à sua localização anatómica ser de fácil acesso e em relação ao acesso femoral, apresenta diminuição de complicações hemorrágicas. É de realçar que esta via permite um maior conforto e autonomia às pessoas que necessitam deste tratamento, permitindo uma deambulação precoce e diminuição do tempo de internamento (Rubio Alcañiz et al. 2019; Rubio Martín et al. 2020; Soler Selva et al. 2022).

Neste ensino clínico tive oportunidade de acompanhar a pessoa nas três fases do perioperatório. No pré-operatório acompanhei e participei na consulta de preparação das pessoas propostas para substituição da válvula aórtica. Na consulta do pré procedimento, os doentes ainda não sabem qual a opção cirúrgica, se por Implantação da Válvula Aórtica Transcateter (TAVI), se por cirurgia convencional (com esternotomia) uma vez que depende da realização de outros exames complementares (cateterismo, angiotac) e da decisão médica. Contudo, são explicadas as indicações e contraindicações de cada uma. A pessoa significativa do doente também pode assistir e manifestar dúvidas. É expectável que assim seja dada a idade avançada dos doentes que necessitam deste procedimento com consequentes necessidades que a idade avançada acarreta. É informado ao doente e família que caso tenham dúvidas podem ligar para a cardiologia e pedir para falar com a Enf^a X. Nesta consulta, tive oportunidade de participar e intervir, particularmente na preparação da pessoa para o procedimento invasivo, nomeadamente na história clínica (se possui alergias, patologias, cirurgias anteriores, se toma medicação) na preparação física (cuidados com a pele, jejum) e também na preparação psicológica, sobretudo na expressão de medos, dúvidas e receios. Esta consulta promove a diminuição da ansiedade da PSP e dos seus acompanhantes, o que vem de encontro ao divulgado por Breda e Cerejo (2021) no estudo “Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente”, no qual os autores concluíram que os doentes que tiveram a

consulta pré operatória de enfermagem estavam mais informados para vivenciarem o processo cirúrgico e, conseqüentemente estariam mais satisfeitos para vivenciar esta transição. Para além da consulta se revelar uma ferramenta eficaz na relação enfermeiro-doente, também influencia na redução do impacto emocional gerado pelas alterações conseqüentes da cirurgia. Mendes e Ferrito (2021), baseados no seu estudo em que pretendiam implementar uma consulta pré-operatória às pessoas submetidas a cirurgia colo-retal, complementam que a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória, baseada na melhor evidência disponível em contexto hospitalar, promoveu uma mudança na prática de cuidados. Esta consulta influenciou o pós-operatório das pessoas que puderam retomar a sua autonomia na mobilização mais precoce, estando mais informados, mais participativos, com uma experiência cirúrgica mais positiva e com uma tendência para diminuir o tempo médio de internamento. Estes resultados foram motivadores para implementar a consulta noutras áreas cirúrgicas.

Também no pré-operatório, mais especificamente na fase do acolhimento, participei e realizei acolhimentos às pessoas propostas para cateterismo cardíaco, bem como para os estudos eletrofisiológicos. Nesta fase, o doente chega acompanhado pela pessoa significativa à unidade, aguardando no exterior desta pela sua vez. Realizei os acolhimentos às pessoas e pessoas significativas, apresentando-me e, confirmando a identificação das mesmas. Confirmei o contato telefónico dos acompanhantes e informei que, dependendo do exame, poderia ser necessário internamento. Incentivei a colocação de dúvidas e questionei se o doente está em jejum e se tem alergias, pois os contrastes utilizados em procedimentos angiográficos, podem desencadear reações que podem variar desde reações mínimas até o choque anafilático (Lemos et al., 2017). É evidente a importância de o enfermeiro averiguar se o doente possui história de reações, sensibilidade e alergias bem como de patologias como: hipertireoidismo, insuficiência renal ou qualquer outra disfunção, de forma a prevenir e a prevenir possíveis complicações. Este é um momento muito importante de estabelecimento de uma relação de ajuda e empática entre o profissional e os utentes (AESOP, 2012). Pude constatar que esta avaliação é efetuada na presença do familiar/pessoa significativa, sendo importante, dada a fragilidade e vulnerabilidade do doente. Embora o acolhimento seja realizado na entrada da unidade, junto ao secretariado, procurei manter e salvaguardar a privacidade e intimidade destes utentes e acompanhantes. É de realçar que a fase do acolhimento também é propícia a fazer ensinamentos de preparação de regresso a casa. Apesar de ter colaborado em alguns acolhimentos, destaco uma situação em que eu e a enfermeira responsável fomos solicitadas para ir à porta, uma vez que uma doente proposta

para estudo queria falar com uma enfermeira. Esta doente era uma jovem de 17 anos, acompanhada pela mãe, já sendo acompanhada pela cardiologia por arritmias. Contudo, como era a primeira vez que era submetida a um procedimento invasivo, estava com medo. Apresentava ligeiro tremor nas mãos e olhar triste. A mãe tentava se controlar, apoiava a filha, mas também admitiu receio. Eu e a enfermeira, experiente e perita nesta área, conversámos e explicámos de uma forma simples e objetiva o circuito e o procedimento. Tanto a mãe como a filha referiram estar mais calmas, mas foi somente quando a enfermeira comunicou que, em momento algum que a jovem ia ser deixada só, que suspiraram de alívio. Quero referir que o procedimento ocorreu sem intercorrências e que quando a jovem estava no recobro, sorriu e afirmou que “afinal não foi assim tão mau!”

Como regra geral, os procedimentos são realizados com anestesia local, o doente mantém-se acordado. Durante os procedimentos, como as pessoas submetidas aos procedimentos invasivos estavam acordadas, quando oportuno, eu conversava com as mesmas, explicava o que estava a decorrer, procurando diminuir os seus medos e receios.

Também no decorrer de um procedimento, mas noutro contexto (testes eletrofisiológicos), constatei que após a abertura de 3 a 4 cabos esterilizados, estes não funcionavam. Dada a minha experiência como enfermeira perioperatória, alertei a equipa que provavelmente estaria relacionado com a esterilização dos mesmos. Informei a enfermeira gestora de tal, esta contactou a esterilização e foi confirmado que o motivo dos cabos não funcionarem foi devido ao excesso de esterilizações e ao tipo de esterilização. Colaborei com a equipa de enfermagem e de técnicos na melhor forma de controlar a esterilização, nomeadamente na identificação dos cabos e numa folha de controlo e registo das esterilizações.

Coopeirei na transferência dos doentes para a cama e acompanhei no percurso até ao recobro, onde pude colaborar na passagem de informação ao colega destacado nesse local, pois a comunicação entre o enfermeiro da sala de operações e o do recobro reveste-se da maior importância, dado o curto tempo de permanência do doente na instituição (AESOP, 2012). A informação passa essencialmente pela identificação do doente, dados clínicos relevantes, procedimento realizado e tipo de compressão.

Na unidade de recobro, participei na monitorização dos doentes bem como nos seus levantamentos progressivos, após o repouso estabelecido. A AESOP (2012) recomenda que o enfermeiro deverá validar com o doente e o seu responsável se estão reunidas as condições para a alta/regresso a casa, isto é, se estão corretamente informados sobre as reações normais, complicações que possam surgir e as atitudes a tomar. Recentemente, na sua investigação,

Rubio Martín et al. (2020) expressam que a hemostasia da artéria radial se realiza mediante compressão e que, apesar dos vários dispositivos existentes no mercado, para que se consiga uma hemostasia segura e cómoda para os pacientes, são os enfermeiros que os controlam, monitorizam e que previnem possíveis complicações. Deste modo, realizei os ensinamentos aos doentes e suas pessoas significativas, nomeadamente da importância de vigiar o local de punção, despiste de hematomas e ou hemorragias, retirar penso compressivo só no dia seguinte, despiste de edema, cuidados a ter caso tenham edema ou dor. Não pegar em pesos com o lado intervencionado, procurar ajuda médica caso tenha febre, rubor, edema, parestesias. Entreguei ao doente o cartão com a identificação do dispositivo de encerramento utilizado, bem como um panfleto acerca dos cuidados a ter e foi reforçado o fato de poderem contactar a unidade e/ou o serviço de cardiologia sempre que necessário.

Nas situações em que as pessoas que tinham sido submetidas a angioplastias e que precisavam de ficar internadas, colaborei no transporte destes doentes à enfermaria e pude observar e participar na transmissão de informação ao colega do serviço.

No que concerne ao pós-operatório, assisti e participei em consultas de follow up das pessoas submetidas a TAVI. Estas são realizadas ao fim de 1, 3 e 12 meses após o procedimento. Nestas consultas é avaliada a melhoria das condições de vida das pessoas, mais concretamente se sentem cansaço na realização das suas atividades de vida, se dormem melhor, se utilizam almofadas ou mantêm cabeceira elevada para dormir. É questionada sobre a gestão da medicação e se necessário faz-se ensino sobre a mesma. São avaliados os locais de punção, para despiste de hematomas e os membros inferiores para despiste de edemas.

Tive oportunidade de assistir a duas consultas de um mês pós procedimento e pude constatar que ambos os utentes estavam acompanhados pelos filhos. Os doentes estavam satisfeitos porque reconheciam a enfermeira, não só da consulta como também da visita pré-operatória e manifestavam uma melhoria na qualidade de vida. Em ambas as situações disseram que não tinham ficado com hematomas nem tinham tido complicações e até que se sentiam menos cansados ao executar as suas tarefas diárias.

Verifiquei que as pessoas e família foram encorajadas a se expressarem e a manifestarem dúvidas e receios, e foi reforçada a possibilidade de contactarem a enfermeira X. se necessário.

Embora o projeto seja recente é evidente a importância do mesmo. Considero que as pessoas se sentem seguras e confiantes para o procedimento. Contudo julgo que seria pertinente avaliar na consulta de *follow up* a relação destas consultas com a diminuição da

ansiedade da pessoa e da sua pessoa significativa. Dada a idade avançada dos doentes e as limitações inerentes da idade, julgo que a elaboração de um panfleto seria útil para consulta e assimilação das informações fornecidas.

Em todo este circuito desde o acolhimento, passando pelos procedimentos, até o recobro e ensinos, pude presenciar e comprovar o papel determinante da enfermeira especialista e gestora da unidade. Para além da sua responsabilidade na elaboração dos horários e das escalas de prevenção, esta profissional elabora os vários pedidos de armazém e de farmácia. A gestão e reposição de stocks está na sua área de responsabilidades e competências. A sua liderança é preponderante nas tomadas de decisão na gestão da sua equipa, bem como na relação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar. Acresce o fato de desempenhar todas as funções nas várias fases do processo, ocupando um lugar de destaque nas vias verdes, principalmente na manutenção da segurança de toda a equipa.

Todas estas intervenções de enfermagem enumeradas veem ao encontro do preconizado pela evidência científica. Lima e Pinto (2014) consideram que as ações de enfermagem na cirurgia do ambulatório estão divididas pelas três fases: a primeira inicia-se na marcação da intervenção (o ensino assume um papel de destaque nesta fase), a segunda engloba o período de permanência do doente no bloco. A terceira fase diz respeito ao ensino e controlo e seguimento pós-operatório.

Sendo assim e após várias pesquisas bibliográficas e em bases de dados de referência, baseada na minha experiência profissional e após o meu estágio na unidade de hemodinâmica, pude constatar que o EEEMCPSP nestas unidades seria sem dúvida uma mais-valia, na promoção e segurança de todo o processo envolvente. De acordo com a OE (2018), a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Como tal, os cuidados de enfermagem neste âmbito são orientados aos “projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (p.17). Na unidade de hemodinâmica do HNM e tal como já referi, apesar desta não ter sido idealizada para cirurgia do ambulatório, constatei que esta, para além dos procedimentos realizados em cardiologia, também engloba outros procedimentos noutras especialidades em regime de ambulatório. Sendo assim e dada a especificidade das competências do EEEMCPSP, este será o profissional com competências acrescidas no

atendimento aos doentes e familiares em situação cirúrgica, pois “os cuidados de enfermagem em cirurgia do ambulatório regem-se pelos mesmos princípios que os realizados em qualquer bloco operatório tal como defendido pela AESOP em 2012 e tal como referenciado pela Associação Portuguesa da Cirurgia do Ambulatório nas recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatória (consultado em 16/10/2022).

Na consulta de enfermagem, para além da oportunidade de conhecer e estabelecer uma relação empática com os doentes e pessoas significativas, é o momento de fornecer as informações necessárias para os procedimentos (jejum, documentação), ensinamentos e a preparação da sua recuperação no seu ambiente, tal como defendem vários autores (AESOP, 2012; Lima e Pinto, 2014; EORNA, 2019).

No decorrer do estágio da unidade de hemodinâmica do HNM, verifiquei que o enfermeiro especialista desempenha funções e presta cuidados especializados à pessoa em situação operatória em contexto ambulatório. Este profissional para além dos cuidados diretos ao doente, na realização dos procedimentos e no despiste das complicações também desempenha funções de gestor e de líder da equipa, tomando quando necessário, decisões rápidas e precisas. A possibilidade de ter realizado este estágio contribuiu para um revisitar das minhas competências de especialista bem como de fortalecer e consolidar conhecimentos. A minha reflexão acerca do papel do enfermeiro perioperatório nestas unidades permitiu-me sair da minha zona de conforto, do BO e comprovar que é possível prestar cuidados perioperatórios noutros serviços. No âmbito dos cuidados, o enfermeiro na hemodinâmica, desenvolve intervenções na preparação do doente (quer seja em consulta ou no acolhimento), no intra procedimento, na preparação do doente e da sala para os procedimentos, na monitorização hemodinâmica do doente, na promoção da hemóstase do local de punção, através de compressão manual e mecânica, no controlo da dor e promoção do conforto, como também na transferência do doente, na sua permanência no recobro, na recuperação pós-operatória e no *follow up*. Pude também assistir e participar em intervenções educativas e recomendações na transição para a alta/regresso a casa de doentes submetidos a coronariografia eletiva e diagnóstica bem como nas outras especialidades.

A participação do doente e pessoas significativas são fundamentais para o sucesso do procedimento em regime ambulatório, tendo o enfermeiro um papel determinante no decorrer de todo o processo. Acredito que o EEEMCPSP, seria uma mais-valia numa unidade de hemodinâmica tanto pelas suas competências específicas em cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa como também no maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar.

Módulo 2- Prática de Cuidados de Enfermagem perioperatória em Unidade de cuidados Pós-anestésicos /ou Bloco Operatório em Diferentes especialidades

No que concerne o Módulo 2, os objetivos traçados eram o de promover cuidados à PSP em diferentes especialidades; desenvolver a intervenção de enfermagem numa perspetiva interprofissional, advogar a prevenção e controlo de infeção nos cuidados perioperatórios e promover o processo de enfermagem, baseado na evidência científica. De forma a atingi-los, o mestrando deveria realizar um ensino clínico de Cuidados de Enfermagem perioperatória em Unidade de cuidados Pós-anestésicos /ou Bloco Operatório em diferentes especialidades, efetuando uma reflexão e análise crítica do desempenho clínico correspondente.

Uma vez que detenho o título EEEMCPSP, obtido através da certificação individual de competências, conforme enunciado na circular normativa CN-CD/2018/2 de 18/10/2018, da OE, foi-me facultada a oportunidade de elaborar um projeto de autoformação com caráter interventivo que indicasse uma preocupação/inquietação constatada pela minha experiência profissional e respetivo plano de atuação para colmatar tal situação. Considerando as minhas competências na área de instrumentação e circulação, reconhecendo a especificidade desta função, sendo conhecida a escassez de conteúdos lecionados no curso de base e constatando a ausência da formação no programa de integração no serviço onde desempenho funções, levou-me a questionar qual seria a formação necessária para fortalecer as competências nesta área. Esta formação, tão fulcral para a prestação dos nossos cuidados, influencia não só o período de integração, como também em todo o nosso percurso profissional no desenvolvimento da consciência cirúrgica do enfermeiro, na segurança dos cuidados prestados, bem como a toda a equipa envolvida neste processo.

Com base na evidência científica, optei por projetar um plano de formação, ajustado ao processo de integração dos enfermeiros. Atendendo ao fato do projeto ser de cariz académico, com prazo específico, centrei a minha atenção nas áreas de instrumentação/circulação, uma vez que são as áreas onde desempenho funções e onde é necessário mais tempo de integração. Com este trabalho, propus-me contribuir para a promoção de uma integração mais eficaz, fundamentada, cooperando não só para a satisfação e motivação do profissional, como também para a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios mais seguros e competentes.

A realização deste projeto e respetivo relatório seguiu as orientações preconizadas pela metodologia de projeto defendidas por vários autores como Nunes et al. (2010) e Santos (2014) e como objetivos específicos, foram delineados os seguintes:

1. Aprofundar conhecimentos acerca das competências do enfermeiro instrumentista e circulante
2. Conhecer as necessidades formativas inerentes ao processo de integração de um enfermeiro circulante /instrumentista.
3. Desenvolver conhecimentos relacionados com o planeamento e implementação de formação (ao longo da vida/desenvolvimento profissional)
4. Propor plano de formação promotor da integração segura dos enfermeiros instrumentistas e circulantes, com recurso a simulação.

De forma a atingir os objetivos enunciados, planeei várias atividades, com estratégias diferenciadas, desde reuniões com enfermeiros peritos na área, auscultação a colegas peritos e iniciados na área, bem como práticas clínicas no PPCIRA, na ESESJC, no centro de simulação, e finalmente projetei um plano formativo complementar ao manual de integração existente no serviço.

Tal como planeado, tive oportunidade de apresentar o meu projeto de autoformação no serviço onde desempenho funções. Estiveram presentes o enfermeiro gestor e colegas peritos na área. Esta apresentação revelou-se pertinente uma vez que, ao apresentar o tema em apreço, proporcionou um momento de partilha e reflexão. A opinião foi unânime na necessidade urgente de fomentar a formação contínua e de que o período de integração é a fase fulcral para a aquisição de conhecimentos de forma, não só para contribuir para a segurança dos doentes, como também para contribuir para a socialização do novo profissional na equipa. Dos enfermeiros iniciados e competentes presentes, a sugestão da formação com recurso à prática simulada seria uma mais-valia, tendo havido a partilha de experiências e dificuldades pessoais que teriam sido diminuídas caso houvesse essa ferramenta educacional. A aprendizagem na situação real foi referida como motivo de sentimentos de ansiedade e angústia, tendo sido sugerida a formação em princípios básicos de instrumentação, que incluísse a colocação de mesas cirúrgicas, instrumentos e princípios de assepsia cirúrgica. No fim foi apresentado o projeto da criação do canto da simulação in situ no bloco e tal foi motivo de satisfação por parte dos profissionais que manifestaram interesse em participar. É de realçar que os enfermeiros experientes, presentes na apresentação, manifestaram vontade de participar na formação de forma a contribuir para o

desenvolvimento e aperfeiçoamento das suas próprias competências. Reforcei que o contributo e o envolvimento deles seriam peças chaves em todo este processo.

Atendendo ao papel primordial do enfermeiro perioperatório, mais especificamente do enfermeiro instrumentista/circulante, na prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC), como estratégia delineada para o desenvolvimento do meu projeto, programei a consulta dos protocolos de prevenção de ILC e planos de formação do serviço de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) na instituição onde desempenho funções.

As infeções relacionadas com os cuidados de saúde dificultam o tratamento dos doentes, sendo igualmente causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade, tal como evidenciado no Despacho n.º 2902/2013. Por definição, compreendemos que a ILC está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese como preconizado pela DGS, norma nº 020/2015. Mais recentemente, e de acordo com o European Centre for Disease Prevention and Control (2017), caso tenha sido colocado implante, considera-se 90 dias em vez de um ano, o período de acompanhamento.

Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de “feixes de intervenções” como salientado pela DGS (2015).

Através do Despacho n.º 15423/2013, e com o reconhecimento evidente de que Portugal era um dos países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, bem como possuía uma taxa de resistência aos antimicrobianos preocupante, foi determinada a criação do programa de saúde prioritário, o PPCIRA, pelo Despacho n.º 2902/2013. Nesta deliberação, está implícita a fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, conseqüente da perceção de que todos estes problemas estão intimamente relacionados e teriam de ser tratados de forma global e integrada. Os objetivos gerais deste programa prioritário são: diminuir a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. Durante o estágio tive a oportunidade de frequentar a formação dirigida a novos elos e colaboradores ao PPCIRA (Anexo A), intitulada: estratégia multimodal para a promoção das precauções básicas de controlo da infeção (PBCI) e precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT). Nesta

formação de cerca de 6 horas, dirigida a profissionais dos vários sectores da instituição pude, através da apresentação de profissionais peritos na área, assistir a vários temas relacionados com os feixes de intervenção para a prevenção das IACS associadas a dispositivos (cateter venoso central, cateter vesical e pneumonia associada à intubação), técnica da higiene das mãos e do uso de luvas, vigilância epidemiológica dos microrganismos “alerta” e “problema”, entre outros.

Considerando que esta formação foi dirigida aos novos elos dos serviços com a PPCIRA, creio que a mesma foi enriquecedora da minha consolidação de conhecimentos e competências na prevenção da ILC. Atendendo ao meu objetivo de projetar um plano de formação como complemento do período de integração para o enfermeiro instrumentista/circulante, afirmo que a minha participação nestas oportunidades de aprendizagem, com peritos na área, contribuiu para o meu empoderamento teórico na matéria em apreço. É imprescindível que enfermeiros perioperatórios, cujo papel principal é garantir a segurança do utente e as condições ideais do ambiente cirúrgico (AESOP 2013), tenham formação específica na prevenção da ILC e em técnica asséptica cirúrgica, englobando temas como feixes de intervenção para prevenção das ILC, desinfeção e preparação do campo operatório, bem como de uma componente que incluísse o vestuário a utilizar no BO e equipamentos básicos de proteção. Os fatores ambientais e o tratamento dos instrumentos cirúrgicos, são concomitantemente temas a incluir. É de salientar que estes tópicos estão inseridos nas práticas recomendadas preconizadas pela AESOP e que se destinam a ser linhas orientadoras e de fundamentação científica relativamente a procedimentos comuns em BO.

Fachola et al. (2022), no seu estudo “Proposta de Gestão de riscos: mapeamento de fluxo, riscos e estratégias de segurança em um centro cirúrgico”, referenciam o treino e a formação como estratégias essenciais para minimizar o risco de infeção e contaminação dos campos cirúrgicos. Esta educação abordaria temas como abertura e disposição de material esterilizado, de colocação de campos cirúrgicos e de higienização das mãos.

De forma a contribuir não só para a projeção do plano de formação, mas também para as competências dos enfermeiros e na melhoria dos cuidados prestados, sendo a assepsia cirúrgica fulcral na prevenção da ILC, elaborei um fluxograma na utilização dos antissépticos a serem utilizados no BO (Apêndice A). Esta necessidade surgiu após ter verificado, pelos conhecimentos adquiridos nesta oportunidade de aprendizagem, que os antissépticos têm critérios muitos específicos para a sua seleção e utilização e que a “eficácia dos antissépticos na desinfeção da pele e mucosas, depende da sua escolha adequada e da

correta utilização pelos profissionais” (AESOP, 2013). De forma a promover a segurança dos cuidados prestados e após reunião com o enfermeiro gestor, elaborei e apresentei uma formação intitulada “Utilização de antissépticos no BO” à equipa de enfermagem. Nesta formação, realizada em contexto de passagem de turno, foi possível partilhar conhecimentos, promover a reflexão e o pensamento crítico das nossas ações e a discussão reflexiva do fluxograma elaborado. Foi sugerido repetir a formação, uma vez que a equipa é grande e de forma a abranger mais elementos e também de imprimir de forma a facilitar a consulta rápida.

Com o intuito de conhecer as necessidades formativas a incluir no período de integração, após constatar as dificuldades manifestadas pelos meus colegas, elaborei um questionário *on line* (Apêndice B), através da plataforma *Google forms*®. Após ter validado o mesmo com a professora orientadora, e depois de me ter reunido com os meus superiores hierárquicos, onde apresentei o questionário e a intenção de aplicá-lo, enviei aos enfermeiros instrumentistas/circulantes a desempenhar estas funções no BO nos últimos dez anos para preencherem entre 13 e 20 de março de 2022. A opção de delimitar a amostra de acordo com os anos de experiência profissional neste serviço deveu-se ao facto destes enfermeiros terem realizado o seu período de integração mais recentemente, contribuindo para que os resultados fossem o mais credíveis possível. Após consulta do mapa dos recursos humanos, verifiquei que eram 11 colegas, no universo de 56 enfermeiros instrumentistas, os elementos que reuniam esta condição (aproximadamente 20%). Destes 11 colegas, 10 responderam ao questionário (90,9%).

Caraterizando de uma forma geral, temos que 100% são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 31 e os 45 anos, com uma média de 37,6 anos. A experiência profissional no BO varia entre os 2 e os 25 anos (média de 9,2) mas como enfermeira instrumentista varia entre os 2 e os 13 anos com uma média de 7,4, fato justificado por esses elementos desempenharem funções de enfermeiro de anestesia anteriormente. Das 10 enfermeiras, 10% tem o mestrado em enfermagem médico cirúrgica, enquanto 30% possuem a pós-graduação em enfermagem cirúrgica e perioperatória. É de salientar que 60% dos enfermeiros indicou que a opção de desempenhar funções no BO foi pessoal, contudo a média do período de integração na área de instrumentação foi de 5,4 meses, tendo mesmo elementos indicado 0, 1 e 3 meses. Apenas 40% assistiram à formação específica para a área de integração em temas como fios de sutura, mecânicas, controlo de infeção e colocação de mesas cirúrgicas. Reconheço que deveria ter colocado a questão se esta formação foi em loco ou se careceu de formação teórica prática anterior, uma vez que não é explícito o

contexto dessa aprendizagem. Contudo, 60% dos enfermeiros que apontam não terem tido formação, referem ter tido necessidade de formação em áreas como esterilização dos dispositivos médicos, posicionamentos cirúrgicos, suturas manuais e mecânicas e gestão das peças anatómicas enviadas para análise. Das dificuldades sentidas no período de integração, os fatores mais assinalados foram relacionados com o reduzido tempo do mesmo, de não contarem como elemento supranumerário, falta de recursos humanos e não ter tido um orientador específico. Foram mencionadas dificuldades relacionadas com o processo cirúrgico, nomeadamente o funcionamento dos equipamentos, acolhimento à pessoa e os passos das próprias cirurgias. Quando questionados sobre os temas que deveriam ser incluídos no plano formativo do período de integração do enfermeiro no bloco operatório, as respostas forma semelhantes ao mencionarem a assepsia cirúrgica (cuidados na prevenção da ILC), princípios básicos da instrumentação (colocação de mesas cirúrgicas, esterilização), posicionamentos cirúrgicos, organização da sala cirúrgica e circuitos existentes. Apesar do objetivo de efetuar este questionário tenha sido de auscultar os enfermeiros de forma a obter informação mais consistente acerca das necessidades formativas no período de integração e não de analisar os dados estatisticamente, é de salientar que 100% dos enfermeiros assinalaram que a prática simulada teria sido útil em todo o processo integrativo.

De forma a construir o plano proposto, e após ter elaborado um guião de entrevista (Apêndice C), reuni-me com a professora perita na área e responsável por um curso de pós-graduação em instrumentação cirúrgica. Nesta reunião e após uma breve apresentação do meu projeto e da necessidade da realização do mesmo, a referida professora validou a importância da formação no período de integração e o quanto esta traria vantagens reconhecidas não só para o profissional, mas sobretudo para a pessoa em contexto perioperatório. Foi-me dado a conhecer o plano formativo da pós-graduação ministrada pela escola na área de instrumentação que segundo a professora vai de encontro às ações de formação por mim projetadas, indicando que as mesmas seriam pertinentes e úteis para a formação inicial dos enfermeiros no bloco e até mesmo para contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. A reunião fez-me refletir e direcionar a formação planeada, uma vez que me alertou para a necessidade de projetar a duração das mesmas de forma realista e veio confirmar que as práticas de simulação seriam um complemento essencial às mesmas. Todo este processo é concordante com o fato da formação ser concebida como uma estratégia de articulação entre o plano organizacional com a formação mais focada nas necessidades dos clientes em cada serviço de saúde, no qual. Já em 2005, Le Boterf defendia que o plano de formação era uma ferramenta fulcral a

utilizar no contributo de desenvolvimento de competências, cooperando especificamente na aquisição de recursos cognitivos e no saber fazer para alcançar os meios necessários para atuar. Considero que este pressuposto continua atual e pertinente na organização e elaboração dos planos de formação dos contextos da prática atual.

Como pretendia incluir práticas simuladas no plano de formação, e com o objetivo de conhecer o processo de planeamento e implementação da formação com recurso à prática simulada, propus-me a efetuar estágio de observação participante no centro de simulação do SESARAM e na ESESJC. O recurso à formação com prática simulada é uma mais-valia no complemento de conhecimentos aquando do processo de integração, bem como na autoconfiança desses profissionais. Tal, é corroborado por Whelan et al. (2018), através do estudo “Knowledge and skills enhancement through perioperative nursing simulation lab training”. Nesta investigação, os autores demonstraram que através da realização de um programa de formação com recurso à simulação, o mesmo foi decisivo para o desenvolvimento de competências, da confiança e da comunicação nos enfermeiros principiantes no BO. Atualmente, e tal como mencionado anteriormente, Fachola et al. (2022), no seu estudo “Proposta de Gestão de riscos: mapeamento de fluxo, riscos e estratégias de segurança em um centro cirúrgico”, com base na deteção da avaliação de riscos no processo cirúrgico, apresentaram sugestões de atividades de forma a minimizá-los e /ou eliminá-los, sendo a formação e o treino, estratégias referenciadas.

Podemos afirmar que, embora a simulação seja um campo relativamente recente na área da saúde, são evidentes as suas vantagens para o ensino e treino dos profissionais, tanto numa componente técnica (por exemplo, desempenho físico, manipulações de dispositivos), como numa componente não técnica (comunicação, liderança, trabalho de equipa, entre outras) (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2016; Garcia et al., 2021).

Nestes dias de observação, tive a oportunidade de aprender não só todo o circuito de preparação de uma formação, como também a montagem de todo o cenário e execução de um curso. Também me foi proporcionado conhecer os mais variados simuladores, desde os manequins mais simples até os de alta-fidelidade. A sua montagem e os cuidados na sua manutenção foram aspetos abordados, tendo sido momentos reveladores de muita aprendizagem. Pude consultar guiões de práticas simuladas anteriores e colaborar na montagem de um cenário de formação com o respetivo manequim simulador. É de referir que os enfermeiros que prestam serviço no centro de simulação, não só têm formação de instrutores, como também são facilitadores de aprendizagem, sendo eles os elos do centro com os mais variados serviços da instituição, como também com outras instituições de

ensino superior, nomeadamente escolas de enfermagem e com a universidade da Madeira. Estes enfermeiros facilitadores também, assumem funções de operadores dos simuladores, colaborando aquando das formações, seguindo um guião da simulação.

No que diz respeito à aprendizagem experienciada na ESESJC, tive oportunidade, com a colaboração da Profª Y de verificar todo o planeamento que a prática simulada requer, bem como a assistir às mesmas e a todo o processo envolvente.

Em reuniões iniciais com a professora referenciada, constatei a existência do plano de formação concebido para as mesmas. Este é constituído pelos guiões de cenários e deverá englobar dois grandes aspetos, a fundamentação pedagógica e os aspetos logísticos de preparação. Se no primeiro estão previstos a indicação do público-alvo, dos objetivos, finalidade e descrição da estrutura, nos aspetos logísticos deverão estar indicados a preparação da sala de simulação e do conteúdo do ambiente e/ou equipamentos. Toda esta preparação está de acordo com Sá-Couto et al. (2016), quando alegam que os conceitos básicos de simulação englobam as ferramentas, o desenho do cenário e a própria sessão de simulação.

Consequentemente à preparação da formação, tive oportunidade de assistir às práticas simuladas na ESESJC, mais especificamente à prática simulada dos cuidados de enfermagem ao cateter venoso central e de nutrição parentérica e posteriormente à prática simulada relacionada com o cuidar para a viabilidade tecidular. Apesar dos temas serem distintos, ambos seguiram um fio condutor característico da formação com recurso à simulação. Após pesquisa, pude constatar que de uma forma geral a literatura aponta que uma sessão de simulação normalmente inclui três fases: briefing, cenário e debriefing/feedback. Brunette e Thibodeau-Jarry (2016) afirmam que a simulação segue um modelo padrão, iniciando-se por uma introdução geral, sucedido pela atividade de simulação e finalizado por uma sessão de *debriefing*. Apesar de todas as fases serem consideradas essenciais, a última fase, do *debriefing* é considerada por vários autores como o elemento mais importante do treino em simulação.

Numa primeira fase, o *briefing*, verificamos que deve ser fornecida aos participantes uma orientação estruturada anterior à sessão de simulação. De acordo com Sá-Couto et al. (2016), esta etapa prepara a experiência simulada e promove o envolvimento dos formandos. São abordados aspetos como o ambiente de simulação, equipamento disponível e o próprio processo de simulação, isto é, a realização de um *debriefing* e *feedback*. Esta preparação inicial pode ser facultada através de palestras, aulas e seminários (Sá-Couto et al., 2016; Garcia et al., 2021).

Bohomol e de Abreu Tatarli (2017), no seu estudo: “Utilização de cenários para a educação sobre segurança do paciente em centro cirúrgico”, procuraram apresentar cenários de prática de enfermagem assistencial e de gestão, relacionados com procedimentos perioperatórios, como estratégia educacional. Os autores defendem que diferentes cenários podem ser desenvolvidos sobre eventos adversos e técnicas para minimizar ocorrência de erros, como a realização de *briefings* e *debriefings*. No estudo referenciado, foram apresentados sete cenários, os quais descreviam situações relacionadas com eventos adversos, com *near misses* e situações de risco. Os autores puderam concluir que este método de ensino contribui para minimizar oportunidades de erro, propiciam momentos de reflexão e promovem a utilização de protocolos de segurança do doente.

O *feedback* é uma informação específica sobre a comparação entre o desempenho observado de um estagiário e uma atividade considerada padrão e tem como objetivo melhorar o desempenho dos formandos (principalmente em competências técnicas) como referem Sá- Couto et al. (2016). Já em 2005, Le Boterf defendia que o *debriefing* não consistia em encontrar a solução para o problema encontrado, mas sim levar aos intervenientes a se consciencializarem dos seus pontos fortes e fracos. Atualmente, está comprovado de que o *debriefing* é uma reunião de participantes e formadores/facilitadores(s) e assume um papel essencial no processo de aprendizagem baseada em simulação. Apesar de existirem vários métodos e modelos de *debriefing*, são vários os elementos comuns entre eles, nomeadamente: deve ocorrer imediatamente após a simulação, o seu plano deve englobar os objetivos e tempo de duração da aprendizagem, o ambiente deve ser sério, acolhedor, deverá haver reforço de confidencialidade e promovido a participação equitativa de todos os participantes (Garcia et al., 2021). De uma forma geral, o *debriefing* deverá incluir a descrição (dos fatos e acontecimentos decorrentes do cenário), análise (do desempenho do formando no cenário) e sua aplicação (reforço de competências e plano de atividades futuras).

O fato de eu ter traçado o meu caminho, com estratégias desenvolvidas no PPCIRA, no centro de simulação, na ESESJC, na consulta dos planos de formação propostos pelas associações de referência, bem como na entrevista com uma professora perita na área, permitiu-me desenvolver capacidades e competências para projetar um plano de formação. Assim sendo, criei três planos de formação com os seguintes temas: princípios básicos de instrumentação, assepsia cirúrgica e fios de sutura (Apêndice D). A seleção destes temas é resultado da pesquisa efetuada, da auscultação realizada aos colegas, dos enfermeiros peritos na área, bem como da reunião com enfermeira perita, com experiência na organização de

pós-graduações relacionadas com o tema em apreço. Atendendo a que este era um trabalho académico com prazos específicos a cumprir, este plano foi preferencialmente construído de forma sucinta e objetiva numa tabela de forma a permitir uma rápida leitura e interpretação. A médio prazo, estes planos serão incorporados no projeto de formação do serviço e serão complementados com cenários específicos de formação com recurso à simulação com temas pertinentes e necessários ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros, como por exemplo: cenário de paragem cardiorrespiratória, hipertermia maligna, intoxicação por anestésicos locais entre outros.

Já em 2001, Benner defendia que a experiência tinha um papel crucial no desenvolvimento de competências e de acordo com a mesma teórica, a aquisição de competências seria mais segura e mais rápida se assentasse em boas bases pedagógicas. Podemos deduzir que a articulação entre o saber teórico e prático potencializam as capacidades do enfermeiro na aquisição e desenvolvimento de competências. A não uniformização dos cuidados e a falta de sustentação científica contribuem para a insegurança dos cuidados, dificultando o reconhecimento da enfermagem perioperatória, podendo colocar em causa a manutenção da segurança do doente cirúrgico.

O EEEMCPSP assume uma responsabilidade inegável na formação dos elementos na sua equipa em todo o desenvolvimento profissional, mas sendo este um trabalho com limite temporal, circunscrevi a temática ao período de integração, sendo esta fase caracterizada por ser difícil, mas determinante no desenvolvimento de competências do profissional.

Depois da reunião com o gestor do serviço onde exerço funções e após ter exposto a minha intenção da realização deste projeto, desenvolvemos em conjunto a ideia de criar um local específico para promover a simulação in situ, pois de acordo com Sousa (2020), uma forma de melhor adaptação ao contexto real passa pela utilização da simulação no próprio contexto clínico. Este fato implica, também, que os participantes se encontrem de serviço no momento da simulação e caracteriza-se por ser uma estratégia formativa cada vez mais utilizada, a qual tem vindo a demonstrar, além dos benefícios inerentes à simulação, a possibilidade de identificar problemas ou ameaças à segurança intrínsecas aos contextos clínicos reais.

Como tal e envolvendo outro colega, EEMC, também colaborador do centro de simulação e perito na área, adaptámos um espaço na unidade de cuidados pós anestésicos e criámos “o canto da simulação”. Este espaço inclui uma marquesa operatória, um manequim de alta-fidelidade com respetivo monitor e simulador. Neste espaço, será possível fazer

formação não só aos elementos em integração, como também promover a formação em serviço. O fato de eu estar a frequentar o mestrado e ter tido a possibilidade da realização deste projeto de carácter interventivo já se repercutiu no BO onde desempenho funções, tendo sido promotor de mudança e potenciador da segurança do doente e da equipa, o que vem de encontro às competências pretendidas na especialidade e ao reconhecimento destas na prestação diária de cuidados cirúrgicos.

A minha reflexão sobre esta estratégia pedagógica, permite confirmar uma grande vantagem de forma evidente, que é a de não haver qualquer risco para a saúde do doente, para além de permitir o treino, identificando e corrigindo os erros, desenvolvendo competências técnicas, mas também não técnicas, quer a nível de comunicação, trabalho de equipa, liderança. Esta constatação é corroborada por Garcia et al. (2021) quando referem que a simulação é uma ferramenta poderosa, capaz de auxiliar os profissionais a alcançarem elevados níveis de competências, minimizando os riscos para os doentes. Contudo os autores alertam para o custo associado aos simuladores bem como os horários extralaborais em que estes cursos são realizados.

Módulo 3- Relatório crítico fundamentado

Analisando as recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, preconizadas pela OE, verificamos que o relatório deverá ser um relato escrito que vise a apresentação e a descrição das atividades desenvolvidas durante a realização do(s) estágio(s), devendo ser acompanhado por “uma reflexão teórica e interpretação crítica sobre as mesmas, sustentado num pensamento teórico de Enfermagem” OE (2021).

Face ao enunciado, o presente relatório permite-me uma apreciação crítica das vertentes teórica e prática de todo o percurso percorrido neste mestrado. Este olhar reflexivo é consequência de uma consolidação e aperfeiçoamento de competências de enfermeira especialista e de uma aquisição de competências de 2º ciclo, que me permitirão adquirir o grau de mestre em enfermagem perioperatória.

Este relato, demonstra o percurso ao longo do mestrado, consolidando os conhecimentos adquiridos nas UC com as competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, os planos de estágio e o projeto de autoformação. Desta forma é possível, com a associação da teoria com a prática, tal como defendido por Benner (2001), o

desenvolvimento de competências, essencial para alcançar a perícia necessária para a prestação de cuidados que o doente cirúrgico tem direito. A segurança cirúrgica surge como objetivo fundamental consequente da situação e da vulnerabilidade que a pessoa em situação perioperatória se encontra.

O fato de concretizar este relatório ajudou-me a refletir sobre as minhas aprendizagens, com recurso a uma atitude **crítico-reflexiva** sobre as situações experienciadas neste trajeto académico. Esta experiência revelou-se gratificante porque permitiu-me sair da minha zona de conforto e conhecer outras realidades, revisitar competências já adquiridas e vivenciar situações que me permitem maior capacidade para tomar decisões assertivas, partindo de argumentos consistentes, com base na evidência científica.

Historicamente associava-se o grau de mestre em enfermagem à carreira de docente. Nascimento & Ferrão (2016), baseando-se em Drennan (2008), afirmavam que um mestrado correspondia ao “patamar intermédio ao grau de doutoramento” (p.63) e que na altura, a nível da prática clínica e a nível internacional, já era comum encontrar enfermeiros com este ciclo de estudos. Atualmente, na nossa realidade, verificamos uma tendência crescente no número de profissionais detentores deste ciclo de estudos, uma vez que com a reformulação dos cursos de pós-licenciatura, estes permitirem não só a obtenção do título de enfermeiro especialista como também a aquisição do grau de mestre. Este tipo de formação, já tem sido referenciada como um contributo na preparação dos enfermeiros para liderarem a mudança, promoverem a saúde e a melhoria da qualidade dos cuidados em várias funções e configurações, tal como defendido por Draper e Clark (2007), mencionados por Nascimento & Ferrão (2016). Considero que este grau de estudos permitirá ao enfermeiro perioperatório se destacar no seio da equipa multidisciplinar, fazendo a diferença na prestação dos cuidados cirúrgicos, baseados na evidência científica, contribuindo para um ambiente mais seguro e eficaz que a PSP tem direito.

O fato de ter projetado um plano de formação com o intuito de auxiliar na integração de novos elementos na equipa de enfermagem no BO e de já estar a ser implementado, só veio contribuir e fomentar a prática de cuidados de enfermagem perioperatórios de excelência que todas as pessoas em situação perioperatória têm direito. A segurança dos cuidados prestados, resulta, entre vários fatores, de equipas com pessoas treinadas, formadas, motivadas e empoderadas. Em virtude da minha frequência neste mestrado já está a ter repercussões nesse aspeto, uma vez que, tal como explanado anteriormente, já iniciei um

programa de formação aos enfermeiros principiantes no meu serviço, contribuindo para a promoção de uma integração mais segura.

Mediante o exposto, é expectável depreender que a formação de 2º ciclo é uma estratégia privilegiada para associar a teoria à prática. Ao analisarmos o Regulamento nº 429/2018, são dois grandes domínios adquiridos na especialidade de EEEMCPSP: Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa e maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar. No seguimento deste relatório, destaco o fato de um critério de avaliação do domínio da primeira competência referida é exatamente o fato do EEEMCPSP, intervir no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar. Ao complementarmos com as competências de mestre, promovemos o contacto dos enfermeiros, com base nos conhecimentos adquiridos e da evidência científica, de forma a melhorar a sua atuação profissional. Desta forma torna-se evidente o contributo nas equipas em que está inserido, promovendo a reflexão e o pensamento crítico, facilitando a utilização do processo de tomada de decisão, possibilitando a gestão de situações complexas de forma competente e eficaz. Com este empoderamento e partilha de conhecimentos, a pessoa, alvo dos nossos cuidados, será beneficiada com cuidados justos e adequados em todo o domínio ético e deontológico, na fase perioperatória, de acordo com as suas necessidades clínicas atendendo à vulnerabilidade tão característica desta fase.

Deste relatório resulta, obviamente, a evidência de que são aperfeiçoadas competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória com a garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica, promovendo cuidados de enfermagem perioperatórios científicos e fundamentados concomitantes com a aquisição das competências de segundo ciclo.

Face ao fato de me inquietar a escassez de formação disponível para auxiliar o enfermeiro no seu período de integração no BO, levou-me a direcionar o meu projeto de intervenção nesse sentido. Tal como defendido pela EORNA (2019), a *“Theory and practice must be directly related with emphasis on the clinical application of theoretical concepts to the development of competencies in the operating environment”* pg. 8. Por isso, com esta oportunidade académica e de acordo com a minha experiência profissional, considerando as minhas competências na área de instrumentação e circulação, reconhecendo a especificidade desta função, levou-me a projetar um plano de formação que pudesse complementar o programa de integração já existente no BO, adaptado do construído pela AESOP. Esta formação, tão fulcral para a prestação dos nossos cuidados, influencia não só o período de

integração, como também em todo o nosso percurso profissional no desenvolvimento da consciência cirúrgica do enfermeiro, na segurança dos cuidados prestados, bem como a toda a equipa envolvida neste processo.

De forma a atingir os objetivos enunciados, planeei várias atividades, com estratégias diferenciadas, desde reuniões com enfermeiros peritos na área, auscultação a colegas peritos e iniciados na matéria, bem como práticas clínicas no PPCIRA, na ESESJC, no centro de simulação. Desloquei-me à Escola Superior de Saúde de Santa Maria para me reunir a professora B., perita na matéria e responsável por uma pós-graduação de instrumentação. Estas atividades permitiram-me construir e projetar o plano pretendido, bem como a organizar cenários e práticas simuladas. Os temas abordados recaíram nos princípios básicos de instrumentação, na assepsia cirúrgica e nos fios de sutura. Estes tópicos foram os mais referidos na auscultação realizada aos colegas e correspondem aos principais domínios de atuação do enfermeiro instrumentista.

Atendendo ao papel e competência do EEEMCPSP na promoção, planeamento e implementação da formação nos serviços, bem como no treino das equipas, tal como referenciado no regulamento nº 429/2018, é evidente o contributo deste profissional na promoção e segurança do doente cirúrgico, bem como no cuidar à pessoa e pessoa significativa em situação perioperatória. A importância do investimento por parte da gestão na formação e na capacitação dos recursos humanos como fator de diferenciação na prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação perioperatória. O empowerment dos enfermeiros, na fase de integração, poderá se traduzir na sua confiança, no seu envolvimento na equipa, diminuindo gastos com material e na diminuição de tempo de integração, potenciando a segurança cirúrgica mais concretamente no foco dos nossos cuidados que é o doente.

Na fase em que estou a realizar este relatório, já preparei e proporcionei formação acerca da utilização dos antissépticos aos colegas que estão em fase de integração bem como de princípios básicos de fios de sutura (Apêndice E). Este processo de detetar uma área que carece de intervenção de um enfermeiro especialista e de se envolver, com base na evidência científica, não como parte do problema, mas sim da solução, são concordantes com as competências de mestre determinadas no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, capítulo III, artigo 15.º. O possuir conhecimentos e aplicá-los, realizar uma auscultação a colegas, gestores, peritos na área, o lidar com esta complexidade de fatores que interferem na gestão dos serviços e de cuidados permite-nos participar e elaborar estratégias para colmatar essas dificuldades e lacunas. Face ao exposto, só são possíveis estas atitudes e comportamentos

com a aquisição de competências que nos permitem alargar horizontes, desenvolver o pensamento estratégico, refletir e atuar de forma crítica com responsabilidade ética e profissional, ou seja, deter as competências para direcionar a nossa própria autoformação e desenvolvimento profissional.

CONCLUSÃO

Sempre acreditei que na vida somos guiados por sonhos, sejam eles pessoais, familiares, sociais ou profissionais. O reconhecimento da especialidade em enfermagem perioperatória foi um sonho profissional iniciado há décadas em Portugal e que foi tornado real com o regulamento n.º 429/2018. Apesar de em 2019 ter obtido o título profissional de Enfermeiro especialista em enfermagem peri-operatória, através do processo de certificação de competências, o que outrora foi um sonho, para mim tornou-se num objetivo a concretizar após a publicação do Despacho n.º 10960/2020, o qual facultou a possibilidade de frequentar o mestrado em EMC na área de especialização à pessoa em situação perioperatória.

O presente relatório de estágio intitulado “Enfermagem Perioperatória: contributos para a maximização da segurança cirúrgica”, viabilizou, através de uma exposição descritiva e reflexiva, evidenciar o desenvolvimento de competências de segundo ciclo, assim como o aperfeiçoamento das competências como especialista em EP. Procurei demonstrar o percurso efetuado ao longo do mestrado, consolidando os conhecimentos adquiridos nas UC com as competências desenvolvidas ao longo das práticas e ensinamentos clínicos e o inerente projeto de autoformação. Desta forma foi possível, com a associação da teoria com a prática, como defendido por Benner (2001), o desenvolvimento de competências, essencial para alcançar a perícia necessária para a prestação de cuidados devidos ao doente cirúrgico.

Segundo a AESOP (2015), a EP é uma disciplina com competências especializadas adequadas à pessoa que necessita de procedimentos invasivos/cirúrgicos e anestésicos ao longo do ciclo da vida. Tem como objetivo cuidar da PSP, desde a consulta do pré-operatório até à consulta do pós-operatório, com qualidade e segurança. A PSP caracteriza-se pela sua vulnerabilidade e fragilidade, pelo que, os cuidados de enfermagem neste contexto são complexos e altamente diferenciados. O EEEMCPSP assume um papel primordial na defesa, manutenção e promoção da segurança, procurando sempre minimizar os perigos num ambiente de alto risco que é o BO, agindo com conhecimentos, prudência, mas principalmente com consciência cirúrgica, baseada em princípios éticos e morais, orientadores de uma prática e excelência de cuidados seguros e com qualidade, promovendo uma prática de uma EP científica e fundamentada.

Atendendo ao papel e competência do EEEMCPSP na promoção, planeamento e implementação da formação nos serviços, bem como no treino das equipas, tal como

referenciado no regulamento nº 429/2018, é evidente o contributo deste profissional na promoção e segurança do doente cirúrgico, bem como no cuidar à pessoa e pessoa significativa em situação perioperatória. A importância do investimento por parte da gestão na formação e na capacitação dos recursos humanos é um fator de diferenciação na prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação perioperatória. O *empowerment* dos enfermeiros, na fase de integração, poderá se traduzir na sua confiança, no seu envolvimento na equipa, diminuindo gastos com material e na diminuição do tempo de integração, potenciando a segurança cirúrgica, mais concretamente, no foco dos nossos cuidados que é o doente.

A segurança cirúrgica foi um aspeto que mereceu uma atenção particular no relatório, conseqüente da situação e da vulnerabilidade que a pessoa em situação perioperatória se encontra. A formação com recurso à prática simulada foi referenciada como estratégia facilitadora do processo de integração do enfermeiro no BO, no desenvolvimento de competências profissional e na maximização da segurança cirúrgica.

O direito à formação encontra-se explícito no estatuto da OE na lei nº156/2015 de 16 de setembro, no artigo 96.º, alínea d) do n.º2 quando referencia que os membros efetivos têm direito a condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional. O mesmo documento indica, no artigo 109, alínea c), o dever do enfermeiro em manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, procurando a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. A falta de formação e treino na assistência ao doente no intraoperatória é indicada, unanimemente, na literatura como uma das razões que coloca em causa a segurança do doente, tal como alertado pela AESOP (2012), Nijkamp e Foran (2021) e Fachola et al. (2022). Depreende-se que existe assim, a necessidade de uma política de formação contínua e o envolvimento do enfermeiro em todo este processo, de forma a garantir ao máximo da segurança e qualidade dos cuidados. Os enfermeiros têm o dever profissional e deontológico de se atualizarem e as instituições que os acolhem têm necessidade de deter profissionais formados, competentes e atualizados. O investimento na segurança dos doentes deverá ser uma preocupação do profissional, ao longo da sua prática de cuidados, como também promovida e defendida pela instituição a que pertence e acolhe esses mesmos doentes e profissionais.

Como revela este relatório, o plano de formação projetado com recurso à simulação desenvolvido durante este mestrado, procurou corresponder a este desiderato, sendo um contributo na promoção e manutenção da segurança da PSP.

A investigação surge como uma ferramenta preciosa na resolução de problemas que surjam no contexto do exercício profissional e contribui para um aprofundar de conhecimentos de forma sistematizada e científica.

Para finalizar, saliento que este percurso académico tem se revelado uma viagem aventurosa pelo mundo da EP e apesar de ser um mundo para mim conhecido, revelou ter um itinerário interessante com destinos totalmente novos por descobrir. Foi uma caminhada que eu aproveitei para me tornar uma enfermeira perioperatória mais competente, mais completa e que reconheço que me transformou numa enfermeira especialista com uma maior capacidade de adaptação e de envolvimento em situações profissionais permitindo ainda a aquisição das competências de segundo ciclo. Admito, porém, que esta viagem tem sido árdua, desafiante o que nem sempre foi fácil de lidar pelo fato deste tipo de metodologia exigir muita disponibilidade física e mental, acrescido de ser realizada em horário pós-laboral e o contexto pandémico atual dificultar o planeamento das atividades. Quero, contudo, evidenciar que estas adversidades foram colmatadas pelo interesse e entusiasmo do mestrando e pela orientação da professora responsável. Todo este processo tem se revelado enriquecedor e gratificante, sendo o mestrado um excelente investimento e uma viagem de transformação profissional e de aquisição de desenvolvimento de competências.

Como sugestão, e se permitido, atendendo à experiência académica que eu tive na realização de um projeto de caráter interventivo, julgo que a possibilidade deste tipo de metodologia deveria ser alargada aos colegas que não possuem a especialidade. Esta estratégia seria uma ferramenta na aproximação dos estudos de segundo ciclo à realidade da prática profissional.

Futuramente e de forma a aperfeiçoar as minhas competências de mestre pretendo continuar a contribuir para a educação dos enfermeiros em integração no bloco, colocando em prática o plano de formação por mim projetado e continuar a apostar na minha própria formação, nomeadamente na área do trauma e quiçá, quando a vida pessoal e familiar permitir, avançar para os estudos de terceiro ciclo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. Espaço Gráfico.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2015). Reconhecimento da individualização da especialidade clínica em enfermagem perioperatória. *Revista da Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses*, 14(39), 4-9.
- Associação Portuguesa Cirurgia Ambulatório. (2020). *Recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatória*. <https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional2.pdf>- consultado a 16/10/2022
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bohomol, E., & de Abreu Tatarli, J. (2017). Utilização de cenários para a educação sobre segurança do paciente em centro cirúrgico. *Revista SOBECC*, 22(3), 138-144. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700030004>
- Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais*. Grafiasa
- Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20088. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Brunette, V., & Thibodeau-Jarry, N. (2016). Simulation as a tool to ensure competency and quality of care in the cardiac critical care unit. *Canadian Journal of Cardiology*, 33(1), 119-127. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2016.10.015>
- Cabrita, M. (2021). O reconhecimento da especialidade e a formação pós-graduada. *Revista da Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses*, (46), 62-63

Cambotas, C. (2014). *A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória* (Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal). <http://hdl.handle.net/10400.26/7489>

Coutinho V. (2022). Simulação realística em contexto de Enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 11. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.2022.e4217>

Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (16/08/2018). [Consult. nov. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.tretas.org/dre/3435133/decreto-lei-65-2018-de-16-de-agosto>

Despacho n.º 10960/2020. **Diário da República** II Série. 218 (09/11/2020). 180-182 [Consult. 15 set 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10960-2020-147933360>

Despacho n.º 15423/2013. **Diário da República** II Série. 229 (26/12/2013). 34563-34565 [Consult. 22 março 2022. Disponível em WWW: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/2965166/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%2015423%2F2013>

Despacho n.º 2902/2013. **Diário da República** 2ª Série. 38 (22/02/2013). 7179-7180 [Consult. 22 março 2022. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>

Despacho nº 1380/2018. **Diário da República** Serie II. 28 (08/02/2018) 4511-4511. [Consult. nov 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1380-2018-114654436>

Despacho nº 1400-A/2015. **Diário da República** Série II. 28 (10/02/2015) 2-10. [Consult. set 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Dias, D., & Fernandes, S. (2022). A investigação e a enfermagem: uma reflexão sobre a sua utilidade na prática clínica. *Revista AESOP*, XXII (47), 10-13

Dicionário Priberam. (2022). *Mestre*. <https://dicionario.priberam.org/mestre>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Norma nº 020/2015. “Feixes de Intervenções” de prevenção de local cirúrgico. 2015. Acessível na DGS

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Rede de referência de cardiologia*.
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-cardiologia-v.2015.pdf>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Acessível na DGS.
- Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. (2019). *Regulamento dos mestrados em enfermagem*. ESESJC
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2017). *Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals - HAI-Net SSI protocol*.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-surgical-site-infections-and-prevention-indicators-european>
- European Operating Room Nurses Association. (2019). *Common core curriculum for perioperative* (3rd ed.) (pp. 1–50). <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019/>
- European Operating Room Nurses Association. (2020). *EORNA Best Practice for perioperative care*. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>
- Fachola, K., Vilela, R., Calil, A., Feldman, L., Nogueira, D., Silva, C., Truizzi, I., Banhos, N., Ruiz, P., Rodrigues, E., Lautenschlaeger, D., & Jericó, M. (2022). Proposta de Gestão de riscos: mapeamento de fluxo, riscos e estratégias de segurança em um centro cirúrgico. *Research, Society and Development*, 11(6).
<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.22283>
- Fragata, J. (2009). *Procedimentos em cirurgia cardiorácica*. Lidel.
- Garcia P., Ferreira B., & Sales L. (2021). Simulação para a promoção da segurança do doente. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.). *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 3-10). Lidel

- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da saúde 2019*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=492336067&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da saúde 2020*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=554616969&att_display=n&att_download=y
- Karam. M. (2020). A word from the president. *EORNA News*. <https://us16.campaign-archive.com/?u=53a85c37f858d05c9b6cd429a&id=06e8773fbd>
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 nov. 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Lemos I., Paixão I., Silva I., Oliveira E., & Cerqueira L. (2017). O papel do enfermeiro dentro da unidade de hemodinâmica. <https://eventos.set.edu.br/cie/article/download/5900/2201>
- Lima, N., & Pinto, S. (2014). Cirurgia ambulatória. In A. Duarte & O. Martins, (Coord). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 123-133). Lidel.
- Linch, C., Guido, A., Pitthan, O., & Umann, J. (2009). Unidades de hemodinâmica: a produção do conhecimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFGRGS*, 30(4), 742–749. <http://doi.org/10.1590/S1983-14472009000400022>
- Matos F., Sales L., Baquero L., & Bilbao M. (2021). Cirurgia segura. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos (Eds.). *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 235-248). Lidel
- Mendes, D. I., & Ferrito, C. R. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20216. <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Nascimento, C., & Ferrão, S. (2016). De mestrando a mestre: impacto da formação no desenvolvimento profissional percebido pelos enfermeiros. In M. Mestrinho (coord.). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros* (pp. 47-110). Lusodidacta.

- Nijkamp N., & Foran, P. (2021). The effects of staffing practices on safety and quality of perioperative nursing care: an integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(1), 15-22. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1117>
- Nunes L. (2021). Segurança do doente e responsabilidade profissional. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.). *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 107-119). Lidel
- Nunes, L. (2012). Navegando para o futuro: enfermagem perioperatória: desafios para a viagem. *AESOP revista*, 13(37), 19-24.
- Nunes, L., Ferrito, C., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, (15), 2-37.
- Ordem dos Enfermeiros (1998). *Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros*. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 78/2017: Integração em bloco operatório (circulação e instrumentação)*. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/parecerplusnºplus78plusceplus-plus19102017_integraçãoplusnoplusblocoplusoperatório_edoc_2017_11256_rectificação_anoni.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Paula, M. C. P. (2019). *O processo de integração do enfermeiro circulante em contexto perioperatório* (Relatório de Projeto/Estágio do Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal).

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28827/1/DEPOIS%20DA%20DEFESA%20-%20TESE.pdf>

Peixoto, C. (2017). *A importância da gestão de conhecimento para o enfermeiro perioperatório enquanto trabalhador do conhecimento*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1998/1/Carla_Peixoto.pdf

Pérsico, R., Silva, L., Moretti, M., Prieb, R., Severo, I., & Viziolli, P. (2020). Simulação realística na residência multiprofissional, contribuições na formação e segurança do paciente: relato de experiência. *Research, Society and Development*, 9(8), <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5609>

Pinto, J. R. L., Matias, A. C. R., & Sarnadas, L. L. (2020). Avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia ambulatória pelos enfermeiros: protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 1-6. <http://dx.doi.org/10.12707/RV20059>

Ramos S., Sales L., & Barroso F. (2021). Segurança do doente: princípios e conceitos. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.). *Guia prático para a segurança do doente*. (pp. 3-10). Lidel

Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16/07/2018). [Consult. nov. 2022]. Disponível em WWW <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/>

Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** II Série. 135 (16-07-18) 19359 - 19370. [Consult. 20 mar 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.

- Regulamento nº 656/2021. **Diário da República** II série. 137 (16/07/2021). [Consult. nov 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/167491874/details/maximized>
- Regulamento nº 743/2019. **Diário da República** 2ª série. 184 (25/09/2019). [Consult. 4 out 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019>
- Rodrigues, T. P., Bezerra, A. L. Q., Boaventura, R. P., Teixeira, C. C., & Paranaguá, T. T. de B. (2019). Ocorrência de eventos adversos em unidade de hemodinâmica. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 13(1), 86-95. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a235853p86-95-2019>
- Royal College of Nursing & The royal College of Radiologists. (2014). *Guidelines for nursing care in interventional radiology* (2nd ed.). <https://www.rcr.ac.uk/publication/guidelines-nursing-care-interventional-radiology-second-edition>
- Rubio Alcañiz, V., Benítez Martín, P., Latorre Jiménez, J. M., Lorenzo García, D. L., & Álvarez Vázquez, J. M. (2019). Influencia del tipo de punción radial en las complicaciones vasculares tras el cateterismo cardíaco. *Enfermería en Cardiología*, 26(78), 69-73. <https://enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/revistas/78/influencia-del-tipo-de-puncion-radial-en-las-complicaciones-vasculares-tras-el-cateterismo-cardiaco>
- Rubio Martín, M., Benítez Martín, P., & Rubio Alcañiz, V. (2020). Manejo de la hemostasia radial tras cateterismo cardíaco. *Enfermería en Cardiología*, (81), 38-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7845227>
- Sá-Couto, C., Patrão, L., Maio-Matos, F., & Pêgo, J. (2016). Biomedical Simulation: Evolution, Concepts, Challenges and Future Trends. *Acta Médica Portuguesa*, 29(12), 860-868.
- Santos, R. (2014). *Gestão de ciclo de projeto*. Ina editora.

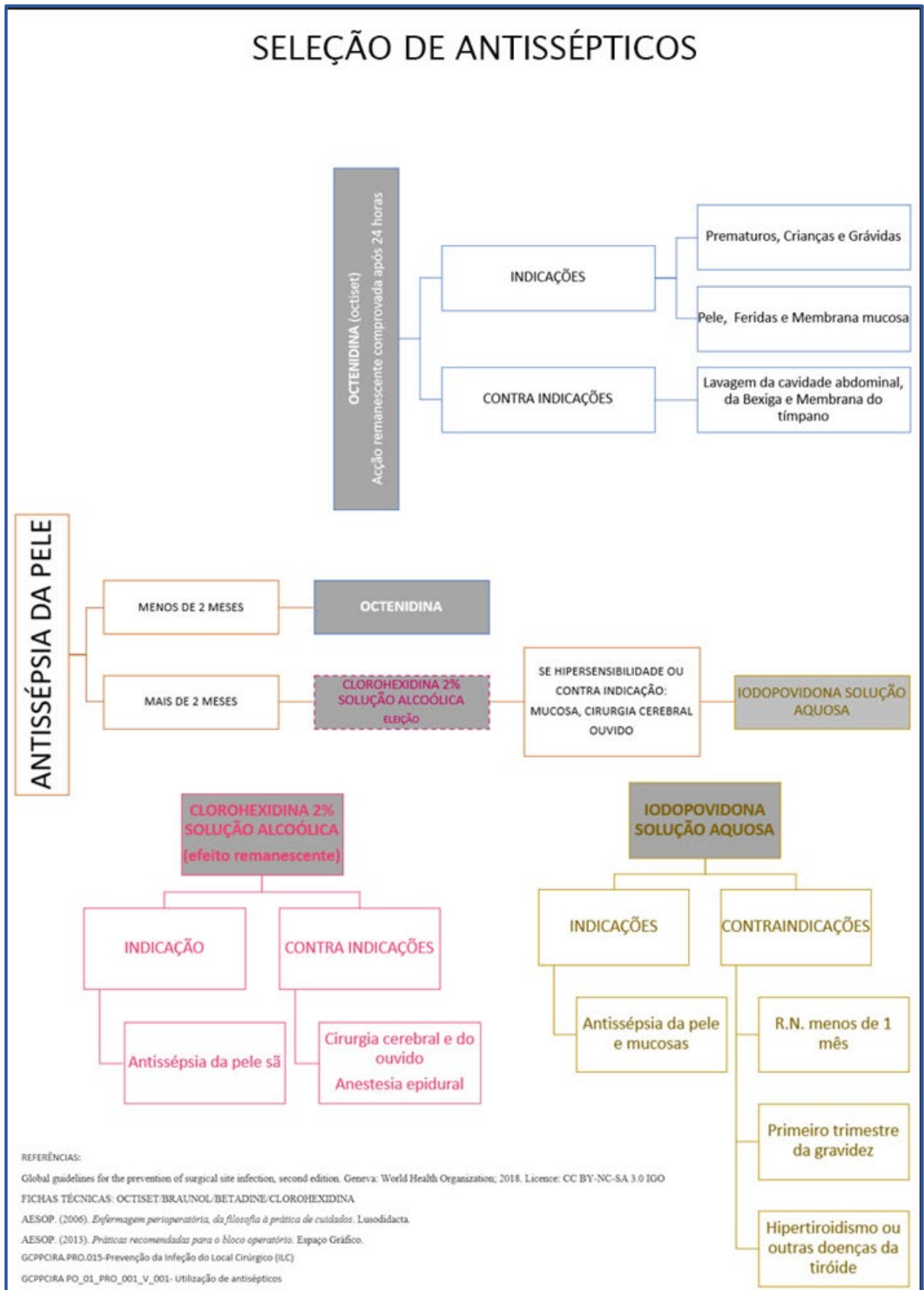
- Serra, M. (2016). A integração na vida ativa de recém-licenciados em enfermagem. In M. Mestrinho (coord.). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros* (pp. 3-56). Lusodidacta.
- Soler Selva, M., Martinez Font, S., Ruiz Falqués, C., & López Doménech, G. (2022). Síndrome compartimental agudo: abordaje enfermero ante una complicación infrecuente post cateterismo cardíaco. *Enfermería en Cardiología*, (85). https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/62ac2aa809c78_ART7_84CC01.pdf
- Sousa, C. (2020). *Simulação de alta-fidelidade enquanto estratégia formativa de enfermeiros de unidades de cuidados intensivos em reanimação cardiopulmonar*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1254660>
- Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318. <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/964/637>
- The Joint Commission. (2022). *The sentinel event policy*. <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-policy-and-procedures/>
- Vieira L., Contrim L., Rol J., Conte H., Lima A., Castro E., & Santos M. (2009). Dificuldades e necessidades da equipe de enfermagem em serviços de hemodinâmica e angiografia. *Revista arquivos de ciência em saúde*, 16(1), 21-5 http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-1/ID_300.pdf
- Whelan, T., Shi, X., Poonai, S., Yorke, S., Andony, K. (2018). Evaluating learners' satisfaction following perioperative nursing simulation training. *ORNAC Journal*, 36(3), 12-16. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA552844369&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=19276141&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E919f7ab>
- Whelan, T., Shi, X., Yorke, S., Andony, K., & McKenzie, M. (2016). Knowledge and skills enhancement through perioperative nursing simulation lab training. *ORNAC Journal*, 34(2), 12-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27509765/>

World Health Organization. (2019). *Patient safety*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>

Wu, G., & Taylor, B. (2020). Successful training programs. *The Dissector*, 48(3), 25-28.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FLUXOGRAMA SELEÇÃO DOS ANTISSÉPTICOS



APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO

Eu, Ana Raquel Soares Marote Luís, no âmbito do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – ramo perioperatório, na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, sob orientação da Sra. Prof. Dr.ª Merícia Bettencourt, pretendo desenvolver um projeto de autoformação com uma componente de intervenção relativa ao processo da integração de novos enfermeiros perioperatórios na área de instrumentação/circulação.

Para realizar este projeto, considero de extrema importância auscultar a opinião dos colegas enfermeiros, cujo período de integração tenha decorrido nos últimos 10 anos.

Para tal, torna-se crucial a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, o qual visa conhecer as dificuldades sentidas no período de integração, relacionadas com a formação e obter algumas sugestões sobre a temática.

As informações obtidas são confidenciais e serão utilizadas, exclusivamente, como fundamento para a realização deste projeto.

Agradeço a sua colaboração.

1. IDADE _____

2. FORMAÇÃO ACADÉMICA

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Pós-licenciatura. Em que área? _____
- Mestrado: Em que área? _____

3. ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO BLOCO OPERATÓRIO

4. ANOS EXPERIÊNCIA COMO ENFERMEIRA INSTRUMENTISTA/CIRCULANTE

5. A OPÇÃO DE DESEMPENHAR FUNÇÕES NO BLOCO OPERATÓRIO FOI:

6. TEMPO DE INTEGRAÇÃO EM MESES -----

7. TEVE FORMAÇÃO DURANTE PERÍODO DE INTEGRAÇÃO

- Sim

- Não

Se sim, em que áreas? -----

Se não, em que áreas sentiu necessidade de formação? -----

8. CONSIDERA QUE FORMAÇÃO COM RECURSO À PRÁTICA SIMULADA TERIA SIDO ÚTIL NO SEU PROCESSO DE INTEGRAÇÃO?

- Sim
- Não

9. QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES SENTIDAS NO PERÍODO DE INTEGRAÇÃO?

10. QUAIS OS TEMAS QUE DEVEM SER INCLUÍDOS NO PLANO FORMATIVO DO PERÍODO DE INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO NO BLOCO OPERATÓRIO?

APÊNDICE C- GUIA ORIENTADOR DE ENTREVISTA

Reunião com Prof^a. B.

Dia: 17/5/2022

Local: Escola Superior de Saúde Santa Maria

Guia orientador:

1. Opinião acerca da necessidade de formação no período de integração do Enfermeiro instrumentista/circulante
2. Principais aspetos a serem considerados na formação no respetivo período
3. Estratégias a utilizar
4. Práticas simuladas
5. Hospital de referência com plano formativo (possível consultar, experiência e feedback)

APÊNDICE D- PLANOS DE FORMAÇÃO

FORMAÇÃO	
TEMA:	Princípios Básicos de instrumentação
DURAÇÃO:	6 HORAS
FORMADORES:	Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória Enfermeiros peritos na área de instrumentação
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros integrandos no Bloco Operatório Enfermeiros interessados em aprofundar conhecimentos na área de instrumentação
OJETIVO GERAL:	Adquirir e desenvolver competências como enfermeiro perioperatório na área de instrumentação
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender os princípios e fundamentos da enfermagem peri operatória • Conhecer os princípios básicos de Instrumentação
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:	<ul style="list-style-type: none"> • O papel do Enf^o Instrumentista enquanto elemento da equipa multidisciplinar • Princípios gerais da colocação de mesas de instrumentação • Instrumentos cirúrgicos (classificação, utilização e reprocessamento)
ESTRATÉGIAS FORMATIVAS:	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição teórica • Demonstração e Simulação colocação de mesas operatórias
RECURSOS A UTILIZAR:	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos informáticos • Mesa cirúrgica • Campos operatórios • Instrumental cirúrgico
AVALIAÇÃO:	<ul style="list-style-type: none"> • Observação do enfermeiro integrando aquando da simulação da colocação das mesas cirúrgicas • Debriefing
BIBLIOGRAFIA	<ul style="list-style-type: none"> • AESOP. (2006). Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática de cuidados. Lusodidacta. • AESOP. (2013). Práticas recomendadas para o bloco operatório. Espaço Gráfico. • Garcia P., Ferreira B., Sales L. (2021). Simulação para a promoção da segurança do doente. In Barroso, F., Sales, L., Ramos, S. Guia prático para a segurança do doente. (3-10). Lidel

FORMAÇÃO	
TEMA:	Assepsia cirúrgica
DURAÇÃO:	6 HORAS
FORMADORES:	Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória Enfermeiros peritos na área de instrumentação
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros integrandos no bloco Operatório Enfermeiros interessados em aprofundar conhecimentos na área de instrumentação
OBJETIVO GERAL:	Adquirir e desenvolver competências como enfermeiro perioperatório na área de instrumentação
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conhecimentos específicos na prevenção da infeção do local cirúrgica
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Desinfeção Cirúrgica das Mãos • Colocação de Batas e luvas esterilizadas • Abertura de material esterilizado • Desinfeção da Área Cirúrgica • Utilização de antissépticos • Colocação de campos operatórios
ESTRATÉGIAS FORMATIVAS:	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição teórica • Demonstração e simulação da desinfeção cirúrgica das mãos, da desinfeção da zona cirúrgica e colocação dos campos operatórios
RECURSOS A UTILIZAR:	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos informáticos • Marquesa operatória • Campos operatórios • Batas, luvas • Material para desinfeção cirúrgica das mãos
AValiação:	<ul style="list-style-type: none"> • Observação do enfermeiro integrando aquando da simulação • Debriefing
BIBLIOGRAFIA	<ul style="list-style-type: none"> • AESOP. (2006). Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática de cuidados. Lusodidacta. • AESOP. (2013). Práticas recomendadas para o bloco operatório. Espaço Gráfico. • Garcia P., Ferreira B., Sales L. (2021). Simulação para a promoção da segurança do doente. In Barroso, F., Sales, L., Ramos, S. Guia prático para a segurança do doente. (3-10). Lidel

FORMAÇÃO	
TEMA:	Suturas manuais
DURAÇÃO:	4 HORAS
FORMADORES:	Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória Enfermeiros peritos na área de instrumentação
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros integrandos no bloco Operatório Enfermeiros interessados em aprofundar conhecimentos na área de instrumentação
OBJETIVO GERAL:	Adquirir e desenvolver competências como enfermeiro perioperatório na área de suturas manuais
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	Que o enfermeiro instrumentista conheça os diferentes tipos de suturas manuais e funções
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar diferentes tipos de sutura e suas características • Enumerar tipos de Agulhas e funções • Normas de utilização
ESTRATÉGIAS FORMATIVAS:	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição teórica • Demonstração
RECURSOS A UTILIZAR:	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos informáticos • Porta agulhas • Fios de sutura
AVALIAÇÃO:	<ul style="list-style-type: none"> • Observação do enfermeiro integrando aquando da simulação • Debriefing
BIBLIOGRAFIA	<ul style="list-style-type: none"> • AESOP. (2006). Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática de cuidados. Lusodidacta. • AESOP. (2013). Práticas recomendadas para o bloco operatório. Espaço Gráfico. • Garcia P., Ferreira B., Sales L. (2021). Simulação para a promoção da segurança do doente. In Barroso, F., Sales, L., Ramos, S. Guia prático para a segurança do doente. (3-10). Lidel

APÊNDICE E- FORMAÇÕES DESENVOLVIDAS



SERVIÇO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
CENTRO DE FORMAÇÃO



REGISTO DE SUMÁRIOS E PRESENCAS	
BLOCO OPERATÓRIO – UTILIZAÇÃO DE ANTISSÉPTICOS NO BLOCO OPERATÓRIO	
Data: 2022-08-09	METODOLOGIA: Teórico-Prática

Material utilizado:

Computador	<input type="checkbox"/>	Datashow	<input type="checkbox"/>	Quadro	<input type="checkbox"/>
Quadro de papel branco	<input type="checkbox"/>	Retroprojector	<input type="checkbox"/>	Câmara de filmar	<input type="checkbox"/>
Televisão	<input type="checkbox"/>	Video	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

SUMÁRIO	14H30 - 15H30
- Antissépticos: características e critérios de seleção - Fluxograma	

FORMADOR (ES)	ASSINATURA
ANA RAQUEL SOARES MAROTE LUIS (Enf.º)	

SERVIÇO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
CENTRO DE FORMAÇÃO

REGISTO DE SUMÁRIOS E PRESENCAS					
BLOCO OPERATÓRIO – SUTURAS MANUAIS – PRINCIPIOS BÁSICOS					
Data: 2022-10-14			METODOLOGIA: Teórico-Prática		
Material utilizado:					
Computador	<input type="text"/>	Datashow	<input type="text"/>	Quadro	<input type="text"/>
Quadro de papel branco	<input type="text"/>	Retroprojector	<input type="text"/>	Câmara de filmar	<input type="text"/>
Televisão	<input type="text"/>	Video	<input type="text"/>	Outros	<input type="text"/>
SUMÁRIO			14H30 - 15H30		
- Identificar diferentes tipos de suturas manuais, características e indicações cirúrgicas					
FORMADOR (ES)			ASSINATURA		
ANA RAQUEL SOARES MAROTE LUIS (Enf.ª)					

ANEXOS

ANEXO A- PLANO DE FORMAÇÃO: ESTRATÉGIA MULTIMODAL PARA PBCI E PBVT



SERVIÇO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
CENTRO DE FORMAÇÃO



ESTRATÉGIA MULTIMODAL PARA A PROMOÇÃO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA INFEÇÃO (PBCI) E PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO (PBVT)

-- NOVOS ELOS E COLABORADORES AO GCPPCIRA --

PROGRAMA/ CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

24 de março de 2022

- 09h00 – O PPCIRA: Um Programa de Saúde Prioritário. Procedimentos do Manual do GCPPCIRA - *Enf. Paula Goes*
- 09h30 – Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI) - *Enf. Paula Goes*
- 10h00 – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) - *Enf. Bernardete Castro*
- 10h30 – *Intervalo*
- 11h00 – Feixes de Intervenção para a prevenção das IACS associadas a dispositivos (Cateter Venoso Central, Cateter Vesical e PAI) – *Enf.ª Elma Pacheco*
- 11h45 – Técnica da Higiene das mãos e do uso de luvas - *Enf. Bernardete Castro*
- 12h15 – Treino do registo das monitorizações no ATRIUM e na plataforma das PBCI-DGS – *Enf.ª Bernardete Castro e Enf.ª Elma Pacheco*
- 13h00 – *Almoço*
- 14h00 – Vigilância epidemiológica dos microrganismos “alerta” e “problema” - *Dr. Nuno Canhoto*
- Prevenção da colonização/infecção MRSA - *Enf.ª Sónia Gonçalves*
 - Prevenção da colonização/infecção BGN - *Dr. Nuno Canhoto*
 - Quando suspender as precauções? - *Dr. Nuno Canhoto*
 - Relações e Comunicação - *Dr. Nuno Canhoto*
- 16h00 – Avaliação do curso e Encerramento