

Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, vertente Oncológica**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Promoção do Acolhimento do Doente
Oncológico ao Bloco Operatório: Cuidados de
Enfermagem**

Andreia Beatriz Calisto Baleizão

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, vertente Oncológica**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Promoção do Acolhimento do Doente
Oncológico ao Bloco Operatório: Cuidados de
Enfermagem**

Andreia Beatriz Calisto Baleizão

Orientador: Professor Doutor Óscar Ferreira

Lisboa

2018



“Para alcançar o conhecimento, adicione coisas todo o dia.
Para alcançar a sabedoria, elimine coisas todo o dia.”
(Lao-Tsé)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Zeferina, Pai António e Avó Beatriz
por todo o apoio que me deram, foram a minha equipa de socorro.

Ao meu irmão Carlos pela ajuda.

Às minhas amigas/os e em especial à Cláudia pela paciência,
amizade e ajuda, foi fundamental para mim.

À Clara, Arminda, Sofia, Ana e Sara pela amizade e apoio.

Às minhas colegas de curso e amigas Ana Margarida, Tânia
e Patrícia pela ajuda e companheirismo.

Ao Professor Óscar Ferreira pela orientação, paciência e sabedoria.

Aos enfermeiros-orientadores pela sua sabedoria e ajuda.

A todas as pessoas que estão presentes na minha vida e que me apoiaram.

GRATA A TODOS!

Abreviaturas

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of Perioperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção Geral de Saúde

EONS - European Oncology Nursing Society

HOSP - Hospital

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

VPO – Visita pré-operatória

WHO – World Health Organization

RESUMO

O procedimento cirúrgico é entendido pelo doente oncológico como sendo um acontecimento de risco. Os desequilíbrios emocionais provocados por este evento, nomeadamente a vulnerabilidade emocional, podem prejudicar a recuperação pós-operatória. A visita pré-operatória consiste no primeiro contacto do enfermeiro do bloco operatório (BO) com o doente cirúrgico, permitindo avaliar e identificar as suas necessidades e planear os cuidados no período intraoperatório. O acolhimento ao bloco operatório ao adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher pode facilitar na adaptação do doente à nova realidade. Estas intervenções de enfermagem promovem a humanização dos cuidados através do apoio psicológico/emocional e na transmissão de informação sobre o procedimento cirúrgico. Na ausência destas intervenções no bloco operatório surge a necessidade de realizar um projeto de intervenção intitulado “Promoção do acolhimento do doente oncológico ao bloco operatório: cuidados de enfermagem.” Este projeto é desenvolvido no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório do 8º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica para aquisição de competências de Enfermeira Especialista e aquisição do grau de Mestre. Este tem como finalidade a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO. Neste sentido, pretendo encontrar resposta para a questão: “Quais os cuidados de enfermagem que promovem o acolhimento do doente oncológico no Bloco Operatório?” Este projeto foi desenvolvido em três campos de estágio distintos para adquirir e desenvolver competências neste âmbito. A metodologia foi sustentada pela execução de pesquisa bibliográfica, revisão scoping da literatura, observação e prestação de cuidados de enfermagem, reflexões críticas sobre eventos e documentos de apoio aos cuidados de enfermagem. O projeto permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista, tal como a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO e a sensibilização dos enfermeiros onde o projeto foi instituído, bem como as de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: doente oncológico; período perioperatório, cuidados de enfermagem, visita pré-operatória, acolhimento ao bloco operatório.

ABSTRACT

The surgical procedure is understood by the oncological patient as a risky event. The emotional unbalance caused, namely the emotional vulnerability, may affect the postoperative recovery. The preoperative visit consists in a first contact between the operating room (OR) nurse and the surgical patient, to assess and identify his needs and plan the intraoperative period. The user embracement of the OR should be adequate to the needs and characteristics of the patient and facilitate his adaptation to this reality. This nursing interventions allow the care humanization through the psychologic/emotional support and in the transmission of information of the surgical procedure. The lack of these acts in the OR have raised the need to undertake a project named "User embracement promotion of the oncological patient in the operating room: nursing cares". This project was developed under the internship curricular unit of the 8th Master in Medical-Surgery Nursing Specialization, Oncological Nursing branch, for the Nurse Specialist and Master degree title. The goal of this project is to improve the quality of the nursing care during the user embracement of the oncological patient in the OR. The question behind this project is: "What are the nursing care that improve the user embracement of the oncological patient in the operating room?". This project was developed in three different places to acquire and develop competences. The methodology was supported bibliographic search, literature review scoping, observation and providing of nursing care, critical reflections on events and support documents to the nursing care. The project allows the acquisition and development of competences in Nurse Specialist, improve the quality of the user embracement nursing care to the oncological patient during the OR, and raise the awareness of the nurses where the project was developed, and also of the Nursing Master.

Keywords: oncological patient, perioperative period, nursing care, preoperative visit, operating room user embracement.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 Acolhimento ao doente oncológico	16
1.2 Visita pré-operatória	22
1.3 Teóricas de enfermagem	25
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	30
2.1 Campo de estágio: BO do Hospital B	33
2.2 Campo de estágio: BO do Hospital C	37
2.3 Campo de estágio: BO do Hospital E	40
3. AVALIAÇÃO	46
3.1 Pontos fortes e pontos fracos	48
3.2 Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados	49
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICES	
Apêndice I: Revisão Scoping	
Apêndice II: Análise Swot	
Apêndice III: Plano de atividades do BO do Hospital B	
Apêndice IV: Cronograma das atividades do BO do Hospital B	
Apêndice V: Caracterização do BO do Hospital B	
Apêndice VI: Folheto do acolhimento do doente ao BO	
Apêndice VII: Resumo do folheto do acolhimento do doente ao BO	
Apêndice VIII: Resumo do poster do acolhimento do doente ao BO	
Apêndice IX: Poster do acolhimento do doente ao BO	
Apêndice X: Estudo de caso	
Apêndice XI: Jornal de aprendizagem do BO do Hospital B	
Apêndice XII: Plano de atividades do BO do Hospital C	
Apêndice XIII: Cronograma das atividades do BO do Hospital C	
Apêndice XIV: Caracterização do BO do Hospital C	
Apêndice XV: Reflexão sobre a prestação dos cuidados de enfermagem no acolhimento e VPO do Hospital C	

Apêndice XVI: Texto sobre as diferenças na VPO e acolhimento entre o Hospital B e C

Apêndice XVII: Jornal de aprendizagem do BO do Hospital C

Apêndice XVIII: Plano de atividades do BO do Hospital E

Apêndice XIX: Cronograma das atividades do BO do Hospital E

Apêndice XX: Plano da sessão formativa

Apêndice XXI: Sessão Formativa

Apêndice XXII: Questionário da avaliação da formação

Apêndice XXIII: Análise do questionário da avaliação formação

Apêndice XXIV: Questionário da satisfação dos utentes ao BO

Apêndice XXV: Análise do questionário da satisfação dos utentes ao BO

Apêndice XXVI: Jornal de Aprendizagem do BO do Hospital E

Apêndice XXVII: Protocolo sectorial do acolhimento do doente ao BO

Apêndice XXVIII: Protocolo sectorial da VPO

Apêndice XXIX: Check-list de boas práticas no acolhimento ao BO

Apêndice XXX: Check-list de boas práticas na VPO

Apêndice XXXI: Folheto do acolhimento do doente ao BO

ANEXOS

Anexo I: Esquema da dependência do doente cirúrgico durante o seu percurso cirúrgico

Anexo II: Avaliação dos enfermeiros-orientadores

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional por intermédio dos avanços da medicina e os cuidados de saúde, com maior proximidade à população, permitiu o aumento da esperança média de vida, bem como o aumento de doenças crónicas ou prolongadas na sociedade. O cancro é responsável por 20% de mortes na Europa. Esta doença é a segunda causa de morte e morbidade no continente europeu, surgindo mais de 3 milhões de novos casos e 1,7 milhões de mortes por ano (WHO, 2018). O cancro em Portugal representa a segunda causa de morte. Em 2014 ocorreu um aumento de 1,2 % em relação ao ano anterior (INE, 2016). Em Portugal há cerca de 500 mil sobreviventes de cancro e 100 mil doentes em tratamento, tendo a cura e sobrevivência com qualidade de vida aumentado (DGS, 2017).

A enfermagem, como profissão, é única, pela forma como presta os cuidados de saúde, pois cuida do doente no seu todo. Os enfermeiros são os atores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força à lógica do cuidar (Hesbeen, 2000). A essência da enfermagem é cuidar do outro e satisfazer as suas necessidades. Na medida, em que “cuidar, prestar cuidados, tomar conta é, primeiro que tudo um ato de vida, no sentido de que apresenta uma variedade infinita de atividades que visam manter e sustentar a vida” (Collière, 1999, p. 235). Os enfermeiros são profissionais detentores de saberes e capacidades que imprimem a sua essência nos cuidados através do estabelecimento de uma relação de proximidade com o doente. O enfermeiro para cuidar utiliza todo o seu conhecimento e prática clínica de forma a ir ao encontro da resolução de problemas e da satisfação das necessidades do doente, ajudando-o a viver o processo de doença. Para além disso, os enfermeiros são dos profissionais com maior capacidade para humanizar os cuidados promovendo a dignidade e o respeito pelo doente e suas necessidades.

O acolhimento é o ato de receber ou acolher o doente, no serviço onde o mesmo se dirige. Autores mencionam que o acolhimento consiste numa rede de confiança e solidariedade entre os cidadãos, doentes, profissionais e equipas de saúde que promove a construção de uma relação de confiança e respeito para aquele que procura o atendimento (Machado, Ouro & Santana, 2015; Baião, Oliveira & Alves, 2014; Medeiros, Araújo-Souza & Clara-Costa, 2010). O acolhimento em oncologia é essencial para promover dignidade e a segurança

com vista à melhoria da qualidade de vida e adesão ao tratamento do doente oncológico (Shimiguel & Cenciarelli, 2015; Machado et al., 2015).

O acolhimento no BO é parte *sine qua non* no período pré e intra-operatório de forma a acolher e orientar os doentes nos momentos que antecedem a cirurgia (Giron & Berardinelli, 2015; Nogueira, Soares & Dutra, 2011; Stumm, Zimmermann & Perlini, 2009). Estes autores acrescentam que o acolhimento fomenta a diminuição do stress e da angústia promovendo o conforto e o cuidado humanizado. O acolhimento no BO deve estar assente nas necessidades da pessoa a acolher, o que pode facilitar a adaptação do doente à nova realidade nomeadamente o procedimento anestésico e cirúrgico. Este é um cuidado fundamental pois compreende o ser humano enquanto ser de emoções e sentimentos, estabelecendo uma relação empática através de um gesto carinhoso ou um segurar de mãos.

O procedimento cirúrgico é entendido pelo doente como sendo um acontecimento de risco, o que remete para a incapacidade e/ou alteração da imagem corporal. Os desequilíbrios emocionais provocados por este evento, nomeadamente a vulnerabilidade emocional, podem prejudicar a recuperação pós-operatória (Daian, Petroianu & Jeunon, 2012; Chistóforo, Zagonel & Carvalho, 2006). Autores aludem que os doentes oncológicos são sujeitos a níveis de stress cirúrgico elevado perante o procedimento cirúrgico, o que pode acarretar complicações pós-operatório e o aumento da mortalidade/morbilidade peri-operatória (Pereira, 2013). O papel do enfermeiro do BO é fulcral na preparação do doente para o procedimento cirúrgico através da realização da visita pré-operatória e acolhimento.

A visita pré-operatória é o início do processo de enfermagem ao BO. Esta representa a primeira etapa dos cuidados peri-operatórios de enfermagem sendo fundamental para diminuir a ansiedade do doente perante o procedimento anestésico e cirúrgico (Gonçalves & Medeiros, 2016; Sadati & Pazouki, 2013, AESOP, 2006). A visita pré-operatória possibilita ao enfermeiro de BO ter um conhecimento das necessidades reais do doente, promovendo um planeamento de um acolhimento humanizado.

O BO é um local onde habitualmente impera a precisão e a frieza das técnicas e onde em muitas situações, se constata a despersonalização do sujeito objeto de cuidados. Assim e sendo enfermeira num BO torna-se fundamental promover os cuidados de enfermagem para que estes possam responder às

reais necessidades do doente como um todo e não do procedimento cirúrgico. O acolhimento do doente representa o primeiro contacto que, no meu local de trabalho, o enfermeiro de BO realiza com o doente. Atualmente, não há enfermeiro responsável pelo acolhimento. O doente é transferido do internamento para o BO pelo assistente operacional. Este, ao chegar ao BO, permanece sozinho a aguardar cirurgia numa sala ampla, até que o enfermeiro da sala operatória tenha disponibilidade para o receber/acolher. Para além disso, não há visita pré-operatória e a transmissão de informação sobre o doente é realizada através de uma folha preenchida pelo enfermeiro do internamento, a qual acompanha o processo do doente e que por vezes não contempla informação suficiente sobre a pessoa a operar.

Enquanto enfermeira, ao longo do meu percurso profissional, tive necessidade de aprender cada vez mais e olhar para além daquilo que se me apresenta. Perante a realidade do serviço onde exerço funções referente ao acolhimento do doente oncológico, no período perioperatório, à necessidade de intervir neste âmbito, o que aliado à minha necessidade de aprofundar conhecimentos em enfermagem oncológica, surge assim, este projeto de intervenção.

Este projeto foi concebido em 2017 na opção II e desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da vertente de Enfermagem Oncológica com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista e do grau de Mestre. Intitulado como “Promoção do Acolhimento do Doente Oncológico ao BO: Cuidados de Enfermagem” o projeto foi desenvolvido com intento de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no doente oncológico ao BO e permitiu-me adquirir e desenvolver competências de Enfermeira Especialista, Enfermeira Oncológica e Mestre em Enfermagem.

Virgínia Henderson (1978) citada por Tomey e Alligood (2004) refere que o enfermeiro nas situações de doença grave substitui o doente, na satisfação das necessidades humanas básicas e inclusive, durante a convalescença, ajuda o doente a adquirir ou reconquistar a sua independência. A Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) defende que, na transição de saúde-doença, o enfermeiro é o profissional mais capaz para cuidar do doente, por estar atento às necessidades e mudanças que as mesmas induzem na sua vida. Estas

teóricas sustentam a base deste projeto, tendo em conta a especificidade do doente cirúrgico e dos cuidados de enfermagem realizados no BO.

Um projeto de intervenção é um momento de dedicação e reflexão sobre os conhecimentos e sabedoria adquirida através das aprendizagens que a experiência proporciona. Este tem como “luz norteadora” a prática baseada na evidência, com vista à melhoria da prática clínica. Pretende também ser um impulso para promover o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE; 2011), Enfermeiro Especialista em Oncologia da European Oncology Nursing Society (EONS, 2013) e do 2º ciclo de estudos de Bolonha - Descritores de Dublin (Decreto-lei nº 74/2006).

Este projeto tem como finalidade a promoção do acolhimento de enfermagem do doente oncológico proposto para cirurgia com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no BO. Para alcançar este aperfeiçoamento de cuidados, foram realizados estágios em BO do Hospital B (25 de Setembro a 3 de Novembro), BO do Hospital C (6 de Novembro a 15 de Dezembro) e BO do Hospital E (3 de Janeiro a 9 de Fevereiro). Nos dois primeiros campos de estágio, o acolhimento e a visita pré-operatória são intervenções de enfermagem realizadas na prática diária. O último campo de estágio é referente ao meu local de trabalho, no qual instituí o projeto de intervenção.

O presente trabalho tem como objetivos:

- Analisar de forma crítica e reflexiva as atividades planeadas e realizadas bem como os resultados obtidos.
- Descrever e analisar as competências adquiridas nos respetivos campos de estágio (Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, European Oncology Nursing Society e Mestre).
- Mostrar os contributos deste projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no BO, com especial incidência no BO onde exerço funções.

O projeto de intervenção está dividido em três capítulos. O primeiro, após a introdução apresenta o enquadramento teórico com base em evidência científica relacionada com o assunto trabalhado. O segundo capítulo remete para a execução das tarefas previstas, em que há uma análise crítica e profunda das atividades realizadas em cada campo de estágio e dos resultados atingidos. O

terceiro contempla a avaliação do percurso desenvolvido ao longo dos campos de estágio, os pontos fortes e fracos do projeto bem como os contributos da implementação para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por último trata da conclusão na qual abordo de forma resumida o percurso realizado, os resultados obtidos e as perspetivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico tem a função de promover a sustentabilidade e a lógica em relação ao problema de investigação. Para Fortin (1999) representa a organização dos conceitos e subconceitos determinados no momento da formulação do problema a investigar, de forma a suportar teoricamente a análise posterior do objeto de estudo. Foi fundamental uma revisão bibliográfica profunda para aprimorar conhecimentos e fornecer alicerces a este projeto de intervenção. Tendo em conta a minha problemática, foi realizado uma revisão scoping sobre o tema. Os estudos reunidos para este trabalho abrangem os anos de 2006 a 2017, tendo como base dados MEDLINE e CINAHL (Apêndice I).

1.1 Acolhimento ao doente oncológico no BO

O cancro é uma doença que, pela sua incidência e prevalência na sociedade, tem sido motivo para a execução de imensos estudos quer a nível da enfermagem quer da medicina e outras áreas em saúde. O aumento da doença está relacionada com os ganhos de esperança de vida relacionada com a deteção precoce da doença e os tratamentos inovadores. O cancro é considerado um problema de saúde pública pois acarreta elevados custos económicos e sociais (Fernandes, Fernandes & Costa, 2013; DGS, 2016). As mudanças nos estilos de vida das pessoas teve influência direta nas variações da incidência, o que contribui para mudanças relativas entre as diversas neoplasias (DGS, 2016). Uma das formas de tratamento do cancro é a cirurgia. Este tipo de tratamento em Portugal representa 44865 cirurgias oncológicas de 2010 a 2014, com o aumento progressivo das mesmas (DGS, 2016).

O cancro enquanto construção sociocultural, constitui uma rutura pois ameaça a vida e coloca-se, nas experiências dos pacientes, como fonte de incerteza, medo e estigma (Kleinman, 1988; Sontag, 1998). Apesar da evolução da sociedade e dos novos conhecimentos e tratamentos no cancro, infelizmente esta doença continua a ser altamente estigmatizante em termos sociais. A doença aflige o doente, tomando por uma categoria fundante a experiência de sofrimento que ela induz na sua vida (Lira, Nations & Catrib, 2004).

O doente oncológico percorre um “caminho” em que abarca os espaços hospitalares, os tempos de espera e de tratamentos, os protocolos terapêuticos, os diferentes procedimentos de diagnóstico e tratamento e ainda o realinhamento constante de estratégias (Salgado, 2011). Nas diferentes fases da doença, vivencia sentimentos de raiva, medo e de injustiça (Salgado, 2011; Ferreira & Bulcão, 2012). Perante o diagnóstico, o tratamento e o decorrer da doença passa por diferentes emoções, sentimentos e mecanismos de adaptação da doença. Os efeitos psicológicos e emocionais da doença oncológica consistem nos seguintes: ansiedade, depressão, fúria, revolta, agressividade, alteração de padrões de resposta cognitiva entre outros (Pereira, 2010; Silva, 2009; Vasconcellos & Giglio, 2007; González, 2006). Estudo refere que os doentes oncológicos tem menor capacidade em mobilizar recursos internos em termos psicológicos de enfrentamento da doença do que os doentes não oncológicos (Pereira, 2013). O doente oncológico perante o seu percurso de doença e tratamento necessita de acompanhamento de uma equipa multidisciplinar. O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo permanece junto do doente, com habilidade em reconhecer as necessidades do doente oncológico. É dos profissionais mais capazes a prestar cuidados, durante a transição de saúde-doença, pois este despende uma parte significativa da sua prática clínica, a cuidar de pessoas que experienciam uma ou mais mudanças na sua vida com repercussões na saúde (Meleis, 2010).

A cirurgia é uma das formas de tratamento em oncologia e a hospitalização é uma inevitabilidade na vida do doente oncológico para a realização de uma cirurgia ou outros tipos de tratamentos. A hospitalização induz o afastamento do doente do seu contexto familiar e pessoal, o que acarreta sentimentos de angústia e de ansiedade perante a nova realidade (Fernandes, Fernandes & Machado, 2013; Padilha & Vattimo, 2010). A hospitalização interfere na vida do doente, dado que permanecem sozinhos no serviço de internamento, não são chamados pelo próprio nome, são tratados e caracterizados por números ou pelo nome do diagnóstico que possuem e são submetidos à realização de exames e procedimentos, o que pode contribuir para a perda de identidade pessoal (Macena & Lange, 2008). Os doentes oncológicos perante o internamento e a distância do seu “mundo dito como conhecido” experimentam situações em que o desconforto e a dor física são realidades mais presente, pela própria doença e procedimentos realizados (Xavier, Ataíde &

Pereira, 2010; Soares, Santana & Muniz, 2010). O enfermeiro sendo um profissional que cultiva uma relação de proximidade com o doente oncológico ajuda-o na diminuição do seu sofrimento, promovendo o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

O acolhimento é um dos atos mais básicos praticados pela humanidade em que desde sempre um ser humano acolhe outro ser humano. O ato de acolher no dia-a-dia, por vezes é feito de forma inata pois é intrínseco na forma de ser e de agir das pessoas na sociedade. Inclusivamente a “arte de bem receber” é usado socialmente para descrever a preocupação de alguém se esforçar para receber ou acolher com qualidade. O simples ato de receber em saúde poderia ser uma prática frequente e inata a todos os profissionais mas condicionantes externas ou internas aos profissionais determinam que o acolhimento com qualidade não seja realizado.

Ao consultar a palavra acolhimento no dicionário de Português, esta significa a forma como se recebe ou se é recebido, hospitalidade, hospedagem, refúgio, abrigo e proteção (Dicionário da Porto-Editora, 2018). O acolhimento compreende a atenção dada ao doente, onde a escuta é importante para validar e identificar as queixas e necessidades. Alguns autores referem que é o reconhecimento do protagonismo do doente, no processo de saúde-doença, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde dar resposta aos problemas do doente (Sé, Progiante & Pereira, 2016; Saes, Rays & Gatti, 2011; Medeiros et al., 2010; Schneider, Manschein & Albuquerque, 2008).

O acolhimento consiste no ato de receber no serviço através da construção de uma relação humanizada ou um vínculo entre o cuidador e o ser cuidado. O profissional de saúde adota uma postura capaz de acolher e estabelecer respostas adequadas ao doente (Sé et al. 2016; Baião et al., 2014 Giron, Berardinelli & Santo, 2013, Schneider et al., 2008). O acolhimento é uma intervenção de enfermagem fundamental, tal como já foi referido que marca o início da relação com o doente e bem como a sua admissão no serviço.

O acolhimento compreende a escuta, a disponibilidade, o respeito, o vínculo e o diálogo realizado entre o enfermeiro e o doente. Esta intervenção reveste-se de enorme importância na medida em que o doente referencia os seus sintomas, patologias, internamentos anteriores, angústias e medos (Pereira, Soares & Russo, 2016, Giron & Berardinelli, 2015, Schneider et al., 2008). O acolhimento compreende diferentes fases, nomeadamente: o acesso,

que consiste em receber o doente no serviço e prestar os cuidados necessários proporcionando segurança; a escuta, que incentiva o doente a questionar sobre as suas dúvidas e estabelecer uma relação de confiança com o doente; o diálogo, que orienta o doente sobre o que vai acontecer; o apoio, neste é promovido ajuda e conforto ao doente e também identifica as necessidades de informação; o vínculo, que orienta o doente sobre os tratamentos e/ou procedimentos (Giron & Berardinelli, 2015; Giron et al., 2013; Schneider et al., 2008,)

O enfermeiro é um profissional dotado para promover a humanização dos cuidados através do acolhimento tendo como vista a diminuição do stress e ansiedade do doente. O enfermeiro é o responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e ainda de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (OE, 2003).

O doente ao ser internado para a realização de um procedimento cirúrgico está sujeito a sentimentos negativos e dúvidas, estando relacionado com o mundo desconhecido do BO e da própria cirurgia. O doente cirúrgico desenvolve stress, ansiedade e depressão perante o procedimento cirúrgico (Gursoy, Guner & Yilmaz, 2016; Santos, Martins & Oliveira, 2014; Ribeiro, 2010; Stumm et al., 2009). O procedimento cirúrgico é um stressor multidimensional estando relacionado com a cirurgia em si mas também com outros factores: o procedimento anestésico, as técnicas invasivas inerentes à preparação do doente (algaliação, punção venosa, entre outras), imobilidade e ainda o afastamento da família e do trabalho (Costa, Dias & Azevedo, 2015; Pritchard, 2011; Chistóforo et al., 2006). A ansiedade e o stress interferem no procedimento cirúrgico, na gestão e controlo da dor pós-operatória e no período de convalescença (Daian, Petroianu & Jeunon, 2012; Pritchard, 2011; Stumm et al., 2009).

Estudos sugerem que os sentimentos identificados no doente oncológico no período que antecede à cirurgia são os seguintes: a ansiedade, a preocupação, o medo, a incerteza e o pessimismo (Pan, Lin & Xu, 2016; Pereira, Soares & Russo, 2016; Andolhe, Guido & Bainchi, 2009; Deus, 2009). Para diminuir o stress e outros sentimentos que advêm do procedimento cirúrgico, há

a necessidade de uma avaliação global e holística do doente, tendo em vista a satisfação das necessidades.

O período peri-operatório está dividido em três fases: o período pré-operatório, o período intraoperatório e o pós-operatório. O período pré-operatório contempla o momento que o doente tem conhecimento e agendamento da cirurgia, à hospitalização e até à entrada no BO; o período intra-operatório inclui desde do momento da entrada no BO até à saída da sala cirúrgica; o período pós-operatório abarca a entrada no recobro até à saída da mesma (Srpy, 2009; AORN, 2015; AESOP, 2006).

No acolhimento ao BO, para que seja completo e orientado para as necessidades do doente, é essencial que exista um conhecimento antecipado das suas carências. A visita pré-operatória é o início do processo de enfermagem no BO e dos cuidados peri-operatórios. Na ausência da visita pré-operatória, o acolhimento na chegada ao BO tem uma maior importância nos cuidados de enfermagem do BO. O acolhimento é fundamental para conhecer e avaliar as emoções, os sentimentos e as necessidades do doente à chegada ao BO, sendo este momento necessário, para explicar e orientar o doente nos procedimentos a que será submetido com vista a diminuir a ansiedade e as manifestações do stress (Giron & Berardinelli, 2015; Stumm et al., 2009).

O acolhimento ao BO é uma intervenção de enfermagem que visa a humanização das práticas instituídas no BO e é fundamental para o bem-estar do doente no período intra-operatório. O momento da admissão do doente ao BO é visto por este como sendo um momento de tensão, medo e angústia pelo desconhecimento (Costa et al., 2015; Chistóforo et al., 2006; Nogueira et al., 2011). O ambiente no BO é caracterizado pelo frio, fechado e dotado de equipamentos e fardamento diferentes dos outros serviços do Hospital. No momento de acolher o doente deve estar presente o princípio de “estar com” e “estar perto de” (Giron & Berardinelli, 2015).

O acolhimento é o cartão-de-visita do BO, onde as primeiras impressões do doente são fundamentais no decorrer do seu percurso no BO. O enfermeiro acompanha o doente desde a sua chegada a este local, à sala operatória e ao recobro. O enfermeiro no BO através do acolhimento pode realçar a humanização dos cuidados através da empatia e escuta ativa. A disponibilidade do enfermeiro em estar presente, esclarecer dúvidas e/ou receios e responder às necessidades mais urgentes do doente no momento do acolhimento, são

ações que ajudarão o doente a sentir conforto e diminuição do medo (Pereira et al., 2016; Giron et al., 2013). O enfermeiro do BO apesar do contexto técnico e particular em que executa as suas intervenções, deve colocar como centro da sua prática o doente e as suas necessidades. Estudos referem que o acolhimento ao BO foi compreendido pelos doentes como a forma de serem atendidos e dos profissionais resolverem os seus problemas de saúde e proporcionar-lhes um atendimento personalizado (Giron & Bierardinelli, 2015; Giron et al. 2013; Machado, Teixeira & Daher, 2011).

No acolhimento ao doente oncológico ao BO é importante o estabelecimento de um vínculo ou relação emocional entre enfermeiro-doente pois este sente-se fragilizado e inseguro pela própria doença bem como pelo sofrimento dos procedimentos e terapêuticas daí decorrentes (Machado et al., 2015; Schimiguel et al., 2015; Pereira et al., 2016). No acolhimento ao doente com cancro colo-rectal ao BO é fundamental garantir um “atendimento especial” devido às consequências do procedimento cirúrgico pois é uma cirurgia mutilante em termos de auto-imagem (ostomias), promovendo assim uma diminuição do stress do procedimento anestésico-cirúrgico e da recuperação anestésico-cirúrgico (Pereira et al., 2016).

O enfermeiro de BO ao realizar o acolhimento ao doente oncológico para além de validar o check-list cirúrgico e a forma como este se sente à chegada ao BO, também deve ouvir e olhar o doente no seu todo e garantir que proporciona a melhor receção possível ao serviço. O acolhimento é essencial a todos doentes mas o estabelecimento de uma ligação emocional enfermeiro-doente é observada com maior frequência em relação a doentes do foro oncológico (Machado et al., 2015; Schimiguel et al., 2015). O enfermeiro de BO é um dos atores principais no fornecimento de um acolhimento com qualidade e humanizado ao doente oncológico.

O acolhimento do doente oncológico tem como alicerce o desenvolvimento da confiança e uma comunicação clara e eficaz. A comunicação é o meio através da qual é estabelecido a relação enfermeiro-doente no acolhimento (Pereira et al., 2016; Stumm et al., 2009). A transmissão de informação é fulcral para orientar o doente oncológico e assim “enfrentarem” de forma positiva a doença e procedimentos (Machado et al., 2015; Schimiguel et al., 2015). No acolhimento do doente oncológico ao BO é indispensável uma receção carinhosa e disponível com vista à humanização dos cuidados pois o

mais importante é a pessoa com a doença a cuidar e não o procedimento cirúrgico a realizar.

1.2 Visita Pré-Operatória

O hospital é um local complexo pela multiplicidade de profissionais, tecnologia e especificidade de procedimentos praticados. Neste convergem diferentes especialidades e serviços, no qual se pratica cuidados de saúde diferenciados. O BO é um serviço particular pela especificidade das práticas realizadas e também pelo tipo de cuidados proporcionados aos doentes pois é um local de passagem, onde impera a técnica cirúrgica e a exigência de assepsia na prática de cuidados.

Os enfermeiros de BO têm como objetivos a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida à intervenção cirúrgica, no período perioperatório, a promoção da satisfação das necessidades de vida do doente e a defesa dos seus interesses (AORN, 2015; AESOP 2006). O enfermeiro perioperatório cuida do “doente como um todo, através de um processo intelectual científico e metódico, operacionaliza os seus saberes para melhor cuidar, sendo, sem dúvida, uma garantia da qualidade, da continuidade e da educação junto do doente/família e equipa de saúde” (AESOP, 2006, p.7). O enfermeiro de BO tem conhecimentos para prever as necessidades do doente e implementar as intervenções de enfermagem seguras e apropriadas baseadas na evidência científica (Spry, 2009; Rothrock, 2008;). Para além disso, é fundamental estar atento às suas carências, na medida que o doente apresenta-se fragilizado, não sendo capaz de satisfazer as suas necessidades humanas básicas.

O enfermeiro de BO desempenha um papel de “advogado” durante a cirurgia. Uma vez que os reflexos de proteção e segurança do doente estão comprometidos pelo efeito da anestesia, havendo necessidade do enfermeiro o proteger e cuidar (Spry, 2009; AESOP, 2006). Virgínia Henderson (1978) citada por Tomey e Alligood (2004) refere que o enfermeiro nas situações de doença grave substitui o doente, na satisfação das necessidades humanas básicas e inclusive, durante a convalescença, o enfermeiro ajuda-o a adquirir ou reconquistar a sua independência.

A visita pré-operatória “representa numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo de cadeia do processo dos cuidados perioperatórios” (AESOP, 2006, p. 122). Esta consiste no primeiro contacto do enfermeiro do BO com o doente cirúrgico, permitindo avaliar e identificar as necessidades do mesmo e planear os cuidados no período intraoperatório (Costa et al., 2015; Spry, 2009; AESOP, 2006). Através desta visita o doente toma conhecimento da envolvimento do ambiente do BO, o procedimento cirúrgico, a anestesia e a estadia no recobro.

A VPO é uma ferramenta valiosa na promoção da humanização dos cuidados, do apoio psicológico/emocional e na transmissão de informação sobre o BO (Costa et al., 2015; Sadati et al., 2013; Fernandes, 2011). Esta intervenção de enfermagem importa para diminuir a ansiedade e a prevenção de complicações, no período intraoperatório e pós-operatório, nomeadamente a dor e a ansiedade (Gursoy, Guner & Yilmaz, 2016; Bagés, Lleixa & Vázquez, 2015; Fernandes, 2011). A visita pré-operatória é realizada no dia anterior à cirurgia, em que o enfermeiro do BO se dirige ao serviço no qual se encontra o doente internado, dando início ao processo de enfermagem (Spry, 2009; AESOP, 2006). Atualmente, o doente pode ser internado no próprio dia da cirurgia, por razões de vagas e logística dos serviços de internamento. Neste caso, a visita pré-operatória não é realizada e o acolhimento assume-se como sendo uma prioridade.

O sucesso de uma cirurgia não depende apenas dos profissionais mas também da preparação do doente nomeadamente através da educação do doente com vista à transmissão de conhecimentos (Costa et al., 2015, Giron & Berardinelli, 2015). A VPO de enfermagem assenta na educação do doente através da transmissão de informações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico. O esclarecimento de dúvidas através da VPO sobre os procedimentos a realizar no BO ajudam a atenuar ou evitar os sentimentos negativos nomeadamente a insegurança, a negação da doença, a ansiedade e o medo (Medeiros & Gonçalves, 2016; Costa et al., 2015, Giron & Berardinelli, 2015).

A VPO é uma das intervenções de enfermagem que mais promove a humanização dos cuidados, no sentido em que a transmissão de informação é feita de forma individual e respeita as limitações (caso existam) e a singularidade do doente. É um momento único para conhecer o doente como pessoa e não apenas o doente que é submetido ao procedimento cirúrgico. A transmissão de informação deve ser de fácil compreensão, simples, sem termos técnicos e

orientada para as necessidades do doente (Medeiros & Gonçalves, 2016; Báges et al., 2015; Costa et al., 2015, Giron & Berardinelli, 2015).

A VPO realizada ao doente oncológico é fundamental para responder às necessidades específicas relacionadas com o percurso da doença, a cirurgia e as suas consequências, o autocuidado e formas de adaptação no período pós-operatório (Pereira et al., 2016; Mello, Lucena & Echer, 2010). Estes estudos também acrescentam que os doentes oncológicos necessitam de esclarecimento de informação sobre o ambiente, os equipamentos e dispositivos existentes no BO (ibidem). O ensino proporcionado pela VPO ao doente oncológico permitirá a reflexão sobre a experiência cirúrgica e desse modo diminuir a ansiedade e prevenção de complicações no pós-operatório (Lenza, Sonobe & Zago, 2013; Ang, Chen & 2013; Keulers, Scheltinga & Houterman, 2008).

A VPO promove o apoio e a segurança sendo esta uma forma de acolhimento e comunicação entre o enfermeiro e doente, favorecendo a sua interação e enaltecendo a humanização dos cuidados de enfermagem no BO (Silva & Alvim, 2010; Kruse, Almeida & Keretzky, 2009). A VPO é fundamental no doente oncológico pois este é sujeito a um intenso período pré-operatório devido à realização de exames laboratoriais, de diagnóstico e à preparação física para a cirurgia (Pereira et al., 2016; Albuquerque & Araújo, 2015).

O doente oncológico proposto para gastrectomia para além das alterações psíquicas inerentes à doença, por vezes não está preparado para a complexidade da cirurgia bem como para as mudanças que esta promoverá no seu corpo e vida (Mello, Lucena & Echer, 2010). O enfermeiro de BO possui um papel importante no atendimento multidisciplinar a estes doentes, pois o sucesso do seu tratamento também depende da qualidade do cuidado prestado. A educação ou orientação fornecida através da VPO é fundamental para enfatizar ao doente oncológico as adaptações necessárias à nova condição de vida após realização de uma cirurgia mutilante (Pereira et al., 2016; Mello et al., 2010).

O doente oncológico é sujeito a constantes adaptações pelas situações vividas no decorrer do seu percurso de doença. A prestação de cuidados em oncologia acarreta lidar com o doente em situação de fragilidade, envolvendo uma relação de afetividade de grande complexidade, o que exige do profissional de saúde um conjunto de competências que não se baseia apenas no conhecimento técnico-científico (Gomes, Santos & Lima, 2010). A enfermeira de

BO ao realizar a VPO está a reforçar a importância da educação e orientação na redução da ansiedade, medo e angústia de um ambiente duplamente frio pela baixa temperatura na sala operatória bem como do relacionamento do profissional-doente no BO. A VPO é uma das intervenções de enfermagem mais importante para dignificar os cuidados prestados no BO com vista à satisfação das necessidades, principalmente junto do doente oncológico. Este necessita de uma relação mais estreita com o enfermeiro de forma a enfrentar o procedimento cirúrgica da melhor forma possível.

1.3 Teóricas de Enfermagem

As teorias de enfermagem permitem a compreensão da realidade, favorecendo uma reflexão crítica, sendo fundamental para a consolidação do conhecimento em enfermagem. As teorias “devem guiar a prática, assim como o conhecimento que dá origem às teorias nasce dessa prática” (Monteiro & Pagliuca, 2008, p. 425). A multiplicidade de situações e vivências que o enfermeiro enfrenta, leva a que precise de uma ou mais teorias para sustentar a sua prática.

O doente oncológico ao ser internado no hospital está perante uma transição e assim como à alteração de uma ou mais necessidades humanas básicas. O acolhimento e a visita pré-operatória visam responder às necessidades do doente ao BO e principalmente tornar os cuidados de enfermagem mais humanizados. Os resultados de enfermagem inerentes a estas intervenções visam a uma maior satisfação das necessidades do doente e à deteção precoce de complicações intra e pós-operatória. Acima de tudo, é importante para a melhoria dos cuidados prestados ao doente no BO onde exerço funções através da implementação destas intervenções de enfermagem. Tais cuidados baseiam-se na Teoria das Transições de Meleis e na Teoria das necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis permite a compreensão da problemática em estudo pois a transição de saúde/doença contempla o diagnóstico da doença, o procedimento cirúrgico e a alta hospitalar.

A vida é feita de transições (acontecimentos previstos ou inesperados), o que acarreta mudanças e alterações de comportamento pela pessoa. Esta teoria enfatiza a transição como conceito central para uma melhor compreensão dos

processos de saúde e doença. Os processos de transição têm como consequência mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente da pessoa. Melleis (1994) citada por Abreu (2008, p. 23) diz que a transição

remete para uma mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social.

A transição consiste num processo em que a pessoa entra consciente ou inconscientemente, acidental ou naturalmente, em que se vive (adaptando-se ou não) e com saída da mesma (Queirós, 2010). No entanto, uma pessoa pode vivenciar em simultâneo mais do que um tipo de transição (Meleis, 2010).

As transições podem ser definidas como sendo de saúde-doença, situacionais, de desenvolvimento e organizacionais. No acolhimento ao doente oncológico ao BO, importa realçar a transição de saúde-doença. Esta transição consiste numa mudança do estado de saúde para um estado de doença. A transição de saúde-doença explica as alterações no desempenho do papel da pessoa devido à alteração da sua condição de saúde, da passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). A hospitalização é um exemplo de transição de saúde-doença, nomeadamente a execução de um procedimento cirúrgico. A pessoa saudável passa à condição de doente com alteração do seu estado de independência para dependência de terceiros.

O doente oncológico, face à condição de estar internado para a realização de um procedimento cirúrgico vive momentos de ansiedade, medo e angústia (Pereira et al., 2016). O enfermeiro é o profissional mais dotado para apoiar o doente nesta transição e capacitá-lo de informação/conhecimento de forma a lidar melhor com a nova realidade. São frequentemente os primeiros cuidadores dos doentes e das suas famílias que estão a vivenciar um processo de transição (Melleis, 2010). A VPO e o acolhimento ao BO permitem orientar o doente através do esclarecimento de dúvidas sobre o procedimento anestésico-cirúrgico (Giron & Berardinelli, 2015), sendo uma mais-valia para ajudar o doente nesta transição.

Uma transição é bem-sucedida quando o indivíduo passa de sentimentos de angústia para sentimentos de bem-estar (Meleis, 2012). O acolhimento e a visita pré-operatória são duas intervenções de enfermagem que ajudam o doente

a adaptar-se à nova realidade através da educação e fornecimento de informação (Costa et al., 2015; Giron & Berardinelli, 2015). Estas intervenções também ajudam a promover uma transição de saúde-doença menos dolorosa ao doente pois este sente-se menos ansioso e com maior capacidade em lidar com a cirurgia. A intervenção terapêutica de enfermagem consiste numa ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Estas intervenções proporcionam conhecimento e capacidade ao doente, desencadeando respostas positivas á transição de modo a restabelecer uma sensação de bem-estar (Meleis, Sawyer & Im, 2000).

O enfermeiro tem como função primordial ajudar as pessoas a viverem os processos de transições, cuidando delas de forma a assegurar uma boa adaptação e uma transição de forma saudável (Meleis, 2010). O enfermeiro do BO através do acolhimento e VPO assume uma posição como o profissional que pode assegurar aos doentes uma maior confiança e alívio da ansiedade (Lima, Silva & Gentile, 2009). É um profissional facilitador do processo de transição, uma vez que promove o cuidado transicional através da valorização do doente, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal traduzindo-se num maior equilíbrio e estabilidade (Meleis, 2012).

A Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson permite entender que o doente submetido a cirurgia, na maioria das vezes é sujeito a algum grau de dependência até mesmo total no caso de cirurgias mutilantes ou numa anestesia geral.

Esta teoria tem como seguintes pressupostos: o enfermeiro é detentor de conhecimentos na área de ciências biológicas e sociais; a avaliação do doente e a prestação de cuidados está inerente às necessidades humanas básicas; a saúde é uma qualidade de vida essencial ao ser humano; o enfermeiro deve ter educação sobre a segurança e a proteção dos doentes de danos mecânicos e físicos; a pessoa deve manter o equilíbrio físico e emocional e quando o doente precisa de ajuda para obter independência; as necessidades do doente são rodeadas pelos 14 componentes da enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A VPO permite a avaliar as necessidades do doente e assim planear as intervenções de enfermagem à chegada ao BO. Na ausência da VPO, o acolhimento destaca-se como sendo a “última oportunidade” de avaliar as necessidades do doente apesar de não ser o mais correto. A informação transmitida ao doente na VPO incita-o a aderir aos procedimentos e terapêuticas

necessárias para a adaptação à situação de doença (Costa et al., 2015). Esta teórica menciona o seguinte,

a única função da enfermeira é assistir o indivíduo doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio, caso tivesse força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível (Virgínia Herdenson (1991) citado por Tomey & Alligood, 2004, p.114).

A principal função do enfermeiro é ser prestador de cuidados de enfermagem ao doente, tendo como fim a sua independência (Virgínia Herdenson (1991) citado por Tomey & Alligood, 2004), sendo necessário uma avaliação inicial, um planeamento, uma implementação e uma avaliação final a cada um dos componentes dos cuidados de enfermagem – necessidades humanas fundamentais. O principal objetivo dos cuidados de enfermagem é a conservação ou o restabelecimento da independência da pessoa.

O enfermeiro ao avaliar o nível de dependência do doente pode agir como seu substituto, auxiliar ou seu parceiro para colmatar o que lhe falta para estar completo, total ou independente (Tomey & Alligood, 2004). Virgínia Henderson na sua obra *The Nature of Nursing – Reflection after 25 years* de 1991 apresenta um esquema sobre a dependência do doente cirúrgico e a equipa multidisciplinar durante o seu percurso cirúrgico (Anexo I). Esta autora alude que o doente cirúrgico apresenta uma maior dependência do enfermeiro, no dia anterior e no próprio dia da cirurgia. O enfermeiro deve avaliar as necessidades do doente junto do mesmo e assim como as condições e doenças que as alteram (Tomey & Alligood, 2004).

A VPO e o acolhimento são das intervenções com maior humanização dos cuidados no BO, através destas é possível tornar os cuidados menos frios e distantes. O doente é o centro dos cuidados em vez do procedimento cirúrgico.

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Os enfermeiros defrontam-se diária e sistematicamente com a obrigatoriedade de tomar decisões no contexto da ação (Thompson, Foster & Dowding, 2005). Atualmente, na sociedade, é exigido aos enfermeiros uma maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão, uma vez que estão consignadas no seu estatuto e regulamento do exercício profissional. O pensamento crítico é um conceito que é usado na educação e na prática de enfermagem como uma competência essencial no desenvolvimento em enfermagem (Simpson & Courtney, 2002). A necessidade de aprofundar conhecimentos em enfermagem é fulcral pela constante evolução dos saberes em saúde. Não se pode separar a construção de conhecimentos sem referir a importância da aquisição de competências para a evolução do profissional de enfermagem.

A competência pode ser compreendida como um “grau” de desempenho profissional, em que emprega de forma efetiva o conhecimento e capacidades adquiridas. A competência é um conjunto de habilidades, conhecimentos e de capacidades humanas que justificam um alto desempenho, sendo este sustentado pela inteligência e personalidade da pessoa (Fleury & Fleury, 2001). Pode-se afirmar que as competências são uma mais-valia para o profissional, de forma a este se tornar um melhor profissional do que ontem e na esperança de o amanhã ser ainda melhor. O enfermeiro no seu dia-a-dia tem a responsabilidade de integrar na sua prática as competências do Enfermeiro Especialista nomeadamente um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2010, p. 2).

O acolhimento ao BO e a visita pré-operatória representam lacunas graves no meu serviço. A ausência destas intervenções foram constatadas ao longo do tempo. Para isso, contribui a insatisfação dos meus pares e principalmente pelos sentimentos percebidos junto dos doentes à chegada ao BO. Uma das competências do enfermeiro generalista é o diagnóstico e priorização dos problemas do doente de modo a recolher e analisar os dados mais pertinentes, que lhe permita estabelecer objetivos e ainda implementar um plano de cuidados fundamentado (OE, 2012). Tendo em vista esta competência,

os enfermeiros do BO não implementam um processo de enfermagem de forma contínua e nem um plano de cuidados individualizados, pois não tem um conhecimento antecipado das necessidades do doente. Virgínia Henderson (1991) citada por Tomey e Alligood (2004), defende que as necessidades do doente tem que ser validadas com o próprio.

O ingresso na especialidade cimentou o meu interesse pela resolução do vazio das intervenções acima referido, levando-me a debruçar sobre este tema e conseqüentemente a desenvolver este projeto de intervenção. Enquanto futura especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa é fundamental que eu consiga entre outras: identificar as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares; promover intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares; envolver os cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal de forma a otimizar resultados na satisfação das necessidades; colaborar com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio (OE, 2011).

O contato com novos conhecimentos e com as competências do enfermeiro especialista em pessoa com doença crónica e paliativa confirmou ainda mais o meu interesse por esta problemática. Tal pode explicar, a utilidade do desenvolvimento deste projeto, no serviço onde exerço funções, dada a prevalência dos procedimentos cirúrgicos do foro oncológico aí realizados. A especialidade em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa tem como foco,

a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar (OE, 2011, p. 1).

Esta especialidade é fundamental para prestar cuidados personalizados, uma vez que no meu serviço há uma maior prevalência de cirurgias oncológicas em relação a outro tipo de cirurgias.

A metodologia deste projeto foi uma necessidade de sustentar a prática na teoria e entender e utilizar a teoria na prática. Para isso foi fundamental a pesquisa bibliográfica e a realização de uma revisão scoping (Apêndice I) no

início do desenvolvimento do projeto de intervenção de forma a ancorar a importância do tema para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO. Foi também realizado uma análise swot, que explica as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças da sua concretização (Apêndice II).

A elaboração deste projeto de intervenção tem em vista, o delinear de um plano de trabalho limitado no tempo e no espaço segundo os respetivos campos de estágios. Para a aquisição de competências de enfermeira especialista foram importante os campos de estágios e as atividades planeadas e realizadas nomeadamente a observação da prática dos enfermeiros e enfermeiros orientadores, a realização de documentos sobre as práticas de enfermagem, a execução de jornal de aprendizagem segundo o ciclo de Gibbs, entre outros. Realço a importância desta última atividade que referi pois é essencial para mergulhar na experiência e na aprendizagem adquirida. Uma pessoa para evoluir, enquanto profissional, carece de uma multiplicidade de experiências e acima de tudo de aprendizagens que se traduzam em ganhos de competências. Para uma mudança de atitude ou de prática clínica, apenas a experiência e o conhecimento permitem essa evolução.

Os campos de estágio realizados foram os seguintes: BO do Hospital B, BO do Hospital C e por fim BO do Hospital E. Os dois primeiros campos de estágios são serviços que têm implementado a visita pré-operatória e o acolhimento. Foi uma oportunidade única de aprender a realizar uma visita pré-operatória, acolhimento e ainda ter contato com realidades diferentes promotoras de aprendizagem e aquisição de conhecimentos. O último campo de estágio é referente ao meu local de trabalho, onde implementei projeto para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico em colaboração com a equipa de enfermagem.

Este capítulo representa o caminho realizado para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre, em que apresento os campos de estágios e tais como os objetivos gerais e específicos de cada um, as atividades e os indicadores de resultados. Durante a descrição do percurso desenvolvido é feito uma análise crítica das atividades à luz da evidência científica bem com da aquisição de competências adquiridas de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Oncológica e Mestre.

2.1 Campo de Estágio: BO do Hospital B

O BO do Hospital B. foi selecionado para a realização do estágio no período compreendido entre 25 de Setembro e 3 de Novembro pelo facto de nele realizarem a visita pré-operatória de enfermagem e o acolhimento do doente. Este é um bloco com acreditação de qualidade pela DGS e a equipa de enfermagem é constantemente incentivada à promoção do acolhimento do doente. O objetivo geral, os específicos, as atividades planificadas e as competências a atingir para este estágio foram realizadas no tempo previsto segundo o plano de atividades proposto (Apêndice III) e ilustrado no respetivo cronograma (Apêndice IV).

Este estágio tem como objetivo geral adquirir competências de Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgico na vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito do acolhimento do doente oncológico ao BO. Ao delinear este objetivo abrangente para a realização deste campo de estágio com vista à aquisição de competências, foram delimitados os seguintes objetivos específicos com atividades, recursos e indicadores de avaliação. Os objetivos específicos foram:

- Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde

Este objetivo marca o início do meu estágio neste campo, sendo fundamental para sua concretização as seguintes atividades: consultar as normas e protocolos do serviço e a exposição do projeto de intervenção. No primeiro dia de estágio, o enfermeiro-orientador e enfermeira-chefe deram-me a conhecer o serviço através da apresentação do mesmo e dos respetivos elementos que o constituem. Os indicadores de avaliação foram a consulta dos manuais/documentos próprios do serviço e a apresentação do projeto no campo de estágio. A consulta de normas e procedimentos foi importante para entender a organização do serviço e a relevância da acreditação de Andaluzia para a melhoria da qualidade dos cuidados, o que permitiu ao serviço tornar-se mais organizado e incentivado à melhoria constante dos cuidados e uma cultura de melhoria continua. A apresentação do projeto de forma informal ao enfermeiro-orientador e enfermeiro-chefe possibilitou-me expor a importância do projeto para promoção do acolhimento ao BO no meu local de trabalho. Ambos referiram que o projeto é essencial para promover a humanização dos cuidados ao BO.

Ambas as atividades foram realizadas nas primeiras duas semanas conforme o cronograma para o estágio.

- Compreender a dinâmica organizacional e de funcionamento do serviço

Este objetivo revelou-se primordial para conhecer a cultura da organização do serviço e a prestação de cuidados realizados. Autores referem que a compreensão do ambiente organizacional permite a deteção e apreensão sobre fatores que interferem direta e indiretamente com o planeamento, execução e avaliação das intervenções de enfermagem (Jurico, Peres & Kurcgant, 2008). Foram realizadas as seguintes atividades: reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro-orientador e outros elementos da equipa de enfermagem; conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem.

As reuniões informais com os elementos da equipa de enfermagem permitiram-me compreender a forma como a prestação de cuidados é efetuada e assim como o funcionamento do BO. Foi elaborado um texto de caracterização da estrutura e dinâmica do serviço (Apêndice V), o que me ajudou a entender o serviço e o hospital onde este está inserido.

- Desenvolver competências e práticas de cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO

Para este objetivo específico foi planeado a seguinte atividade de observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e visita pré-operatória. Foi possível concretizá-lo através dos seguintes indicadores de avaliação: observa e colabora na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e visita pré-operatória, realiza um poster e resumo sobre o acolhimento ao BO e ainda realiza um resumo e folheto sobre o acolhimento ao BO.

A observação e a colaboração dos cuidados de enfermagem no acolhimento e a VPO com o enfermeiro-orientador e outros enfermeiros, permitiram-me ver, ouvir, questionar e refletir sobre a importância destas intervenções para o doente oncológico. Também possibilitou notar a relevância da execução destes cuidados junto do doente e dos enfermeiros do internamento. Há uma cooperação e compreensão entre o enfermeiro do internamento e BO sobre a importância da VPO.

O acolhimento e a VPO são dos cuidados em BO que mais promovem a humanização dos cuidados. Os cuidados de enfermagem no BO revestem-se de

técnica e precisão, conseguir torná-los para uns cuidados mais próximos do doente no sentido de estar envolvido e “abraçado pela equipa”, é fundamental para este sentir-se mais seguro e menos ansioso. Estudos referem que o acolhimento e a visita pré-operatória permitem com que o doente “enfrente” a cirurgia de uma forma mais saudável bem como a redução da duração do internamento hospitalar, a minimização das complicações cirúrgicas e o aumento do bem-estar psicológico (Costa et al., 2015, Giron & Berardinelli, 2015). Ao observar e colaborar nos cuidados de enfermagem realizados ao doente oncológico durante a visita pré-operatória e o acolhimento permiti-me notar a fragilidade e o medo do doente perante o procedimento cirúrgico. Os doentes oncológicos passam por tratamentos desgastantes e agressivos e podem estar sujeitos a alterações de origem mental/emocional nomeadamente a depressão e ansiedade (Schimiguel et al., 2015, Machado et al., 2015, Pereira et al., 2016). O enfermeiro de BO desempenha um papel fundamental na humanização dos cuidados. Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros o enfermeiro é o “responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2003, p. 78)

Através da observação e colaboração na VPO e acolhimento foi importante a realização de um folheto ilustrativo sobre o acolhimento do doente ao BO (Apêndice VI) e o respetivo resumo (Apêndice VII). Estudos referem que há doentes que apresentam dificuldades de apreensão das informações fornecidas durante o período pré-operatório (Abuquerque & Araújo, 2011; Lithner, Johansson & Andersson, 2012). O atual folheto que é entregue aos doentes durante a VPO tem menos imagens e mais texto, daí a necessidade de realizar um folheto mais elucidativo. Também foi realizado um resumo do poster (Apêndice VIII) e um poster sobre o acolhimento do doente ao BO (Apêndice IX) para posteriormente ser colocado à entrada do BO, para o doente ter acesso uma última vez à informação sobre o percurso no BO.

Para além da atividade acima referida e dos indicadores de avaliação, foi também desenvolvida a atividade de reflexão e análise dos cuidados de enfermagem no acolhimento e VPO do doente oncológico ao BO. Para isso foram concretizado os seguintes trabalhos: a elaboração de um estudo de caso

de um doente oncológico (Apêndice X) e um jornal de aprendizagem (ciclo de Gibbs) sobre um evento crítico na VPO (Apêndice XI). O estudo de caso foi essencial pois proporcionou uma visão única da vida de um doente oncológico e do seu itinerário de doença e tratamento. A VPO enquanto intervenção de enfermagem foi importante para proporcionar diminuição do stress à doente perante o procedimento cirúrgico. Em suma o estudo de caso proporciona a mobilização de conhecimentos teórico-práticos com foco no desenvolvimento de competências na formulação do juízo diagnóstico/terapêutico/ético e ainda a promoção de uma reflexão epistemológica da disciplina e profissão de enfermagem (Braga, Augusto & Macedo, 2011).

A elaboração de um jornal de aprendizagem (Ciclo de Gibbs) sobre um evento crítico na VPO foi um momento de “resguardo” para uma reflexão sobre a prática realizada. Santos e Fernandes (2004) referem que a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como uma forma de munir os profissionais de enfermagem na aquisição de conhecimento dos seus saberes e das suas práticas. A capacidade de refletir na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na acção (Schön, 2000), é importante para o desenvolvimento dos diferentes saberes de enfermagem, para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e principalmente para evoluir enquanto pessoa.

Perante o desenvolvimento das diferentes atividades de acordo com os três objetivos específicos e tendo por base o objetivo geral delineado, foi possível desenvolver as seguintes competências: Comuns ao enfermeiro especialista (OE) (A. Responsabilidade profissional, ética e legal; A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B. Melhoria da qualidade; B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade); Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE) (L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida); Enfermeiro Especialista em Oncologia (EONS) (1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; 2. Informação e comunicação á pessoa com doença oncológica; 3. A pesquisa baseada na

evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica.); Mestre (Descritores de Dublin) (Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde).

Foi um campo de estágio enriquecedor e demonstrou-se um desafio pois simultaneamente era aluna e profissional de enfermagem e tive a oportunidade de conhecer um Hospital, um serviço e profissionais diferentes da minha realidade laboral.

2.2 Campo de Estágio: BO do Hospital C

O segundo local de estágio escolhido foi o Bloco Operatório do Hospital C, onde realizei o ensino clínico de 6 de Novembro a 15 de Dezembro. Este é um serviço orientado para o tratamento cirúrgico de doenças oncológicas do foro hépato-biliar e pancreático. Tal como no anterior campo de estágio, a visita pré-operatória de enfermagem e o acolhimento são uma realidade. O objetivo geral, os específicos, as atividades traçadas e as competências a atingir para este estágio foram realizadas no tempo previsto segundo o plano de atividades proposto (Apêndice XII) e ilustrado no respetivo cronograma (Apêndice XIII).

Este estágio teve como objetivo geral adquirir competências de Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgico na vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito do acolhimento do doente oncológico ao BO. Perante este objetivo, houve a necessidade de planejar três objetivos específicos correspondentes às atividades planeadas e indicadores de avaliação.

- Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde multidisciplinar

A integração no BO foi realizada de forma crescente, na medida em que a equipa multidisciplinar é grande. A enfermeira-orientadora foi uma facilitadora neste processo de adaptação à nova realidade. A integração foi realizada de forma responsável e com preocupação em me adaptar à nova realidade. A integração em enfermagem representa um processo estruturado e organizado, em que os enfermeiros desenvolvem habilidades e atingem determinada competência por meio da experiência prática e feedback regular (Mestrinho, 2000). Para a concretização deste objetivo foram realizadas as seguintes

atividades: a consulta das normas e protocolos do serviço e a exposição do projeto de intervenção ao enfermeiro-chefe e à enfermeira-orientadora.

- Compreender a dinâmica organizacional e funcionamento do serviço

No âmbito deste objetivo, as atividades planeadas e realizadas foram as seguintes: reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeira-orientadora e outros elementos da equipa de enfermagem; conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço que podem ser mobilizados na prestação dos cuidados de enfermagem. A realização das reuniões informais com o enfermeiro-chefe e a enfermeira-orientadora foram importantes para compreender a dinâmica e organização do serviço e ainda os projetos desenvolvidos promotores da qualidade dos cuidados realizados. Para além destas reuniões, também foi elaborado um texto sobre a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço para um melhor entendimento do mesmo (Apêndice XIV).

- Desenvolver competências e práticas de cuidados de enfermagem no acolhimento do oncológico no BO

Para o desenvolvimento deste objetivo foram desenvolvidas duas atividades, com os seus indicadores de avaliação. A primeira atividade desenvolvida foi a observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e VPO do doente oncológico ao BO. Ao acompanhar a enfermeira-orientadora foi possível assistir e colaborar no acolhimento do doente, em que este está sempre acompanhado, desde a sua chegada até à saída do BO. As práticas executadas são de uma essência profunda para a promoção da humanização dos cuidados pois as palavras e gestos proferidos/realizados, junto do doente, são importantes para que se sinta confortável e menos ansioso. Revela-se importante que “os enfermeiros sejam competentes tanto do ponto de vista da ciência como da técnica e que possuam uma formação humana que os torne capazes de prestar cuidados tendo em atenção a pessoa na sua globalidade de ser bio-psico-social-espiritual” (França, 2003).

A observação e colaboração na VPO permitiu-me compreender o valor do enfermeiro do BO, em explicar o percurso do doente no BO e conhecer o doente enquanto pessoa com as suas particularidades e necessidades. Tal como refere Virgínia Henderson, o enfermeiro deve avaliar as necessidades do doente junto do mesmo (Tomey & Alligood, 2004). Também tive oportunidade de realizar seis VPO de forma autónoma, com a supervisão da enfermeira-orientadora (na

totalidade de 18), tendo sido importante para a minha aprendizagem e consolidação de conhecimentos em prol de uma prática baseada na evidência.

Para além das atividades referidas, também realizei a reflexão e análise dos cuidados de enfermagem prestados no acolhimento e VPO do doente oncológico no BO. Para isso, foi primordial, enquanto indicadores de avaliação a elaboração de uma reflexão sobre observação da prestação de cuidados no acolhimento e VPO (Apêndice XV), um texto sobre as diferenças no VPO e o acolhimento entre o Hospital B e C (Apêndice XVI) e um jornal de aprendizagem sobre um evento crítico no acolhimento (Apêndice XVII).

A execução da reflexão e do jornal de aprendizagem foram indispensáveis para realçar a importância da comunicação entre enfermeiro-doente. A comunicação está presente em todas as ações de enfermagem e isso terá influência no modo como o cuidado é prestado a cada pessoa e deverá garantir a obtenção de ganhos terapêuticos (Gomes, Amendoeira & Martins, 2012). É uma técnica subjacente à qualidade dos cuidados de enfermagem e das organizações de saúde. Phaneuf (2005, p. 17) diz que

a comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo que entrava ou ao contrário motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento.

A elaboração de um texto sobre as diferenças no VPO e o acolhimento no BO entre o Hosp. B e C foi essencial para me debruçar sobre os cuidados de enfermagem praticados nas duas instituições, tal como a preocupação dos enfermeiros em promover a qualidade nos cuidados. Esta é uma premissa presente seja no Hosp. B ou C.

Perante o desenvolvimento desta atividade, através dos indicadores de avaliação, foi possível adquirir competências do enfermeiro especialista (OE, 2010) nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria da qualidade, na gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais.

Durante o estágio realizei cuidados de enfermagem com respeito pelo doente oncológico enquanto pessoa e bem como uma prática baseada na evidência com vista à promoção da qualidade e de um ambiente terapêutico seguro. Validei dúvidas e práticas de enfermagem com a enfermeira-orientadora e a equipa de enfermagem no âmbito do acolhimento e VPO do doente

oncológico no BO. O desenvolvimento das diferentes atividades nomeadamente a reflexão sobre os cuidados foi essencial para o progresso do autoconhecimento, assertividade e consolidação de conhecimentos.

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE – L5 e L6), nomeadamente no cuidar e no estabelecimento de uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, foi possível adquirir neste campo de estágio as competências evidenciadas conforme o plano de atividades proposto. Estas competências assentaram na relação estabelecida com o doente oncológico e nas intervenções implementadas no âmbito do acolhimento e VPO. O desenvolvimento das atividades são um espelho da minha evolução enquanto profissional e pessoa em prol de uma consolidação de saberes em busca de uma melhor prática junto do doente oncológico.

As competências segundo os Descritores de Dublin planeadas a atingir para este campo de estágio segundo o plano de atividades, foram adquiridas pelos trabalhos desenvolvidos e principalmente pelo pensamento e conhecimento mobilizado para a prática dos cuidados de enfermagem. A integração de conhecimentos adquiridos ao longo do estágio foram fundamentais para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem do doente oncológico.

2.3 Campo de Estágio: BO do Hospital E

O terceiro local de estágio escolhido foi o Bloco Operatório do Hospital E, no tempo compreendido de 3 de Janeiro a 9 de Fevereiro. Este BO é constituído por 7 salas operatórias e tem como valências cirúrgicas: cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia plástica e reconstrutiva, otorrinolaringologia, urologia e cirurgia vascular. Considerei este local como o meu campo de estágio principal pois é aquele no qual exerço funções e asseguro a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica. A aquisição de conhecimentos e competências nos dois locais de estágio anteriores foram uma mais-valia para a implementação do projeto de intervenção. Ao iniciar este estágio sentia-me motivada para implementar o programa de acolhimento do doente oncológico em colaboração com a equipa de enfermagem. O objetivo geral, os objetivos específicos, as atividades planeadas e as competências a obter para este

estágio foram realizadas no tempo previsto segundo o plano de atividades proposto (Apêndice XVIII) e o respetivo cronograma (Apêndice XIX). Este estágio teve como objetivo geral - Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO. Ao delinear este objetivo amplo, para a realização deste estágio, foram projetados os seguintes objetivos específicos, com atividades, recursos e indicadores de avaliação.

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do acolhimento do doente oncológico ao BO

Este objetivo marca o início da implementação do projeto de intervenção no serviço e tem duas atividades para a sua realização. O acolhimento é uma intervenção que a equipa de enfermagem realça como sendo importante para o doente, apesar de não ser realizada com qualidade devido às sinergias externas e internas à prática dos cuidados de enfermagem no BO. A sensibilização da equipa de enfermagem foi realizada através da exposição do projeto de intervenção no serviço através de reuniões informais com a enfermeira-chefe, a enfermeira-orientadora e a equipa de enfermagem. Através destas “conversas informais” foi possível transmitir os objetivos deste projeto e enaltecer a sua importância para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento. A receptividade da equipa de enfermagem foi uma constante deste do início do projeto até o seu término. Também apresentei o projeto de forma informal ao enfermeiro-chefe e enfermeiros do serviço de internamento de Cirurgia Geral de forma a terem conhecimento dos objetivos e dos cuidados de enfermagem a serem praticados.

A realização da sessão formativa à equipa de enfermagem do BO foi essencial para demonstrar a evidência científica da importância do acolhimento do doente oncológico ao BO na diminuição da ansiedade e prevenção de complicações pós-operatória. As sessões formativas representam uma oportunidade para aquisição de conhecimentos e partilha de experiências. Para a concretização desta atividade foi necessário a elaboração do plano da sessão de formação (Apêndice XX). A divulgação da sessão formativa foi realizada em suporte de papel e também através de conversas informais com os colegas. Na elaboração e apresentação da sessão formativa (Apêndice XXI), tentei transmitir a importância deste projeto para melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, de forma a dignificar e humanizar o acolhimento do doente

oncológico. Na sessão formativa participaram 25 enfermeiros, sendo que a equipa de enfermagem do BO é constituída por 50 enfermeiros. A adesão foi de 50% conforme o planeado.

Foi aplicado o questionário de avaliação da formação do centro de formação do hospital (Apêndice XXII) e posteriormente foi realizada a análise da informação fornecida pelo questionário (Apêndice XXIII). A equipa de enfermagem mostrou-se muito recetiva à implementação deste projeto. Uma das pessoas inquiridas referiu inclusivamente no questionário, como sendo este um “projeto muito interessante para o serviço e igualmente desafiante.”

- Implementar e desenvolver os cuidados de enfermagem na visita pré-operatória e acolhimento do doente oncológico ao BO

O desenvolvimento dos cuidados de enfermagem na VPO e acolhimento está assente no conhecimento adquirido nos campos de estágios anteriores. A aprendizagem contempla a aquisição e transmissão de conteúdos teóricos e práticos. A aquisição de conhecimento não é suficiente para adquirir competências, exigindo para tal, saber utilizá-los, articulando as diferentes formas de conhecimento e diferentes saberes, inclusivamente aquele que advém da experiência (Alarcão & Rua, 2005). A observação e a colaboração na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO nos campos de estágios anteriores sustentou a minha prática de cuidados de enfermagem neste campo de estágio.

Para o desenvolvimento e implementação dos cuidados de enfermagem no âmbito deste projeto, realizei VPO e acolhimento ao doente oncológico ao BO. Efetuei 50% dos acolhimentos em função do número de doentes operados por turno realizado, o que representa 10 doentes acolhidos por turno. No entanto o número de doentes dependia do tipo de cirurgia e programa operatório da sala cirúrgica. Realizei acolhimento a todos os doentes admitidos independentemente de ser do foro oncológico, por uma questão de equidade e ética profissional.

A receção do doente ao BO é realizada na sala de acolhimento, onde acolhi os doentes que eram admitidos para o procedimento cirúrgico. Tive oportunidade de os acolher e permanecer junto deles até que os enfermeiros das salas operatórias os viessem buscar para a cirurgia. Foi uma oportunidade única de os acolher, de forma digna e humana. O enfermeiro frequentemente é dos primeiros cuidadores do doente e respetiva família, os quais estão a vivenciar um processo de transição, assistindo às principais mudanças e implicações

causadas pelas mesmas (Meleis, 2010). O enfermeiro ajuda o doente a preparar-se através de ensinamentos e capacitação deste e da família para a transição e tornando-a menos difícil. O cuidado dispensado ao outro não se pode reduzir ao cuidado com o seu corpo, é também o cuidado dedicado à identidade do outro, que tem um nome, à palavra e às suas preocupações (Honoré, 2004). O enfermeiro deve estar atento aos valores e crenças do doente e respeitar esses valores, pois só assim permitirá uma relação holística e humanizada.

Foi realizada VPO aos doentes da especialidade da Cirurgia Geral pois é uma valência em que o programa operatório não tem alterações e os doentes são internados com antecedência nomeadamente do foro oncológico. Foram realizadas 15 VPO sendo que também as concretizei a doentes do foro não oncológico (5 doentes) por uma questão de salvaguarda de aplicabilidade do projeto. A VPO foi realizada no fim do turno da manhã e no dia anterior ao procedimento cirúrgico. Esta atividade permitiu-me conhecer o doente como pessoa e também a sua família, pois, enquanto enfermeira de BO, não tenho possibilidade de o fazer verdadeiramente. Através da sua execução, notei a importância de estar atenta à comunicação não-verbal do doente, uma vez que há doentes que referiram não estar ansiosos pelo procedimento cirúrgico, mas apresentavam-se com as mãos suadas, o olhar inquieto, o choro fácil, entre outras manifestações. A comunicação é fundamental quer seja verbal quer não-verbal, na relação enfermeiro-doente. O enfermeiro deve “observar o doente ao qual se dirige e reunir as expressões que lê na sua face para lhe dar um sentido; poderá assim compreender melhor o que sente o doente e ajudá-lo melhor” (Phaneuf, 2005, p. 76).

Apliquei um questionário de satisfação dos utentes ao BO (Apêndice XXIV), durante a visita pós-operatória aos doentes oncológicos, o que me permitiu avaliar a importância da sua execução, bem como dos cuidados prestados nesse local. Após a efetivação do questionário, procedi à análise dos dados fornecidos (Apêndice XXV), o que permitiu constatar a importância da VPO, para diminuição da ansiedade, perante o procedimento anestésico-cirúrgico. Também elaborei um jornal de aprendizagem sobre um evento crítico (Apêndice XXVI), o que me possibilitou atestar a relevância da comunicação, no acolhimento ao BO. A comunicação é inerente à prática de enfermagem com vista a uma garantia do êxito dos procedimentos técnicos e da convivência, de

forma a garantir uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007).

- Implementar um programa de promoção de acolhimento do doente oncológico ao BO

Um programa é fundamental para uniformizar os cuidados de enfermagem efetuados no âmbito do acolhimento do doente oncológico. O desenvolvimento e a implementação deste programa é essencial para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem no BO.

Para este objetivo específico foram realizadas as seguintes atividades: um procedimento sectorial do acolhimento (Apêndice XXVII) e VPO ao BO (Apêndice XXVIII), uma check-list de boas práticas no acolhimento (Apêndice XXIX) e VPO (Apêndice XXX), um folheto sobre o acolhimento ao BO (Apêndice XXXI) e um vídeo sobre BO e ambiente envolvente.

O procedimento sectorial do acolhimento e a visita pré-operatória representam formas de sistematizar a prática dos cuidados de enfermagem no BO, tendo sido essencial a concretização destes procedimentos para o serviço. Foi elaborada uma check-list de boas práticas no acolhimento e VPO, de forma a espelhar as diferentes práticas a serem executadas durante a prestação dos cuidados de enfermagem. Durante a minha prática de cuidados, no âmbito deste projeto, foi uma constante a utilização da check-list de boas práticas.

A composição e a distribuição do folheto do acolhimento foram essenciais para entregar durante a VPO, pois é uma forma de explicar o circuito do doente, no BO, através de imagens. A maioria dos doentes demonstrou muita receptividade pela entrega do folheto. A realização e demonstração do vídeo do BO na VPO foram estratégias para consolidar a informação fornecida e assim preparar o doente para o que iria enfrentar no BO. Os doentes revelaram interesse e curiosidade pela visualização do vídeo. Um estudo refere que a informação pré-operatória, via multimédia (vídeo), reduziu a ansiedade em doentes submetidos a cirurgia com anestesia loco-regional (Jlala, French & Foxall, 2010).

Os objetivos específicos e as atividades planeadas foram desenvolvidas ao longo do estágio em colaboração com enfermeira-orientadora e a restante equipa de enfermagem. A participação neste campo de estágio possibilitou-me ter a capacidade de mobilizar a equipa de enfermagem para a essência do acolhimento ao BO, o que se revelou uma surpresa agradável. Também me

permitiu refletir sobre a forma de melhorar os cuidados realizados ao doente no BO, isto é, torná-los mais dignos e “humanos”.

Enquanto enfermeira e futura especialista tive a capacidade de desenvolver cuidados de enfermagem num exercício seguro, ético e profissional com respeito pelos direitos humanos. A implementação do projeto de intervenção no serviço foi mobilizador para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados no âmbito do acolhimento ao BO. Tive a capacidade de gerir os cuidados com qualidade e dignidade pelo doente e também incentivar a equipa de enfermagem a otimizar os cuidados para um acolhimento com maior qualidade no BO. A implementação do projeto no serviço também foi fundamental para o meu crescimento de saberes no domínio da assertividade e autoconhecimento.

Ao prestar cuidados ao doente oncológico no âmbito do acolhimento ao BO, desempenhei um papel de “facilitadora” na forma como o doente vivência o tratamento do cancro, de forma atenuar os sentimentos negativos inerentes ao procedimento cirúrgico. Estabeleci relações terapêuticas com os doentes com vista à satisfação das suas necessidades através do VPO e acolhimento. Estas duas intervenções de enfermagem foram importantes para realizar o processo de enfermagem no BO, para trabalhar em parceria com o doente e principalmente para avaliar e intervir junto do mesmo.

A implementação deste projeto de intervenção foi um culminar de uma pesquisa profunda baseada na evidência. O desenvolvimento de conhecimentos permitiu um aumento da minha capacidade de compreensão junto de situações novas, traduzindo-se numa prestação de cuidados mais “polida e com conhecimento de causa”. Como tal, este campo de estágio promoveu o desenvolvimento de competências do âmbito do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), Enfermeiro Especialista em situação crónica e paliativa (OE, 2011), Enfermeiro Especialista em Oncologia (EONS, 2013) e de Mestre - Descritores de Dublin (Decreto-lei nº 74/2006), conforme o planeado no plano de atividades (Apêndice XVIII).

3. AVALIAÇÃO

A avaliação é um momento oportuno para refletir nas palavras, atos, pensamentos, no fundo, em tudo o que foi ou não realizado. A avaliação é uma constante no dia-a-dia seja executada pela própria pessoa ou por terceiros. Na sociedade é inevitável o escrutínio de tudo o que uma pessoa efetua na esfera social, pessoal e profissional. O essencial da avaliação é a reflexão sobre os valores e sentidos do indivíduo sobre o cumprimento do seu desempenho (Sobrinho, 2008).

A avaliação do meu percurso em virtude do desenvolvimento do projeto de intervenção é fundamental, uma vez que é um “olhar” crítico e reflexivo sobre o conhecimento e competências adquiridas nos diferentes campos de estágio. A aprendizagem em contextos de trabalho é um momento fulcral de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais (Abreu, 2007).

O desenvolvimento do conhecimento e aquisição de competências é um processo único e singular, na medida, que cada enfermeiro faz o seu próprio caminho. O Modelo de Dreyfus adaptado à Enfermagem por Patrícia Benner - iniciada, iniciada avançada, competente, proficiente e perita, defende que as competências desenvolvem-se ao longo da vida profissional. O enfermeiro desenvolve o seu conhecimento quando na sua prática faz julgamentos clínicos, descreve e fundamenta as observações, os seus comportamentos tipo, os casos paradigmáticos, as máximas e as mudanças que vão surgindo nas suas práticas (Benner, 2001). O desenvolvimento e implementação deste projeto em sintonia com a minha experiência e conhecimento profissional promoveu a minha aquisição de competências de enfermeiro perito. A perícia clínica resulta do conhecimento teórico e prático, traduzindo-se na capacidade de tomar decisões clínicas perante situações complexas (Benner, 2004). Um enfermeiro perito demonstra a sua perícia clínica ao mobilizar todo um conjunto de saberes que farão a diferença e resultarão em ganhos em saúde.

Tal como foi referido anteriormente, este projeto foi um “catalisador” no desenvolvimento e aquisição de competências nos diferentes âmbitos, nomeadamente:

- Competências Comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010):

Enquanto futura enfermeira especialista, a minha prática clínica teve como base a segurança, apoiada em princípios éticos e deontológicos. Os cuidados

realizados foram orientados para unicidade do doente enquanto ser bio-psico-socio e espiritual com respeito pelos seus direitos. Também promovi uma gestão de cuidados de excelência, tanto dos meus pares como dos restantes profissionais do serviço, no âmbito do acolhimento do doente oncológico ao BO. O desenvolvimento deste projeto no BO bem como a elaboração de procedimentos tiveram o intuito de promover a melhoria da qualidade dos cuidados. Desenvolvi e melhorei a minha práxis clinica em virtude da aquisição de novos conhecimentos adquiridos com o desenvolvimento do projeto de intervenção e da prática diária.

- Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE, 2011) e do enfermeiro especialista em Oncologia (EONS,2013):

O desenvolvimento deste projeto permitiu-me cuidar do doente no seu todo através do conhecimento antecipado das necessidades, do acolhimento e VPO. Os diferentes campos de estágio permitiriam cuidar e estabelecer uma relação terapêutica com o doente oncológico e família, promovendo uma diminuição do seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar.

O estudo de caso e os diferentes trabalhos desenvolvidos demonstraram a preocupação em identificar as necessidades, planear os cuidados de enfermagem e intervir na gestão da doença e tratamento do doente oncológico. Os cuidados desenvolvidos no projeto de intervenção basearam-se na prática fundamentada na evidência com vista à melhoria da qualidade. A pesquisa bibliográfica e a revisão scoping foram ajudas para consolidar conhecimentos e assim melhorar as minhas habilidades enquanto enfermeira no âmbito da comunicação ao doente oncológico.

- Competências de Mestre (Decreto-lei nº 74/2006):

O projeto de intervenção permitiu-me adquirir saberes e competências através das experiências anteriores, na prática clinica. A construção de novos conhecimentos foi uma constante, com este projeto, porque os mesmos possibilitaram e possibilitarão a resolução de problemas de novas situações que surgiram e que surgirão num futuro próximo.

3.1 Pontos fortes e pontos fracos

Ao refletir sobre os pontos fortes e fracos no desenvolvimento deste projeto, foi necessário rever o caminho percorrido nos diferentes campos de estágio. A realização de um projeto implica lidar com imprevisibilidades que podem alterar o planeamento do caminho a ser percorrido.

Os pontos fracos remetem-se a fraquezas ou fragilidades inerentes ao desenvolvimento do projeto. O tempo determinado para a realização dos estágios e para a execução de trabalhos poderiam ter sido mais longos, pois foi necessário algum esforço para conciliar o estágio com a vida profissional. A pesquisa bibliográfica e a revisão scoping careceram de muita atenção e dedicação. Por vezes, gerir o tempo destes dois momentos, requereu bastante concentração para que a gestão ocorresse da melhor forma. No último campo de estágio, desenvolvi e implementei o meu projeto e concretizei o acolhimento e VPO mas, atualmente, com o término do projeto, não é executada nenhuma dessas intervenções. A falta de enfermeiros é uma realidade no meu serviço, o que interfere, infelizmente, com a qualidade dos cuidados prestados.

Os pontos fortes referem-se às mais-valias e forças do desenvolvimento do projeto. Nos dois primeiros campos de estágio, a receptividade da equipa de enfermagem foi boa, permitindo-me sentir como “um elemento da equipa” e não uma pessoa estranha ao serviço. A riqueza destes campos de estágio, em termos de intervenções de enfermagem, no âmbito do acolhimento e VPO do doente oncológico, foram essenciais para a minha aprendizagem. A oportunidade de realizar acolhimento e VPO com ajuda dos enfermeiros orientadores, foram fundamentais para cimentar o meu saber-saber, saber-fazer, saber-estar e saber-ser. Realço a importância dos enfermeiros-orientadores nestes dois campos de estágio, uma vez que são profissionais peritos na área do acolhimento e VPO no BO. O conhecimento, a orientação e a exigência dos enfermeiros orientadores foram fulcrais para a minha busca e preocupação em desenvolver intervenções de enfermagem com qualidade.

No terceiro estágio tive a oportunidade de desenvolver o projeto com apoio da enfermeira-chefe e enfermeira-orientadora. A equipa de enfermagem estava motivada e receptiva à implementação do projeto pois sempre realçaram a importância do acolhimento e a necessidade de um enfermeiro de acolhimento no BO. A equipa de enfermagem colaborou durante a realização do acolhimento

do doente no BO. Foi um estágio rico pois tive hipótese de efetivar a VPO, o acolhimento e a visita pós-operatória. Tendo vivido momentos únicos com os doentes durante a prestação dos cuidados.

3.2 Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados

A qualidade em saúde é fundamental para os cuidados de saúde e é intrínseco à prática dos profissionais. Atualmente os doentes estão mais exigentes na medida que possuem maior literacia em saúde e com conhecimentos dos seus direitos. A exigência de cuidados com qualidade é uma constante pelas organizações de saúde, profissionais de saúde e doentes.

A enfermagem enquanto profissão tem como foco a qualidade dos cuidados. A qualidade em saúde

é uma tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Pois, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2001, p. 4).

Uma das competências do enfermeiro é a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade. Para que todos os profissionais de enfermagem praticassem uma excelência de cuidados, foi necessário criar padrões de qualidade com a construção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). A OE definiu cinco enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, constituindo-se como um instrumento relevante para orientar o papel do enfermeiro junto dos clientes e de outros profissionais (OE, 2013). Os cinco enunciados descritivos referem-se à satisfação do doente e família; a promoção da qualidade, bem-estar e alívio do sofrimento; a prevenção de complicações; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Esta parametrização de padrões de qualidade em enfermagem é importante para que os enfermeiros pratiquem as melhores intervenções de enfermagem para garantir a qualidade em saúde.

O desenvolvimento e implementação deste projeto visou a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem realizados ao doente oncológico. Este projeto promoveu: os cuidados de enfermagem com respeito pelas crenças/valores do doente com vista a minimizar o impacto negativo da cirurgia;

o estabelecimento de parceria com o doente no planeamento do processo de cuidados (VPO e acolhimento); o bem-estar do doente através do fornecimento de informação geradora de aprendizagem, rigor técnico e científico das intervenções de enfermagem; a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem (VPO); o ensino e a instrução sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional e ainda um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros

Este projeto difundiu a qualidade dos cuidados do acolhimento do doente oncológico ao BO. A mais-valia deste projeto foi o reconhecimento pelos pares e por outros elementos da equipa multidisciplinar da necessidade deste projeto para promoção de cuidados dignos e humanizados ao doente oncológico no BO. Infelizmente por falta de recursos humanos, este projeto encontra-se suspenso e espero que seja realizado em breve como prática diária no serviço. Há interesse em que este seja implementado, uma vez, que o serviço está em processo de acreditação de Andaluzia pela DGS.

Gostaria de realizar uma breve avaliação do trabalho desenvolvido pois como referi anteriormente, o objetivo principal foi a promoção da qualidade nos cuidados desenvolvidos. Para alcançar este fim, foi necessário uma enorme dedicação em busca de conhecimento. Primeiro, a necessidade de pesquisar artigos, textos, livros e falar com colegas de profissão sobre esta problemática. Segundo, refinar a pesquisa bibliográfica e especificar os artigos necessários para sustentar o tema a desenvolver. Terceiro, os campos de estágios foram oportunos e dádivas pois permitiram aprofundar a minha prática nos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO. Os enfermeiros-orientadores foram indispensáveis pela sua exigência e disponibilidade, o que contribui para o meu desenvolvimento enquanto profissional e pessoa. Também impulsionou a sentir-me motivada para a realização do projeto de intervenção. A avaliação realizada pelos enfermeiros-orientadores foram um resultado do meu trabalho e dedicação ao projeto (Anexo II). Por último, todas atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio representam todo o esforço praticado para sustentar este projeto e a aquisição de conhecimento e competências.

CONCLUSÃO

O cancro, enquanto doença crónica, tem uma carga social pesada e estigmatizante, o que provoca grande sofrimento na vida doente. A doença e o processo à sua adaptação são construções sociais determinadas pela cultura e sociedade onde está inserida o doente, o que ajuda a compreender a adaptação e o tratamento. Sendo eu enfermeira, num hospital em BO onde impera o modelo biomédico, por vezes, torna-se difícil a prática de cuidados holísticos. O doente é um ser único e especial e merece que os profissionais de saúde, que interagem com ele, proporcionem cuidados de qualidade. O enfermeiro em oncologia carece ir ao encontro do doente e de estabelecer uma relação terapêutica. Para isso, é fundamental o conhecer o doente e família, ajudar no processo de adaptação e tratamento da doença e assegurar cuidados holísticos. Cada doente vivencia a sua doença de forma única e singular. As intervenções de enfermagem devem ser particulares e responder de forma adequada às necessidades de cada doente.

O acolhimento e a VPO ao doente oncológico são duas intervenções de enfermagem que visam a humanização das práticas instituídas no BO e são fundamentais para o bem-estar e diminuição do stress do doente. Virgínia Henderson enfatiza que o enfermeiro deve avaliar as necessidades do doente junto do mesmo assim como as condições e doenças que as alteram. Por seu lado, Meleis refere que o enfermeiro é o profissional mais dotado para apoiar o doente nesta transição e capacitá-lo de informação/conhecimento de forma a lidar melhor com a nova realidade. Estas teóricas sustentaram a práxis deste projeto e a relevância de cuidados de enfermagem em proporcionar resposta às necessidades do doente. O desenvolvimento de um projeto que respondesse a esta lacuna no BO era premente.

O projeto de intervenção com tema “Promoção do acolhimento do doente oncológico ao BO: cuidados de enfermagem”, visa a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem do doente oncológico ao BO. Este projeto representa um percurso realizado em diferentes contextos e pessoas, tornando-o repleto de experiências e oportunidades em aprender e aperfeiçoar a minha prática de enfermagem. A aquisição e integração de novos conhecimentos adquiridos através das experiências vividas nos estágios e a pesquisa bibliográfica executada foi fundamental para assumir uma responsabilidade profissional, ética

e legal, assim como na gestão e qualificação dos cuidados de enfermagem ao doente oncológico. A prática reflexiva sobre os contributos das experiências vividas nos diferentes estágios foi essencial para o meu desenvolvimento profissional e pessoal enquanto futura enfermeira especialista. Esta prática reflexiva permitiu-me “dissecar” a experiência ao pormenor, analisando a forma como lidei com a mesma. O resultado dessa reflexão ou outcome da reflexão foi integrado no meu “corpo” de conhecimento ou saberes e refletiu-se nas competências desenvolvidas.

A realização das diferentes atividades fundadas nos objetivos propostos para cada campo de estágio, foram realizadas afincadamente e tiveram como propósito final a aquisição de competências de Enfermeira Especialista, Enfermeira Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica para a Pessoa em Situação Crónica e Paliativa da OE e da EONS e também de Mestre (Descritores de Dublin). As experiências vividas no campo de estágio e a execução dos trabalhos desenvolvidos no âmbito da implementação e desenvolvimento do projeto conduziram-me a adotar as referidas competências. Tal como defende o modelo de aquisição de competências de Benner (2004) em que o enfermeiro constrói o seu conhecimento clínico através da multiplicidade de experiências, adquirindo competências. O meu desempenho e trabalho desenvolvido neste projeto permitiu-me adquirir competências de enfermeiro perito pelas experiências vivenciadas, pela compreensão profunda e intuitiva perante as situações, pela aprendizagem direta do problema e por fim pela capacidade em prestar cuidados de enfermagem com qualidade.

O desenvolvimento e implementação deste projeto permitiram melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente oncológico no BO. Os alicerces foram construídos através da criação de um programa de acolhimento e também da sensibilização dos colegas de enfermagem para a sua importância. Os objetivos propostos para este projeto foram atingidos mas realço que o trabalho, a dedicação, o esforço e a resiliência foram essenciais para o seu desenvolvimento. O conhecimento adquirido tornou-me numa enfermeira mais segura das minhas práticas e também numa melhor pessoa.

As perspetivas futuras, enquanto profissional, é algo importante que necessita de reflexão. No meu local de trabalho, vou fazer um esforço para que este projeto seja integrado, na sua plenitude, no meu serviço, contudo, a falta de enfermeiros é uma realidade. O BO está a iniciar o seu processo de acreditação e

vou colaborar na sua implementação. Assim, tenho a esperança que a VPO e o acolhimento sejam duas atividades diárias, no BO. Para além disso, desejo realizar um artigo científico sobre o acolhimento do doente oncológico ao BO, através do conhecimento e pesquisa bibliográfica feita para este projeto. Num futuro próximo, gostaria ainda de aprofundar conhecimentos, no âmbito da comunicação com o doente oncológico em BO e a importância da humanização dos cuidados e práticas inerentes a esta problemática. Também gostaria de participar em Jornadas ou Simpósios no âmbito desta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, Teorias e Conceção Didática*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 3 (14), 373-82.
- Albuquerque, P. & Araújo, L. (2011). Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. *Revista Associação de Medicina Brasileira*, 57 (2), 144-152.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Andolhe, R., Guido, L. & Bianchi, E. (2009). Stress and coping in perioperative period of breast cancer. *Revista de enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43 (3), 703-711.
- Ang, S., Chen, H. & Siah, R. (2013). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: na integrated literature review. *Oncology Nurse Forum*, 40 (6), 587-594.
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2015). *Guidelines for Perioperative Practice*. Bélgica: AORN.
- Armstrong, R., Doyle, J. & Waters, E. (2011). Cochrane Update Scoping the scope of a cochrane review. *Journal of Public Health*, 33, 147–150.
- Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32

- Baião, B., Oliveira, R. & Alves, K. (2014). Acolhimento humanizado em posto de saúde urbano do distrito federal. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 17 (3), 291 – 302.
- Bagés, C., Lleixa, M. & Vazquez, D. (2015). Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing. *Enfermaria Global*, 39, 41-51.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2004). De principiante a perito. *Revista Servir*. 44 (3), 23-27.
- Bertone, T., Ribeiro, A. & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe*, 3, 1-5.
- Braga, F., Augusto, C. & Macedo, A. (2011) Desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo através da discussão do estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, Suplemento, 129.
- Chistóforo, B.E.B. (2006). *Cuidados de enfermagem realizados ao Paciente Cirúrgico no Período Pré-operatório*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Chistóforo, B., Zagonel, I. & Carvalho, D. (2006). Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. *Revista Cogitare de Enfermagem*, 11 (1), 55-60.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (4ª ed.). Lisboa: Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses – Lidel.
- Costa, K, Dias, R. & Azevedo, P. (2015). A importância das orientações de enfermagem no cuidado ao paciente submetido à cirurgia cardíaca: revisão integrativa. *Revista Vita et Sanitas da Faculdade União Goyazes*, 9 (2), 3-9.

Daian, M., Petroianu, A. & Jeunon, E. (2012). Estresse em Procedimentos Cirúrgicos. *ABCD Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 25 (2), 118-124.

Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei .º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). *Diário da República Eletrónico* (09/04/2017) 1-36.

Dicionário da Porto-Editora (2018 Janeiro). *Acolhimento*. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/acolhimento>

Direcção-Geral de Saúde (2018 Janeiro). *Cancro em Portugal*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/04/04/cancro-em-Portugal>

Direcção-Geral de Saúde (2016). *Doenças Oncológicas em números – 2015: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Deus, M. (2009). *Vivências dos doentes oncológicos no período pré-operatório: o papel da equipa de enfermagem*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2009.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2014* (4th ed.). Brussels: EONS.

Fernandes, F. (2011). A importância da visita pré-operatória para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2 (2), 1-26.

Fernandes, R., Fernandes, C. & Costa, S. (2013). Qualidade de Vida em Oncologia. *Oncology.News*. VIII (24), 12-20.

- Fernandes, L., Machado, C. & Fernandes, V. (2013). Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. *Enfermería Global*, 32, 104-118.
- Ferreira, L., Santos, C. & Bulcão, E. (2012). Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica. *Oncology News*, VI (20), 20-27.
- Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, Edição Especial, 183-196.
- Fonseca, R. & Peniche, A. (2009). Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (4), 428-433.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- França, A. (2003). *A Emergência da Consciência Bioética e o Cuidar*. Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Tese de Doutoramento, Lisboa
- Gomes, F., Amendoeira, J. & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60.
- Giron, M. & Berardinelli, L. (2015). O conhecimento em enfermagem sobre a humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 9 (2), 974-984.
- Giron, M., Berardinelli, L. & Santo, F. (2013). O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização. *Revista de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro*, 21 (2), 766-771.

- González, Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades Psicológicas*, 20 (107), 22-44.
- Gomes, S., Santos, A. & Lima, L. (2010). A ética do cuidado de Enfermagem: um olhar sobre os pacientes oncológicos. *Revista Horizonte*, 8 (18), 112-136.
- Gursoy, A., Guner, S. & Yilmez, S. (2016). Preoperative stress: an operating room nurse intervention assessment. *Journal Perianesthesia Nursing*, 31 (6), 495-503.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Camarate: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatística de Saúde de 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jlala, H., French, J. & Foxall, G. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 104 (3), 369-374.
- Jurico, M., Peres, A. & Kurcgant, P. (2008). Estrutura organizacional no serviço de enfermagem: reflexão sobre a influência no poder e da cultura organizacional. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42 (3), 569-577.
- Keulers, B., Scheltinga, M. & Houterman, S. (2008). Surgeons underestimate their patients desire for preoperative information. *World Journal Surgery*, 32 (6), 964-970.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Books.

- Kruse, M., Almeida, M. & Keretzky, K. (2009). Orientação pré-operatória da enfermagem: lembranças de pacientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (3), 494-500.
- Lenza, N., Sonobe, H. & Zago, M. (2013). Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e familiares em programa de ostomizados. *Revista eletrônica de enfermagem*, 15 (3), 755-762.
- Lima, F., Silva, J. & Gentile, A. (2009). A relevância da comunicação na amenização do estresse de clientes no pré-operatório: cuidando através de orientações. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (3), 495-500.
- Lira, G., Nations, M. & Catrib, A. (2004). Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 13 (1), 147-155.
- Lithner, M., Johansson, J. & Andersson, E. (2012). Perceived information after surgery for colorectal cancer: an explorative study. *Colorectal Disease*, 14 (11), 1340-1350.
- Macena, C., Lange, E. (2008). A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. *Psicologia Hospitalar*, 6 (2), 20-39.
- Machado, G., Ouro, E. & Santana, F. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista brasileira de saúde funcional*, 2 (1), 33-45.
- Machado, C., Teixeira, E. & Daher, D. (2011). Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Revista de enfermagem da Universidade de Enfermagem do Rio de Janeiro*, 20, 457-462.
- Medeiros, F., Araújo-Souza, G. & Clara-Costa, I. (2010). Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Saúde Pública*, 12 (3), 402-413.

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L. & Schumacker, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advance in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, Nov./Dec., 255-259.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing – Development & Progress*. (5th ed.) Pennsylvania: Wolters Klumer –Pippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L. & Im, E. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances. Nursing Science*, 23 (1),12-28.
- Mello, B., Lucena, A. & Echer, I. (2010) Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (4), 803-811.
- Mestrinho, M. (2000). *Tornar-se enfermeiro: de estudante a profissional*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Monteiro, M. & Pagliuca, L. (2008). Análise da adequação da Teoria de Relacionamento interpessoal em grupos conduzidos por enfermeira. *Revista Enfermagem*, 12 (3), 424-429.
- Nogueira, M., Soares, E. & Dutra, G. (2011). Pré-Operatório Cirúrgico: Abordagem estratégia na humanização do cuidado de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 31 (1), 1711-1719.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento Conceptual*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil das competências do Enfermeiro dos cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoas em situação crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Padilha, K., Vattimo, M. & Silva S. (2010). *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. São Paulo: Manole.
- Pan, Q., Lin, R. & Xu, L. (2016). Prevalence rate and influencing factors of preoperative anxiety and depression in gastric cancer patients in China: Preliminary study. *Journal International of Medical Research*, 44 (2), 377 – 388.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pereira, F. (2010). Caracterização dos estados psicológicos no doente oncológico. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 11 (6), 1-5.
- Pereira, A., Soares, V. & Russo, T. (2016). O ensino pré-operatório na perspetiva, de pacientes oncológicos. *Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 10 (2), 449-456.

- Pereira, F. (2013). Predisposição psicológica de adaptação comportamental à patologia oncológica. *Revista Evidências*, 26-40.
- Pritchard, M. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25 (51), 35-39.
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, Transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Ribeiro, P. (2010). Pré-operatório: O universo da apreensão e desconhecimento: Estudo de factores que influenciam o nível de ansiedade estado do doente no pré-operatório. *Revista Investigação em Enfermagem*, 22, 17-26.
- Rothrock, J. (2008). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. Loures: Lusodidacta.
- Sadati, L., Pazouki, A. & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 994-998.
- Saes, S., Rays, J. & Gatti, M. (2012). Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Revista Salusvita*, 30 (3), 203-211.
- Salgado, N. (2011). A história oncológica do doente. *Oncology News*, V (18), 23-32.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão e estruturada. *Referência*, 11, 59 – 62.
- Santos, M., Martins, J. & Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 7-15.

- Schmiguel, J., Cenciarelli, E. & Nunes, L. (2015). O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Saúde Revista*, 15 (39), 47 – 57.
- Schneider, D., Manschein, A. & Albuquerque, G. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Revista de texto contexto – enfermagem*, 17 (1), 81 -89.
- Schon, A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Sé, C., Progianti, J. & Pereira, A. (2016). Implantação do módulo acolhimento do programa cegonha carioca no município do Rio de Janeiro. *Revista de pesquisa de cuidado fundamental*, 8 (1), 3935-3944.
- Silva, L. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicologia para América Latina*, 19, 16-23.
- Silva, D. & Alvim, N. (2010). Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (3), 427-434.
- Simpson, E. & Courtney, M. (2002). Critical thinking in nursing education: literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (2), 89-98.
- Soares, L., Santana, M. & Muniz, R. (2010). O fenômeno do câncer na vida de idosos. *Ciência Cuidado Saúde*, 9 (4), 660-667.
- Sobrinho, S. (2008). Avaliação educativa: produção de sentidos com valor de formação. *Avaliação*, 13 (1), 193-207.
- Sontag, S. (1998). *A doença como metáfora e a sida e as suas metáforas*. Lisboa: Quetzal Editores, 1998.

Spry, C. (2009). *Essentials of perioperative nursing* (4ª ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Stumm, E., Zimmermann, M. & Perlini, N. (2009). Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), 99 – 106.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Téorica de Enfermagem e sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed). Loures: Lusociência.

Thompson, C., Foster, A. & Dowding, D. (2005). Using social judgement thory to model nurses´ use of clinical information in critical care education. *Nursing Education Today*, 25, 68-77.

Vasconcellos, E. & Giglio, J. (2007). Introdução da arte na psicoterapia: Enfoque clínico e hospitalar. *Estudos em Psicologia*, 24 (3), 375-383.

Xavier, A., Ataíde, M. & Pereira, F. (2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira Enfermagem*, 63 (6), 921-926.

World Health Organization (2018 Janeiro). *Cancer*. Acedido 2018-01-06. Disponível em <http://www.who.int/cancer/en/>

APÊNDICES

Apêndice I: Revisão Scoping

Promoção dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO: a scoping review

Background

O cancro é a segunda causa de morte a nível mundial atingido pessoas de diferentes classes sociais sendo considerado um problema de saúde pública.^{1,2} O procedimento cirúrgico é uma das formas de tratamento mais comum em oncologia.^{3,4} Este é um stressor multidimensional estando relacionado com a cirurgia em si mas também com outros factores: o procedimento anestésico, as técnicas invasivas inerentes à preparação do doente (algaliação, punção venosa e entre outras), imobilidade e ainda o afastamento da família e do trabalho.^{5,6,7} Os doentes oncológicos perante o internamento vivenciam situações em que o desconforto e a dor física é uma realidade mais presente, pela própria doença e procedimentos realizados.^{8,9} O acolhimento é o ato de receber ou acolher o doente, no serviço onde o mesmo se dirige. O acolhimento consiste numa rede de confiança e solidariedade entre os cidadãos, doentes, profissionais e equipas de saúde que promovem uma construção de uma relação de confiança e respeito para aquele que procura o atendimento.^{2,10,11,28} O acolhimento em oncologia é essencial para aumentar a dignidade e a segurança com vista à melhoria da qualidade de vida e adesão ao tratamento do doente oncológico.^{2,12} O acolhimento no bloco operatório é parte sine qua non no período pré e intra-operatório de forma a acolher e orientar os doentes nos momentos que antecedem a cirurgia.^{13,14,15,28} O acolhimento ao bloco operatório fomenta a diminuição do stress e da angústia promovendo o conforto e o cuidado humanizado.^{13,14,15} O acolhimento do doente oncológico ao bloco operatório é importante para o estabelecimento de um vínculo ou relação emocional entre enfermeiro-doente pois este sente-se fragilizado e inseguro pela própria doença bem como pelo sofrimento dos procedimentos e terapêuticas daí decorrentes.^{2,12,16}

A visita pré-operatória é o início do processo de enfermagem ao bloco operatório. Esta representa a primeira etapa dos cuidados peri-operatórios de enfermagem sendo fundamental para diminuir a ansiedade do doente perante o procedimento anestésico e cirúrgico.^{17,18} Esta intervenção de enfermagem importa para diminuir a ansiedade e a prevenção de complicações, no período intraoperatório e pós-

operatório, nomeadamente a dor e a ansiedade.^{19,20,21} A visita pré-operatória realizada ao doente oncológico é fundamental para responder às necessidades específicas relacionadas com o percurso da doença, a cirurgia e as suas consequências, o autocuidado e formas de adaptação no período pós-operatório.^{16,22} Estudos acrescentam que os doentes oncológicos necessitam de esclarecimento de informação sobre o ambiente, os equipamentos e dispositivos existentes no BO.^{16,22} O ensino proporcionado pela visita pré-operatória ao doente oncológico permitirá a reflexão sobre a experiência cirúrgica e desse modo diminuir a ansiedade e prevenção de complicações no pós-operatório.^{23,24,25} A prestação de cuidados em oncologia acarreta lidar com o doente em situação de fragilidade, envolvendo uma relação de afetividade de grande complexidade, o que exige do profissional de saúde um conjunto de competências que não se baseia apenas no conhecimento técnico-científico.^{2,12,26} A enfermeira de BO ao realizar o acolhimento e visita pré-operatória está a reforçar a importância da educação e orientação na redução da ansiedade, medo e angústia de um ambiente duplamente frio pela baixa temperatura na sala operatória e técnicas.^{13,14,15,16,27,28} Este estudo foi realizado para dar resposta á temática da promoção dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO. Há estudos realizados neste âmbito mas de forma diminuta e dispersos. Por este motivo, é a minha intenção contribuir para a produção de conhecimentos mas de forma consolidada. Foi realizado uma pesquisa preliminar nas bases de dados da MEDLINE e CINAHL, que revelou que não existe nenhuma Scoping Review (publicada ou a ser realizada), sobre o tema em estudo. Posteriormente foi tomada a decisão de realizar uma Scoping Review, orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews*²⁹, com o objetivo de analisar e mapear o conhecimento existente sobre os cuidados de enfermagem que promovem o acolhimento do doente oncológico ao BO.

• **Questão**

A pesquisa teve como ponto de partida a seguinte questão: “Quais os cuidados de enfermagem que promovem o acolhimento do doente oncológico ao Bloco Operatório?” A elaboração desta pergunta tem como finalidade construir um quadro de referência para o desenvolvimento e condução da revisão e

apresenta-se no formato PCC. A Tabela 1 especifica os elementos constituintes da estratégia mnemónica do PCC:

P (população)	Doente oncológico
C (conceito)	Cuidados de enfermagem no acolhimento
C (contexto)	Bloco Operatório

Tabela 1 – Esquema da questão de partida

• **Objetivo**

O desenvolvimento desta revisão scoping de literatura tem como objetivo analisar e mapear o conhecimento existente sobre os cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO.

• **Crítérios de Inclusão e Exclusão**

A questão de partida foi essencial para orientar a pesquisa realizada. Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão no sentido de obter estudos que evidenciam a questão formulada. A Tabela 2 expõe os critérios definidos:

Crítérios de seleção		
	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
População	Pessoa com doença oncológica; Idade superior ou igual a 18;	Pessoa com idade inferior a 18 anos;
Conceito	Cuidados de enfermagem no acolhimento;	Documentos sem referência aos cuidados de enfermagem;
Contexto	Bloco Operatório	
Tipo de texto	Inclui toda a literatura: revisões de literatura, estudos qualitativos,	

	quantitativos, mistos publicados ou não publicados entre outros;	
Data da publicação	De Janeiro de 2006 ao ano de 2017 (inclusive);	Anterior a Janeiro de 2006;
Idioma da publicação	Português, Inglês e Espanhol;	Documentos com outro idioma;
Disponibilidade dos textos	Full Text;	Ausência de full text;

Tabela 2 – Critérios de seleção para a pesquisa

• Estratégia de Pesquisa

Assim para dar resposta à questão de pesquisa inicial, iniciei a procura nas bases de dados eletrónicas da CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost *Integrated Search*, desde Maio de 2017 a Julho de 2017.

Em primeiro lugar, iniciei a pesquisa nas referentes bases de dados, utilizando as palavras-chave construídas a partir da linguagem natural inerente à temática. As palavras-chave segundo esta problemática são: doente oncológico, período perioperatório, cuidados de enfermagem, acolhimento e bloco operatório. Os termos naturais usados para a pesquisa foram: oncological patient, perioperative period, nursing care, user embracement e operating room. Isso permitiu ter acesso a estudos relacionados com a problemática em estudo e analisar os títulos e os resumos dos artigos encontrados. A leitura destes despertou-me para palavras importantes e termos de indexação utilizados. De seguida, foi feita uma pesquisa com maior profundidade em cada uma das bases de dados, utilizando todos os termos identificados em linguagem natural e termos indexados que respondam à questão de investigação.

Na base de dados CINAHL Plus with Full Text, foram utilizados os seguintes descritores: cancer patients, preoperative period, intraoperative period, nursing care, nursing interventions, perioperative nursing e operating rooms. Como termos naturais e não sendo possível indexá-los, foram usados os seguintes: doente oncológico, oncological patient, user embracement, operating room, preoperative nursing visit e nursing visit.

Na MEDLINE with Full Text, foram utilizados os seguintes descritores: perioperative period, intraoperative period, nursing care, nursing e perioperative nursing. Como termos naturais e não sendo possível indexá-los, foram usados os seguintes: doente oncológico, cancer patient, oncological patient, user embracement, operating room, preoperative nursing visit e nursing visit.

A palavra-chave acolhimento, não foi possível concretizá-lo como termo indexado em ambas as bases de dados. Na pesquisa foi utilizada o termo natural de user embracement.

Na revisão de literatura, foi referido a importância da visita pré-operatória com forma de conhecer as necessidades do doente e assim proporcionar um acolhimento de maior qualidade ao BO. A visita pré-operatória está incluída no período perioperatório como um cuidado de enfermagem. Na presente pesquisa, utilizei como palavra-chave a visita pré-operatória de enfermagem e o termo natural é preoperative nursing visit e nursing visit. Também não foi possível fazer os termos indexados.

Na base de dados CINAHL e MEDLINE, os descritores são operacionalizados através das expressões booleanas AND e OR. Os códigos de pesquisa descritos são construídos através destas expressões. Alguns dos descritores são termos indexados das respectivas bases de dados, outros utilizados em linguagem natural. Alguns termos indexados são antecidos de "MM" (Major concept), de "MH" (Exploded concept) ou por ambos (juntando os dois significados anteriores).

Apresento os resultados da pesquisa em cada uma das bases de dados.

- Base de dados CINAHL

Nesta base de dados foram utilizados os termos em linguagem natural e termos indexados através da opção *CINAHL headings*. Sendo descrito na seguinte Tabela 3.

Pesquisa	Termos de Pesquisa
S1	"Doente oncológico"
S2	(MM "Cancer Patient")
S3	"Oncological Patient"

S4	"Período perioperatorio"
S5	(MH "Preoperative Period+")
S6	(MM "Intraoperative Period")
S7	(MM "Nursing Care")
S8	(MM "Nursing Interventions")
S9	(MM "Perioperative Nursing")
S10	"user embracement"
S11	"operating room"
S12	(MM "Operating Rooms")
S13	"Preoperative nursing visit"
S14	"Nursing visit"
S15	S1 OR S2 OR S3
S16	S4 AND S5 AND S6
S17	S4 OR S5 OR S6
S18	S7 AND S8
S19	S11 AND S12
S20	S13 AND S14
S21	S15 AND S18 AND S10 AND S19
S22	S15 OR S18 OR S10 OR S19
S23	S15 OR S10 OR S19
S24	S9 AND S10
S25	S9 OR S10
S26	S19 OR S10
S27	S18 OR S10 OR S19
S28	S20 AND S15

Tabela 3 – Pesquisa efetuada na *CINAHL*

- Base de dados MEDLINE

Nesta base de dados foram utilizados os termos em linguagem natural e termos indexados através da opção *Medical Subject Headings* (MeSH). Sendo descrito na seguinte Tabela 4.

Pesquisa	Termos de Pesquisa
S1	"Doente oncológico"
S2	"Cancer Patient"
S3	"Oncological Patient"
S4	(MM "Preoperative Period")
S5	(MH "Intraoperative Period+")
S6	(MM "Nursing Care")
S7	(MM "Nursing")
S8	(MM "Perioperative Nursing")
S9	"user embracement"
S10	"operating room"
S11	"preoperative nursing visit"
S12	"nursing visit"
S13	S1 AND S2 AND S3
S14	S1 OR S2 OR S3
S15	S4 AND S5
S16	S4 OR S5
S17	S6 AND S7
S18	S6 OR S7
S19	S11 AND S12
S20	S14 AND S17 AND S9 AND S10
S21	S14 OR S17 OR S9 OR S10
S22	S14 AND S9 AND S10
S23	S14 OR S9 OR S10
S24	S8 AND S9
S25	S8 OR S9
S26	S14 AND S17 AND S9 OR S10
S27	S14 OR S17 OR S9 OR S10
S28	S14 AND S9 AND S10
S29	S9 AND S10
S30	S9 OR S10
S31	S19 AND S14
S32	S19 OR S14

Tabela 4 - Pesquisa efetuada na *MEDLINE*

- Extração dos dados

Os artigos obtidos na CINAHL e MEDLINE foram sujeitos a filtros nomeadamente *full text* e a data de publicação compreendida entre Janeiro de 2006 a 2017. Os artigos sujeitos a estes filtros consistem em 36 artigos da CINAHL e 25 artigos da MEDLINE. Na Tabela 5 é apresentado os resultados obtidos na CINAHL e MEDLINE após introdução dos filtros.

	EBSCO	
Base de dados	<i>CINAHL</i>	<i>MEDLINE</i>
Artigos	80	50
Filtros	Full text e artigos de Jan. de 2006 a 2017.	Full text e artigos de Jan. de 2006 a 2017.
Artigos filtrados	36	25

Tabela 5 – Pesquisa dos artigos após utilização de filtros

Os artigos totais resultantes da pesquisa na base de dados perfaz os 61 artigos. Posteriormente foram eliminados os artigos repetidos e foi realizada uma leitura aprofundada dos artigos alcançados, segundo os critérios de inclusão e exclusão. Nos artigos que contemplavam os critérios de inclusão, foi lido o respetivo resumo e metodologia utilizada. De seguida, foi feita uma leitura integral dos artigos submetidos a uma triagem através dos critérios de inclusão e da leitura do resumo. Assim foi possível selecionar os artigos que respondiam à questão de partida do projeto. Através destes, foi possível aceder a outros artigos e trabalhos dos autores citados nos artigos selecionados. Sendo uma mais-valia para enriquecer a revisão de literatura. Apesar de a pesquisa ter sido realizada na base de dados CINHALL e MEDLINE, foi também efetuada uma outra pesquisa em livros, artigos, teses de mestrado e doutoramento e websites. Por fim, apresento a tabela 6 correspondente à análise dos artigos mais pertinentes e obtidos através da *Scoping Review*.

Tabela 6 – Artigos pertinentes da *Scoping Review*

TÍTULO (AUTORES E ANO)	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<p>O acolhimento no centro cirúrgico (CC) na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização (Girón, Berardinelli & Santo, 2013)²⁸</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar as expectativas e experiências dos doentes no acolhimento do BO; - Estudo etnometodológico e exploratório; 	<ul style="list-style-type: none"> - O BO não realiza visita pré-operatória de enfermagem no momento do estudo e o doente submetido a cirurgia eletiva chega ao BO com muitas dúvidas. - As características do trabalho no BO é burocrático e de natureza técnico-científica, que consomem o trabalho do enfermeiro em detrimento do processo do cuidar. - Os doentes tem dúvidas sobre o procedimento cirúrgico à chegada ao BO e apresentam sentimentos de angústia, ansiedade, tensão e preocupação. 	<ul style="list-style-type: none"> - O estudo diz que à falta de humanização nos cuidados de enfermagem prestados no BO, nomeadamente no acolhimento do doente. - O estudo expõe que por vezes ao receber o doente no BO, não se valida as suas questões/necessidades. - O ambiente no BO é um espaço maquinizado. O BO é um meio desconhecido para o doente. Os sentimentos vivenciados pelo doente na admissão no BO são de medo da morte e dos riscos da cirurgia. - Este estudo realça a necessidade de formação dos enfermeiros em humanização dos cuidados de saúde.

TÍTULO (AUTORES E ANO)	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<p>Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. (Stumm, Zimmermann, Perlina & Kirchner, 2009)¹⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e analisar as ações do enfermeiro na recepção dos doentes no BO de três hospitais. - É um estudo qualitativo, descritivo e com estudo de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> - A visita pré-operatória de enfermagem é importante para conhecer o doente antes da realização do procedimento cirúrgico. Referem que é notável a diferença entre quem recebe a visita pré-operatória e quem não a recebe. - Quando não ocorre a visita pré-operatória, o acolhimento ao BO é ainda mais importante de forma a conhecer o doente. - No acolhimento é importante familiarizar o doente em relação ao ambiente do BO. Referem que um dos BO onde foi realizado o estudo, os doentes permanecem sozinhos no corredor e isso é gerador de medo e ansiedade. - Este estudo revela a falta de formação dos enfermeiros na prestação de cuidados de forma integral e integrativo do doente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os doentes valorizam a visita pré-operatória de enfermagem. Durante a visita, o enfermeiro avalia o estado emocional e físico do doente. O que possibilita a deteção precoce de intercorrências. - A importância da familiarização do doente no ambiente de BO no momento do acolhimento. - Questionam a qualificação dos profissionais a quem o enfermeiro delega para acolher o doente no BO. - O enfermeiro de BO tem sobrecarga de trabalho burocrático, o que pode justificar a não realização do acolhimento. - O enfermeiro deve aprofundar conhecimentos sobre o acolhimento do doente ao BO.

TÍTULO (AUTORES E ANO)	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<p>Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana. (Machado, Ouro & Santana, 2015)²</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o acolhimento de enfermagem a doentes oncológicos e quais as vivências do impacto da doença. - É um estudo descritivo com abordagem qualitativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - O acolhimento de enfermagem em oncologia contempla acolher, ouvir, procurar, entender e responder às questões do doente. Os doentes mostram satisfação pelo atendimento recebido na unidade. - Os doentes demonstram fragilidade pela sua condição de doença. A equipa de enfermagem revela empenho em responder às necessidades do doente. - Realçam a importância do desenvolvimento de confiança e segurança na transmissão de informação ao doente. Esta atitude contribui para o sucesso do tratamento. - Os doentes referem a importância da orientação dada pelo enfermeiro, relativamente ao tipo e efeitos dos tratamentos. Também realçam a importância do conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> - O acolhimento do doente oncológico é importante para a adesão ao tratamento, melhoria da qualidade de vida e reinserção familiar e social. - Este estudo reforça o desenvolvimento de estratégias que contemplam as necessidades do doente no acolhimento. - Este estudo realça que na ausência de acolhimento e de uma assistência humanizada, o doente oncológico pode “sucumbir à dor e sem forças para lutar.”

TÍTULO (AUTORES E ANO)	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<p>O ensino pré-operatório na perspetiva de pacientes oncológicos. (Pereira, Soares & Russo, 2015)¹⁶</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Este estudo tem como objetivo analisar as expectativas dos doentes oncológicos sobre as informações pré-operatórias fornecidas pelos profissionais de saúde. - É um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado numa unidade de internamento cirúrgico de um hospital universitário paulista, com 16 pacientes com cancro cólon e recto. 	<ul style="list-style-type: none"> - O artigo refere que a informação pré-operatória fornecida ao doente oncológico pelos diversos profissionais de saúde é entendida de diferentes formas. - O artigo diz que o fornecimento de informações sobre a cirurgia mutiladora pode diminuir o stress psicossocial, o que influencia o internamento e alta hospitalar do doente. - O enfermeiro tem um papel importante para complementar e explicar com maior clareza ao doente, as informações fornecidas por outros profissionais. O doente evidencia a importância da equipa de enfermagem no acolhimento e na resposta às suas necessidades. - No ensino pré-operatório, os pacientes valorizam o fornecimento de informação que promova o entendimento da sua situação de saúde, traduzindo-se, assim, na diminuição da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - O ensino pré-operatório dos doentes deve envolver uma equipa multidisciplinar devido às necessidades específicas do doente oncológico. - No ensino pré-operatório devem ser abordados a preparação física, ambiente do bloco operatório e o uso de equipamentos e dispositivos no pós-operatório. Este tipo de ensino poderá resultar no estímulo para o auto-cuidado e a prevenção de complicações pós-operatórias nos pacientes com cancro do cólon e recto.

TÍTULO (AUTORES E ANO)	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<p>O conhecimento em enfermagem sobre a humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. (Giron & Berardinelli, 2015)¹³</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar as produções científicas na área de enfermagem sobre o acolhimento e humanização no cuidado de enfermagem. - É uma revisão integrativa segundo o método de Ganong. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos sobre a humanização do BO são reduzidos. - Os artigos referem que a visita pré-operatória é uma das intervenções para a humanizar os cuidados de enfermagem no BO. - Os artigos selecionados mencionam que a visita pré-operatória contribui para uma menor ansiedade do doente na intervenção cirúrgica. - O enfermeiro do BO deve ter habilidade para desenvolver empatia, presença, vínculo, escuta ativa e respeito pela espiritualidade do doente. - Os artigos eleitos aludem que a equipa de enfermagem encontra-se distante do acolhimento necessário. - O acolhimento no BO é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema de Saúde Brasileiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Este artigo refere que os estudos existentes sobre o acolhimento e a humanização do cuidado de enfermagem no período perioperatório são reduzidos. - Estudos selecionados descrevem que a visita pré-operatória é a forma de humanizar os cuidados. Acrescentam que deve ser realizada 24 horas antes da cirurgia. - A empatia é uma competência fundamental do enfermeiro para promover o acolhimento no BO. - Estudos sugerem o desenvolvimento de trabalhos no âmbito da humanização dos cuidados de enfermagem.

TÍTULO (AUTORES E ANO)	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<p>Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. (Sadati, Pazouki & Chaichian, 2013)¹⁸</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os efeitos da visita pré-operatória de enfermagem na ansiedade e nas complicações pós-operatórias no doente submetido a colecistectomia laparoscópica. - É um estudo randomizado e prospetivo. - O estudo consiste em dois grupos: um dos grupos não teve visita pré-operatório e o outro grupo teve visita pré-operatória no dia anterior e no próprio dia da cirurgia. - A ansiedade foi avaliada através do inventário de ansiedade do estado-traço de Spielberger. 	<ul style="list-style-type: none"> - O estudo demonstrou que a visita pré-operatória diminui a ansiedade no grupo de intervenção em relação ao grupo que não teve visita pré-operatória. - Este estudo alude que a visita pré-operatória contribui para a diminuição de náuseas, vômitos e estabilização dos sinais vitais no período pós-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> - O presente estudo demonstrou que a visita pré-operatória diminui a ansiedade e as complicações no período pós-operatório. - Sugerem que a visita pré-operatória deve ser integrada nos cuidados prestados aos doentes

TÍTULO (AUTORES E ANO)	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<p>A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos (Gonçalves & Medeiros, 2016)¹¹</p>	<p>- Este artigo tem como objetivo identificar a visita pré-operatória como um fator que possibilita a minimização do nível de ansiedade apresentado pelo paciente cirúrgico.</p> <p>- A metodologia consiste na pesquisa de carácter exploratório prospetivo, com amostra de 20 pacientes que foram submetidas ao procedimento histerectomia total ou parcial, por qualquer técnica cirúrgica.</p>	<p>- A ansiedade é o diagnóstico de enfermagem presente em maior frequência no período pré-operatório nos pacientes que serão submetidos a um procedimento cirúrgico.</p> <p>- Os pacientes que receberam informações sobre os procedimentos a que iam ser submetidos, relativos ao ato anestésico-cirúrgico, levou à diminuição dos níveis de stress bem como de ansiedade.</p> <p>- A visita pré-operatória de enfermagem é um ato de relevância dos cuidados bio-psico-socio-espiritual, tornando o procedimento cirúrgico mais tranquilo para o paciente e diminuindo ou prevenindo os fatores stressantes.</p> <p>- O estudo evidencia que a ansiedade está presente em 44,3% dos pacientes no período pré-operatório.</p>	<p>- A ansiedade como diagnóstico de enfermagem está presente nos doentes que se submeteram aos procedimentos cirúrgicos.</p> <p>- Os pacientes que receberam a visita pré-operatória apresentaram nível de ansiedade inferior aos que não receberam.</p>

TÍTULO (AUTORES E ANO)	OBJETIVO E METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<p>Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing. (Bagés, Lleixá & Vázquez, 2015)²⁰</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a eficácia da visita pré-operatória de enfermagem como intervenção para diminuir a ansiedade e a dor pós-operatória. - É um estudo randomizado e de caso controle. - Consiste em dois grupos avaliados constituídos por 30 pessoas cada um, submetidos a cirurgia de prótese de joelho, anca e artrodese lombar. - Apenas um dos grupos recebe a visita pré-operatória no dia anterior à cirurgia. - É aplicado o teste de inventário de ansiedade do estado-traço. 	<ul style="list-style-type: none"> - O grupo que recebeu a visita pré-operatória diminui a sua ansiedade e aumentou o bem-estar em relação ao grupo que não a recebeu. - O estudo refere que o grupo que não recebeu a visita pré-operatória apresentou um aumento da dor no período pós-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Este estudo refere que é importante a transmissão de informação ao doente durante a visita pré-operatória de enfermagem pois reduz a ansiedade e diminuição da dor até 72 horas após cirurgia. - Este estudo alude a necessidade de humanizar os cuidados de enfermagem. - O estudo refere a carência de estudos sobre a identificação das necessidades do doente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

• Análise e Discussão dos Resultados

O objetivo desta scoping review de literatura foi analisar e mapear o conhecimento existente sobre os cuidados de enfermagem que promovem o acolhimento do doente oncológico ao BO. Para dar resposta a este objetivo, foram selecionados oito artigos para demonstrar a problemática em estudo. A metodologia utilizada nos oito artigos selecionados foi um estudo do tipo exploratório, qualitativo^{2,16,28,15} e quantitativo.^{11,13,18,20}

O acolhimento é uma das principais intervenções de enfermagem para a humanização dos cuidados através da boa receção, da capacidade em escutar e de conhecer as necessidades do doente.^{2,13,15,28} O doente oncológico ao enfrentar a doença, é reconhecido como sendo especial, fragilizado e inseguro, necessitando de um cuidado para além do saber técnico-científico ou seja uma sensibilidade direcionada para o ser humano.^{2,13} O enfermeiro é considerado um dos protagonistas na prestação de cuidados de qualidade ao doente oncológico.^{2,13} A forma de acolher o doente oncológico é fundamental para a adesão ao tratamento, a melhoria da qualidade de vida, a promoção da dignidade e das suas atividades de vida, ajudando-o na forma como enfrenta a doença.²

O bloco operatório é um serviço específico, em que o doente submetido a um procedimento cirúrgico pode apresentar sentimentos de ansiedade, medo e insegurança, sujeitando-o a maiores riscos no período pós-operatório.^{13,15,28} O acolhimento ao bloco operatório é um cuidado essencial para valorizar os sentimentos, as emoções e as necessidades do doente ao ser admitido no serviço.^{13,15,28} Esta atividade fomenta a diminuição da ansiedade, angústia e medo do doente.^{13,28} O enfermeiro ao conhecer as necessidades do doente e acompanhá-lo no seu percurso dentro do bloco operatório enfatiza a humanização dos cuidados através de um atendimento digno.^{13,15} O doente ao ser recebido neste serviço espera ter atenção, respeito e que se estabeleça um vínculo com o enfermeiro.^{13,15} Estudos reforçam que o doente valoriza mais a interação e atenção fornecida pelo enfermeiro do que os cuidados técnicos.¹³ As habilidades do enfermeiro nomeadamente a empatia e escuta ativa são fulcrais para a humanização dos cuidados de enfermagem no bloco operatório.^{16,13} O enfermeiro ao receber o doente no BO faz a validação da verificação pré-operatória (jejum, alergias, antecedentes pessoais, estado de consciência entre

outras) e também das condições emocionais nomeadamente o medo da anestesia e de alterações corporais pois podem ter repercussões no procedimento cirúrgico.¹⁵ Estudos referem que o enfermeiro tem a preocupação em ouvir e acolher os doentes transmitindo tranquilidade e contribuindo para a redução de níveis de stress no período intra e pós-operatório.^{15,16} Para melhor acolher é importante ter conhecimento antecipado das necessidades, através da realização da visita pré-operatória.^{13,14,16,28} Na ausência da visita pré-operatória, a execução do acolhimento ao bloco operatório é primordial para a humanização dos cuidados de enfermagem.¹⁵

A visita pré-operatória é o início do planeamento dos cuidados de enfermagem ao bloco operatório.^{11,12,13,15,18,16,20} Esta intervenção de enfermagem é um dos métodos mais rápidos e eficazes para providenciar apoio e educação ao doente.^{18, 20} O enfermeiro ao realizar a visita pré-operatória ao doente tem a possibilidade de avaliar as condições físicas, sentimentos como a ansiedade, medo, preocupação, dor e insegurança e entre outros.^{11,15,18,20} Ao conhecer o doente antes da realização do procedimento cirúrgico pela realização da visita permite a aproximação e a interação entre ambos no bloco operatório.^{11, 15, 20}

O enfermeiro deve transmitir as informações ao doente de forma individualizada e com foco nas necessidades que ele apresenta.^{11,18,20} A visita pré-operatória proporciona o esclarecimento de dúvidas, a educação e a orientação para ato cirúrgico e a recuperação anestésica do doente.^{11,13,18} A ansiedade é um dos sintomas mais frequentes no período pré-operatório.^{11,18} Os doentes, aos quais lhes são transmitidas as informações sobre o ato anestésico-cirúrgico na visita pré-operatória, terão uma maior probabilidade de diminuir o nível de ansiedade, no período pré e intraoperatório.^{11,18,20} Para além do esclarecimento de dúvidas, esta intervenção também estimula o apoio e a segurança no doente pois é uma forma de acolhimento e comunicação entre o enfermeiro e doente.^{11,13,16}

A orientação ou educação fornecida ao doente na visita pré-operatória é essencial para esclarecer dúvidas, minimizar o impacto da permanência no BO e para melhorar a recuperação pós-operatória.^{13,18} Estudos aludem que a referida intervenção diminui a ocorrência de vômitos, náuseas, dor e complicações no período pós-operatório.^{18,20} A orientação/educação realizada ao doente oncológico é imprescindível para a preparação psicoemocional da cirurgia e suas consequências.¹⁶ Os doentes oncológicos valorizam a informação sobre o

ambiente do bloco operatório bem como dos equipamentos e dispositivos a serem utilizados como uma forma de diminuir a ansiedade e o stress cirúrgico.¹⁶ Um estudo alude que o ensino pré-operatório nos doentes oncológicos de cancro do cólon e reto é essencial para planear os cuidados e preparar o doente, devido às suas necessidades específicas relacionadas com o percurso da doença, cirurgia mutiladora, aprendizagem de cuidados e formas de adaptação à ostomia intestinal.¹⁶

O acolhimento e a visita pré-operatória são essenciais para satisfazer as necessidades reais do doente ao bloco operatório.^{11,13,15,18,20,28} Para isso, é vital que se execute a visita pré-operatória com qualidade e que se observe a forma como o doente é acolhido e cuidado bem como o estabelecimento de uma relação com a equipa de enfermagem no bloco operatório pois são factores determinantes para cirurgia até à sua recuperação.^{13,15,16,28}

Na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico com qualidade são essenciais os cuidados especializados que respondam às suas expectativas e particularidades de ser e agir de forma a proporcionar um suporte necessário no processo de tratamento e recuperação da doença.²

Limitações dos estudos

As limitações dos estudos estão relacionadas com o tamanho diminuto da amostra^{11,18}, a ausência de secção de limitações nos artigos^{2,11,15,16,18,20,28} e a falta de estudos para sustentar o conhecimento produzido pelos artigos referidos.^{13,15,28}

Limitações da scoping review

Os idiomas dos artigos evidenciados eram em inglês e português. Na scoping review foi incluído o idioma espanhol mas caso tivesse abarcado outros idiomas, poderia ter tornado este trabalho com maior qualidade de evidência científica.

Conclusão

Os estudos referem que a forma de acolher o doente oncológico é essencial para a adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida com vista à promoção do enfrentamento da doença. O acolhimento e a visita pré-operatória

são intervenções que visam a humanização dos cuidados de enfermagem no bloco operatório. As habilidades do enfermeiro nomeadamente a empatia e escuta ativa são essenciais para o estabelecimento de vínculo entre doente e enfermeiro. O acolhimento e a visita pré-operatória no doente oncológico são essenciais para diminuir ansiedade, medo e complicações no pós-operatório. Os estudos referenciam a necessidade de publicações que realcem a importância da promoção do acolhimento do doente oncológico ao bloco operatório. O objetivo desta scoping review foi analisar e mapear o conhecimento existente sobre os cuidados de enfermagem que promovem o acolhimento do doente oncológico ao bloco operatório. No meu ponto de vista, foi amplamente concretizada. Este estudo também evidenciou os cuidados de enfermagem que promovem o acolhimento do doente oncológico ao bloco operatório.

Referências Bibliográficas

- 1 – Martins, A., Almeida, S. & Modena, C. (2011). O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14 (1), 74-91.
- 2- Machado, G., Ouro, E. & Santana, F. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista brasileira de saúde funcional*, 2 (1), 33-45.
- 3 – Soares, E. & Silva, S. (2010). Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (4), 517-522.
- 4 – Moreira, H., Canavarro, M. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Revista de Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 169-190.
- 5- Chistóforo, B., Zagonel, I. & Carvalho, D. (2006). Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. *Revista Cogitare de Enfermagem*, 11 (1), 55-60.

- 6 - Pritchard, M. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25 (51), 35-39.
- 7 - Costa, K, Dias, R. & Azevedo, P. (2015). A importância das orientações de enfermagem no cuidado ao paciente submetido à cirurgia cardíaca: revisão integrativa. *Revista Vita et Sanitas da Faculdade União Goyazes*, 9 (2), 3-9.
- 8 - Xavier, A., Ataíde, M. & Pereira, F. (2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira Enfermagem*, 63 (6), 921-926.
- 9 - Soares, L., Santana, M. & Muniz, R. (2010). O fenômeno do câncer na vida de idosos. *Ciência Cuidado Saúde*, 9 (4), 660-667.
- 10 - Baião, B., Oliveira, R. & Alves, K. (2014). Acolhimento humanizado em posto de saúde urbano do distrito federal. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 17 (3), 291 – 302.
- 11 - Medeiros, F., Araújo-Souza, G. & Clara-Costa, I. (2010). Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Saúde Pública*, 12 (3), 402-413.
- 12 - Schmiguel, J., Cenciarelli, E. & Nunes, L. (2015). O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Saúde Revista*, 15 (39), 47 – 57.
- 13 - Giron, M. & Berardinelli, L. (2015). O conhecimento em enfermagem sobre a humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 9 (2), 974-984.
- 14 – Nogueira, M., Soares, E. & Dutra, G. (2011). Pré-Operatório Cirúrgico: Abordagem estratégia na humanização do cuidado de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 31 (1), 1711-1719.

- 15 - Stumm, E., Zimmermann, M. & Perlini, N. (2009). Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), 99 – 106.
- 16 – Pereira, A., Soares, V. & Russo, T. (2016). O ensino pré-operatório na perspectiva, de pacientes oncológicos. *Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 10 (2), 449-456.
- 17 - Gonçalves, T. & Medeiros, V. (2016). A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista da Associação Brasileira dos Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização*, 21 (1), 22-27.
- 18 - Sadati, L., Pazouki, A. & Chaichian, S (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 994-998.
- 19 - Gursoy, A., Guner, S. & Yilmez, S. (2016). Preoperative stress: an operating room nurse intervention assessment. *Journal Perianesthesia Nursing*, 31 (6), 495-503.
- 20 - Bagés, C., Lleixa, M. & Español, C. (2015). Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing. *Enfermaria Global*, 39, 41-51.
- 21 - Fernandes, F. (2011). A importância da visita pré-operatória para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2 (2), 1-26.
- 22 - Mello, B., Lucena, A. & Echer, I. (2010) Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (4), 803-811.

- 23 - Lenza, N., Sonobe, H. & Zago, M. (2013). Características socioculturais e clínicas de ostomizados intestinais e familiares em programa de ostomizados. *Revista eletrônica de enfermagem*, 15 (3), 755-762.
- 24 - Ang, S., Chen, H. & Siah, R. (2013). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. *Oncology Nurse Forum*, 40 (6), 587-594.
- 25 - Keulers, B., Scheltinga, M. & Houterman, S. (2008). Surgeons underestimate their patients desire for preoperative information. *World Journal Surgery*, 32 (6), 964-970.
- 26 – Gomes, S., Santos, A. & Lima, L. (2010). A ética do cuidado de Enfermagem: um olhar sobre os pacientes oncológicos. *Revista Horizonte*, 8 (18), 112-136.
- 27 - Silva, J., Yoneda, E. & Saragiotto, A. (2015). Cuidado perioperatório ortopédico: olhar do paciente, equipe de enfermagem e residentes médicos. *Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 36 (1), 43-54.
- 28 - Giron, M., Berardinelli, L. & Santo, F. (2013). O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização. *Revista de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro*, 21 (2), 766-771.
- 29 - Peters, M., Godfrey, C. & McInerney, P. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.

Apêndice II: Análise Swot

Analise Swot

Forças

- Equipa motivada e competente
- Instalações já existentes
- Formação da equipa

Fraquezas

- Falta de adesão da equipa multidisciplinar
- Número insuficiente de enfermeiros

Oportunidades

- Procedimento inovador
- Envolvimento da equipa multidisciplinar
- Maior satisfação do doente
- Integração de novos elementos da equipa

Ameaças

- N^o elevado de doentes operados
- Falta de colaboração da equipa multidisciplinar
- Limitação dos recursos humanos, financeiros e materiais da instituição

Apêndice III: Plano de atividades do BO do Hospital B

Objetivo Geral 1 – Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito do acolhimento do doente oncológico ao BO

Campo de Estágio: Bloco Operatório do Hospital B

Duração: 25 de Setembro a 6 de Novembro

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Data de realização
<p>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE): A - Responsabilidade profissional, ética e legal. A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B - Melhoria da qualidade. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE): L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.</p>	<p>1.1 Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde multidisciplinar.</p>	<p>A) Consulta das normas e protocolos do serviço.</p> <p>B) Exposição do projeto de intervenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientador de estágio e enfermeiros e restante equipa de saúde; Docente-orientador; • Normas; protocolos do serviço; pesquisa bibliográfica; 	<p>A) Ter consultado os manuais/documentos do serviço (normas e protocolo).</p> <p>B) Expor o projeto de estágio no campo de estágio.</p>	<p>1º/2º semana de estágio</p> <p>1º/2º semana de estágio</p>
	<p>1.2 Compreender a dinâmica organizacional e funcionamento do serviço.</p>	<p>A) Reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro orientador e outros elementos da equipa.</p> <p>B) Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem.</p>		<p>A) Ter realizado reuniões informais com enf.-chefe, enf.-orientador e outros elementos da equipa.</p> <p>B) Elabora um texto sobre a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço.</p>	<p>1º/2º semana de estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p>
	<p>1.3 Desenvolver competências e práticas de cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO.</p>	<p>A) Observa e colabora na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico.</p>		<p>A) Observa e colabora na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico.</p> <p>A) Realiza um poster e resumo do poster sobre acolhimento ao BO.</p> <p>A) Realiza um folheto e resumo do folheto sobre acolhimento ao BO.</p>	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Da 3ª semana ao término do estágio</p> <p>Da 3ª semana ao término do estágio</p>

Objetivo Geral 1 – Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito do acolhimento do doente oncológico ao BO

Campo de Estágio: Bloco Operatório do Hospital B

Duração: 25 de Setembro a 6 de Novembro

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Data de realização
<p>(continuação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE): L5)</p> <p>Competências de enfermeiro especialista em oncologia (EONS):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro. 2. Informação e comunicação á pessoa com doença oncológica. 3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica. <p>Competências de Mestre: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde.</p>	<p>(continuação do objetivo 1.3)</p>	<p>B) Reflexão e análise dos cuidados de enfermagem prestados no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico ao BO</p>	<p>(continuação dos recursos)</p>	<p>B) Elabora um estudo de caso sobre um doente oncológico.</p> <p>B) Elabora um jornal de aprendizagem (ciclo de gibbs) sobre um evento crítico na VPO.</p>	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p>

Apêndice IV: Cronograma do campo de estágio do BO do Hospital B

Cronograma das atividades do BO do Hospital B

Atividades	Meses						
	Semanas	Set.	Outubro				
		25 a 29	02 a 06	09 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 03
1.1 A) Consulta das normas e protocolos do serviço.							
1.1 B) Exposição do projeto de intervenção.							
1.2 A) Reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro orientador e outros elementos da equipa.							
1.2 B) Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem.							
1.3 A) Observa e colabora na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico.							
1.3 A) Realiza um poster e resumo do poster sobre acolhimento ao BO							
1.3 A) Realiza um folheto e resumo do folheto sobre acolhimento ao BO							
1.3 B) Reflexão e análise dos cuidados de enfermagem prestados no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico ao BO							

Legenda:

- Planeado
- Realizado
- Realizado embora não planeado inicialmente

Apêndice V: Caracterização do BO do Hospital B

Caracterização do BO do Hospital B

O hospital é um local complexo pela multiplicidade de profissionais, tecnologia e especificidade de procedimentos praticados. Neste convergem diferentes especialidades e serviços, no qual se pratica cuidados de saúde diferenciados.

O BO do Hospital B pertence ao Centro Hospitalar (...), EPE. Sendo que a sua área de influência contempla os concelhos de (...). Este serviço foi acreditado em 2017 pela DGS através do modelo de acreditação da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia como reconhecimento da qualidade do serviço. Tal acreditação tem a validação anual. O BO no ano de 2016 realizou 6977 cirurgias. Neste BO trabalham 45 enfermeiros sendo que 30 estão em horário fixo e 15 no horário de roulement. Tem 7 enfermeiros especialistas: 2 enfermeiros em enfermagem médico-cirúrgica e 5 enfermeiros em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Este serviço tem três enfermeiros coordenadores e um enfermeiro-chefe.

O serviço tem como projetos em desenvolvimento: acolhimento da criança e família no BO, avaliação da satisfação dos utentes do BO, visita pré e pós operatória de enfermagem, confidencialidade e proteção de dados em contexto perioperatório, cirurgia segura salva vidas, prevenção da infeção do local cirúrgico - avaliação da normotermia dos doentes operados, prevenção da infeção do trato urinário nos doentes algaliados, higiene das mãos, avaliação da dor e os registos de enfermagem.

A visita pré-operatória teve início em 2009 mas com a formalidade de registos em 2011. O método de trabalho utilizado no BO é o método individual de trabalho apesar de que em sala operatória o trabalho em equipa é fundamental.

A arquitetura do bloco operatório enquadra-se na variante de corredor triplo com zonas operatórias compartimentadas ou suites operatórias. O corredor central constitui a zona operatória propriamente dita; o corredor à esquerda é para o circuito de sujos e o corredor à direita é para o circuito de material limpo e pessoal.

O BO é constituído por cinco salas operatórias, quatro das quais, precedidas de arsenal de material estéril de apoio, sala de pré-anestesia e sala de desinfeção cirúrgica. Estas salas desenham-se ao longo de um corredor

central único, onde, partindo do transfer de entrada de utentes, surgem, do lado esquerdo as suites operatórias e do lado direito os arsenais de material e gabinetes diversos e a UCPA (unidade de cuidados pós-anestésicos).

A UCPA é uma unidade de cuidados intermédios, composta por cinco camas monitorizadas e que funciona entre as 8:00 e as 23:00 horas, de segunda a sexta-feira.

O Bloco Operatório é um serviço onde se realizam intervenções cirúrgicas programadas (das 8 às 20 horas) e de urgência (24 horas), bem como alguns procedimentos que requerem um elevado nível de assepsia. Está situado numa área terminal, restrita à circulação geral do hospital, mas simultaneamente acessível ao serviço de urgência, UCI, central de esterilização e serviços de diagnóstico e terapêutica.

O Bloco Operatório foi planeado e organizado de modo a facilitar o fluxo interno e externo de doentes, pessoal e material em três áreas definidas: área livre, área semi-restrita e área restrita, de acordo com as atividades específicas que se realizam em cada uma delas.

A área livre inclui a zona de entrada e saída dos profissionais, receção e acolhimento do doente, pessoal e materiais. Contudo, o acesso à área livre do Bloco Operatório está condicionado. A circulação nas áreas semi-restrita e restrita está limitada aos profissionais e doentes.

A área semi-restrita inclui áreas de suporte periféricas, salas operatórias, UCPA, armazéns de material limpo e estéril e de equipamentos, salas de trabalho para armazenamento e processamento de materiais, gabinetes e zonas de acesso às áreas restritas.

A área restrita contempla a sala operatória e a zona de lavagem e desinfeção das mãos. A sala operatória poderá ser também dividida em áreas, embora de uma forma adaptável ao tipo e localização da cirurgia, sendo esta uma divisão virtual. A área cirúrgica em si, que envolve o espaço em redor da marquesa cirúrgica, no intraoperatório é considerada como uma área estéril e é acessível apenas à equipa cirúrgica equipada com bata e luvas estéreis. A circulação em redor deste espaço deve ser feita de forma cuidadosa de modo a diminuir o risco de contaminação, evitando o contacto dos equipamentos com os campos cirúrgicos e tomando especial atenção à aproximação de pessoal sem equipamento estéril, garantindo uma margem de segurança em redor desta área.

A área destinada à manutenção e vigilância da anestesia, geralmente à cabeceira do doente, que poderá ser delimitada pela colocação de uma barreira física (arco) é destinada à anestesista, e enfermeiro de apoio à anestesia, devendo ser de acesso fácil, sem obstáculos à atuação em caso de necessidade.

Todos os membros da equipa cirúrgica devem ter conhecimento de quais são as áreas consideradas estéreis e quais são as consideradas não estéreis. Todos devem manter uma consciência contínua destas áreas. Os profissionais com roupas estéreis devem proteger o campo cirúrgico, para evitar que qualquer objeto não estéril contamine o campo ou os próprios profissionais. Os profissionais não estéreis não devem tocar ou debruçarem-se sobre um campo estéril ou permitir que qualquer objeto não estéril contamine o campo.

Características da sala operatória

As salas operatórias dispõem de cinco portas, que correspondem aos locais que com elas se relacionam funcionalmente: doente (entrada e saída), pessoal, material estéril e sujos. As salas estão sob pressão positiva em relações aos circuitos anexos, de modo a que o ar saia de dentro para fora da sala operatória sempre que se abre uma porta.

O chão é de linóleo para garantir a capacidade de condução eléctrica suficiente para dissipar a electricidade estática, do equipamento e do pessoal, evitando assim descargas electrostáticas perigosas. Para além disso é um material duro, não poroso que permite a limpeza com água. As paredes e tectos estão pintados com tintas impermeáveis, resistentes ao fogo e laváveis.

A iluminação geral é proporcionada por luz artificial, colocada no tecto. A luz é branca e fluorescente e distribui-se de modo uniforme. A iluminação do campo operatório é assegurada por candeeiros cirúrgicos (Pantoff) que estão colocados no tecto por cima das mesas de operações, e que possuem as seguintes características: Intensidade parecida com a luz do dia e sem fazer sombra; ajustam-se facilmente em qualquer posição ou ângulo; produzem o mínimo de calor e são de fácil limpeza. A temperatura da sala operatória deve ser mantida entre os 19 e os 24°C, para uma humidade relativa de 50 a 55% (limite mínimo e máximo entre 40 a 60%).

Vestuário do Bloco Operatório

Todos os profissionais presentes no Bloco Operatório devem atuar no sentido de garantir um ambiente cirúrgico seguro, regendo-se por valores e normas que determinem um desempenho adequado, estejam ou não a ser observados, desenvolvendo assim a sua consciência cirúrgica. (AESOP 2006).

O vestuário do Bloco é constituído por fatos próprios, toucas e barretes que cubram todos os cabelos e calçado adequado, equipamento este que deve ser utilizado por todos os profissionais nas áreas semi-restritas e restritas.

Os fatos devem ser constituídos por duas peças, calça e blusa, sempre que possível ajustados no tamanho à constituição física do profissional. O uso de casaco é permitido desde que este seja composto de material têxtil desprovido de libertação de partículas (cotão), constituindo uma medida de conforto para os profissionais sempre que a temperatura do BO se torne desagradavelmente fria. Este vestuário deve ser substituído diariamente e sempre que se encontre visivelmente sujo ou molhado ou sempre que o profissional tenha necessidade de se deslocar a outro serviço. O uso do fardamento de Bloco Operatório é exclusivo deste serviço.

O calçado deve ser próprio para Bloco Operatório e exclusivo para as áreas semi-restritas e restritas. As socas (ou botas) devem ser feitas de material anti estático, resistente à lavagem e à desinfeção mecânica. Após a utilização, o calçado deve ser colocado em saco próprio (transparente) presente no vestiário para que possa ser sujeito a lavagem e desinfeção.

Referencias Bibliográficas

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.

Apêndice VI: Folheto do acolhimento do doente ao BO

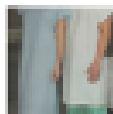
Não se esqueça, no dia da intervenção cirúrgica:

-Deve estar em jejum;



Fonte: <http://www.asdreservarelli.com.br>

- Deve vir apenas com a bata que lhe é fornecida no serviço onde está internado;



Fonte: <http://www.fardasuniformes.com>

- Não deve trazer anéis, pulseiras, colares, brincos, maquiagem, verniz nas unhas, próteses dentárias e/ou oculares;

TODA A EQUIPA DO BLOCO OPERATÓRIO

ESTARÁ DISPONÍVEL PARA

ESCLARECER AS SUAS DÚVIDAS.

GUIA DE ACOLHIMENTO AO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO



A equipa de enfermagem criou este guia para dar a conhecer as diferentes etapas do seu percurso no Bloco Operatório.

No Bloco Operatório encontrará todos os profissionais equipados com vestuário e calçado próprio.



Fonte: <https://www.depositphotos.com/8191760>

1ª Etapa: Será **recebido** por um enfermeiro e um assistente operacional, e transferido para uma cama do **Bloco Operatório**.



2ª Etapa: Será depois transportado para a sala de pré-anestesia



3ª Etapa: Será **conduzido** para a sala operatória.



Fonte: <http://webvetshop.com>



- Se for submetido a **anestesia geral** serão administrados medicamentos que **o vão adormecer**.



Fonte: <https://fr.depositphotos.com/28128128>

- Se for submetido a **anestesia loco-regional**, vão ser administrados medicamentos que lhe permitem ser operado sem dor.



Fonte: <https://www.gestaoobebes.com.br>

4ª Etapa: Após a intervenção cirúrgica será transferido para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésico no **Bloco Operatório**.



Apêndice VII: Resumo do folheto do acolhimento do doente ao BO

Resumo do folheto do acolhimento do doente ao BO

Folheto: Acolhimento do doente ao Bloco Operatório

Problema: Pessoas com diminuição da acuidade visual e auditiva, idosos e analfabetos que não tem capacidade de ler e interpretar o folheto atualmente fornecido na visita pré-operatória.

Objetivo: Informar sobre o percurso no período intra-operatório; Promover a diminuição de ansiedade do doente cirúrgico; Transmitir conhecimentos mais acessíveis sobre o acolhimento no BO aos doentes com limitações;

Justificação: O envelhecimento populacional traduz-se numa maior prevalência de doenças crónicas na população nomeadamente em incapacidades e no aumento da procura dos serviços de saúde. Os cuidados de enfermagem devem ser ajustados às necessidades dos doentes principalmente nos idosos. A entrega de um folheto ajustado às limitações/dificuldades do doente sobre o acolhimento ao BO é importante de forma a responder às necessidades reais do doente. Este folheto pode promover uma melhor acessibilidade à informação sobre o procedimento cirúrgico e à permanência no BO.

O acolhimento consiste no ato de receber no serviço através da construção de uma relação humanizada ou um vínculo entre o cuidador e o ser cuidado. O acolhimento é fundamental para conhecer e avaliar as emoções, os sentimentos e as necessidades do doente à chegada ao BO, sendo este momento necessário, para explicar e orientar o doente nos procedimentos a que será submetido com vista a diminuir a ansiedade e as manifestações do stress (Giron & Berardinelli, 2015; Stumm, Zimmermann & Kirchner, 2009). O acolhimento no BO é também importante para a promoção do conforto e do cuidado humanizado através do conhecimento das necessidades do doente.

A visita pré-operatória é realizada no dia anterior à cirurgia, em que o enfermeiro do BO se dirige ao serviço no qual se encontra o doente internado, dando início ao processo de enfermagem. Este ao receber informações sobre o

procedimento cirúrgico e ambiente inerente ao BO, terá menor ansiedade e a diminuição da dor no pós-operatório. A visita pré-operatória permite ao doente ter acesso a informação antecipada sobre as várias etapas no BO. O fornecimento do folheto durante a visita pré-operatória permitirá a consolidação da informação a respeito do BO. O serviço tem um folheto sobre o acolhimento do doente ao BO mas dado o envelhecimento populacional revelou-se necessário criar um folheto ajustado às limitações das pessoas. Este apresenta mais imagens e é mais sucinto em relação ao anterior folheto fornecido.

Referências Bibliográficas:

Fonseca, R. & Peniche, A. (2009). Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (4), 428-433.

Giron, M. & Berardinelli, L. (2015). O conhecimento em enfermagem sobre a humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 9 (2), 974-984.

Giron, M., Berardinelli, L. & Santo, F. (2013). O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização. *Revista de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro*, 21 (2), 766-771.

Stumm, E., Zimmermann, M. & Kirchner, R. (2009). Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), 99 – 106.

Apêndice VIII: Resumo do poster do acolhimento do doente ao BO

Resumo do poster do acolhimento do doente ao BO

Justificação:

O acolhimento consiste no ato de receber no serviço através da construção de uma relação humanizada ou um vínculo entre o cuidador e o ser cuidado. O acolhimento é o reconhecimento do protagonismo do doente, no processo de saúde-doença, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde dar resposta aos problemas do doente (Sé, Progianti & Pereira, 2016; Saes, Rays & Gatti, 2011; Medeiros, Araújo-Souza & Clara-Costa, 2010; Schneider, Manschein & Albuquerque, 2008). O acolhimento é fundamental para conhecer e avaliar as emoções, os sentimentos e as necessidades do doente à chegada ao BO, sendo este momento necessário, para explicar e orientar o doente nos procedimentos a que será submetido com vista a diminuir a ansiedade e as manifestações do stress (Giron & Berardinelli, 2015; Stumm, Zimmermann & Kirchner, 2009).

O presente trabalho realça a importância do acolhimento do doente ao Bloco Operatório (BO) assim como o seu percurso pelo mesmo. O enfermeiro no BO tem um papel de destaque, na medida em que cuida do doente como um todo, garantindo a qualidade e continuidade de cuidados junto do doente/família e equipa de saúde (AESOP, 2006, p.7).

O acolhimento do doente ao BO é fundamental pois o doente cirúrgico vivência angústia e ansiedade inerente ao procedimento cirúrgico. O acolhimento permite ao enfermeiro avaliar as necessidades do doente e assim implementar as intervenções de enfermagem seguras e apropriadas com vista à diminuição da ansiedade e promoção de tranquilidade no doente.

Referências Bibliográficas:

Giron, M. & Berardinelli, L. (2015). O conhecimento em enfermagem sobre a humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 9 (2), 974-984.

Giron, M., Berardinelli, L. & Santo, F. (2013). O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização. *Revista de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro*, 21 (2), 766-771.

Stumm, E., Zimmermann, M. & Kirchner, R. (2009). Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), 99 – 106.

Apêndice IX: Poster do acolhimento do doente ao BO

ACOLHIMENTO DO DOENTE AO BLOCO OPERATÓRIO



O acolhimento do doente ao BO é um cuidado fundamental:

- Consiste no ato de receber no serviço;
- Fomenta a diminuição do stress e da angústia promovendo o conforto e o cuidado humanizado;
- É fundamental para conhecer e avaliar as emoções, os sentimentos e as necessidades do doente à chegada ao BO;

Esquema do acolhimento do doente ao Bloco Operatório:



Fonte: <https://www.iStockphoto.com/plkfoto>

1º Etapa: Acolhido pelo enfermeiro/a e assistente operacional



2º Etapa: Transferido da cama do internamento para uma cama no BO.



3º Etapa: Transferido para a sala de pré-anestesia.



5º Etapa: Após a cirurgia é transferido para a UCPA.

OU



5º Etapa: Após a cirurgia é transferido para a unidade de cuidados intensivos.



4º Etapa: Transferido para a sala operatória.



Fonte: <https://pt.dreamstime.com>

6º Etapa: É transferido para a enfermaria.

Referências Bibliográficas

Costa, M. S. (2010). O acolhimento do doente na sala de recepção do bloco de cirurgia: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Pernambuco*, 4(2), 84-94.

Costa, M. S. (2010). O acolhimento do doente no bloco de cirurgia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Pernambuco*, 4(2), 100-111.

Costa, M. S. (2010). O acolhimento do doente no bloco de cirurgia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Pernambuco*, 4(2), 100-111.

Autor: Enf. Andréia Baleizão (Aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente Oncológica – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Apêndice X: Estudo de caso

Estudo de Caso

O estudo de caso em enfermagem proporciona uma visão única da vida de um doente na sua plenitude, em que a pessoa a ser cuidada permite um vislumbre da sua vida e também das suas fragilidades enquanto doente e pessoa. Um doente em primeira instância é pessoa e merece ser cuidado com respeito e dignidade.

A escolha da doente para a realização deste estudo de caso pendeu pela empatia e a facilidade em comunicar de imediato com esta. O primeiro contato foi estabelecido na visita pré-operatória, em que me permitiu conhecer a doente, o motivo do internamento e a cirurgia programada. O segundo contato foi através do seu acolhimento no Bloco Operatório, apesar de breve, foi uma mais-valia para ser recebida por “alguém que já conhecia”. O terceiro contacto ocorreu no dia seguinte à cirurgia, na visita pós-operatória. Para além disso, tive oportunidade de visitar a doente mais uma vez, tendo em conta a realização das visitas pré-operatórias que foram realizadas a outros doentes no serviço onde estava internada.

1 - Apreciação Global da Pessoa

1.1 – Dados Sociodemográficos

Doente do sexo feminino (Sra. E.), raça caucasiana, nascida em 8 de julho de 1934, 80 anos, natural de Grândola, Portuguesa e residente no Montijo. É viúva e tem uma filha. O subsistema de saúde é SNS. Tem como profissão reformada e anteriormente exercia funções numa empresa de obras como empregada de limpeza.

1.2 – Antecedentes pessoais e familiares

- Antecedentes Pessoais
- Hipertensão Arterial;
- Bloqueio completo do ramo esquerdo cardíaco;
- Cardiopatia isquémica;
- Dislipidémia;

- Anemia Crónica;
- AVC há 9 anos mas sem sequelas;
- Operação de Hartmann em Março de 2016;

- Antecedentes Familiares
 - Pai: Doença de Alzheimer (já falecido);
 - Mãe: AVC hemorrágico (já falecido);
 - Irmão mais velho: neoplasia do colón (já falecido);

- Medicação Habitual
 - Amlodipina/Valsartan 5/160 mg, 1 cp ao pequeno-almoço;
 - Lendormin 0,25 mg, 1 cp ao jantar;
 - Vit. B12, 1 cp ao pequeno-almoço e ao jantar;
 - Amissulpride 50 mg, 1 cp ao pequeno-almoço;
 - Aspirina 100 mg, 1 cp ao almoço;
 - Sinvastatina 20 mg, 1 cp ao jantar;
 - Mononitrato de isossorbido 50 mg, 1 cp ao pequeno-almoço;

1.3 – História de Saúde Atual

Ano de 2016

11 de Fevereiro: Recorre ao serviço de Urgência por dor abdominal no quadrante esquerdo com uma semana de evolução e agravamento progressivo. Realiza TAC abdominal-pélvica (lesão na transição do terço médio e distal do colon transverso com redução do lúmen e espessamento parietal grosseiro). Pedido exames de diagnósticos e agendada consulta de cirurgia.

16 de Fevereiro: Realização de TAC Tórax (micronódulos calcificados bilaterais dispersos a controlar evolutivamente – etiologia secundária).

17 de Fevereiro: Realiza colonoscopia (fixação da sigmoide com muito edema e mucosa inultrapassável ulcerada e biopsada).

26 de Fevereiro: Consulta de tomada de decisão terapêutica (Digestivos) com a indicação para realizar intervenção cirúrgica e com agendamento para o dia 7 de Março.

7 de Março: Admissão no serviço de internamento de cirurgia para a realização da cirurgia – hemicolectomia esquerda. Pedido de tipagem sanguínea pré-operatória com pesquisa de anticorpos irregulares, sendo adiada a cirurgia por não haver unidades de sangue seguras.

24 de Março: Recorre ao serviço de urgência por apresentar dor intensa no flanco esquerdo com palpação do aumento do volume abdominal com suspeita de perfuração do intestino. Fica internada para intervenção cirúrgica.

25 de Março: Intervenção cirúrgica – hemicolectomia esquerda com colostomia terminal no hipocôndrio direito.

15 de Abril: Alta do internamento.

22 de Abril: Consulta de cirurgia – resultado da anatomia patológica: adenocarcinoma de baixo grau com infiltração até à subserosa (T3), com invasões linfáticas sem depósitos tumorais com metástases ganglionares (1 de 14) com margens cirúrgicas livres do tumor. TMN – T3, M1, N1.

2 de Maio: Consulta de oncologia: Indicação para realizar tratamento adjuvante com quimioterapia oral com Capecitabina.

6 de Junho: Consulta de oncologia: Realiza análises e programa-se o início da quimioterapia oral.

19 de Setembro: Suspende a Quimioterapia oral a pedido da doente após a realização de 5 ciclos de Capecitabina.

25 de Outubro: Consulta de cirurgia: Reavaliação do estado de saúde. Marcação de exames RMN e análises.

Ano de 2017

6 de Janeiro: Consulta de Oncologia de seguimento: Sem queixas e mantém a terapêutica habitual.

3 de Março: Consulta de cirurgia: Avaliação dos exames pedidos. Colostomia funcionante. Marcação de RMN abdominal e análises.

22 de Maio: Consulta de oncologia de seguimento: Mantém a sua atividade habitual com saco de colostomia funcionante e apetite conservado. Aguarda cirurgia de restabelecimento de trânsito. O RMN não revela recidiva da doença. Agendamento de consulta para novembro após cirurgia.

8 de Agosto: Consulta de cirurgia: Sem alterações. Marcação de cirurgia eletiva para restabelecimento do trânsito intestinal por hemicolectomia esquerda, para outubro.

9 de Outubro: Internamento no serviço de cirurgia para reconstrução do trânsito intestinal.

10 de Outubro: Realização da cirurgia.

1.3.1 – Necessidades Humanas Fundamentais

O enfermeiro tem um papel preponderante na satisfação das necessidades humanas fundamentais do doente, com vista à proteção e à preservação da dignidade humana, envolvendo valores, vontade e conhecimentos necessários para a melhoria contínua do estado de saúde-doença.

- Necessidade Humanas Fundamentais segundo Virgínia Henderson:

- Respirar: Autónoma. A doente apresenta-se eupneica sem aporte de O₂ com FR de 16 c/m e sem dificuldades respiratória.

- Comer e Beber: Autónoma. A doente apresenta o apetite mantido apesar de estar a fazer a preparação intestinal para a cirurgia. No pós-operatório teve dieta zero com sonda nasogástrica em drenagem passiva. Habitualmente, ingere uma dieta rica em fruta, legumes, carne, peixe e pão. Refere ingerir água em quantidade diminuta. Tem prótese dentária bilateral.

- Eliminar: Autónoma. Apresenta colostomia funcionante. Refere não ser necessário recorrer a medidas farmacológicas. Tem como padrão intestinal duas a três vezes ao dia, sendo fezes moles e em moderada quantidade. Urina várias vezes ao dia (7 a 8 vezes dia), sendo esta amarelo-clara e em moderada quantidade. No período pós-operatório, apresentou-se algaliada para monitorização do débito urinário.

- Movimentar-se e manter uma postura correta: Autónoma. Mantém o alinhamento corporal, sem dificuldades motoras ou alteração músculo-esquelética. Referiu apresentar-se com diminuição da força muscular dos quatro membros desde que foi submetida à cirurgia. No período do pós-operatório

necessitou de ajuda parcial, para posicionar-se no leito. No seu dia-a-dia, deambula em casa e na rua.

- Dormir e Repousar: Autônoma. Dorme 6 a 7 horas por dia e sem insônias. Faz medicação habitualmente desde que foi submetida à primeira cirurgia. No período do pós-operatório, dormiu por longos períodos devido ao tipo de anestesia submetida. Acrescentou que o ruído proveniente do ambiente hospitalar (principalmente monitor cardíaco) e a prestação de cuidados não interferiram no seu sono.

- Vestir e Despir-se: Autônoma nesta necessidade humana básica. No pós-operatório necessitou de ajuda parcial, tendo em conta os efeitos de anestesia geral e intervenção cirúrgica. Mencionou que habitualmente veste-se de forma simples pois segundo a Sra. E. “foi assim que fui criada na simplicidade da vida.”

- Manter a temperatura corporal: Autônoma nesta necessidade humana básica. No pós-operatório imediato necessitou de aquecimento pois sentiu muito frio no “acordar da cirurgia” e no recobro. No dia-a-dia, tem o cuidado de vestir roupa adequada para manter uma temperatura corporal e evitar doenças.

- Estar limpo e cuidado e proteger os seus tegumentos: Mantém a pele hidratada e limpa. Mantém cuidado com a pele e principalmente com a colostomia. A Sr. E. citou que “a colostomia é um fardo, por vezes o saco não adere à pele e depois sujo-me”, acrescentando também “ao início de ter a colostomia era a minha filha que cuidava mas com o passar do tempo, pensei que tinha que ser eu a fazer isso. Consegui com muito custo, sabe chorei muito mas consegui ser capaz.” No período pós-operatório, teve alteração da integridade da pele pois apresenta penso na região abdominal e um dreno passivo no hipocôndrio esquerdo. Demonstrou os pensos limpos e secos externamente e sem perdas hemáticas visíveis.

As intervenções de enfermagem consistem na vigilância da integridade da pele, vigiar o penso e dreno cirúrgico; vigiar a ocorrência de perdas hemáticas através da sutura operatória; realização de ensino sobre a realização da higiene pessoal com o penso cirúrgico e sinais de alerta de infeção.

- Evitar os Perigos: Autônoma sem risco de queda. Sem hábitos etanólicos e tabágicos. A Sra. J. está consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa.

- Comunicar: Autônoma nesta necessidade humana básica. Sra. E. tem facilidade em comunicar e expressar os seus sentimentos e preocupações.

- Sexualidade: Viúva. O assunto não foi abordado por não ser pertinente.
- Agir segundo as crenças e valores: A Sra. E. é católica praticante e tem hábito de ir à missa aos domingos. É crente em Deus e na nossa Senhora de Fátima. Esta prática permitiu-lhe aceitar a doença e o tratamento da mesma.
- Ocupar-se com vista a realizar-se: A Sra. E. costuma fazer trabalhos de costura e cozinhar. Habitualmente está com a família.
- Aprender: Sem dificuldades cognitivas e de aprendizagem. A Sra. E. é uma pessoa interessada em aprender.

As intervenções de enfermagem nesta necessidade específica revelam-se da maior pertinência, uma vez que a doente ia ser submetida a uma intervenção cirúrgica. O fornecimento de informação sobre o BO, a intervenção cirúrgica e o circuito do doente no BO revela-se fundamental para diminuição da ansiedade e dor no pós-operatório. A visita pré-operatória permite promover a tranquilidade, “desmistificar” vivências cirúrgicas menos positivas já vividas e o esclarecimento de dúvidas. O acolhimento ao BO é importante para receber o doente e colmatar a ansiedade e insegurança latente (Schneider & Albuquerque, 2008; Stumm & Kirchner, 2009).

1.4 – Experiências de vida significativas

A vida é feita de transições (acontecimentos previstos ou inesperados), o que acarreta mudanças e alterações de comportamento pela pessoa. A teoria de enfermagem de média-alcance de Meleis enfatiza a transição como conceito central para uma melhor compreensão dos processos de saúde e doenças. Os processos de transição têm como consequência mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente da pessoa. Melleis citada por Abreu (2008, p. 23) diz que a transição “remete para uma mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social.” A transição consiste num processo em que a pessoa entra consciente ou inconscientemente, acidental ou naturalmente, em que vive, adaptando-se ou não com saída da mesma, de forma saudável ou não (Queirós, 2010). No entanto, uma pessoa pode vivenciar em simultâneo mais do que um tipo de transição (Meleis, 2010).

As transições podem ser definidas como sendo de saúde-doença, situacional, de desenvolvimento e organizacional. A transição saúde-doença consiste numa mudança do estado de saúde para um estado de doença. Neste tipo de transição, a Sra. E. sublinhara a importância do dia do diagnóstico de cancro do colón transversal. Referiu “fiquei apavorada e pensei o que vai ser de mim”, acrescentando ainda que “já não me sentia bem há algum tempo.” O diagnóstico da doença foi menos difícil do que a intervenção cirúrgica e o pós-operatório. A Sra. E. mencionou que uma pessoa adapta-se à nova realidade e à situação de doença pois não há alternativa. A família foi e é um pilar na sua vida pois a sua filha é tudo para ela, referindo “se não fosse pela minha filha não estaria aqui.”

A transição situacional mais marcante na vida da doente foi a morte do marido. A Sra. E. refere que “nunca pensei perdê-lo apesar do meu marido me dizer que no caso de ele morrer tinha que me governar.”

Na transição de desenvolvimento, a maternidade foi sem dúvida marcante para a doente. A Sra. E. alude “fui mãe muito nova e apesar de ter muitos irmãos não estava preparada para cuidar de uma criança sozinha.” Esta acrescenta também o facto de ter educado uma criança sozinha e longe da família ajudou-a a crescer e como diz “fui obrigada a crescer e da pior forma mas a vida é mesmo assim (...).” A Sra. E. refere que a terceira idade não é fácil de aceitar, no sentido em que não consegue realizar de forma ágil as suas atividades de vida.

A transição organizacional está relacionado com as mudanças de ambiente. A Sra. E. diz que ao reformar-se passou a permanecer muito tempo em casa em vez do local de trabalho. Esta acrescenta “foi uma vida passada na fábrica, tinha amigos com quem falava todos os dias.”

1.5 – Crenças e valores

As crenças, valores e princípios definem uma pessoa e a forma como age numa sociedade. A cultura onde se insere a pessoa molda a sua forma de estar, agir e fazer socialmente. Uma prestação de cuidados transcultural sustenta-se em valores e crenças cognitivamente conhecidos, que facilitam, sustentam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte (Leininger & Farland, 2002). O enfermeiro, enquanto agente social,

deverá respeitar e reconhecer a diversidade dos saberes e crenças sobre a saúde e doença. Este tem a responsabilidade de enquadrar o percurso do doente ajudando-o na reorganização biológica e social, utilizando como “ferramentas” o respeito, a atitude de ouvir, reflexão e aprendizagem com as narrativas (Langdon & Wiik, 2010).

Durante o tempo em que estive com a doente na visita pré-operatória e pós-operatória pude constatar que a doente tinha uma componente espiritual muito presente na sua vida. A Sra. E. referiu que o momento do diagnóstico fora difícil e pensou o que seria da sua vida pois pensava ainda que podia ajudar a filha, os netos e a bisneta. Esta acrescenta “sentia que algo não estava bem comigo pois sentia-me sempre cansada e cada vez mais magra.”

A sua fé em Deus foi uma ajuda para vivenciar este processo de saúde-doença. A Sra. E. esclarece que sempre acreditara em Deus e que nunca perdeu a fé. No internamento da primeira intervenção cirúrgica, refere que “ao estar deitada na cama do hospital, via a Nossa Senhora de Fátima na parede e dava um aconchego cá dentro e sentia que não estava sozinha.” Sra. E. alude que frequenta a igreja ao domingo e que nunca perdeu o hábito de ir à missa excepto quando esteve internada. A Sra. E mencionou “não quero perder a minha fé em Deus e na Nossa Senhora de Fátima, é a minha âncora á vida.”

1.6 – Caracterização do ambiente familiar, habitacional e social

A família é o grupo social mais importante da sociedade, pois é onde o indivíduo estabelece as suas relações mais importantes, as quais influenciam e formam enquanto ser bio-psico-socio e espiritual. A pessoa é um todo e parte de uma família e sociedade mas nesse grupo, a pessoa vive, existe e reconhece essa família e essa sociedade (Relvas, 2006). A família representa o primeiro suporte e proteção perante o indivíduo em situação de doença.

A Sra. E. referenciou que vive sozinha desde a morte do marido (há 10 anos) mas o neto almoça com ela durante a semana. A filha e a neta vivem próximas da sua casa e convivem com frequência. A família nomeadamente a filha, genro, neto e neta tem uma relação próxima e são uma família unida.

A Sra. E. vive numa vivenda térrea (T2 com quintal e saneamento básico) no Montijo. A localidade onde vive é sossegada e com espaços verdes em redor da sua casa. Tem supermercado e cafés próximos da sua casa.

A Sra. E. indicou que a filha e os netos sempre a acompanharam nos exames, tratamentos e consultas, referindo que a família é um grande apoio na sua vida.

Relativamente ao rendimento socioeconómico, a Sra. E. é reformada desde os 67 anos. A sua reforma e a do marido falecido permite-lhe ter “uma vida boa” e consegue ajudar a filha e os netos.

2 - Intervenções de Enfermagem

As intervenções de enfermagem relevam-se importantes enquanto ações com vista à satisfação das necessidades do doente. Estas podem ser autónomas e interdependentes de outros profissionais. O enfermeiro deve estar atento sobre como uma transição que pode afetar a vida da pessoa portador de uma doença pois só assim, se pode realizar cuidados de enfermagem holísticos dirigidos às reais necessidades do doente. O enfermeiro deve “ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades, visa motivá-la para se tornar independente na medida do possível” (Phaneuf, 2001, p. 39).

As intervenções de enfermagem em oncologia revestem-se de uma especificidade singular pois a doença oncológica é estigmatizante socialmente e é uma doença que não afeta apenas o doente assim como a família. O enfermeiro deve entender o impacto causado pelo cancro no doente e os factores adaptativos deste perante a doença. Só assim, é possível planear intervenções concretas e reais segundo as suas necessidades. As capacidades do enfermeiro, nomeadamente de escuta ativa para ouvir o doente sobre os sentimentos que o assombram na vivência desta doença, o toque terapêutico e principalmente o estar para o doente são situações fulcrais para ajudar o doente, no processo de aceitação do tratamento e reabilitação da doença. Acrescento também a importância das intervenções de enfermagem em ajudar a “refazer a identidade do doente” sendo importante o desenvolvimento de uma relação de confiança entre enfermeiro- doente.

O enfermeiro em oncologia é fundamental para cuidar do doente no seu todo e família. As intervenções mais importantes contemplam o conhecer a pessoa e família, a individualidade e as necessidades do doente; colaborar na gestão do impacto da doença no doente e família; desenvolver estratégias adequadas às suas necessidades; desenvolver ensinamentos sobre a doença e

cuidados ao doente oncológico e família e ainda desenvolver ações integradas com outros profissionais.

O primeiro contacto que tive com a SR. E. foi durante a realização da visita pré-operatória que coincidiu com o dia de admissão no serviço. A Sr. E demonstrava-se ansiosa perante a anestesia geral e a cirurgia. Referi como iria decorrer a cirurgia e o tipo de anestesia realizada. A sr. E. mencionou “na cirurgia anterior fiquei com náuseas e vômitos logo quando acordei e tenho medo que tenha os mesmos sintomas” e ainda “quero muito fechar isto, o que tenho aqui na barriga. Sinto-me cansada disto!” De seguida eu disse “acredito que esteja cansada mas falta pouco tempo para resolver a sua situação. Os sintomas que teve na anestesia anterior podem não voltar acontecer.” Assim, reforcei a importância dos anti-eméticos administrados no período intraoperatório para evitar as náuseas e vômitos. Também acrescentei que a cirurgia é diferente da anterior. A sr. E. no final da visita mencionou “Vamos ver como corre. Pode ser que seja como a menina está a falar.” A filha da sr. E assistiu à visita pré-operatória e teve a possibilidade de esclarecer dúvidas sobre o tipo de anestesia, tempo de cirurgia e o tempo de permanência na unidade de cuidados pós-anestésicos.

A importância da visita pré-operatória para esclarecimento de dúvidas do doente e do familiar de referência é fundamental para diminuir a ansiedade. A visita de enfermagem pré-operatória promove um cuidado bio-psico-socio-espiritual, tornando o procedimento cirúrgico mais tranquilo para o doente e família diminuindo ou prevenindo os fatores stressantes (Gonçalves & Medeiros, 2016).

O segundo contato que tive com a sra. E foi no acolhimento ao BO. Esta referiu à chegada ao BO “estou nervosa mas sinto-me tranquila ao mesmo tempo. A sra enfermeira está aqui tal como me tinha dito.” Assim referi “Vou estar consigo até começar a cirurgia. Tem alguma dúvida que queira esclarecer?” A sra. E relatou “neste momento não tenho. Já lhe perguntei tudo o que queria ontem. Espero que corra tudo bem e que não tenha má-disposição depois da cirurgia.” Aguardei junto da sra. E até que a cirurgia tivesse início. A cirurgia decorreu sem intercorrências. Permaneci junto da Sra. E durante a sua permanência no recobro.

O terceiro contacto foi realizado na visita pós-operatória, no serviço de internamento de cirurgia, no dia após a cirurgia. A sra. E apresentava-se calma

mas sonolenta da anestesia. Questionei-a sobre como se sentia e informou-me “sinto-me sem dores e náuseas, incomoda-me isto no nariz (sonda nasogastrica)!” , adicionando de seguida “amanhã provavelmente vai ser retirado, é apenas para prevenir dores de estômago.” Seguidamente, tive uma breve conversa sobre como se sentiu no BO, assim como os sintomas que apresentou, no período pós-operatório imediato. A Sra. E relatou “realmente não tive as náuseas e nem os vômitos como na cirurgia anterior, fui mais tranquila para a cirurgia. A sra enfermeira foi uma ajuda.”

3 – Conclusão

O processo de enfermagem foi iniciado com a visita pré-operatória e as intervenções de enfermagem tiveram como objetivo a diminuição da ansiedade e a dor no pós-operatório imediato. O esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações foram fundamentais para que a doente estivesse tranquila e sem sinais de stress durante a permanência no BO. O acolhimento à doente foi fundamental para perpetuar o estabelecimento de uma relação empática e ainda a doente sentir-se acolhida no BO. A visita pós-operatória permitiu avaliar a importância da visita pré-operatória e acolhimento.

A relação terapêutica que estabeleci com a Sra. E., apesar de ter sido curta no tempo, foi especial, na medida que desde do início houve uma empatia imediata.

O estudo de caso representa um aprofundamento de conhecimentos sobre a pessoa em estudo, assim como as intervenções de enfermagem implementadas.

Também permite com que a evidência científica adquirida na teoria através de artigos, estudos de investigação e teóricas possam ser aplicados na prática. A integração da teoria na prática é uma mais-valia para o desenvolvimento e crescimento enquanto ser profissional. Apesar de não ser capaz de distinguir o ser pessoal do ser profissional, a enfermagem é uma profissão humanística pois é uma constante o contacto com “outros” em que a relação enfermeiro – doente é primordial.

A visita pré-operatória e o acolhimento possibilita que o doente cirúrgico contacte previamente com o enfermeiro que o irá acolher no BO, permitindo uma

maior tranquilidade e diminuição do stress através da informação recebida e esclarecimento de dúvidas.

6 - Referências Bibliográficas

Gonçalves, T. & Medeiros, L. A visita pré-operatória como factor atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista da associação brasileira dos enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material de esterilização*, 21 (1), 22-27.

Langdon, E., Wiik, F. (2010) – Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (3), 174-181.

Leininger, M. & Farland M (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice*. (3ª ed). New York: Mac Graw-Hill

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2006) On developing transitions: the history of a concept and the future of nursing science. In *Conference Portugal Nurses Association*, 18 Out. 2006.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados*. Coimbra: Quarteto.

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, Transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.

Schneider, D., Manschein, A. & Albuquerque, G (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 17 (1), 81-89.

Stumm, E., Zimmermann, M. & Kirchner, R. (2009). Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), 99-106.

Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família*. Porto: Edições Afrontamento.

Apêndice XI: Jornal de aprendizagem do BO do Hospital B

Jornal de Aprendizagem da Visita Pré-Operatória no Hospital B

Uma pessoa para evoluir, enquanto profissional, carece de uma multiplicidade de experiências e acima de tudo aprendizagens que se traduzam em ganhos de conhecimentos. Para uma mudança de atitude ou de prática clínica, apenas a experiência e conhecimento permitem essa evolução. Santos e Fernandes (2004) referem que a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como uma forma de munir os profissionais de enfermagem na aquisição de conhecimento dos seus saberes e das suas práticas. A reflexão é uma capacidade importante para o enfermeiro principalmente na prestação de cuidados, mas para isso, terá que haver a preocupação em refletir sobre a ação. Somerville & Keeling (2004) referem que a reflexão é uma mais-valia para apoiar os enfermeiros a reconhecerem as suas fraquezas e forças. A reflexão permite preencher o espaço entre a teoria e a prática de enfermagem e assim como aumentar o corpo de conhecimentos da enfermagem integrada na prática (Johns, 2002).

Uma prática reflexiva estruturada, segundo os modelos atuais de reflexão, promove o desenvolvimento de um pensamento clínico, o que contribui para uma prática baseada na evidência. O ciclo de Gibbs (1998) permite orientar a reflexão para uma prática clínica orientada. Este ciclo contempla 6 fases, nomeadamente a descrição, os sentimentos vivenciados, a avaliação da experiência, a análise da situação, a conclusão da situação e ainda a agenda.

Este campo de estágio consentiu uma multiplicidade de experiências, o que me permitiu aprender e crescer enquanto profissional. Vou descrever a situação vivida durante a visita pré-operatória e acolhimento.

Descrição

Este estágio foi o meu primeiro campo de estágio no âmbito do meu projeto, daí que as experiências vivenciadas foram essenciais para compreender a importância do papel do enfermeiro do BO no âmbito da visita pré-operatória.

Numa das visitas pré-operatórias que realizei, houve uma situação em particular que me marcou pela doente e pela minha postura perante a situação. A visita pré-operatória foi realizada no serviço de Urologia, a um doente de 67

anos (sr. J.), que foi submetido a prostatectomia radical por tumor da próstata. Esta visita foi realizada na véspera da cirurgia.

O doente ao primeiro contacto parecia ser uma pessoa tranquila e calma a falar. Ao aproximar-me junto do sr J. apresentei-me como sendo enfermeira do BO e acrescentei que iria explicar o circuito no BO. O sr. J. demonstrou-se muito receptivo perante apresentação e disse “é a primeira vez que sou operado e estou muito nervoso”. De seguida eu referi “é por isso que esta visita é importante para explicar o que vai acontecer no BO”. O sr. J. mencionou “espero ficar menos nervoso e ate já liguei à minha mulher com receio do que vai acontecer amanhã”, acrescentando “tenho medo de não acordar, medo de não ver mais a minha mulher e os meus filhos”. De seguida, chorou e ficou em silêncio. Fiquei surpreendida com a sua reação e permaneci em silêncio durante alguns segundos, de forma a refletir sobre as palavras corretas para serem ditas, acabando por mencionar “sabe isso que está a vivenciar é natural pois a cirurgia e anestesia é stressante para vida de uma pessoa. Não vai estar sozinho no BO pois estará sempre acompanhado por uma equipa de profissionais.” O Sr. J. declarou “acredito que seja verdade e acredito mesmo! Mas isto para mim está a deixar-me sem o meu chão...” De seguida indiquei “o problema que tem só pode ser resolvido com a cirurgia e vou explicar-lhe tudo o que vai acontecer no BO.” Assim sendo, clarifiquei ao doente a necessidade do jejum, da preparação pré-operatória, tipo de anestesia e cirurgia, o “acordar” da anestesia, a necessidade de drenos e penso cirúrgico e a ida para a unidade de cuidados pós-anestésicos. O sr. J. disse “agora consigo imaginar-me a acordar e o sítio aonde vou acordar mas ainda contínuo com medo. Mas sinto menos medo” Posteriormente, afirmei ao doente “fico mais descansada por saber que sente menos receio perante a cirurgia” acrescentando de seguida “estarei à sua espera amanhã no BO.” O sr. J. disse “amanhã lá nos encontramos e espero ficar mais tranquilo ao longo do dia. A minha mulher e os meus filhos virão visitar-me à tarde” e ainda “vivo para eles, sabe?!” Assim para terminus da visita eu disse “a família é tudo para uma pessoa. Tente ficar mais tranquilo.”

Sentimentos

Os sentimentos vivenciados durante a visita foram de impotência e desilusão perante a minha postura enquanto enfermeira. O meu local de trabalho

é num BO. Nunca fui operada mas já assisti imensas vezes à reação dos doentes perante a anestesia e cirurgia, principalmente quando entram na sala operatória, é um culminar de uma situação que antecipavam e é notório na forma como os doentes agem: o silêncio, as mãos transpiradas, o sorriso “nervoso”, as mãos dadas, corpo rígido, entre outras. Por isso compreendo o medo e a angústia que os doentes sentem perante o procedimento cirúrgico e a envolvimento do BO.

Perante a minha postura enquanto enfermeira senti-me impotente e desiludida pois gostaria de ter tido uma forma de estar diferente com o doente. Admito que não estava à espera de ver o doente a chorar e isso deixou-me por segundos sem palavras e surpreendida. Apesar de estar acompanhada com o enfermeiro orientador e de me sentir segura em realizar a visita pré-operatória, não estava à espera da reação do doente. Cada pessoa é única e é impossível prever a forma como uma pessoa reage perante uma situação de stress. O silêncio que fiz durante a visita foi o que me deixou mais desiludida.

Avaliação

A avaliação prediz o bom e o mau da experiência relativamente à situação. Penso que os aspetos maus referem-se principalmente aos silêncios prolongados e talvez a não valorização suficiente do medo do doente perante o procedimento. O silêncio, nomeadamente nas respostas à doente, denotou no meu entendimento, uma “fragilidade” pois a minha preocupação era ter uma resposta que fosse ao encontro das suas necessidades. O silêncio, enquanto ferramenta da comunicação para-verbal, é necessário mas não de forma frequente, podendo transparecer que o cuidador demonstra insegurança. Os aspetos maus permitiram-me refletir sobre a situação e a minha forma de agir enquanto enfermeira visto ser preciso reconhecer o erro para depois corrigir a forma de estar perante o doente. Estes tipos de aspetos também me permitiram crescer enquanto enfermeira, tendo em conta que foi um momento de aprendizagem, que me permitiu lembrar a importância de ter uma postura mais correta enquanto profissional de saúde. Relativamente aos aspetos bons desta experiência, penso que tive a capacidade de ter uma postura assertiva perante o doente. Fui capaz de comunicar com ele de forma empática e assertiva. Tal como refere Phaneuf (2005, p. 54). “a pessoa assertiva é aquela que não tem medo de exprimir claramente, firmemente e tranquilamente o seu ponto de vista,

defendendo os seus direitos sem deixar de respeitar os dos outros. A pessoa assertiva está em condições de afirmar a sua personalidade sem suscitar a hostilidade, e sabe dizer que não se sente culpada.” Acima de tudo, mostrei aptidão para estabelecer uma relação de empatia com o doente com vista à diminuição do stress e angústia do procedimento cirúrgico. A empatia está relacionada com sentimentos de confiança, envolvimento emocional e respeito mútuo presentes num relacionamento interpessoal (Stefanelli, 2005). A empatia é uma ferramenta fundamental no estreitamento de uma relação entre enfermeiro-doente.

Análise da situação

A análise da situação refere-se ao sentido atribuído à mesma. Penso que a vivência desta situação conduziu-me à necessidade de atribuir uma enorme importância à assertividade na prestação de cuidados, sendo fundamental tentar corrigir e evitar situações em que a minha postura enquanto enfermeira seja menos assertiva ao comunicar com o doente (por exemplo: o silêncio). Autores referem que “uma enfermeira assertiva comunica autoconfiança, comunica sentimentos, assume a responsabilidade pelas escolhas e é respeitoso com os sentimentos, ideias e escolhas dos outros” (Potter, Perry & Stockert, 2013). A assertividade em enfermagem permite uma relação mais eficaz e saudável entre doente e enfermeiro.

Conclusão

A conclusão reflete o que mais se poderia ter feito durante esta experiência. Penso que poderia ter comunicado de forma diferente e ter demonstrado maior assertividade com o doente. A visita pré-operatória é um momento importante para conhecer o doente e promover esclarecimento de dúvidas e diminuição da ansiedade junto do doente. A visita pré-operatória representa a primeira etapa dos cuidados perioperatórios de enfermagem sendo fundamental para diminuir a ansiedade perante o procedimento anestésico e cirúrgico (Gonçalves & Medeiros, 2016).

Agenda ou planeamento para situações futuras

A agenda remete-se para o caso de acontecer outra vez, como procederei. Sem sombra de dúvidas tentarei ser mais assertiva perante o doente e tentarei cumprir com os tempos de silêncios de forma correta. Para além disso, assegurar-me que tentarei fazer o meu melhor enquanto enfermeira junto do doente.

A reflexão desta situação foi importante de forma a contribuir para alterar alguns aspetos da minha prática enquanto enfermeira e assim como para o meu desenvolvimento como profissional autónomo e crítico.

Referências Bibliográficas

Gonçalves, T., Medeiros, V. (2016). A visita pré-operatória como fator atenuante de ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Material de esterilização*, 21 (1), 22 – 27.

Johns, C. (2002). *Guided reflection: advancing practice*. London: Blackwell Science

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Potter, P., Perry, A. & Stockert, P. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Somerville, D. & Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nursing Times*, 100 (12), 42 – 45.

Santos, E. & Fernandes, A. Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59 – 62.

Stefanelli, M.C. (2005). *Introdução à comunicação terapêutica*. São Paulo: Manole.

Apêndice XII: Plano de atividades do BO do Hospital C

Objetivo Geral 1 – Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito do acolhimento do doente oncológico ao BO

Campo de Estágio: Bloco Operatório do Hospital C

Duração: 6 de Novembro a 15 de Dezembro

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Data de realização
<p>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE): A - Responsabilidade profissional, ética e legal. A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. B - Melhoria da qualidade. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. C – Gestão de cuidados. D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE): L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. L6 — Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.</p>	1.1 Integrar de forma progressiva e gradual a equipa de saúde multidisciplinar	A) Consulta das normas e protocolos do serviço. B) Exposição do projeto de intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientador de estágio e enfermeiros e restante equipa de saúde; Docente orientador; • Normas; protocolos do serviço; pesquisa bibliográfica; 	A) Ter consultado os manuais/documentos do serviço (normas e protocolo). B) Expor o projeto de estágio no campo de estágio.	1º/2ª semana de estágio 1º/2ª semana de estágio
	1.2 Compreender a dinâmica organizacional e funcionamento do serviço	A) Reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro orientador e outros elementos da equipa. B) Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem.		A) Ter realizado reuniões informais com enf.-chefe, enf.-orientador e outros elementos da equipa. B) Elabora um texto sobre a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço.	1º/2ª semana de estágio Ao longo do estágio
	1.3 Desenvolver competências e práticas de cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO.	A) Observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico ao BO.		A) Observa e colabora na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico. A) Realiza 30% das VPO programadas, nos turnos em que participa (com supervisão do enfermeiro-orientador).	Ao longo do estágio Ao longo do estágio

Objetivo Geral 1 – Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito do acolhimento do doente oncológico ao BO

Campo de Estágio: Bloco Operatório do Hospital C

Duração: 6 de Novembro a 15 de Dezembro

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Data de realização
<p>Competências de enfermeiro especialista em oncologia (EONS): 1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro. 2. Informação e comunicação á pessoa com doença oncológica. 3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica. 4. Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro. 5. Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente.</p> <p>Competências de Mestre: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde. ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação. b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.</p>	(continuação do objetivo 1.3)	B) Reflexão e análise dos cuidados de enfermagem prestados no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico ao BO	(continuação dos recursos)	<p>B) Elabora uma reflexão sobre a observação da prestação de cuidados de enfermagem do acolhimento e visita pré-operatória no BO.</p> <p>B) Elabora um texto sobre a visita pré-operatória e o acolhimento entre o Hospital B e Hospital C.</p> <p>B) Elabora um jornal de aprendizagem (ciclo de gibbs) sobre um evento crítico no acolhimento.</p>	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p>

Apêndice XIII: Cronograma das atividades do BO do Hospital C

Cronograma das atividades do BO do Hospital C

Atividades	Meses		Novembro				Dezembro	
	Semanas		06 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 01	04 a 08	11 a 15
1.1 A) Consulta das normas e protocolos do serviço.								
1.1 A) Exposição do projeto de intervenção.								
1.2 A) Reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro orientador e outros elementos da equipa.								
1.2 B) Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que podem ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem.								
1.3. A) Observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico ao BO.								
1.3 B) Reflexão e análise dos cuidados de enfermagem prestados no acolhimento e visita pré-operatória do doente oncológico ao BO								

Legenda:

- Planeado
- Realizado

Apêndice XIV: Caracterização do BO do Hospital C

Caracterização do BO do Hospital C

O Bloco Operatório (BO) do Hospital C pertence ao Centro Hospitalar (...). Este é constituído pelo Hospital de (...).

A área de abrangência do CH. contempla 13 das 24 freguesias do Concelho de (...) e 3 das 10 freguesias do Concelho de (...). O Hospital C no ano de 2016 fez 5435 cirurgias. Neste BO trabalham 44 enfermeiros, sendo que há quatro enfermeiros especialistas (3 enfermeiros com a especialidade de médico-cirúrgica e um enfermeiro com a especialidade de reabilitação), um enfermeiro-chefe e dois enfermeiros responsáveis de área (cirurgia geral e ortopedia). O horário de funcionamento é das 8h às 21:00 h durante a semana. A partir das 21:00h durante a semana é acionado a equipa de prevenção constituída por equipa médica e de enfermagem. Aos fins-de-semana é escalada uma equipa de prevenção (médica e enfermagem) das 8:00 às 20:00 e das 20:00 às 8:00.

Neste serviço são realizadas cirurgias eletivas e de urgência em que o maior número de casos é do foro oncológico. O Hospital C é o hospital de referência para cirurgia hepato-biliar para área de (...).

O BO é um serviço específico e particular dotado de meios físicos, técnicos e humanos com vista à prestação de cuidados cirúrgicos. Este tem como visão a prestação de cuidados com qualidade a cada utente que é sujeito a cirurgia. O BO tem como missão a excelência de cuidados assente no serviço prestado e na qualidade do tratamento ao utente.

O BO está assente nos seguintes valores: encontrar as necessidades de cada um e de todos os utentes; manter e desenvolver relações de cooperação, inserindo-se em equipas multidisciplinares, para melhor servir as necessidades da comunidade; adquirir standards de excelência que se tornem as melhores práticas do trabalho peri-operatório; utilizar a inovação e a criatividade para identificar e resolver qualquer problema; tratar todos com respeito e dignidade; manter a integridade e a honestidade como um dos princípios essenciais assentes numa base de elevados padrões éticos com vista à melhoria da performance de cada profissional.

O BO é constituído por 9 salas operatórias e uma unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) com a capacidade de 10 camas. As salas operatórias estão distribuídas pelas especialidades de cirurgia geral (hepato-

biliopancreática, renal, transplantação e obesidade) e ortopedia. Cada suite operatória é constituída respetivamente por uma sala de indução, uma sala operatória, uma sala de zona de sujios e uma zona de desinfeção cirúrgica das mãos. A URPA é onde o doente permanece após o término da cirurgia. Esta é constituída por 10 camas. A alta da URPA é dada pelo anestesista e obedece a critérios estabelecidos internacionalmente – escala de Aldrete.

O serviço tem como programas instituídos: a informatização dos registos de cuidados de enfermagem, a visita pré-operatória, o acolhimento, o stop infeção (Fundação da Callouste Gulbenkian), acreditação da Anduluzia (DGS), a cirurgia segura, notificação do familiar de referência do início e término da cirurgia e ainda filosofia lean aplicada aos cuidados de saúde.

As visitas pré e pós-operatória foram implementadas em 2004, sendo realizadas pelo enfermeiro responsável pelo acolhimento do doente, no BO no dia da cirurgia, que será o enfermeiro de referência do utente no BO. A primeira visita tem como objetivo conhecer o utente numa perspetiva holística do cuidar e fomentar o processo de acolhimento ao BO

A filosofia de trabalho do BO está assente em duas vertentes nomeadamente a técnico-científica e a relacional. O cuidar em BO consiste nos seguintes pressupostos: manter um ambiente físico, emocional e psicológico seguro, avaliar a necessidade de cuidados específicos e executá-los e despistar e atuar em complicações.

O método de trabalho utilizado é o trabalho em equipa na qual cada enfermeiro na sala operatória assume uma posição nomeadamente anestesia, circulação e instrumentação. Este trabalho em equipa entre todos os profissionais que participam numa sala operatória revela-se fundamental para a promoção da qualidade dos cuidados em prol do doente cirúrgico.

Apêndice XV: Reflexão sobre a observação da prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento e VPO do Hospital C

Reflexão: Observação da prestação de cuidados de enfermagem do acolhimento e VPO no BO do Hospital C

- Acolhimento

A reflexão permite debruçar sobre as atividades assistidas e de que forma afeta o pensamento e o agir enquanto enfermeira. O assistir à prática das diferentes intervenções de enfermagem noutra local de trabalho que não o “nosso”, permite refletir sobre o que executamos diariamente e por vezes sem pensar. O trabalho em BO reveste-se de um ambiente tecnicista e tenso em que visa a execução do procedimento cirúrgico. O BO é um serviço fechado em que o doente é submetido a procedimentos invasivos que acarreta complexidade e risco, podendo induzir a sentimentos de ansiedade no doente. O enfermeiro de BO “deve ter atenção especial na receção e durante a permanência do doente no BO” (Stumm, Zimmermann & Kirchner, 2009).

O doente antes de ser doente é pessoa com toda a sua “imensidão” representativa, forma de estar e agir perante o mundo. O respeito pela dignidade e singularidade do doente é fundamental para que a prestação dos cuidados sejam holísticos. Este é o centro dos cuidados e deve ser norteador de toda a equipa multidisciplinar no BO.

O doente ao sair do piso de internamento é acompanhado pelo enfermeiro e assistente operacional. Este é recebido pelo enfermeiro anestesista e um assistente operacional da sala operatória, onde será realizado a intervenção cirúrgica. O acolhimento é realizado no transfer do BO. Neste momento é realizado a transmissão de informação clínica sobre o doente entre enfermeiro de anestesia e o enfermeiro do internamento. A informação contempla os antecedentes pessoais e cirúrgicos, alergias, medicação prescrita, local de acesso venoso, entre outras informações pertinentes. A forma de acolher o doente faz toda a diferença pois nesse momento é fundamental que a equipa saiba ouvir e esclarecer dúvidas, de forma a promover um tratamento de qualidade entre enfermeiro-doente (Machado & Santana, 2015).

O doente é transferido da sua cama diretamente para a mesa operatória com a ajuda do transfer, sendo devidamente acondicionado. O enfermeiro que recebe o doente identifica-se como sendo um dos profissionais da sala operatória. Na maioria das vezes o enfermeiro que acolhe o doente, é aquele

que realizou a visita pré-operatória. Caso o enfermeiro que realizou a visita pré-operatória não esteja presente na cirurgia, este tenta estar presente no acolhimento do doente.

Neste momento é fundamental que o discurso seja dirigido às necessidades do doente, para que o ato de receber no BO seja mais do que uma “mera” transferência e acima de tudo um cuidado humanizado e centrado no doente. O enfermeiro deve promover uma maior aproximação com o doente, alcançando-o através da comunicação de forma a identificar as suas necessidades e proporcionar uma melhor qualidade dos cuidados (Machado & Santana, 2015).

Posteriormente o doente é conduzido à sala de indução, onde permanece a aguardar entrada na sala operatória. O tempo de permanência na sala de indução é importante para esclarecer alguma dúvida a respeito da cirurgia e apaziguar medos e receios que ainda possam subsistir. Revela-se importante o “estar” com o doente e entender os sinais transmitidos através da linguagem verbal e não-verbal. A observação destes sinais é importante, para que os cuidados de enfermagem tenham em vista, a diminuição da ansiedade e angústia do procedimento cirúrgico. O ato anestésico-cirúrgico induz no doente uma condição de medo, insegurança e de instabilidade (Stumm, Zimmermann & Kirchner, 2009).

O estabelecimento de uma relação empática e o esclarecimento (se necessário) de todas as etapas do procedimento anestésico e cirúrgico, permite minimizar o stress. Estudos referem que o stress no doente cirúrgico no período pós-operatório, é diminuto naqueles que desenvolvem estratégias adequadas para lidar com o mesmo (Daian & Jeunon, 2012).

A entrada na sala operatória traduz-se no culminar de sentimentos vivenciados no tempo assentes na antecipação da cirurgia. O doente é posicionado para o início da indução anestésica. O enfermeiro anestesista é o enfermeiro mais próximo do doente neste momento, sendo fulcral um gesto ou uma palavra de “conforto” perante aproximação do ato cirúrgico.

O acolhimento realizado neste serviço é diferente em relação à prática vigente no meu serviço. O acolhimento é concretizado na sua plenitude, em que há um ato verdadeiro de acolher e receber. A equipa de enfermagem tem uma preocupação em acolher o doente com vista à promoção da dignidade e respeito pelo doente.

- Visita Pré-Operatória

A visita pré-operatória é realizada na véspera do procedimento cirúrgico. Esta é realizada a todos os doentes contemplados no programa operatório. A visita é executada por um dos três enfermeiros da sala operatória, não sendo efetuada apenas pelo enfermeiro de anestesia. A realização da mesma depende da disponibilidade dos enfermeiros da sala operatória, isto é, durante o turno da manhã um dos enfermeiros realiza a visita.

Antes da realização da visita pré-operatória, o enfermeiro consulta o processo do doente através do Sclínico. A consulta do Sclínico permite aceder aos antecedentes pessoais e cirúrgicos, terapêutica habitual e alergias do doente. Esta consulta proporciona ao enfermeiro ter um conhecimento global sobre o doente durante a visita pré-operatória. Para além disso, é preenchido um documento próprio sobre a realização da visita pré-operatória, o qual voltará a ser utilizada na visita pós-operatória. Sendo arquivada em local próprio, para que qualquer enfermeiro tenha acesso à informação colhida na visita pré e pós-operatória. Também é realizado um registo no Sclínico sobre a realização da visita pré e pós-operatória.

O Hospital C tem quatro serviços de internamento de cirurgia e os doentes estão internados segundo a equipa cirúrgica responsável pelo procedimento cirúrgico. Ao chegar ao serviço de internamento, o enfermeiro do BO informa o colega do serviço que irá proceder à visita pré-operatória e valida alguma informação relevante sobre o doente. A consulta do processo físico é relevante para confirmar a informação já recolhida no Sclínico. Acrescento a relevância da validação do procedimento cirúrgico com a equipa cirúrgica responsável, para que as dúvidas do doente sejam escutadas e esclarecidas.

A visita pré-operatória visa a humanização dos cuidados de forma a melhorar a qualidade dos cuidados executados no período intra e pós-operatório. A visita de enfermagem na fase pré-operatória representa um valioso instrumento através da qual o enfermeiro pode atuar de maneira expressiva, a fim de proporcionar ao doente cirúrgico um apoio emocional, atenção e orientações (Zago & Casagrande, 2007).

O enfermeiro ao dirigir-se ao doente deve apresentar-se e explicar o motivo da visita e perguntar se pode efetuá-la. O enfermeiro do BO ao realizar a visita deve usar o fardamento específico do BO, para que o doente consiga

reconhecer o profissional de saúde no dia da cirurgia. O enfermeiro deverá informar o doente a respeito de:

- Hora da cirurgia e a possibilidade de atrasos ou cancelamento;
- Explicar que vai ter um acompanhamento constante por profissionais desde a entrada à saída do BO;
- Referir ao familiar de referência que esteja presente durante a visita, de forma a obter informações sobre o doente e sua cirurgia;
- Explicar o circuito no BO e os diferentes momentos que irá vivenciar durante o tempo de permanência no BO;
- Explicar os principais passos da anestesia, cirurgia e a recuperação pós-anestésica;
- Explicar como poderá ficar após a cirurgia nomeadamente com pensos, entubação, algáliação, drenagens, máscara de O2, entre outros;
- Informar sobre a necessidade do jejum, da preparação da pele (banhos com clorohexedina) e da tricotomia;
- Informar sobre a importância de parar de fumar e dos procedimentos de rotina (meias elásticas, camisa, remoção de próteses ou de qualquer adorno);

A comunicação durante a visita deve ser clara, concisa e ajustada às necessidades do doente. É importante o enfermeiro demonstrar disponibilidade em escutar, esclarecer dúvidas e acima de tudo ir ao “encontro” do doente. O uso de linguagem técnica e impositiva é uma prática que dificulta a compreensão do doente sobre as orientações fornecidas durante a visita pré-operatória (Kruse & Almeida, 2009). A informação transmitida ao doente durante a visita, deve ser adequada e simples, para que o doente não fique mais ansioso perante o procedimento cirúrgico. A orientação pré-operatória eficaz permite auxiliar o doente a lidar com a cirurgia, reduzir o período de internamento hospitalar, minimizar as complicações cirúrgicas e aumentar o bem-estar psicológico (Costa & Silva, 2015).

Após a realização da visita o enfermeiro tem conhecimento das necessidades do doente e pode planear as atividades para o BO. As necessidades do doente são informadas à equipa de enfermagem que acolhe o doente no dia seguinte. A informação recolhida é preenchida em folha própria e também registado em notas livres no Sclínico.

Referências Bibliográficas

Costa, K, Dias, R. & Silva, L. (2015). A importância das orientações de enfermagem no cuidado ao paciente submetido à cirurgia cardíaca: revisão integrativa. *Revista Vita et Sanitas da Faculdade União Goyazes*, 9 (2), 3-9.

Daian, M., Petroianu, A. & Jeunon, E. (2012). Estresse em Procedimentos Cirúrgicos. *ABCD Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 25 (2), 118-124.

Machado, G., Ouro, E. & Santana, F. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista brasileira de saúde funcional*, 2 (1), 33-45.

Kruse, M. & Almeida, M. (2009). A orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (3), 494-500.

Stumm, E., Zimmermann, M. & Kirchner, R. (2009). Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), 99 – 106.

Zago, M., Casagrande, L. (2007). A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 5 (4), 69-74.

Apêndice XVI: Texto sobre as diferenças na VPO e acolhimento entre o
Hospital B e C

Texto sobre as diferenças na visita pré-operatória e o acolhimento entre Hospital do B e C

A visita pré-operatória e o acolhimento representam das intervenções mais importantes que o enfermeiro perioperatório realiza no BO, na medida em que o doente é capacitado através da informação transmitida. As orientações fornecidas na visita pré-operatória constituem um aspeto positivo de tranquilidade para a maioria dos doentes cirúrgicos (Costa & Silva, 2015). A transmissão de informação permite a redução da ansiedade e stress pois o doente tem conhecimento antecipado do circuito no BO. A visita pré-operatória é o primeiro passo do processo de enfermagem em BO mas também é um momento de ensino através da capacitação do doente para a intervenção cirúrgica. Nunes (2012, p. 20) refere que “se encararmos o cliente como uma pessoa racional e madura, reconhecemos e capacitamos a pessoa; planeamos juntos o seu projeto de cuidados e aceitamos a sua liberdade de fazer escolhas, quando possível. Assim, subjacente ao agir do enfermeiro perioperatório está o reconhecimento do outro, que precisa de cuidados e é um ser complexo, aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a auto-consciência.”

A visita pré-operatória no BO do Hospital B é realizada todos os dias excepto à sexta-feira e sábado das 10 às 14 horas. Nos domingos e feriados a visita é realizada pelos elementos da equipa de urgência das 10 às 21 horas pois não há um enfermeiro designado para a visita pré e pós operatória. Mas carece da disponibilidade da equipa, caso não ocorram cirurgias de urgência. Durante a semana, a visita é executada por um enfermeiro escalado unicamente para a sua realização. A visita é dirigida a todos os doentes que serão operados em cirurgia convencional programada, com internamento administrativo efetuado e admissão ao serviço, até às 12 horas da véspera da cirurgia

No plano de distribuição de enfermagem do serviço é contemplado, um enfermeiro para a realização da visita pré e pós-operatória. O enfermeiro consulta os programas operatórios do dia seguinte e a plataforma do Sclinico. De seguida, o enfermeiro dirige-se para o respetivo serviço de internamento das diferentes especialidades para realizar as visitas. As informações obtidas durante a visita são introduzidas no Sclinico dando início ao processo de enfermagem. Durante a visita é fornecido um guia de acolhimento do BO ao doente, a explicar sobre a informação do procedimento anestésico e cirúrgico.

No BO do Hospital C, as visitas pré-operatórias realizam-se durante o turno da manhã e eventualmente no turno da tarde, expeto à sexta-feira e fim-de-semana. As cirurgias realizadas no âmbito da cirurgia geral são longas pois são procedimentos diferenciados e oncológicos. A visita por vezes é realizada apenas ao primeiro doente do programa devido ao tempo cirúrgico previsto (longo). A visita é executada pelo enfermeiro de anestesia ou por outro enfermeiro da sala operatória que acolhe o doente, no dia seguinte. Durante a visita não é fornecido folheto devido à falta de financiamento para a sua impressão. O enfermeiro também procede ao preenchimento de informação colhida durante a visita Sclínico.

A diferença entre as duas instituições está assente no enfermeiro escalado apenas para a realização da visita (Hospital B: HB) e na outra instituição o enfermeiro da sala operatória que acolhe o doente, é quem realiza a visita na véspera do dia da cirurgia (Hospital C: HC).

O acolhimento sendo o ato de receber no serviço, é fundamental que o enfermeiro esteja disponível para estabelecer uma “relação” com o doente. Esta ligação é iniciada no serviço de internamento através da visita pré-operatória. Autores referem que o acolhimento está assente na escuta qualificada dos doentes e na construção de vínculos entre os profissionais e os doentes (Baião & Alves, 2014; Giron & Benardinelli, 2015). O acolhimento no HB é realizado pelo enfermeiro da sala operatória excepto o primeiro doente do programa operatório que é acolhido pelo enfermeiro do recobro. O doente é acompanhado do internamento pelo enfermeiro e assistente operacional para o BO. O enfermeiro do internamento transmite as informações relevantes sobre o doente e o enfermeiro do BO valida a verificação pré-operatório no Sclínico. De seguida transfere o doente para a cama do recobro e este é colocado na sala de indução para entrar na sala operatória.

O acolhimento no HC é realizado pelo enfermeiro de anestesia da sala operatória que acolhe o doente. Este é acompanhado desde o internamento pelo enfermeiro e assistente operacional. O enfermeiro do internamento transmite as informações mais relevantes a respeito do doente. O processo do doente é acompanhado pela folha de verificação pré-operatória, sendo validados os diversos itens que constam na folha. As diferenças entre o acolhimento do HB e HC assentam na validação da verificação pré-operatória no Sclínico e no

acolhimento realizado pelo enfermeiro no recobro (primeiro doente do programa operatório).

A visita pós-operatória é importante para avaliar a satisfação, as percepções e as expectativas sentidas pelo doente durante o seu percurso no BO. Esta visita permite avaliar a qualidade das intervenções de enfermagem. A visita pós-operatória no HB é realizada a todos os doentes de segunda a sexta-feira e ao fim-de-semana, conforme a disponibilidade da equipa de urgência. Durante a visita pós-operatória é feita avaliação da satisfação da qualidade do serviço. Estes dados e outros são introduzidos no Sclínico. No HC a visita pós-operatória é realizada durante a semana pelo enfermeiro que realiza a visita pré-operatória. As informações recolhidas são preenchidas em folha própria da visita (a mesma da visita pré-operatória) e também no Sclinico.

A visita pós-operatória no HB é realizada pelo enfermeiro que realiza a visita pré-operatória, não sendo o enfermeiro que acolheu o doente ao BO. Na visita pós-operatória do HC o enfermeiro que realiza a visita pré-operatória é o mesmo que acolhe e que executa a visita pós-operatória. Neste caso é possível “criar” uma relação entre enfermeiro e doente pois o profissional é o mesmo.

Apesar das diferenças quanto aos intervenientes na realização da visita pré-operatória, acolhimento e visita pós-operatória nas diferentes instituições, o doente é o foco dos cuidados. Há uma preocupação em conhecer o doente e as suas necessidades e em proporcionar cuidados personalizados assentes na dignidade, integridade e individualidade do doente. O importante é que os cuidados de enfermagem em BO sejam humanizados apesar do ambiente específico e tecnicista. O doente é respeitado enquanto pessoa e tudo aquilo que representa enquanto ser social.

Referências

Costa, K, Dias, R. & Silva, L. (2015). A importância das orientações de enfermagem no cuidado ao paciente submetido à cirurgia cardíaca: revisão integrativa. *Revista Vita et Sanitas da Faculdade União Goyazes*, 9 (2), 3-9.

Nunes, L. (2012). Enfermagem Perioperatória: Desafios para a Viagem. *Revista AESOP*, 19-24.

Apêndice XVII: Jornal de aprendizagem do BO do Hospital C

Jornal de Aprendizagem sobre o acolhimento do Hospital C

O jornal de aprendizagem segundo o ciclo de Gibbs é uma janela de oportunidade para que ocorra uma reflexão sobre todas as atitudes e comportamentos decorrentes de uma situação analisada.

A reflexão é uma prática importante para o enfermeiro crescer como profissional e pessoa. O enfermeiro antes de ser enfermeiro é pessoa, o que envolve todas as dimensões bio-psico-socio-cultural e espiritual da mesma. Por vezes tentar separar o enfermeiro da pessoa de forma a ser profissional e idóneo de juízos de valor, revela-se uma tarefa árdua e inglória. Por isso, a prática reflexiva é uma ferramenta importante que o enfermeiro pode utilizar para refletir sobre as suas práticas e acima de tudo para evoluir. A “reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico” (Benner, 2001, p. 14).

O estágio é uma oportunidade única na vida de um profissional de forma a “sair” do seu ambiente de conforto (local de trabalho habitual) e interagir com realidades diferentes e promotoras do crescimento profissional. O estágio permite, segundo Schön (1992) o desenvolvimento de saberes na ação e sobre a ação.

- Descrição

Este estágio foi o meu segundo campo de estágio, tal como foi planeado no meu projeto e as experiências vividas foram fundamentais para aprofundar conhecimentos sobre a importância do acolhimento ao doente ao bloco operatório. O papel do enfermeiro do BO no acolhimento é fulcral para evitar ou colmatar a ansiedade e angústia que os doentes apresentam na chegada ao BO. Autores referem que o acolhimento ao BO é parte *sine qua non* do período pré-operatório do doente de forma a acolher e orientar os doentes nos momentos que antecedem a cirurgia (Giron & Berardinelli, 2015; Nogueira, Soares & Dutra, 2011).

Um dos acolhimentos realizados no HC que ficou presente na minha memória, foi de uma pessoa a quem realizei visita pré-operatória e posteriormente o seu acolhimento ao BO. A doente de 72 anos (Sra. J.) tinha como diagnóstico neoplasia do cólon e tinha como intervenção cirúrgica sigmoidectomia e estava internada no serviço de cirurgia. A visita foi realizada no dia anterior à cirurgia e a doente no momento da visita mostrava-se ansiosa e apreensiva perante o ato cirúrgico e uma das frases que utilizou para representar o bloco foi a seguinte “Sra enfermeira eu imagino-me num talho no bloco em que me vão cortar parte do meu intestino.” Fiquei surpreendida e sorri para a Sra J. quando expressou esse sentimento sobre o BO. Realmente é verdade que o BO é um serviço particular tendo em conta os procedimentos realizados. Foi explicado na visita pré-operatória as diferentes etapas da permanência no BO, dando ênfase à envolvimento da sala operatória. Foi desmistificado a ideia pré-concebida que a doente tinha sobre o BO. No fim a Sra. J. diz “vamos ver (...) se vai ser como me está a dizer, parece-me que estou mais esclarecida.”

No dia seguinte estava a aguardar pela Sra. J. no BO. Esta ao chegar ao BO na cama do internamento e ao aproximar-se do transfer acompanhada pela enfermeira do serviço de internamento esboçou-me um sorriso e referiu “uma cara conhecida.” Na mesma medida também esbocei um sorriso e referi “estava à sua espera”. De seguida foi pedido à doente para passar para o transfer e posteriormente a enfermeira do internamento transmitiu as informações essenciais sobre a doente. Durante a sua transferência, foi validado com a Sra J. o jejum, a existência de próteses dentárias, as alergias e o procedimento cirúrgico a ser realizado.

A Sra. J. ao ser colocada na marquesa, que a levou à sala operatória, colocou a sua mão sobre a minha e referiu “estou nervosa, sinto aquele nervoso miudinho.” De seguida mencionei “ontem falámos sobre como seria o seu percurso no BO.” A Sra. J. continuou agarrada à minha mão até a sala de indução e fui sorrindo pelo caminho pois o silêncio era latente. Não tirei a minha mão junto da doente pois senti que “estava onde devia estar”. Ao chegar à sala de indução a Sra. J. disse “realmente já sinto o frio que me falou ontem e sinto-me nervosa por estar a chegar o momento da cirurgia.” De seguida esclareci “o frio é necessário no BO, vou colocar-lhe um aquecimento para ficar mais confortável.” Acrescentei de imediato “vai permanecer breves momentos nesta

sala pois estão a preparar a sala operatória e entretanto já entra na sala operatória.” A Sra J. diz “agora sinto-me menos nervosa pois até aqui, foi como me explicou ontem e também me sinto acompanhada.” Voltei a sorrir à Sra. J. e acrescento “está acompanhada pois vai ter sempre pessoas junto de si no BO para a ajudar.” A sra. J. adita “tinha uma ideia errada do BO, imaginava algo diferente do que é na realidade (...) a forma como me explicou ontem sobre o BO, ajudou.” A seguir digo “ainda bem que a visita ajudou-a a estar menos nervosa (...) está na hora de entrar na sala operatória.” A sra. J. diz “seja o que Deus quiser, vou tranquila.” Fiquei junto da sra. J. durante a indução anestésica, cirurgia e acompanhei-a até ao recobro.

- Sentimentos

Os sentimentos vividos na relação estabelecida com a sra. J. foi de satisfação por ter conseguido ajudar a doente a atenuar os seus sentimentos negativos sobre o BO e acompanhá-la durante esse processo.

A noção que a doente referia ter a respeito do BO sendo designada como um “talho”, essa analogia não deixa de ser verdade com a realidade. O ato de “dissecar ou cortar” é algo frequente no BO nos atos clínicos praticados.

Senti-me satisfeita perante a minha postura enquanto profissional pois consegui estabelecer uma relação terapêutica e com o cuidado de ter uma comunicação eficaz. Uma relação terapêutica eficaz consiste numa relação de natureza orientada para o outro assente numa relação profissional na qual os parceiros se reconhecem como seres humanos iguais. Ambos os interlocutores estão em igualdade no sentido em que não há um superior e nem um subordinado, tendo como base um clima caloroso de ajuda. Apesar de que o enfermeiro sem exercer poder possui uma certa autoridade (Phaneuf, 2005).

- Avaliação

A avaliação da experiência foi de uma forma global boa pois a relação estabelecida com a doente foi de uma empatia imediata e de respeito pelos seus sentimentos e vivências enquanto pessoa. A empatia é a capacidade de colocar-se no lugar do outro e olhar o mundo através dos seus olhos, carecendo uma partilha e compreensão de sentimentos (Chalifour, 2008). A empatia enquanto

ferramenta é essencial numa relação entre enfermeiro e doente. Esta pode perpetuar-se através de gestos, palavras e silêncio com vista ao conhecimento das necessidades reais do doente.

O toque entre mim e a doente desde da sua chegada ao BO até à sala de indução foi especial, pois permitiu-me uma maior aproximação à doente. Também me permitiu sentir através do toque “um pouco da sua angústia”, perante o procedimento cirúrgico. O toque é um comportamento não-verbal de significado muito potente que promove conforto junto do doente (Phaneuf, 2005).

A expressão facial que tive, nomeadamente o sorriso, possibilitou uma transmissão de tranquilidade junto da doente. Phaneuf (2005, p. 37) refere que “o controle da expressão facial impõe-se, por vezes, perante situações difíceis, por exemplo, junto de uma pessoa em grande sofrimento, desesperada ou depressiva, mas na maior parte das situações de cuidados, a camuflagem das emoções prejudica a autenticidade da comunicação.” A expressão facial é um das ferramentas mais utilizada na comunicação não-verbal sendo inevitável realçar a sua importância numa relação terapêutica.

- Análise da situação

A análise desta vivência proporcionou-me pensar na importância do enfermeiro junto da doente durante o acolhimento ao BO. O acolhimento é uma postura ética traduzindo-se em escutar o doente e reconhecer o seu protagonismo no processo de saúde-doença (Schimiguel & Cenciarelli, 2015). Enfatizo a importância da comunicação não-verbal utilizada nomeadamente o toque e a expressão facial. Este tipo de comunicação torna-se essencial para aproximar o enfermeiro do doente e tornar este o centro da relação. A comunicação não-verbal contempla as expressões corporais e de comportamentos que suportam as relações verbais entre as pessoas contribuindo para o seu significado (Stefanelli & Carvalho, 2004; Phaneuf, 2005).

- Conclusão

Penso que poderia ter sido mais empática com a doente apesar de considerar que seria difícil. O acolhimento ao doente ao BO implica que tudo o que é dito ou não dito através de palavras, gestos e postura assume uma posição

de destaque nos momentos que antecedem uma cirurgia. Estive presente junto da doente desde da sua chegada ao BO até o término da cirurgia e isso foi importante, para que esta estivesse mais tranquila e acompanhada. A comunicação verbal e não-verbal é fundamental para um acolhimento eficaz e acima de tudo humanizado.

- Agenda ou planeamento para situações futuras

Numa próxima situação tentarei manter a empatia com a doente. O acolhimento desta doente levou-me a refletir sobre a importância que a empatia e os gestos tem numa relação terapêutica. O aprofundar conhecimentos sobre a comunicação verbal e não-verbal é importante para melhorar a minha postura enquanto profissional.

Referências Bibliográficas

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica, os fundamentos existencial-humanísticos da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Giron, M. & Berardinelli, L. (2015). O conhecimento em enfermagem sobre humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade de Enfermagem de Pernambuco*, 9 (2), 974 – 984.

Phaneuf, M (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Schimiguel, J. & Cenciarelli, E. (2015). O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Saúde Revista*, 15 (39), 47 – 57.

Schön, D. (1992). *A formação de profissionais reflexivos. Rumo a uma nova concepção de ensino e aprendizagem nas profissões*. Madrid: Paidós.

Stefanelli, M. & Carvalho, E. (2004). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.

Apêndice XVIII: Plano de atividades do BO do Hospital E

Objetivo Geral 2 – Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO					
Campo de Estágio: Bloco Operatório do Hospital E			Duração: 3 de Janeiro a 9 de Fevereiro		
Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Data de realização
<p>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE): A - Responsabilidade profissional, ética e legal; A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B - Melhoria da qualidade; B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; C – Gestão de cuidados; D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE): L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; L6 — Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte;</p>	2.1 Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do acolhimento do doente oncológico no BO.	<p>A) Exposição do projeto de intervenção no serviço</p> <p>B) Realização de sessão formativa sobre o acolhimento do doente oncológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientador de estágio, enfermeiro-chefe, enfermeiro-orientador, enfermeiros e restante equipa de saúde; Docente orientador; • Normas, protocolos do serviço e pesquisa bibliográfica • Reflexão crítica 	<p>A) Expor o projeto de intervenção de forma informal junto da enf.chefe, enf. orientadora e outros elementos da equipa do BO.</p> <p>A) Expor o projeto de intervenção ao enf.chefe e enfs. do serviço da Cirurgia Geral.</p> <p>B) Elabora o plano de formação da sessão formativa.</p> <p>B) Elabora a sessão formativa.</p> <p>B) Apresenta a sessão formativa na data definida.</p> <p>B) Adesão de 50% dos enfermeiros</p> <p>B) Aplica o questionário de avaliação da formação.</p> <p>B) Analisa a avaliação da formação obtida nos questionários.</p>	<p>1º/2º semana de estágio</p> <p>1º/2º semana de estágio</p> <p>1º/2º semana de estágio</p> <p>Realizada a 12/1</p> <p>Realizada a 12/1</p> <p>Realizada a 12/1</p> <p>Realizada a 12/1</p> <p>Realizada a 12/1</p> <p>Ao longo do estágio</p>
	2.2 Implementar e desenvolver cuidados de enfermagem na visita pré-operatória e acolhimento do doente oncológico ao BO.	A) Realização da visita pré-operatória e acolhimento do doente oncológico ao BO		Ao longo do estágio	

Objetivo Geral 2 – Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO
Campo de Estágio: Bloco Operatório do Hospital do E **Duração: 3 de Janeiro a 9 de Fevereiro**

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Data de realização
<p>Competências de enfermeiro especialista em oncologia (EONS): 1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; 2. Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica; 3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica; 4. Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro; 5. Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente;</p> <p>Competências de Mestre: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;</p>	(continuação do objetivo 2.2)	(continuação das atividades)	(continuação dos recursos)	<p>A) Realiza visitas pré-operatórias da especialidade de Cirurgia Geral.</p> <p>A) Aplica um questionário de satisfação dos utentes ao BO na visita pós-operatória.</p> <p>A) Analisa a avaliação do questionário de satisfação dos utentes ao BO.</p> <p>A) Elabora um jornal de aprendizagem (ciclo de gibbs) sobre um evento crítico no acolhimento.</p>	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p>

Objetivo Geral 2 – Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO
Campo de Estágio: Bloco Operatório do Hospital do E **Duração: 3 de Janeiro a 9 de Fevereiro**

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Data de realização
<p>Competências de enfermeiro especialista em oncologia (EONS): 1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; 2. Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica; 3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica; 4. Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro; 5. Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente;</p> <p>Competências de Mestre: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;</p>	(continuação do objetivo 2.2)	(continuação das atividades)	(continuação dos recursos)	<p>A) Realiza visitas pré-operatórias da especialidade de Cirurgia Geral.</p> <p>A) Aplica um questionário de satisfação dos utentes ao BO na visita pós-operatória.</p> <p>A) Analisa a avaliação do questionário de satisfação dos utentes ao BO.</p> <p>A) Elabora um jornal de aprendizagem (ciclo de gibbs) sobre um evento crítico no acolhimento.</p>	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p>

Objetivo Geral 2 – Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no acolhimento do doente oncológico ao BO
Campo de Estágio: Bloco Operatório do Hospital do E **Duração: 3 de Janeiro a 9 de Fevereiro**

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Data de realização
<p>(Continuação das Competências de Mestre)</p> <p>c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;</p> <p>d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;</p> <p>e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;</p>	<p>2.3 Implementar um programa de promoção do acolhimento do doente oncológico ao BO</p>	<p>A) Elaboração de um procedimento sectorial sobre o acolhimento do doente ao BO</p> <p>B) Realização de um procedimento sectorial sobre a visita pré-operatória do doente ao BO.</p> <p>C) Elaboração de uma check-list de boas práticas do acolhimento e visita pré-operatória</p> <p>D) Realização de um folheto sobre o acolhimento do doente ao BO</p> <p>E) Realização de um vídeo sobre o BO e ambiente envolvente</p>	<p>(continuação dos recursos)</p>	<p>A) Elabora um procedimento sectorial sobre o acolhimento do doente ao BO</p> <p>B) Elabora um procedimento sectorial sobre a visita pré-operatória do doente ao BO</p> <p>C) Elabora e aplica a check-list do acolhimento e visita pré-operatória</p> <p>D) Realiza e distribui um folheto sobre o acolhimento do doente oncológico no BO na visita pré-operatória</p> <p>E) Demonstra o vídeo sobre o BO ao doente durante a visita pré-operatória</p>	<p>Realizado a 8/1</p> <p>Realizado a 8/1</p> <p>Realizado a 8/1 e distribuído ao longo do estágio.</p> <p>Realizado a 8/1 e distribuído ao longo do estágio.</p> <p>Realizado a 8/1 e demonstrado ao longo do estágio.</p>

Apêndice XIX: Cronograma das atividades do BO do Hospital E

Cronograma das atividades do BO do Hospital E

Atividades	Meses	Janeiro					Fev.
	Semanas	03 a 05	08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09
	2.1 A) Exposição do projeto de intervenção no serviço.						
2.1 B) Realização de sessão formativa sobre a promoção do acolhimento do doente oncológico ao BO.			12/1				
2.2 A) Realização da visita pré-operatória e acolhimento do doente oncológico ao BO.							
2.2 A) Aplica um questionário de satisfação dos utentes ao BO na visita pós-operatória							
2.2 A) Analisa a avaliação do questionário de satisfação dos utentes ao BO							
2.3 A) e B) Realização de um procedimento sectorial sobre o acolhimento e visita pré-operatória do doente ao BO.			8/1				
2.3 C) Elaboração de uma check-list de boas práticas do acolhimento e visita pré-operatória.			8/1				
2.3 D) Realização de um folheto sobre o acolhimento do doente ao BO.			8/1				
2.3 E) Realização de um vídeo sobre o BO e ambiente envolvente.			8/1				

Legenda:  Planeado  Realizado  Realizado embora não planeado inicialmente

Apêndice XX: Plano da sessão formativa

Plano da sessão formativa

“Promoção do acolhimento do doente oncológico ao Bloco Operatório: cuidados de enfermagem”

Tema: Exposição do projeto de intervenção - Promoção do acolhimento do doente oncológico ao Bloco Operatório: cuidados de enfermagem.

Formadora: Andreia Baleizão.

Data: 12 de Janeiro de 2018.

Horário: 8:30-9:20.

Local: Auditório do Hospital E.

Destinatários: Enfermeiros do Bloco Operatório.

Divulgação: Em suporte de papel afixado no serviço e conversas informais com os colegas.

Objetivo da formação: Sensibilizar os enfermeiros para a temática do projeto; Estimular a adesão dos enfermeiros para passarem a acolher o doente ao BO.

Duração: 50 minutos (15 minutos de apresentação, 35 minutos para discussão, avaliação da apresentação e esclarecimento de dúvidas).

Método: Expositivo (power point).

Avaliação da formação: Questionário de avaliação e conversas informais com colegas.

Apêndice XXI: Sessão formativa

**A Promoção do Acolhimento da Pessoa com
Doença Oncológica ao Bloco Operatório:
cuidados de enfermagem**
PROJECTO DE INTERVENÇÃO



Andreia Baleizão

Lisboa, 12 de Janeiro de 2018

Sumário

- 0 – Introdução
- 1 – Enquadramento Teórico
- 2- Plano de Trabalho
- 3 – Referências Bibliográficas

0 - Introdução



1 – Enquadramento teórico

Dados estatísticos:

- O cancro é responsável por 20% de mortes na Europa.
 - É a segunda causa de morte e morbilidade na Europa.
 - Neste último ano surgiram, 3 milhões de novos casos e 1,7 milhões de mortes por ano (WHO, 2017).
-

Dados estatísticos:

- O cancro em Portugal representa a segunda causa de morte.
 - Estima-se que há cerca de 500 mil sobreviventes de cancro e 100 mil doentes em tratamento, apesar da cura e da sobrevivência com qualidade de vida ter aumentado (DGS, 2017).
-

Dados estatísticos:

- O tratamento cirúrgico em Portugal representa 44865 cirurgias oncológicas de 2010 a 2014, com o aumento progressivo das mesmas (DGS, 2017).



Fig. 1 – Evolução do número de cirurgias oncológicas em Portugal

Fonte – Doenças Oncológicas em números – 2015 (DGS, 2017)

Enfermagem

Os enfermeiros de BO têm como objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa submetida à intervenção cirúrgica no período perioperatório;
- Promover a satisfação das necessidades de vida do doente;
- Defender os interesses do doente;

(AORN, 2015; AESOP 2006)

O enf. de BO desempenha um papel de “advogado” durante a cirurgia (Spry, 2009; AESOP, 2006).

Doente Cirúrgico



(Gursoy, Guner & Yilmaz, 2016; Santos, Martins & Oliveira, 2014; Ribeiro, 2010; Stama, Zimmermann & Kirchner, 2009)

Acolhimento

É a forma como se recebe ou se é recebido

Hospitalidade

Hospedagem

Refúgio

Abrigo

Protecção

(Dicionário da Porto-Editora, 2017)

Acolhimento

O **acolhimento** é o reconhecimento do protagonismo do doente no processo de saúde-doença.



É da responsabilidade dos profissionais de saúde dar resposta aos problemas do doente.

(Sé, Proglanti & Pereira, 2016; Saes, Rays & Gatti, 2011; Medeiros, Araújo-Souza & Clara-Costa, 2010; Schneider, Manschein & Albuquerque, 2008)

Acolhimento

O **acolhimento** no BO é fundamental para:

- Avaliar as emoções, os sentimentos e as necessidades do doente à chegada ao BO.
- Explicar e orientar o doente nos procedimentos que será submetido com vista a diminuir a ansiedade e as manifestações do stress.

(Giron & Berardinelli, 2015; Stumm, Zimmermann & Kirchner, 2009)

Visita pré-operatória

Representa numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo de cadeia do processo dos cuidados perioperatórios (AESOP, 2006).

É o primeiro contacto do enf. do BO com o doente permitindo avaliar e identificar as suas necessidades e assim planear os cuidados no período intraoperatório (AESOP, 2006; Spry, 2009; Costa & Silva, 2015).

Pertinência do estudo

- O acolhimento do doente no BO representa o primeiro contacto que o enfermeiro realiza com o doente.
 - Não há enfermeiro responsável pelo acolhimento do doente.
 - A transferência do doente para BO é realizada pelo assistente operacional.
 - O doente permanece sozinho no BO a aguardar a cirurgia.
-

Pertinência do estudo

- Não há visita pré-operatória.
- A transmissão de informação sobre o doente é realizada apenas através de uma folha preenchida pelo enfermeiro do internamento, a qual acompanha o processo do doente que por vezes não contempla informação suficiente.

QUESTÃO:

“Quais as intervenções de enfermagem que promovem o acolhimento da pessoa com doença oncológica?”

2 – Plano de trabalho

Consiste em:

- Realizar o acolhimento;
 - Realizar a visita pré-operatória (entrega de folheto e visualização de um vídeo sobre o BO);
 - Fazer o procedimento sobre acolhimento;
-

3 – Referências Bibliográficas

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados*. Lourenço: Looeditada.
- Andolha, R., Onda, L. & Bianchi, E. (2009). Stress and coping in preoperative period of breast cancer. *Revista de enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43(3), 709-711.
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2015). *Guidelines for Perioperative Practice*. Nijmegen: AORN.
- Armstrong, R., Doyle, J. & Watson, E. (2011). *Cochrane Update Scoping the scope of a cochrane review*. *Journal of Public Health*, 35, 147-150.
- Arksey, H., & Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32.
- Baile, B., Oliveira, R. & Alves, K. (2014). Acabamento humanizado em posto de saúde urbano do distrito federal. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 17(5), 291-302.
- Baptista, C., Linares, M. & Vazquez, D. (2015). Efficacy versus effectiveness: visit on anxiety, pain and well-being. *Enfermagem Global*, 59, 41-51.
- Schneider, D., Macacheco, A. & Albuquerque, G. (2008). Acabamento ao paciente e família na unidade coronária. *Revista de texto contexto – enfermagem*, 17(1), 81-88.
- Schoen, A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed Médica Sul.
- Silva, C., Fregiani, J. & Pereira, A. (2006). Implementação de módulo de enfermagem do programa de graduação em enfermagem em um município de Rio de Janeiro. *Revista de pesquisa de cuidado fundamentado*, 8(1), 3935-3944.
- Spicy, C. (2009). *Essentials of postoperative nursing (4th ed.)*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Strom, E., Zimmermann, M. & Kirchner, R. (2009). Ação do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 99-106.
- World Health Organization (2017 Julho). *Cancer: Análise do 2007-2102*. Disponível em <http://www.who.int/cancer/>
-

Apêndice XXII: Questionário da avaliação da formação

Questionário da avaliação da formação
(questionário do centro de formação do Hospital E)

Escala de Avaliação

1. Insuficiente 2. Suficiente 3. Bom 4. Muito Bom

Responda às seguintes questões:

A) Utilidade prática e profissional 1. 2. 3. 4.

B) Sensibilização a novas atitudes 1. 2. 3. 4.

C) Qualidade da comunicação 1. 2. 3. 4.

D) Metodologia 1. 2. 3. 4.

E) Duração/Horário 1. 2. 3. 4.

Sugestões

Apêndice XXIII: Análise do questionário da avaliação da formação

Análise do questionário da avaliação da formação

1. Metodologia

- O questionário de avaliação é essencial para avaliar a satisfação das pessoas em relação à formação efetuada. Para além disso é fundamental para avaliar a relevância da formação em termos de aquisição de conhecimentos para as pessoas que a assistem. Este questionário pertence ao centro de formação do hospital e é aplicado no fim de cada formação no serviço.

- Na formação participaram 25 enfermeiros sendo que o BO tem 50 enfermeiros, por isso esta formação teve uma adesão de 50%.

- O presente questionário é um estudo de abordagem do tipo exploratório, descritivo e misto. Este consiste numa escala de lickert de avaliação de 1 a 4 (insuficiente, suficiente, bom e muito bom) e aprecia os seguintes itens: a) utilidade prática e profissional; b) sensibilização a novas atitudes; c) qualidade de comunicação, d) metodologia; e) horário. Para além disso, também tem uma pergunta aberta sobre sugestões.

2. Apresentação dos resultados

- No item da utilidade prática e profissional: 92% avaliaram em muito bom e 8% em bom;

- No item da sensibilização a novas atitudes: 88% avaliaram em muito bom e 12 % em bom;

- No item da qualidade da comunicação: 92% avaliaram em muito bom e 8% em bom;

- No item da metodologia: 84% avaliaram em muito bom e 16% em bom;

- No item da duração/horário: 88% avaliaram em muito bom e 12 % em bom;

- Na questão das sugestões apenas referiam dois comentários: “Projeto muito interessante para o serviço e igualmente desafiante”; “Tentar implementar este projeto baseado nas especificidades do serviço”;

3. Análise dos Resultados

A avaliação da formação foi muito positiva em relação à apresentação do trabalho e à importância da temática em estudo para o serviço.

Apêndice XXIV: Questionário da satisfação dos utentes ao BO

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes

Bloco Operatório

Data ___/___/___

O Hospital E tem por objectivo a prestação de serviços de saúde de Qualidade.

Os profissionais do Bloco Operatório agradecem que preencha este questionário anónimo, cujo objectivo é conhecer a sua opinião e introduzir melhorias na nossa prestação de cuidados. No final, dobre-o e entregue-o à enfermeira do serviço que o fará chegar à equipa que fará o tratamento de dados.

Identificação

Idade _____

Género F M

Escolaridade _____

Profissão _____

Satisfação Global

Tendo em consideração a sua experiência no serviço de Bloco Operatório, qual o seu grau de satisfação com os serviços prestados?

Utilize a escala de 5 pontos, onde 1 significa “Muito insatisfeito” e 5 “Muito satisfeito”.

Muito insatisfeito				Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Recomendaria este Bloco Operatório a amigos ou familiares que necessitem de ser operados?

Sim

Não

Qualidade das instalações

Utilize a escala de 5 pontos, onde 1 significa “Muito más” e 5 “Muito boas”, como classifica as condições das instalações do Serviço de Bloco Operatório, para seu conforto e bem estar.

Muito más				Muito boas
1	2	3	4	5

Qualidade de atendimento

Tendo em consideração a sua experiência no serviço de Bloco Operatório, qual o seu grau de satisfação com a qualidade de atendimento, de todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados.

Utilize a escala de 5 pontos, onde 1 significa “Muito insatisfeito” e 5 “Muito satisfeito”, respondendo às seguintes perguntas:

	Muito Insatisfeito				Muito satisfeito
A disponibilidade para o ouvir, esclarecer dúvidas e fornecer informação sobre o seu processo de saúde	1	2	3	4	5
A utilização de linguagem clara e esclarecedora na transmissão da informação	1	2	3	4	5
A garantia de confidencialidade e privacidade (segredo profissional) da sua informação de saúde	1	2	3	4	5
A forma como foi recebido no bloco operatório	1	2	3	4	5
O esclarecimento sobre os cuidados que lhe vão ser prestados	1	2	3	4	5
A forma como foi tratada a sua privacidade e intimidade (destapar só quando necessário, por ex.)	1	2	3	4	5
A preocupação em manter o seu conforto (temperatura, estado da cama, limpeza e higiene da roupa e instalações, ruído)	1	2	3	4	5
A simpatia e disponibilidade demonstrada pelos profissionais	1	2	3	4	5
A preocupação dos profissionais em proporcionar um ambiente calmo (falarem em tom baixo por ex.)	1	2	3	4	5
A disponibilidade para controlar e aliviar a sua dor	1	2	3	4	5
O acompanhamento por parte dos profissionais, durante a permanência no Bloco operatório	1	2	3	4	5

A visita pré-operatória foi útil para si?

Sim Não

Se respondeu sim, porquê?

Pretende fazer alguma sugestão/reclamação?

Muito obrigado!

Apêndice XXV: Análise do questionário da satisfação dos utentes ao BO

Análise do questionário de satisfação dos utentes ao BO do Hospital E

1. Metodologia

A metodologia é um passo fulcral de uma investigação para sustentar ou evidenciar o foco do estudo

Este questionário foi implementado no último estágio com a finalidade de avaliar a satisfação dos utentes ao BO e principalmente a relevância da visita pré-operatória. Este questionário foi uma mais-valia para entender o feedback dos doentes a respeito da prestação de cuidados no BO bem como da visita pré-operatória.

- Tipo de metodologia

Foi desenvolvido um estudo de abordagem mista, descritiva e exploratória.

- Objetivos

O objetivo geral é avaliar a satisfação dos doentes aos cuidados praticados no BO. Os objetivos específicos consistem nos seguintes: identificar a satisfação dos doentes perante a qualidade do serviço, validar a utilidade da visita pré-operatória e identificar a opinião dos doentes face à visita pré-operatória.

- Variáveis em estudo

A variável dependente é aquela que é sujeita ao efeito da variável independente (Fortin, 2006). Esta variável é a satisfação dos doentes no BO.

A variável independente ou variável experimental é controlada no estudo pelo investigador sendo considerada como causa do efeito produzido na variável dependente (Fortin, 2006). As variáveis independentes são: sexo, idade, escolaridade, profissão, patologia, condições das instalações, a disponibilidade em ouvir, a utilização de linguagem clara, a confidencialidade, a forma como foi recebido, o esclarecimento, a privacidade e intimidade, o conforto, a simpatia e

disponibilidade, a preocupação dos profissionais em proporcionar um ambiente calmo, a disponibilidade para controlar e aliviar a dor, o acompanhamento dos profissionais e a utilidade da visita pré-operatória.

- População alvo e amostra

A população alvo é o grupo de sujeitos que satisfazem os critérios de estudo definidos (Tuckman, 2000). A população-alvo neste estudo foram todos os doentes que estavam propostos para a intervenção cirúrgica e a quem foi realizado a visita pré-operatória. A amostra representa os indivíduos mais acessíveis e que respondem aos critérios de inclusão sendo uma amostra por conveniência (Fortin, 2009).

Tem como critérios de inclusão: clientes a quem tenha sido realizada a visita pré-operatória; doentes com idade superior ou igual a 18 anos; sem alterações cognitivas impeditivas e que aceitaram responderam ao questionário.

A amostra foi constituído por 10 doentes com doença oncológica, no período de internamento de 6 de Janeiro a 9 de Fevereiro de 2018 no serviço de cirurgia do HE. Este questionário foi aplicado aos doentes a quem foi feita visita pré-operatória e foi concretizado durante a visita pós-operatória nas 24 horas seguintes à cirurgia.

- Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados teve como base o questionário utilizado no hospital para avaliar a satisfação dos doentes no internamento

O questionário está estruturado da seguinte forma:

- Dados sociodemográficos (idade, escolaridade, género e profissão);
- Satisfação Global – escala de likert (muito insatisfeito – 1 a muito satisfeito – 5);
- Qualidade das Instalações – escala de likert (muito insatisfeito – 1 a muito satisfeito – 5);
- Qualidade de Atendimento - escala de likert (muito insatisfeito – 1 a muito satisfeito – 5) com avaliação de 11 itens;
- A utilidade da visita pré-operatória – pergunta dicotómica;
- Se a resposta é positiva, Porquê – pergunta aberta;

- Sugestão ou reclamação sobre o serviço – pergunta aberta;

- Considerações éticas-legais

A ética, a moralidade e a legalidade são requisitos importantes em qualquer investigação. Tal como refere Martins (2008, p. 1) “toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes.” O consentimento livre e esclarecido dos doentes foi fornecido no momento da realização do questionário, através da autorização verbal. Os doentes permitiram a sua execução após lhes ter sido explicado o objetivo do estudo. Foram mantidos os seguintes direitos neste estudo: a proteção contra o desconforto, o anonimato, a autodeterminação, a confidencialidade e a intimidade.

Ponderou-se a hipótese de solicitar um parecer à comissão de ética sobre a aplicabilidade do questionário. Tendo em conta a demora que esse processo implicaria e o facto do questionário ser aplicado na instituição, a enfermeira-chefe e o diretor do BO referiram não haver essa necessidade.

2. Metodologia de análise e tratamento dos dados

Para análise e tratamento dos dados recorri à estatística descritiva e à análise de conteúdo segundo Bardin (2011). As categorias de análise foram parametrizadas à posteriori.

3. Apresentação e tratamento de dados

Quanto ao género da amostra, o sexo feminino representa 20% e sexo masculino 80%. Relativamente à idade, a amostra é classificada como sendo na maioria idosa. A média de idades é de 71 anos. O seguinte quadro demonstra essa tendência.

Classe	Frequência
50- 60	20%
60-70	10%
70-80	40%
≥ 80	30%
Total	100%

Quadro 1 – Distribuição dos doentes segundo a idade

Referente à profissão a maioria da amostra é reformado (70%). Apenas 30% se encontra no ativo.

Quanto à escolaridade, a maioria da amostra tinha o ensino básico (cf. Quadro 2).

Escolaridade	Frequência
Analfabeto	10%
Ensino Básico	50%
Ensino Secundário	30%
Ensino Superior	10%
Total	100%

Quadro 2 – Distribuição dos doentes segundo a escolaridade

A totalidade da amostra (100%) referiram sentirem-se muito satisfeitos com os serviços prestados no BO. Quanto à qualidade das instalações, os resultados demonstram que a totalidade da amostra qualifica como muito satisfeito.

Na questão do atendimento do serviço apresenta os seguintes itens: a disponibilidade em ouvir, a utilização de linguagem clara, a confidencialidade, a forma como foi recebido, o esclarecimento, a privacidade e intimidade, o conforto, a simpatia e disponibilidade, a preocupação dos profissionais em proporcionar um ambiente calmo, a disponibilidade para controlar e aliviar a dor e o acompanhamento dos profissionais. A amostra na sua totalidade avaliou o serviço em todos os itens como muito satisfeito.

Também a totalidade da amostra (100%) referiu que “a visita pré-operatória foi útil para eles”, classificando como “sim”. Os respondentes ao fundamentarem a utilidade da visita pré-operatória referiram que a sua

realização lhes permitiu terem menor ansiedade, aumentar o seu conhecimento e também sentirem-se mais protegidos e acolhidos (cf. Quadro 6).

Quadro 3 – Análise das respostas	
Categoria	Unidade de Registo
Menor ansiedade	“Achava que ia para o talho mas foi diferente em ter dito o que ia acontecer” (Q1); “Senti-me menos nervoso” (Q2; Q9; Q10); “Ajudou-me a imaginar como seria a sala operatória e assim fui menos nervoso para BO” (Q3); O que disse que ia acontecer no BO, foi uma ajuda para me preparar” (Q4); “maior alívio pelo que iria enfrentar” (Q7); “fiquei mais calmo com o folheto e o vídeo, foi uma ajuda” (Q6);
Maior conhecimento	“Não ir a pés juntos e ter conhecimento do que vou encontrar no BO (...) fui preparado” (Q5); “apesar de ter feito outras cirurgias, senti-me mais informado e isso é importante” (Q8);
Proteção/Acolhimento	“Senti-me protegido por saber mais” (Q1); “senti-me acompanhado pois o que disse foi útil” (Q9); “aconchegado” (Q6); “senti-me bem recebido” (Q8); “isto é tao difícil e ter alguém por perto ajuda” (Q4);

Quadro 3 – Descrição da análise das respostas sobre a utilidade da visita pré-operatória

Relativamente à questão de sugestões/reclamações, os doentes (20%) referem o frio no BO e a falta de roupa no internamento (ex. pijamas).

4. Discussão de resultados

A apresentação dos resultados, de forma sucinta, permitiu espelhar a importância da implementação do questionário, para evidenciar a importância da

visita pré-operatória, na diminuição da ansiedade, no período pré e intra-operatório.

Autores mencionam que a visita pré-operatória torna “o procedimento cirúrgico mais tranquilo para o paciente e diminui ou previne os factores stressantes” (Gonçalves & Medeiros, 2016 p. 26). Tal como atestam os doentes que aludem que a visita pré-operatória lhes proporcionou diminuição da ansiedade.

Os doentes ao avaliarem a utilidade da visita relatam que esta lhes proporcionou um maior conhecimento sobre o BO e bem como sobre o procedimento cirúrgico. A visita pré-operatória é um dos métodos mais efetivos para proporcionar suporte e educação ao doente (Sadati & Pazouki, 2013).

A visita pré-operatória é uma mais-valia para proporcionar a humanização dos cuidados, pois representa o primeiro passo do processo de enfermagem dos cuidados peri-operatórios. A informação fornecida durante a visita pré-operatória permite o esclarecimento de dúvidas do doente e a prevenção de complicações no pós-operatório (Gonçalves & Medeiros, 2016; Sadati & Pazouki, 2013), tal como referem os doentes a respeito da utilidade da visita, no sentido de adquirir maior conhecimento sobre o procedimento cirúrgico.

O sentimento de acolhimento e/ou maior proteção demonstrado pelos doentes, com a prática da visita pré-operatória, foi crucial para reforçar a importância da execução da visita pré-operatória. Esta proporciona confiança e segurança com diminuição da ansiedade e angústia do doente, tendo como fim a satisfação das suas necessidades (Fernandes, 2011).

5. Conclusão

A implementação do questionário, sobre a satisfação dos doentes relativos aos cuidados prestados no BO, é fundamental para mudar práticas (caso seja necessário) no sentido de colmatar as necessidades do doente na sua totalidade.

A qualidade dos cuidados prestados ao doente é cada vez mais abordado na sociedade, tendo relevo nas políticas de saúde e nas práticas organizacionais das instituições de saúde. Por isso o conhecimento das necessidades reais dos

doentes é determinante para que os profissionais de saúde exerçam a sua prática clínica com excelência.

Este questionário proporcionou saber o grau de satisfação dos doentes perante a qualidade do serviço, a validação da utilidade da visita pré-operatória e a identificação da opinião dos doentes face à visita pré-operatória. Nos cuidados peri-operatórios há vetores que guiam os enfermeiros, nomeadamente, a técnica, a precisão e a especificidade dos cuidados. Na questão da satisfação dos cuidados prestados ao doente, há necessidade de reforçar a importância da humanização dos cuidados. A visita pré-operatória, enquanto intervenção de enfermagem, representa a primeira etapa do processo de enfermagem e assim como promove a humanização dos cuidados prestados no BO. Este questionário foi apenas uma amostra da opinião dos doentes e agora surge o momento de refletir sobre a importância dos cuidados de enfermagem nas suas vidas. Pequenos gestos e palavras proferidas têm um enorme significado junto do doente, onde apenas um ouvir, olhar, tocar ou sorrir pode ajudar a vivência do doente no BO e estabelecer a diferença entre um cliente satisfeito e um cliente insatisfeito.

Referências Bibliográficas

- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Fernandes, F. (2011). A importância da visita pré-operatória para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2 (2), 1-26.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gonçalves, T. & Medeiros, V. (2016). A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista da Associação*

Brasileira dos Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, 21 (1), 22-27.

- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66.

- Sadati, L., Pazouki, A. & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 994-998.

- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação – Como conceber e realizar o Processo de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Apêndice XXVI: Jornal de aprendizagem do BO do Hospital E

Jornal de Aprendizagem sobre o acolhimento do Hospital E

A reflexão sobre uma situação ou um acontecimento do dia-a-dia permite “voltar atrás no tempo” sem a possibilidade de alterar palavras ou gestos proferidos/praticados. Acima de tudo possibilita realizar uma leitura atenta do acontecimento passado e segundo Sánchez (1999, p. 309) “obriga a refletir sobre o sentido do que fazem e como fazem (...) interrogações que exigem o encontrar respostas, muitas vezes, na análise e no estudo do conhecimento que os afectam.”

A reflexão em enfermagem proporciona um momento único de encontro entre o conhecimento individual e a prática clínica de cada um, resultante do seu dia-a-dia enquanto profissional. A prática reflexiva permite “dissecar” a situação ao pormenor, analisando a forma como lidou com a mesma. O resultado dessa reflexão ou outcome da reflexão é integrado no “corpo” do conhecimento ou saberes do enfermeiro com vista ao crescimento profissional.

A seguinte reflexão é realizada segundo o ciclo de Gibbs, tal como as reflexões já realizadas.

- Descrição

Esta vivência reporta-se ao meu último campo de estágio sendo o meu local de trabalho onde exerço funções. Tive oportunidade de acolher a doente e permanecer junto dela até que o enfermeiro da sala operatória viesse buscar para a cirurgia. Houve momentos em que senti que poderia ter tido uma postura mais correta na comunicação com a sra. J. Habitualmente não há este posto no meu local de trabalho, por isso tive oportunidade de viver experiências únicas durante o tempo que realizei acolhimento.

A sra. J. têm a idade de 64 anos, portuguesa, casada, mãe de uma filha, trabalhadora/dona de um café, saudável e católica praticante. A doente foi submetida a uma ressecção abdominoperineal com colostomia definitiva por neoplasia do recto baixa. A doente ao chegar à sala de acolhimento apresentava-se calada e com um fâcies fechado. Apresentei-me e questioneei-a a respeito do jejum, alergias, antecedentes pessoais e cirúrgicos, medicação, cirurgia e nome do médico. Referi que teria de aguardar até que entrasse na sala operatória. Esta apresentava-se ansiosa perante a sua situação de doença e a expectativa

da cirurgia. Perguntei à sra. J. “O que se passa? Porque está assim?”. De seguida a sra. J. diz “estou preocupada com a cirurgia mas o pior é o saco, na minha barriga. Como vou fazer? Como vou tomar banho?” De imediato permaneci em silêncio durante breves segundos e de seguida disse que “Isto é um processo e vão-lhe ensinar a tomar banho com o saco e lidar com a sua vida.” De seguida a doente acresce “Isto tem sido um choque... (choro)... Porque eu? Sempre fui saudável, não mereço isto. Sempre fui ao médico de família, todos os anos. Não quero acreditar que tudo vai mudar na minha vida...” Mais uma vez fiquei em silêncio mas longo. De seguida coloquei a minha mão sobre a mão da doente e disse-lhe “Porque diz isso, que tudo vai mudar na sua vida? Esta situação é recente e vai ter ajuda para se adaptar.” A doente, neste momento, nada mais acrescentou e eu de seguida referi que tinha que acolher outro doente. Passados quinze minutos a Sra. J. volta a chamar-me, a questionar quando entrava na sala operatória e referi que faltava pouco tempo. De seguida da Sra. J. mencionou “Vivo com a minha filha e marido. Como vai ser com eles? Como eles vão reagir ao me verem assim? Tenho medo (...) Como vai ser a minha vida com esta doença, com o saco e sem cabelo? Tenho medo de fazer quimioterapia!” Após pensar por breves segundos, afirmei ao olhar para a doente “Acredito que esta situação não é fácil para si. Mas não está sozinha e vai estar acompanhada durante este processo de tratamento!” A Sra. J. indicou posteriormente “Tenho pensado em tudo mas a preocupação que sinto em relação à minha vida e aos meus.” De seguida referi “Neste momento preocupe-se consigo e em melhorar. A sua família vai ajudá-la.” Seguidamente a sra. J. aludiu “desculpe chateá-la com estas perguntas, mas isto não está a ser fácil!” De imediato, eu afirmei “Sra. J. estou aqui para esclarecer as dúvidas que tiver.” A Sra. J. por último informou “sabe, tenho fé em Deus e não quero perder isso (...) apesar de não conseguir compreender esta situação. Sempre fui à igreja. Sabe, é aquela fé, aquele crer que não se explica! Não quero perder isso, tenho que ter forças...” Pensei por momentos e parei para responder “é importante ter fé e é a sua âncora à vida, não a perca” e sorri quando disse isto. A Sra. J. também retribui com um sorriso. A Sra. J. entretanto entrou na sala operatória e a cirurgia decorreu sem intercorrências conforme o planeado

- Sentimentos

Os sentimentos vivenciados, durante a situação, foram de impotência e desilusão perante a minha postura, enquanto enfermeira, pois poderia ter tido uma comunicação mais eficaz. Acrescento que a aquisição de conhecimentos sobre a comunicação é importante para melhorar a minha forma de o fazer e assim evitar os sentimentos negativos vividos. Uma boa comunicação é fundamental para cuidar em enfermagem seja verbal, não-verbal ou para-verbal.

A comunicação verbal pode ser oral ou escrita, sendo influenciada pelas características do emissor e do recetor. Por vezes, revela-se difícil uma comunicação verbal eficaz pois é a forma como se diz e não o que é dito. Na comunicação verbal, seja via oral ou por palavras escritas, é importante que os elementos participantes na comunicação entendam a mensagem presente. A comunicação não-verbal envolve a postura corporal, o humor, a expressão facial, o contacto visual, a distância física e o ambiente em que se estabelece a comunicação (Twycross, 2003). A comunicação para-verbal consiste no tom de voz, ritmo, suspiros e no silêncio. A diversidade de canais de comunicação verbais e não-verbais visa a obtenção de uma comunicação total para dar sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso, e às mensagens não-verbais, transmitidas pelos gestos, mímicas e posturas (Ramos, 2008). Autores referem que a comunicação é inerente à prática de enfermagem com vista a uma garantia do êxito dos procedimentos técnicos e da convivência, de forma a garantir uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007).

- Avaliação

A avaliação prediz o bom e o mau da experiência relativamente à situação. Penso que os aspetos maus referem-se aos silêncios prolongados, o afastar-me referindo a necessidade de acolher outro doente e ainda a distância física à doente. O silêncio, nomeadamente nas respostas à doente, denotou no meu entendimento, uma “fragilidade” minha pois a minha preocupação era ter uma resposta que fosse ao encontro das suas necessidades. O silêncio, enquanto ferramenta da comunicação para-verbal, é necessário mas não de forma frequente, podendo transparecer que o cuidador demonstra insegurança. O

“afastar-me” esclarecendo a necessidade de acolher outro doente, penso que poderia ter sido visto como um refúgio, tendo em conta o silêncio da Sra J. e também o meu desconhecimento sobre a forma de agir relativo a ela. Esta postura não foi a mais assertiva, sendo que esta é uma competência fundamental para a comunicação, tal como refere Phaneuf (2005, p. 54). “a pessoa assertiva é aquela que não tem medo de exprimir claramente, firmemente e tranquilamente o seu ponto de vista, defendendo os seus direitos sem deixar de respeitar o dos outros. A pessoa assertiva está em condições de afirmar a sua personalidade sem suscitar a hostilidade, e sabe dizer que não sem se sentir culpada.” A distância que mantive com a doente pode não ter sido a indicada, na medida em que lhe toquei e não tinha conhecimento da sua distância íntima. Contudo, se porventura interferi no seu espaço, não ocorreu efeito negativo na doente. A distância ou a posição física que o enfermeiro adota, no contacto com o doente, é importante, porque transmite a importância que o utilizador de cuidados de saúde tem para si (Dias & Ferreira, 2005). Os aspetos maus permitiram-me refletir sobre a situação e a minha forma de agir enquanto enfermeira visto ser preciso reconhecer o erro para depois corrigir a forma de estar perante o doente. Estes tipos de aspetos também me permitiram crescer enquanto enfermeira, tendo em conta que foi um momento de aprendizagem, que me permitiu lembrar a importância de ter uma postura mais correta enquanto profissional de saúde.

Os aspetos bons da experiência referem-se à escuta ativa na gestão de questões difíceis, o tom de voz e a postura que mantive com a doente, o toque, a expressão facial (sorriso) e o contato visual. Relativamente à escuta ativa, deixei a doente falar sem interromper. Encorajei-a a dizer o que sentia e também pedi a esta para clarificar a lógica do seu discurso (“Porque diz isso, que tudo vai mudar na sua vida?”). Souza, Pereira e Kantorski (2003) definem o escutar como uma atitude ativa que expressa a necessidade para compreender o significado daquilo que nos é dito, sendo esta uma competência fulcral para os cuidados de enfermagem. Para tal, o enfermeiro deverá estar presente para o doente, com capacidade de ouvir mas, acima de tudo, de escutar o que é transmitido verbalmente e também nas “entre-linhas”.

O tom de voz que utilizei foi forte e calmo apesar de ter feito um esforço para ser o mais correto. Phanaeuf (2005) diz que uma voz que seja intensa e forte é sinal de vitalidade ou de segurança, sendo esta uma mais-valia para

promover uma comunicação eficaz e terapêutica. Relativamente à postura adotada, durante a prestação de cuidados, foi direita e centrada perante a doente. Uma postura convencional está assente em sentar-se direito e em posição de frente para os demais (Freixo, 2011). Uma postura corporal transmite a forma como nos sentimos e a disponibilidade em estar e escutar o doente. Relativamente ao toque, a doente não apresentou uma postura ou expressão facial depreciativa. Enquanto enfermeira tenho a necessidade de tocar, no sentido de transmitir ao doente que não está “sozinho” e que tem alguém que se importa e que quer cuidar dele. O toque está impregnado de sentimentos e carga emocional pois não é possível cuidar sem tocar na pessoa. Gomes, Oliveira e Alves (2006) referem que durante a prestação de cuidados, o toque deve ser um ato espontâneo e sincero, não demonstrando sentimentos negativos pois é um meio fundamental de comunicação.

A expressão facial (sorriso) e o contato visual que estabeleci com a doente foi de veracidade e plenitude pois um olhar e um sorriso, em primeira instância, é o “cartão-de-visita” de uma pessoa. Na prestação de cuidados, por vezes, há necessidade de controlar a expressão facial junto do doente para não demonstrar os sentimentos do cuidador à pessoa cuidada. No fim de contas, somos pessoas que cuidam de pessoas e isso é algo real e verdadeiro. O contato visual revela-se fundamental para que ocorra uma aproximação entre o enfermeiro e doente pois os “olhos são o espelho da alma”. O contato visual demonstra a vontade de ouvir, o respeito para com o outro e também permite que os indivíduos se observem mutuamente (Potter, Stockert & Perry, 2013).

- Análise da situação

A análise da situação refere-se ao sentido atribuído à mesma. Penso que a vivência desta situação conduziu-me à necessidade de atribuir uma enorme importância à comunicação na prestação de cuidados, sendo fundamental o cimentar de conhecimentos sobre as competências de comunicação, para que consiga compreender as necessidades reais do doente e não as entendidas por mim, enquanto prestadora de cuidados.

- Conclusão

Na conclusão desta situação, tal como referi anteriormente, penso que poderia ter adotado uma postura mais assertiva e os silêncios menos longos na comunicação estabelecida com a doente. Também seria fundamental conhecer melhor a doente e as suas necessidades, para posteriormente tocar nela, caso houvesse necessidade e não tendo receio de interferir no seu espaço ou distância íntima. A visita pré-operatória não foi realizada pois foi dos primeiros turnos que realizei no serviço.

- Agenda ou planeamento para situações futuras

Neste momento, tenho uma visão diferente da comunicação nos cuidados e também mais conhecimentos sobre como comunicar com o doente, logo a minha postura, enquanto profissional, seria diferente numa situação semelhante. No acolhimento é fundamental a utilização correta da comunicação de forma ajudar o doente a esclarecer as últimas dúvidas e medos sobre a intervenção cirúrgica. No futuro, terei uma maior capacidade de escuta e acima de tudo, como e quando utilizar as competências da comunicação. Também terei mais atenção, à comunicação não-verbal pois “espelha” os sentimentos vivenciados do doente, de forma mais clara do que a comunicação verbal. Assegurar-me-ei que farei o meu melhor, enquanto enfermeira, na comunicação estabelecida com o doente.

Referências Bibliográficas

Bertone, T.B., Ribeiro, A.P.S. & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe*, 3, 1-5.

Sánchez, G. (1999). Dorothea E. Orem - Aproximación a su teoria. *Revista Rol Enfermería*, 22 (4), 309 – 311.

Dias, M. O. & Ferreira, M. (2005). *Ética e Profissão Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Freixo, M. J. (2011). *Teorias e Modelos de Comunicação* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Potter, P., Stockert, P., Hell, P. & Perry, A. (2013). *Fundamentos de enfermagem*. (8ª ed. Brasileira). Rio de Janeiro: Elsevier.

Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade: Perspetivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Editora Universitária UF.

Apêndice XXVII: Protocolo sectorial do acolhimento do doente ao BO

Prestação de Cuidados
PROCEDIMENTO Nº do BOC

1. NOME: Acolhimento ao Bloco Operatório (BO)

2. ÂMBITO: Dar a conhecer a todos os enfermeiros a forma de realizar o acolhimento ao BO

3. PESSOAL ABRANGIDO: Enfermeiros do BO

4. PONTOS IMPORTANTES:

• **Definição:**

O acolhimento consiste no ato de receber através da construção de uma relação humanizada entre o cuidador e o ser cuidado. O profissional de saúde adota uma postura capaz de acolher e estabelecer respostas adequadas ao doente.

O acolhimento ao BO tem em vista a humanização dos cuidados, valorizando o doente enquanto ser humano segundo as suas emoções e sentimentos. O acolhimento ao BO compreende o ato de receber o doente, explicando o ambiente cirúrgico e as diferentes etapas do circuito no BO.

O acolhimento ao BO visa diminuir a ansiedade, o medo e a angústia do procedimento cirúrgico através da promoção de uma relação de empatia e confiança.

Na ausência da visita pré-operatória, o acolhimento representa uma intervenção de enfermagem imprescindível de forma a fornecer informações e desmistificações sobre o ambiente envolvente no ato cirúrgico.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

- Validar o programa operatório: nome do doente, diagnóstico e intervenção cirúrgica proposta.
- Preparar a marquesa operatória que receberá o doente no BO.
- Acolher o doente no BO.
- Apresentar-se ao doente com a sua respetiva identificação.
- Validar com o doente a sua identificação e a forma como gostaria de ser tratado.
- Explicar ao doente a sua transferência para a marquesa operatória ou no caso de dependência das necessidades fundamentais a utilização do transfere.
- Durante a transferência promover um ambiente seguro com vista à privacidade do doente (se necessário recorrer a um lençol ou biombo).
- As crianças e as pessoas portadoras de necessidades especiais são acompanhadas por um familiar/prestador de cuidados. Este deve ser encaminhado para o vestiário do serviço para usar um fardamento de forma a acompanhar o doente. A criança ou pessoa com necessidade especial deve aguardar na sala de acolhimento pelo familiar ou prestador de cuidados antes de entrar na sala operatória.
- Promover um ambiente tranquilo e procurar demonstrar-se presente e disponível para resolver as necessidades mais urgentes do doente.
- Verificar o processo do doente a respeito da identificação do mesmo, registo da informação pré-operatória, consentimento informado, exames complementares de diagnóstico e os registos de enfermagem (SClínico).
- Validar com o doente sobre o jejum, as alergias a medicamentos e/ou alimentos, a remoção de próteses bem como maquilhagem e adornos.
- Realizar os registos da informação colhida na folha dos registos de enfermagem no período intra-operatório.
- Transmitir a informação sobre o doente ao enfermeiro de anestesia.

6. Referências Bibliográficas

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.

- Baião, B., Oliveira, R. & Alves, K. (2014). Acolhimento humanizado em posto de saúde urbano do distrito federal. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 17 (3), 291 – 302.
- Fonseca, R. & Peniche, A. (2009). Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (4), 428-433.
- Giron, M. & Berardinelli, L. (2015). O conhecimento em enfermagem sobre a humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 9 (2), 974-984.
- Giron, M., Berardinelli, L. & Santo, F. (2013). O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização. *Revista de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro*, 21 (2), 766-771.
- Saes, S., Rays, J. & Gatti, M. (2012). Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Revista Salusvita*, 30 (3), 203-211.

CRIADA EM: ___/___/___

POR(ASSINATURA)_____

APROVADO EM ___/___/___

POR(ASSINATURA)_____

REVISTO EM ___/___/___

POR(ASSINATURA)_____

Apêndice XXVIII: Protocolo sectorial da VPO

Prestação de Cuidados
PROCEDIMENTO Nº do BOC

1. NOME: Visita Pré-Operatória ao Bloco Operatório (BO)

2. ÂMBITO: Dar a conhecer a todos os enfermeiros a forma de realizar a visita pré-operatória ao BO.

3. PESSOAL ABRANGIDO: Enfermeiros do BO.

4. PONTOS IMPORTANTES:

• **Definição:**

A visita pré-operatória “representa numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo de cadeia do processo dos cuidados peri-operatórios”. Esta consiste no primeiro contacto do enfermeiro do BO com o doente cirúrgico, permitindo avaliar e identificar as necessidades do mesmo e planear os cuidados no período intraoperatório. Através desta visita o doente toma conhecimento da envolvência do ambiente do BO, o procedimento cirúrgico, a anestesia e a estadia no recobro.

A visita pré-operatória é uma ferramenta valiosa na promoção da humanização dos cuidados, do apoio psicológico/emocional e na transmissão de informação sobre o BO. Esta intervenção de enfermagem importa para diminuir a ansiedade e a prevenção de complicações, no período intraoperatório e pós-operatório, nomeadamente a dor e a ansiedade.

A visita pré-operatória é realizada no dia anterior à cirurgia, em que o enfermeiro do BO se dirige ao serviço no qual se encontra o doente internado, dando início ao processo de enfermagem.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

5.1 – Visita Pré-Operatória

- Consultar o programa operatório e o processo clínico do doente antes do início da visita pré-operatória.
- Confirmar os exames pré-operatórios e o consentimento assinado.
- Realizar a visita pré-operatória no serviço de internamento na véspera de cirurgia junto da unidade do doente.
- Abordar o doente e identificar-se.
- Perguntar ao doente se pode realizar a visita. Apresentar os objetivos da visita .
- Fornecer e explicar o guia de acolhimento do BO.
- Explicar os seguintes cuidados pré-operatórios e intraoperatórios:
 - Toma da pré-medicação (caso seja prescrita) e os efeitos indesejáveis.
 - Necessidade de jejum a partir das 0H.
 - Cuidados de higiene (banho com cloro-hexedina).
 - Remoção de adornos e próteses.
 - Vestuário específico.
 - Necessidade de urinar antes de ir para BO.
 - Explicar o circuito do doente desde da saída do internamento até à chegada ao BO (como e por onde vai; quem o acompanha ao BO; passagem da cama – transfer - mesa operatória; quem o recebe; constituição da equipa multidisciplinar; permanência na sala de indução; entrada na sala operatória; saída da sala operatória e transferência para a UCPA e o tempo de permanência na UCPA).
 - Visualização de um vídeo sobre o circuito do doente no BO.
 - Informar a forma como a família pode obter informações sobre o doente no dia da cirurgia.
 - Explicar de forma simples os passos principais dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos e recuperação pós-anestésico.
 - Esclarecer dúvidas.
- Registrar as informações relevantes sobre a visita nomeadamente as necessidades do doente.

- Informar o enfermeiro que acolhe o doente no BO sobre as informações essenciais sobre o doente.

6. Critérios de exclusão da realização da visita pré-operatória:

- Enfermeiros do BO indisponíveis por intervenção cirúrgica
- Doente ausente do serviço
- Doente desorientado e confuso
- Doente sem admissão ao serviço
- Doente internado em serviço não protocolado
- Greve: assegurar cuidados mínimos
- Doente em cuidados de enfermagem inadiáveis
- Doente não incluído em programa operatório

Referências Bibliográficas:

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2015). *Guidelines for Perioperative Practice*. Bélgica: AORN.
- Costa, K, Dias, R. & Silva, L. (2015). A importância das orientações de enfermagem no cuidado ao paciente submetido à cirurgia cardíaca: revisão integrativa. *Revista Vita et Sanitas da Faculdade União Goyazes*, 9 (2), 3-9.
- Fernandes, F. (2011). A importância da visita pré-operatória para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2 (2), 1-26.
- Sadati, L., Pazouki, A. & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 994-998.
- Spry, C. (2009). *Essentials of perioperative nursing* (4ª ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

CRIADA EM: ___/___/___

POR(ASSINATURA)_____

APROVADO EM ___/___/___

POR(ASSINATURA) _____

Apêndice XXIX: Check-list de boas práticas no acolhimento ao BO

Check-list de boas práticas no acolhimento

Data:

Doente:

Especialidade:

Diagnóstico:

Intervenção Cirúrgica:

	Sim	Não
- O enfermeiro que acolhe, é o enfermeiro da sala operatória.		
- O enfermeiro apresenta-se ao doente com a sua respetiva identificação.		
- Validar a realização da check-list da verificação pré-operatória.		
- Validar com o doente os seguintes itens: jejum, adornos, nome do médico, procedimento cirúrgico e alergias.		
- O enfermeiro da sala operatória acompanha o doente para a respetiva sala operatória.		
- O enfermeiro da sala operatória tem conhecimento das necessidades expressas pelo doente no período pré-operatório (durante a visita pré-operatória).		

Apêndice XXX: Check-list de boas práticas na VPO

Check-list da visita pré-operatória

Data:

Doente:

Especialidade:

Diagnóstico:

Intervenção cirúrgica:

	Sim	Não
Consultar o programa operatório e o processo clínico do doente antes do início da visita pré-operatória		
Confirmar os exames pré-operatórios e o consentimento assinado		
Realizar a visita pré-operatória no serviço de internamento na véspera de cirurgia junto da unidade do doente		
Abordar o doente e identificar-se		
Perguntar ao doente se pode realizar a visita. Apresentar os objetivos da visita		
Fornecer e explicar o guia de acolhimento do BO		
Explicar os seguintes cuidados pré-operatórios e intraoperatórios: <ul style="list-style-type: none">- Toma da pré-medicação (caso seja prescrita) e os efeitos indesejáveis- Necessidade de jejum a partir das 0H- Cuidados de higiene (banho com cloro-hexedina)- Remoção de adornos e próteses- Vestuário específico- Necessidade de urinar antes de ir para BO- Explicar o circuito do doente desde a saída do internamento até à chegada ao BO (como e por onde vai; quem o acompanha ao BO; passagem da cama – transfer - mesa operatória; quem o recebe; constituição da equipa		

<p>multidisciplinar; permanência na sala de indução; entrada na sala operatória; saída da sala operatória e transferência para a UCPA e o tempo de permanência na UCPA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visualização de um vídeo sobre o circuito do doente no BO - Informar a forma como a família pode obter informações sobre o doente no dia da cirurgia - Explicar de forma simples os passos principais dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos e recuperação pós-anestésico - Esclarecer dúvidas 		
<p>Registar as informações relevantes sobre a visita nomeadamente as necessidades do doente</p>		
<p>Informar o enfermeiro que acolhe o doente no BO sobre as informações essenciais sobre o doente</p>		

Notas livres:

--

Critérios de exclusão da realização da visita pré-operatória:

- Enfermeiros do BO indisponíveis ocupados por intervenção cirúrgica	
- Doente ausente do serviço	
- Doente desorientado e confuso	
- Doente sem admissão ao serviço	
- Doente internado em serviço não protocolado	
- Greve: A assegurar cuidados mínimos	
- Doente em cuidados de enfermagem inadiáveis	
- Doente não incluído em programa operatório	

Apêndice XXXI: Folheto do acolhimento do doente ao BO

Não se esqueça, no dia da intervenção cirúrgica:

- Deve estar em jejum;



Fonte: <http://www.andreventurini.com.br>

- Deve vir apenas com a bata que lhe é fornecida no serviço onde está internado;



Fonte: <http://www.fantasouniformes.com>

- Não deve trazer anéis, pulseiras, colares, brincos, maquiagem, verniz nas unhas, próteses dentárias e/ou oculares;

Informe os seus familiares que para obtenção de informações sobre como decorreu a cirurgia deve contactar o seguinte número: 96 ____ (nº. da unidade de cuidados pós-anestésicos) a partir das 12h.

HOSPITAL DE ____

GUIA DE ACOLHIMENTO DO DOENTE AO BLOCO OPERATÓRIO



Este folheto explica as diferentes etapas durante a permanência no BO.

No Bloco Operatório encontrará todos os profissionais equipados com vestuário e calçado próprio.



Fonte: <https://www.10tophotos.com/stock>

1ª Etapa: Será recebido por um enfermeiro e um assistente operacional sendo transferido para a mesa operatória.



2ª Etapa: Será depois transportado para a sala de indução.



3ª Etapa: Será conduzido para a sala operatória.



- Se for submetido a **anestesia geral** serão administrados medicamentos que o vão adormecer.



Fonte: <https://the.10tophotos.com/stock>

- Se for submetido a **anestesia loco-regional**, vão ser administrados medicamentos que lhe permitem ser operado sem dor.



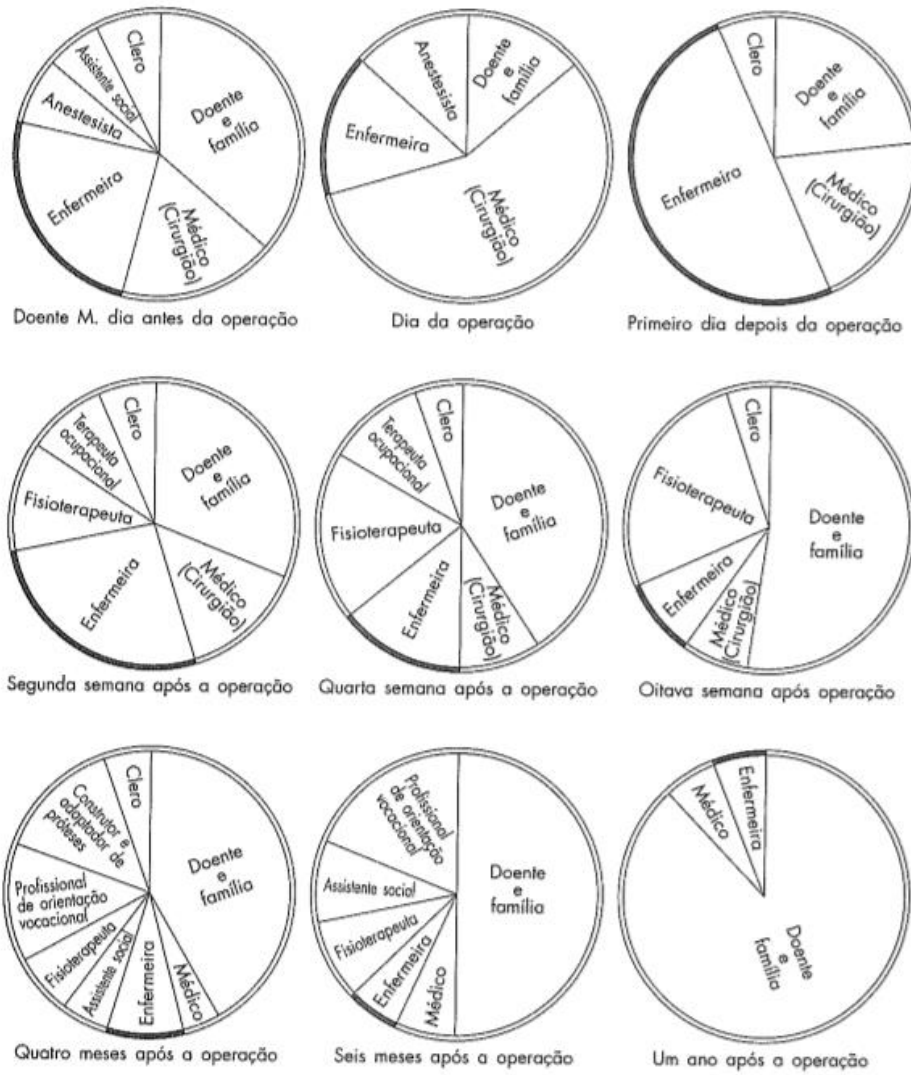
Fonte: <https://www.gostacabebe.com.br>

4ª Etapa: Após a intervenção cirúrgica será transferido para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésico no Bloco Operatório.



ANEXOS

Anexo I: Esquema da dependência do doente cirúrgico durante o seu percurso
cirúrgico



Esquema da dependência do doente cirúrgico durante o seu percurso cirúrgico

Fonte: Teórica de enfermagem e sua obra – modelos e teorias de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004)

Anexo II: Avaliação dos enfermeiros-orientadores



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Oncológica

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio: Serviço de Bloco Operatório – Centro Hospitalar Hospital B

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A estudante ao definir como objetivo de estágio, "adquirir competências no âmbito do acolhimento da pessoa com doença oncológica no bloco operatório", estruturou o seu ensino clínico, baseando-se na matriz de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para tal partiu da identificação das competências que teriam que ser desenvolvidas para o presente EC. Teve a preocupação de apresentar formalmente à Enfª Coordenadora e Enfª orientador, o seu projeto de estágio.

Após um pequeno período de integração na equipa de enfermagem e nas práticas desenvolvidas nesta unidade de cuidados, e sob orientação foi-se gradualmente integrando no processo de acolhimento e na visita pré e pós-operatória de enfermagem.

Foi reveladora a sua preocupação na atitude perante os doentes, identificando-se, explanando os objetivos pretendidos durante as suas práticas. Relativamente ao projeto de intervenção teve a preocupação de identificar áreas menos desenvolvidas na VPPO e que poderiam ser objeto de intervenção da sua parte. Apresentou a necessidade de elaboração de um folheto informativo para fornecer aos doentes que tinham necessidades especiais (iletrados, diminuição da acuidade visual/ auditiva, défices cognitivos, etc.). Apresentou fundamentação própria para o efeito e implementou na prática, tendo para o efeito utilizado a aplicação de um questionário onde validou a sua aplicação. Realizou ainda um cartaz suscitador da relevância das boas práticas no serviço e relacionado com o acolhimento no BO.

Na implementação e desenvolvimento do seu projeto de intervenção revelou atenção, cuidado na elaboração dos mesmos e fornecendo fundamentação própria e alicerçada em conteúdos da sua área de especialização. Relativamente às competências, estas foram desenvolvidas e aplicadas em consonância com os objetivos pretendidos para este EC. Concluindo, a estudante realizou um estágio considerado de Muito Bom.

Data: 31/10/2014 Orientador: Jose Carlos Dias Reis
Estudante (torrei conhecimento): Amélia Baltazar

Orientador: Isaac Manuel Nunes
Docente: Isaac Manuel Nunes



REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio BOC do Hospital de C

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

- A Enfermeira Andreia Botelho integrou a equipe multidisciplinar do bloco operatório, compreendeu a dinâmica organizacional e funcionamento do mesmo e desenvolveu competências e práticas de cuidados de enfermagem, no acolhimento ao doente do foro oncológico.
- Realizou as atividades que se propôs de forma a atingir os seus objetivos.
- Foi receptiva, participativa e reflexiva perante a prática dos cuidados prestados aos doentes.
- Atribuiu-lhe a classificação de Muito Bom.

Data: 14/12/17 Orientador: Isabel Lages
Estudante (tomei conhecimento): Amélia Beliz

Orientador: José Manuel Neves
Docente:



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Oncológica

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Bloco Operatório Central do Hospital [redacted]

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Anabela desenvolveu a sua prática clínica no bloco operatório, demonstrando preocupação pela especificidade de cuidados prestados, ao qual correspondeu a um nível excelente. Utilizou a metodologia científica na organização dos cuidados, aplicando os conhecimentos teóricos na prática. Assumiu a prestação de cuidados globais enquanto enfermeira de coordenação, efetuando visitas pré e pós-operatórias ao doente oncológico, cumprindo os objetivos a que se propôs, tendo conseguido sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do acuidamento no bloco operatório. Trabalhou em equipa, procurando envolver o doente nos cuidados prestados e efetuar em conjunto as intervenções em seu favor e conhecer o projeto; realizou duas check lists (do acuidamento e da visita pré-operatória); elaborar um folheto

Data: 9/1/2018

Orientador: Enf.ª Daniela Alexandra Teixeira

Estudante (tomar conhecimento): Andréia Giliss

Orientador:

Docente: [assinatura]



REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Bloco Operatório Central do Hospital E

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

"Guia de acolhimento do doente ao bloco operatório", todo documento que se não cria uma vez vale não só para o serviço, mas também para os restantes serviços do hospital, promovendo desta forma a coesão e interligação entre os diversos serviços do hospital, sempre com vista à melhoria da prática de unidades de enfermagem. Efetuou um vídeo demonstrativo de circuito do doente na sua vinda ao bloco operatório e elaborou a revisão do procedimento existente no serviço sobre o acolhimento, que permanecerá em execução.
Por todo o trabalho desenvolvido, proponho a avaliação de muito Bom.

Data: 9/12/2018

Orientador: Ilsema Teixeira

Estudante (tomei conhecimento): Amélia Zelas

Orientador: Isaac

Docente:

