



Tiago Manuel
Magalhães Cardoso
da Silva

Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista

Relatório de Estágio apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória realizado sob orientação científica do Professor António Manuel Martins de Freitas

To achieve great things, two things are needed:

a plan, and not quite enough time.

Leonard Bernstein

Agradecimentos

À Linda, minha amiga, namorada e agora esposa. Que me acompanhou nesta longa jornada de início ao fim, cuidando de mim, motivando-me. Sem ti nunca teria começado, nem muito menos terminado este projeto;

À minha São, por nunca deixar de me puxar a “guita”. Pela paixão que me transmitiu pela instrumentação e pela Enfermagem Perioperatória;

À minha chefe Teresa Anjos, pela compreensão, pela ajuda e por todas as folgas;

À Carlinha Esteves, pelo exemplo de Enfermeira, pela motivação e todos os puxões de orelhas;

À Olguinha, pelos Valores que me transmite;

Ao Professor António Freitas, por todos os emails e telefonemas, reuniões e cafés, pela paciência, pela disponibilidade, pelo cuidado, pela orientação e por toda a preocupação;

À Professora Cândida Ferrito, por todas as chamadas de atenção e por ter sempre acreditado;

À Madalena Cabrita, pela preocupação, motivação e ajuda;

Aos meus Pais e irmãos pelo amor e carinho;

Aos meus amigos e colegas, por todas as vezes que me perguntaram “Então como vai a tese?”

Resumo

O presente relatório de estágio enquadra-se no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Foi redigido segundo a metodologia de projeto, focando-se na integração de conhecimentos e competências adquiridas durante o curso, no domínio da enfermagem perioperatória.

Tem como objetivos estabelecidos: (1) reflexão crítica acerca das atividades realizadas em contexto de estágio; (2) desenvolvimento de um projeto acerca das competências não técnicas do enfermeiro instrumentista; (3) reflexão crítica acerca do desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem perioperatória.

De forma a responder aos objetivos propostos organizou-se a estrutura deste relatório por três capítulos distintos:

Capítulo I – onde consta o enquadramento concetual, considerando a teoria do autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem; e enquadramento teórico, acerca do conceito de competência em enfermagem perioperatória.

Capítulo II – corresponde ao enquadramento metodológico, onde é fundamentado o método seguido para a construção do projeto, exposto o tipo de estudo conduzido, o trabalho de campo desenvolvido, bem como os processos de colheita e tratamento de dados, considerando sempre as questões éticas do processo de investigação.

Capítulo III – é realizada a reflexão sobre o estágio realizado, assim como a aquisição do perfil de competências de mestre em enfermagem perioperatória.

A realização deste relatório de estágio permitiu a aquisição de conhecimentos no domínio da enfermagem perioperatória. Com os contributos da investigação elaborada, foi possível a compreensão e aplicação destes saberes para a resolução de problemas, em ambiente clínico multidisciplinar, consciente das implicações científicas, éticas, deontológicas e jurídicas.

Palavras chave:

Enfermagem Perioperatória; Metodologia do Projeto; Competências Não Técnicas; Competência; Enfermeiro Instrumentista.; Instrumentista; Bloco Operatório

Abstract

This internship report is part of the 1st Master in Perioperative Nursing, taken in Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. It has been drafted according to project methodology, focusing on the integration of knowledge and skills acquired during the course in the field of perioperative nursing.

Its stated objectives are: (1) critical analysis of the activities undertaken in the stage context; (2) project development for scrub nurses non-technical skills; (3) critical assessment on the development master competencies in perioperative nursing.

In order to meet the proposed objectives, this report is organized by three chapters:

Chapter I – with the conceptual framework, considering the self-care theory of Dorothea Elizabeth Orem; and theoretical framework of competence in perioperative nursing.

Chapter II - corresponds to the methodological framework, which is based the method followed for the construction of the project, stated the type of study conducted, the field work and the procedures for collection and processing of data, always considering ethical issues in research process.

Chapter III - is held to assess the internship stage, as well as the acquisition of master skills profile in perioperative nursing.

The completion of this internship report allowed the acquisition of knowledge in the field of perioperative nursing. With the contributions of elaborate investigation, it was possible the understanding and application of this knowledge to solve problems in a multidisciplinary clinical environment, aware of the scientific, ethical, ethical and legal implications.

Keywords:

Perioperative Nursing; Project Methodology; Non-technical skills; Competency; Instrumentist Nurse; Scrub Nurse ; Perioperative; Operating Theatre; Operating Room

Lista de abreviaturas e siglas

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AO – Assistentes Operacionais

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

Enf.º - Enfermeiro

IPS-ESS – Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

MEPO - Mestrado em Enfermagem Perioperatória

OE – Ordem dos Enfermeiros

SO – Sala de Operações

SPLINTS - Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills

UC – Unidade Curricular

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCM – Unidade de cuidados intermédios

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

Índice

INTRODUÇÃO	48
CAPÍTULO I	
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	54
1.1 A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	55
1.2 CONCETUALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	62
1.2.1 <i>A Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem</i>	64
1.3 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO	74
1.3.1 <i>As competências não técnicas do enfermeiro instrumentista</i>	78
CAPÍTULO II	
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	90
2.1 METODOLOGIA DE PROJETO	91
2.1.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	92
2.1.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	94
2.1.3 PLANEAMENTO.....	95
2.1.4 EXECUÇÃO	96
2.1.4.1 <i>Tipo de estudo</i>	97
2.1.4.2 <i>Participantes do estudo</i>	98
2.1.4.3 <i>Instrumento de Colheita de Dados</i>	100
2.1.4.4 <i>Procedimentos Relativos ao Processo de Colheita de Dados</i>	101
2.1.4.5 <i>Limitações do Estudo</i>	103
2.1.5 CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA.....	106
2.1.6 ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO	110
CAPÍTULO III	
3. CAPÍTULO REFLEXIVO.....	132

3.1 ESTÁGIO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	133
3.1.1 <i>Consulta pré-operatória e pós-operatória</i>	134
3.1.2 <i>Prestação de cuidados à pessoa em contexto de práticas de anestesia</i>	140
3.1.3 <i>Prestação de cuidados à pessoa em contexto de enfermeiro circulante</i>	143
3.1.4 <i>Prestação de cuidados à pessoa em contexto de enfermeiro instrumentista</i>	146
3.1.5 <i>Prestação de cuidados pós-anestésicos à pessoa em contexto pós-operatório imediato em UCPA</i>	152
3.1.6 <i>Perspetiva da gestão de bloco operatório</i>	154
3.2 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	156
4. CONCLUSÃO	166
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168

Índice de apêndices

Apêndice I - Artigo científico: “Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista.....	2
Apêndice II – Diagnóstico de Situação do Projeto.....	12
Apêndice III – Planejamento de Situação do Projeto.....	17
Apêndice IV – Análise SWOT.....	24
Apêndice V – Cronograma.....	26
Apêndice VI – Guião de Entrevista.....	28
Apêndice VII – Termo de consentimento informado.....	31
Apêndice VIII – Plano de sessão de formação.....	33
Apêndice IX – Matriz de análise.....	41

Índice de anexos

Anexo I – Certificados.....	49
-----------------------------	----

Índice de figuras

Figura n.º 1 - Teoria dos Sistemas de Enfermagem.....	19
Figura n.º2 - Modelo de situation awareness.....	31

Índice de quadros

Quadro 1 – Categorização da análise das entrevistas.....	57
---	----

Introdução

O presente Relatório de Estágio enquadra-se na Unidade Curricular (UC) de Projeto/Estágio e da UC Investigação II do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS). O desenvolvimento deste projeto/estágio desenrolou-se nos 2º e 3º Semestres do MEPO, entre 9 de setembro de 2013 a 28 de março de 2014, correspondendo a um total de 360 horas.

Este relatório tem como **objetivo geral**:

- Integrar conhecimentos e competências adquiridas durante o curso, no domínio da enfermagem perioperatória, em complemento das já adquiridas, que sejam promotores da aprendizagem ao longo da vida profissional e pessoal.

Estabeleceram-se também, como **objetivos específicos**:

- Refletir criticamente acerca das atividades realizadas em contexto de estágio;
- Desenvolver um projeto de intervenção formativa, em contexto de estágio, acerca das competências não técnicas do enfermeiro instrumentista;
- Refletir criticamente acerca do desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem perioperatória;

Este documento surge assim como um exercício de reflexão e aprendizagem de questões próprias da enfermagem perioperatória. É o resultado da investigação realizada, assim como das competências desenvolvidas ao longo do Estágio (IPS-ESS, 2013).

Foi adotada a metodologia de projeto com o objetivo da concretização de um projeto numa situação real, com vista a resolução de problemas, com o propósito de promover a aquisição de competências, estabelecendo uma ponte entre a teoria e a prática (Nunes et al., 2010).

Procurou-se produzir um contributo que apresentasse soluções face a problemas práticos da Enfermagem Perioperatória. Para tal, recorreu-se à Investigação/Ação, “(...) pela

garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 1).

Procurou-se também corresponder aos enunciados descritivos de áreas prioritárias para a investigação em enfermagem (2010) (O.E., 2010)

Integrado nos objetivos propostos para o projeto/estágio e em concordância com as necessidades pessoais de desenvolvimento profissional, surge um tema de investigação que procura aprofundar conhecimentos relativamente às competências do enfermeiro perioperatório nas funções de instrumentação. Decorrente das experiências em contexto de estágio, é sentida uma lacuna relativamente à aprendizagem das funções do enfermeiro instrumentista. Parece que não basta a integração de conhecimentos de ordem técnica¹, para que o enfermeiro instrumentista preste cuidados de forma segura e eficiente.

Por se tratar de uma temática pouco abordada no seio da comunidade de Enfermagem, e uma vez que existe pouca bibliografia neste domínio, é proposta a realização de um estudo do tipo exploratório e descritivo (Fortin, 1999). Assim, a investigação que nos propomos é de natureza qualitativa, com uma que permite compreender e desenvolver uma ideia aprofundada do assunto (Flick, 2005, p. 70).

De forma a reduzir ou resolver o problema/questão com que o mestrando se depara na atividade profissional recorre-se à Metodologia de Projeto, através de um “(...) planeamento, implementação e avaliação” (Nunes, 2013, p. 3).

- CAPÍTULO I – consta o enquadramento concetual e teórico. É caracterizado o contexto de prestação de cuidados à pessoa e família em contexto perioperatório, sob uma perspetiva integradora e considerando a teoria do autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. São descritas competências do enfermeiro perioperatório, assim como as competências não técnicas do enfermeiro instrumentista.

¹ Por exemplo, o conhecimento dos diferentes tipos de dispositivos médicos e instrumentos; conhecimentos de anatomia, fisiologia e controlo de infeção, bem como das diferentes tipologias de intervenções cirúrgicas.

- CAPÍTULO II – corresponde ao enquadramento metodológico. É fundamentado o método seguido para a construção do projeto, exposto o tipo de estudo conduzido, o trabalho de campo desenvolvido, bem como os processos de colheita e tratamento de dados, considerando sempre as questões éticas do processo de investigação.
- CAPÍTULO III – é realizada a reflexão sobre o estágio realizado, assim como a aquisição do perfil de competências de mestre em enfermagem perioperatória.

Ao longo deste Relatório são utilizadas diferentes formas de designação do mesmo sujeito a quem são prestados cuidados de enfermagem. Tendo em conta a literatura consultada, que não se refere sempre da mesma forma à entidade que é a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem. Optámos por não fazer distinção das diferentes designações comumente aplicadas, nomeadamente: pessoa, doente, cliente, paciente, utente. “No texto utilizaremos o termo cliente como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. Em todo o caso, designações como utente, doente ou consumidor de cuidados, dependendo do contexto da utilização, não colidem com os princípios que pretendemos aqui clarificar. A opção pelo termo cliente relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados. Cliente, como participante ativo. Cliente como aquele que troca algo com outro e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economicista, paga. Cliente-pessoa-individual, ou cliente-família, ou cliente-comunidade.” (O.E., 2012)

Este trabalho foi redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa. As citações e referências bibliográficas utilizadas ao longo deste relatório estão de acordo com as normas da APA (American Psychological Association Sixth Edition).

CAPÍTULO I

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Um enquadramento teórico tem o propósito de dar entendimento e contextualização aos conceitos que são abordados ao longo de um trabalho. Enquadra o assunto a ser trabalhado dentro das teorias existentes de forma a permitir conhecer mais aprofundadamente a temática (Rivera-García, 1998).

Segundo Tomey & Alligood, a teoria confere significado ao conhecimento, orienta o pensamento crítico, clarifica valores e pressupostos, explicando e antevendo os fenómenos da investigação (2004, pp. 10–13).

Constitui-se num ponto de partida que procura fornecer ao leitor os principais elementos relacionados com a natureza do tema abordado, fornecendo alicerces de compreensão dos conceitos mobilizados.

Sumário

1. A Enfermagem Perioperatória
2. Concetualização de Enfermagem Perioperatória à luz da Teoria de Autocuidado de Dorothea E. Orem
3. Competências do enfermeiro Perioperatório
4. Competências Não Técnicas do Enfermeiro Instrumentista

1.1 A Enfermagem Perioperatória

Foi no recobro, que comecei por cuidar de pessoas operadas.

Numa pequena fração do que é a experiência perioperatória contactei com uma realidade completamente diferente em relação a qualquer outra área da saúde.

Já lá vão quatro anos e ainda há tanto por descobrir...

Os conceitos de Enfermagem Perioperatória e Perioperatório são, nos dias de hoje, comumentemente utilizados na literatura da área da saúde (Goodman & Spry, 2014, p. 2)². A Enfermagem Perioperatória tem sido formalmente referida por muitos autores como “enfermagem de sala de operações”, um termo historicamente referido como a prestação de cuidados de enfermagem durante o período intraoperatório, localizando-se concretamente na sala de operações (idem)³.

O termo enfermagem de sala de operações (SO) pode ter contribuído para uma imagem estereotipada. Há um desconhecimento generalizado, transversal aos próprios profissionais de saúde, acerca do que se passa além das portas do bloco operatório (BO). Rothrock (2008, p. 1) refere que enfermeiros que nunca prestaram cuidados em ambiente de BO, têm dificuldades em descrever o processo de enfermagem, assim como as responsabilidades que lhe são inerentes.

No entanto, verifica-se atualmente, que os cuidados de enfermagem de sala de operações expandiram-se para incluir os cuidados prestados às pessoas nos períodos pré e pós operatórios, tornando-se a designação de “perioperatório” reconhecidamente mais apropriada. De tal forma que em 1999, a organização representativa dos enfermeiros perioperatórios, antes conhecida

² “The words “perioperative” and “perioperative nursing” are accepted and utilized in nursing and medical literature”

³ “Perioperative nursing was formerly referred to as “operating room nursing”, a term that historically referred to patient care provided in the intraoperative period and administered within the operating room itself.”

como “Association of Operating Room Nurses” (AORN), mudou o seu nome para “Association of periOperative Registered Nurses (AORN).

O perioperatório inicia-se quando a pessoa é informada da necessidade de ser submetida a cirurgia, inclui todo o processo interventivo e de recuperação, continuando até a pessoa retomar o seu cotidiano. Assim, a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios compreende a experiência de uma cirurgia em três fases: (1) Pré-operatório, (2) Intraoperatório e (3) Pós-operatório (AESOP, 2006; Goodman & Spry, 2014, p. 1; Hamlin, Richardson-Tench, & Davies, 2010; Rothrock, 2008).

O **pré-operatório** inicia-se quando a pessoa (ou representante legal) é informado e consente com a necessidade de cirurgia, terminando quando o cliente é transferido para a mesa operatória (Goodman & Spry, 2014, p. 1⁴; Hamlin et al., 2010, p. 21). Este período é usado como preparação física e psicológica do cliente para a cirurgia. A duração deste período varia, em casos de cirurgia eletiva o período pode ser prolongado, por outro lado em casos de urgência este período pode ser tão curto que a pessoa nem tem percepção da sua existência.

Durante o pré-operatório são feitos estudos complementares de diagnóstico e realizadas as rotinas de preparação para a cirurgia. É recolhida informação que permite posterior planejamento dos cuidados à pessoa operada. Durante esta fase os cuidados de enfermagem passam pelo apoio, educação e preparação para o procedimento cirúrgico-anestésico (AESOP, 2006; Goodman & Spry, 2014; Hamlin et al., 2010; Rothrock, 2008).

O **intraoperatório** inicia-se quando a pessoa está na mesa operatória e termina quando é transferida para a unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) ou outra área em que os cuidados

⁴ “The preoperative phase begins when the patient, or someone acting on the patient’s behalf, is informed of the need for surgery and makes the decision to have the procedure. This phase end when the patient is transferred to the operating room bed”

pós-operatórios imediatos sejam prestados (Goodman & Spry, 2014, p. 2)⁵. Durante o intraoperatório a pessoa está monitorizada, anestesiada, com desinfecção do local a operar e campos cirúrgicos colocados (idem)⁶. Desta forma, os cuidados de enfermagem centram-se na segurança do cliente, agilização do procedimento, prevenção da infecção, e manutenção de uma resposta fisiológica satisfatória à anestesia e cirurgia (AESOP, 2006; Goodman & Spry, 2014, p. 2⁷).

O **pós-operatório** começa com a chegada da pessoa à UCPA e termina com a resolução da seqüela cirúrgica. Este período tem uma duração variável, sendo que habitualmente termina fora da instituição onde a cirurgia foi realizada (Goodman & Spry, 2014)⁸.

Nos casos em que o cliente cirúrgico necessite de permanecer no hospital, nem sempre o enfermeiro perioperatório assume a responsabilidade de cuidar da pessoa operada na UCPA. Em alguns casos serão outras equipas que cuidarão da pessoa em fase pós-operatória, seja em enfermarias, unidades de cuidados intensivos (UCI) ou no domicílio (em regime de cuidados continuados).

Atualmente, muitas cirurgias são realizadas em regime de ambulatório. Nestas situações a pessoa será submetida a uma intervenção, seja num hospital, centro de ambulatório ou clínica, esperando-se que regresse a casa no mesmo dia da cirurgia. É comum, nestes casos, ser o enfermeiro perioperatório a prestar cuidados ao longo das três fases (Lemos, Jarret, & Philip, 2006).

⁵ “The intraoperative phase begins when the patient is transferred to the operating room bed and ends with transfer to the postanesthesia care unit (PACU) or another area where immediate postsurgical recovery care is given”

⁶ “During the intraoperative period, the patient is monitored, anesthetized, prepped, and draped, and the procedure is performed”

⁷ “Nursing activities in the intraoperative period center on patient safety, facilitation of the procedure, prevention of infection, and satisfactory physiologic response to anesthesia and surgical intervention”

⁸ “The postoperative phase begins with the patient’s transfer to the recovery unit and ends with the resolution of surgical sequelae. The postoperative period may be either brief or extensive, and most commonly end outside the facility where the surgery was performed”

Os cuidados de enfermagem na fase pós-operatória imediata passam pela recuperação da anestesia, controlo hemodinâmico e da dor. Em momentos mais avançados de pós-operatório, o enfoque dos cuidados consiste na educação para a saúde da pessoa e seus familiares ou pessoas significativas (Goodman & Spry, 2014, p. 2)⁹.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2012, p. 8). Para o enfermeiro perioperatório não existe exceção, sendo o sujeito alvo da sua prestação de cuidados as pessoas a vivenciar um evento perioperatório.

Assim, a enfermagem perioperatória consiste em todas as atividades de enfermagem desempenhadas durante a experiência cirúrgica da pessoa e também dos seus familiares e pessoas significativas. O alvo da nossa prestação de cuidados transcende, desta forma, o próprio indivíduo submetido a cirurgia, estende-se aos seus familiares próximos e outras pessoas que lhe são importantes e que também vivenciam a experiência perioperatória (AORN, 2006).

A Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) define a enfermagem perioperatória como um:

“(..) conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado” (AESOP, 2006).

Para Atkinson & Fortunato (2000, p. 22), cuidar em ambiente perioperatório consiste na identificação das necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do cliente cirúrgico, a implementação de um programa personalizado de cuidados que coordene as intervenções de

⁹ “Nursing activities in the immediate postoperative phase center on support of the patient’s physiologic systems. In the later stages of recovery, much of the focus is on reinforcing the essential information that the patient and other caregivers require in preparation for discharge”

enfermagem, baseado em conhecimentos da ciência natural e comportamental, por forma a manter, restaurar a saúde e bem-estar da pessoa antes, durante e após a cirurgia¹⁰.

Uma intervenção cirúrgica/anestésica coloca sempre o cliente numa posição vulnerável. Assim sendo, o enfermeiro perioperatório é responsável por salvaguardar a integridade desta pessoa, agindo como seu “advogado” (Hamlin et al., 2010, p. 2)¹¹.

Uma intervenção cirúrgica constitui “(...) uma ofensa à integridade física da pessoa, ou seja, tem de ser encarada de uma forma diferente de um qualquer tratamento médico ou de enfermagem que não provoque alteração no corpo” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 308). É considerado crime contra a liberdade da pessoa qualquer intervenção sem o seu consentimento esclarecido. No entanto, se se tratar de uma situação de emergência, “em que não é possível aguardar a recuperação da consciência para haver consentimento, o médico poderá realizar a intervenção, sem que seja punido por isso, se a situação acarretar perigo para a vida da pessoa” (Nunes et al., 2005, pp. 309, 310).

Independentemente da condição voluntária ou involuntária do cliente submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico, este pode perecer a menos que alguém, tomado responsável, tome conta (Nunes, 2012). Assim, cuidar de um cliente perioperatório comporta um compromisso, ligado a um encargo que é confiado, em que a pessoa se coloca temporariamente sob a “guarda” ou “proteção”, estando sempre em posição de “pedir contas” ao prestador de cuidados.

Para Richardson-Tench (2002, p. 37), o enfermeiro perioperatório encontra-se numa posição privilegiada para acompanhar o evento cirúrgico. Ele(a) é a consciência do cliente inconsciente. O enfermeiro perioperatório assume um papel de guardião da integridade da pessoa

¹⁰ “The identification of the physiological, psychological and sociological needs of the patient, and the implementation of an individualised program of nursing care that coordinates the nursing interventions, based on a knowledge of the natural and behavioral sciences, in order to restore, or maintain, the health and welfare of the patient before, during, and after surgery”

¹¹ “The nurse also safeguards the patient’s integrity by acting as an advocate for patients during their perioperative experience”

operada, providenciando apoio psicológico e facilitando a integração desta experiência como mais um evento de vida da pessoa. O enfermeiro perioperatório planeia, coordena e presta cuidados com base nos seus conhecimentos de biologia, psicologia, sociologia e fisiologia, por forma a responder às necessidades do cliente cirúrgico. Este conhecimento complexo, assim como as competências que lhe estão associadas têm um forte impacto na segurança e nos resultados anestésico-cirúrgicos da pessoa operada (citado por Hamlin et al., 2010, p. 3)¹².

Quando a enfermagem perioperatória é implementada na sua maior abrangência, os cuidados de enfermagem podem começar na casa do cliente, numa clínica, num consultório, na enfermaria ou na sala de espera. Depois da intervenção cirúrgica, o cuidado de enfermagem pode continuar na UCPA, na enfermaria com a consulta pós-operatória, num consultório, na casa do cliente, numa clínica, ou por meio de questionários por escrito ou telefone (Rothrock, 2008, pp. 1–2).

¹² “The perioperative nurse is in unique and privileged position as s/he assists with the surgical procedure. S/he is the consciousness of the unconscious patient. The perioperative nurse maintains the personhood of the patient by the provision of psychological care and by making ordinary the extraordinary event of surgery. S/he designs, coordinates and delivers care comprised of nursing knowledge and psychomotor skills which are a blend of thinking and doing, to meet the needs of the surgical patient. While scientific nursing techniques underpin perioperative nursing practice, competent fulfilment of the role is based on the knowledge and critical application of the biological, physiological, behavioural and social sciences” (...) “The delivery of perioperative patient care requires complex knowledge and skills to effect safe outcomes for the surgical patient”

1.2 Concetualização de Enfermagem Perioperatória

O enfermeiro desenvolve o seu modelo conceptual de cuidados ao longo da sua formação. Confrontado com variadíssimas situações no seu quotidiano profissional, vai adquirindo saberes que lhe permitem avançar duma forma progressiva, harmoniosa, e consequentemente desenvolvendo competências.

(Maria, Gil, & Cabral, 2004)

Existem inúmeros modelos e teorias de enfermagem que ajudam os enfermeiros a definirem o seu campo de ação. Segundo Tomey & Alligood (2004, p. 17), “(...) a teoria permite-lhes organizar e compreender o que se passa na prática, analisar criticamente a situação do doente para a tomada de decisão clínica, planear o tratamento e propor as intervenções de enfermagem apropriadas (...)”.

Os modelos teóricos de enfermagem procuram fornecer uma estrutura organizativa dos processos, conduzindo o pensamento e a ação segundo coordenadas intelectuais. De acordo com as características do modelo, assim diferem as perspetivas da enfermagem, na medida em que os conceitos se direccionam para uma determinada abordagem, ou população (Tomey & Alligood, 2004, pp. 6–8).

Segundo Hamlin et al (2010, p. 3), a filosofia da enfermagem perioperatória compreende uma abordagem holística e multidisciplinar que procura¹³:

- Providenciar um ambiente seguro;
- Proteger os clientes de efeitos adversos;

¹³ The philosophy of perioperative nursing encompasses a holistic, multidisciplinary approach that is concerned with: the need to provide a safe physical environment; the protection of patients from adverse events; the achievement of optimal patient outcomes; promoting the knowledge and skills of all multidisciplinary team members to enable cost-effective, research-based health care delivery; the acknowledgement of the dignity of persons with diverse physical, emotional and cultural backgrounds.”

- Atingir resultados de excelência;
- Promover o conhecimento com base nas últimas evidências da comunidade científica e o desenvolvimento de competências de todos os membros da equipa multidisciplinar, com “consciência custo-efetiva”;
- Reconhecer a dignidade das pessoas com diferenças físicas, emocionais e culturais.

Não existe uma teoria única e totalitária que se aplique à realidade da Enfermagem, e muito menos à especificidade do Perioperatório. A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender (Benner, 2001, p. 61).

Os meta-paradigmas, por outro lado são transversais a todos os paradigmas, filosofias, teorias e especialidades. São eles, a **Saúde, Pessoa, Ambiente** e os **Cuidados de Enfermagem**:

A **Saúde**, de acordo com a OE (2012), é um bem que se adquire com o equilíbrio que se estabelece entre a Pessoa e o Ambiente, através do controle do sofrimento, do bem-estar físico e com o conforto, emocional, espiritual e cultural.

A **Pessoa** constitui-se no propósito da prestação de cuidados de enfermagem, “(...) um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e desejos individuais, o que torna a pessoa um ser único com dignidade própria e direito a auto determinar-se” (OE, 2012, p. 6).

O **Ambiente**, por sua vez, influencia e é influenciado pelos estilos de vida e os comportamentos da Pessoa sendo que as intervenções de enfermagem têm em conta esta dinâmica de interdependência, bem como as suas repercussões no conceito de Saúde (OE, 2012, p. 6).

Os **Cuidados de Enfermagem** baseiam-se na inter-relação pessoal e são geradores de processos de autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado, promovendo a escolha e autodeterminação nas decisões de saúde/ doença, “(...) ao longo de um processo dinâmico, que tem como objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2012, p. 8).

A Enfermagem visa a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa. Desta forma, o enfermeiro pretende prevenir a doença, promovendo processos de readaptação que satisfaçam as necessidades humanas, garantindo a máxima independência da pessoa para a realização das suas atividades de vida diárias, ao longo de todo o ciclo vital (O.E., 2012).

O enfermeiro perioperatório surge como o profissional que presta cuidados de enfermagem complexos a pessoas em diferentes situações de dependência (Hamlin et al., 2010, p. 2).

Segundo a AESOP, um indivíduo doente, que precise de cuidados perioperatórios, encontra-se numa situação de dependência. Este exige a presença de alguém que saiba e possa dar resposta às suas necessidades, “(...) que não podem ser por si satisfeitas quer parcial ou totalmente, num período mais ou menos curto, consoante as suas condições” (2006, p. 7).

1.2.1 A Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Tal como referimos anteriormente, não existe uma teoria única e totalitária que se aplique à enfermagem perioperatória ou a qualquer outra especialidade da Enfermagem. Foi realizada uma revisão científica da literatura acerca de teorias de enfermagem aplicáveis à prestação de cuidados perioperatórios, concluindo-se que não existe nenhuma tendência no que toca a conceptualizações com base em referenciais teóricos já existentes.

A escolha do referencial depende da abordagem e da população com que o autor se depara, acabando por adotar a teoria que melhor espelha o seu raciocínio na prestação de cuidados. Alguns autores, em função dos objetivos do estudo, adotam teorias mais focadas na gestão do elementos stressores (Teoria dos Sistemas de Betty Neuman), outros mais relacionados com o processo de transição e evento de vida (Teoria das Transições de Afaf Meleis), alguns preocupam-se mais com as questões transculturais (teoria transcultural de Leininger), e outros com a adaptação (Teoria da Adaptação de Callista Roy).

A escolha de um referencial teórico para este relatório seguiu os mesmos princípios que outros autores:

- Objetivos estabelecidos;
- Tipologia da população alvo da prestação de cuidados;
- Concetualização pessoal da prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios.

Procurou-se uma teoria que tivesse trabalhos publicados na área do Perioperatório. Esta teoria teria que estar de acordo não só com os meta-paradigmas da Enfermagem, mas também em sintonia com as conceptualizações das organizações/associações de enfermeiros perioperatórios existentes. Além disso, teria que ser uma teoria com que o estudante se identificasse durante a prestação quotidiana de cuidados em contexto de estágio.

É neste contexto que acolhemos a Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem como referencial para a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios.

A definição do conceito de enfermagem de Orem é muito semelhante à da Association of periOperative Registered Nurses (AORN), no qual o processo de enfermagem se baseia em diagnósticos, planeamento, execução e sua avaliação (AORN, 2006; Kam & Werner, 1990; Orem, 2001).

A teoria de Orem torna-se especialmente apropriada em ambiente perioperatório na medida em que considera o cliente como o centro de toda a ação. A pessoa é vista como um participante ativo na tomada de decisão clínica, são satisfeitas as suas necessidades de autocuidado no pré, intra e pós-operatório consoante os diferentes estádios de dependência que apresenta.

A concetualização da AESOP também se identifica com a visão de Orem, na medida em que ambas se referem à ação do enfermeiro como o reconhecimento das necessidades do cliente cirúrgico, planeando os cuidados, executando-os com destreza, segurança e avaliando-os para uma apreciação dos resultados obtidos(2006, p. 7):

“(…) a situação de dependência em que o indivíduo doente se encontra exige a presença de alguém que saiba e possa dar resposta às necessidades, que parcial ou

totalmente não podem ser por si satisfeitas, num período mais ou menos curto, consoante as suas condições”.

Desde os anos 50 que Dorothea E. Orem pública sobre a prática e o ensino, constituindo-se uma das principais e mais aceites teorias no seio da comunidade de enfermagem. A Teoria do Auto-Cuidado de Orem classifica-se como uma “teoria de ação, com a perspetiva da pessoa como ator ou agente deliberado” (Tomey & Alligood, 2004, p. 212). Orem conceptualizou a sua visão da prestação de cuidados de enfermagem ao longo de 3 teorias relacionadas: (1) a Teoria do Autocuidado, (2) a Teoria do Défice de Auto-Cuidado e (3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem” (Bernier, 2002; Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2004):

A Teoria do Autocuidado reconhece que todos os indivíduos têm a capacidade de autocuidado. Todas as pessoas precisam de se autocuidar de forma a desenvolverem-se e a maturarem-se. Acrescenta também, que todo o ser humano deseja “ser normal”, ou seja, estar de acordo com as “(...) características genéticas e constitucionais e os talentos dos indivíduos”(Tomey & Alligood, 2004, p. 214).

Autocuidado refere-se às práticas de cuidados realizados pelo indivíduo, dentro de espaços de tempo e em seu benefício próprio, com a finalidade de manutenção da saúde e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal (Fawcett, 2001; Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2004). Segundo Orem, autocuidado consiste em:

1. Manter uma “ingestão” adequada de ar, água e comida;
2. Cuidar-se nos processos que envolvem a eliminação;
3. Preservar o equilíbrio entre atividade e descanso;
4. Preservar o equilíbrio entre solidão e interação social;
5. Procurar o bem-estar, consciente dos riscos para a vida;
6. Desenvolver-se como ser humano, de acordo com as suas potencialidades e limitações, em sociedade, desejando a “normalidade”.

O autocuidado constitui-se no conceito essencial desta teoria, caracterizando-se por ações realizadas pelos indivíduos para controlar os fatores que podem comprometer a sua vida e seu desenvolvimento. É uma conduta realizada, ou que deveria ser realizada pelo próprio indivíduo. O autocuidado não é inato, sendo uma conduta aprendida ao longo da vida, através de relações interpessoais e da comunicação.

A Teoria do Défice de Autocuidado tem como pressupostos (Alligood & Tomey, 2002; Fawcett, 2001; Orem, 2001):

- Os seres humanos experimentam privações sob a forma de limitações no autocuidado;
- Os seres humanos, para funcionarem de acordo com a “normalidade”, precisam da entrada deliberada e contínua de informação;
- A atividade humana, o poder de agir deliberadamente, é exercida sob a forma de identificação das necessidades pessoais e dos outros, para se autocuidar e cuidar dos outros;
- A atividade humana também é exercida na descoberta, desenvolvimento e transmissão de formas e meios de identificar necessidades e efetuar ações de autocuidado e de cuidar dos outros;
- Os seres humanos vivem em sociedade, agrupando tarefas e atribuindo responsabilidades a membros do grupo.

Quando alguém está doente ou lesionado, numa situação específica de desordem patológica, com defeitos ou incapacidades, ou está a ser submetida a um diagnóstico ou tratamento médico, então podemos dizer que esta pessoa encontra-se com um **desvio de saúde** (Tomey & Alligood, 2004, p. 215).

O conceito de autocuidado referido por Orem procura satisfazer as necessidades humanas. Estas necessidades variam consoante o grau de desvio de saúde que cada pessoa apresenta. Dependendo de fatores como a idade, género, saúde, suporte familiar e condições

ambientais, assim cada indivíduo autocuida-se com vista a resolver um eventual desvio de saúde (como por exemplo um episódio de doença).

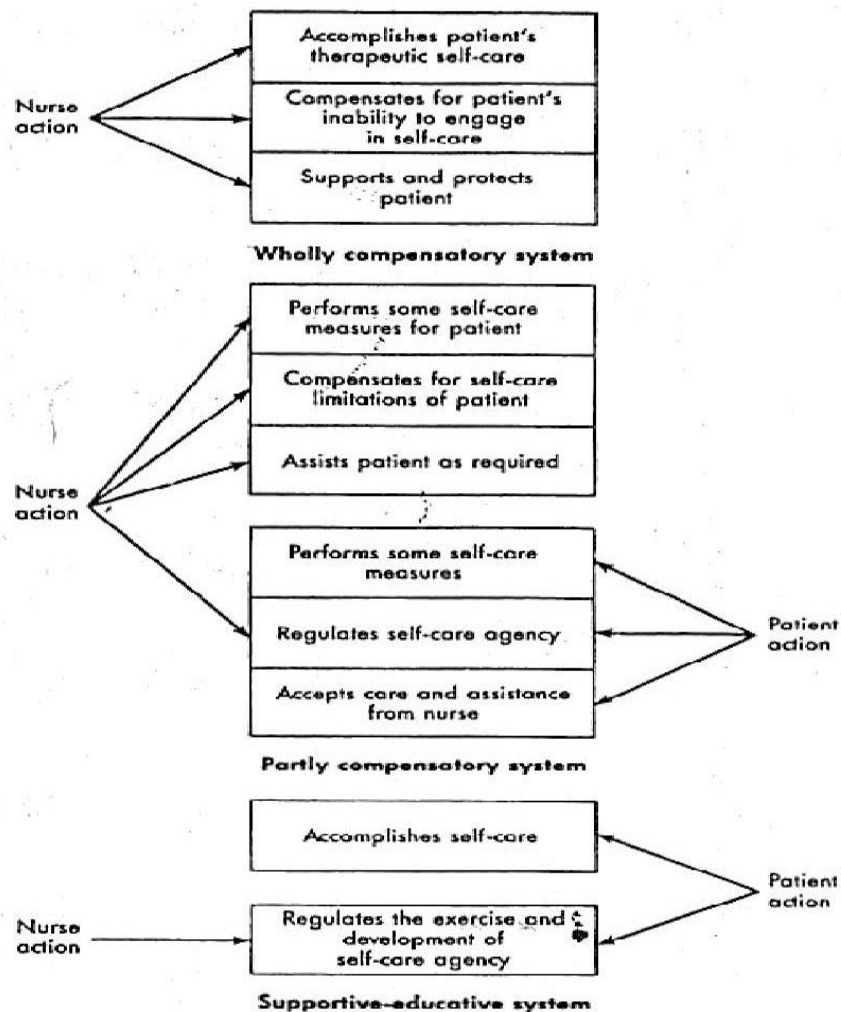
A necessidade de autocuidado torna-se mais complexa quando o número de exigências do desvio de saúde é superior àquela que o indivíduo consegue realizar em espaços de tempo específicos. É neste contexto que surgem os cuidados de enfermagem. O enfermeiro intervém para compensar a demanda por cuidados, atuando conforme a teoria dos sistemas de enfermagem.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem caracteriza a interação entre o cliente (seus familiares e pessoas significativas) e o enfermeiro, a fim de compensar o desequilíbrio existente no autocuidado e orientar as intervenções necessárias, descrevendo e explicando as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem.

Esta teoria determina que a enfermagem é necessária quando o indivíduo é incapaz ou tem limitações em autocuidar-se adequadamente, justificando porque razão as pessoas podem beneficiar de ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem

A obra de Orem identifica três tipos de sistemas de enfermagem (Figura n.º1): (1) **totalmente compensatório** (fazer pelo cliente), (2) **parcialmente compensatório** (ajudar o cliente a fazer por si próprio) e (3) **de apoio-educação** (ajudar o cliente a aprender a fazer por si).

Figura n.º 1 – Teoria dos Sistemas de Enfermagem (retirado de Allgood & Tomey, 2002)



No **sistema totalmente compensatório**, todos os cuidados são assumidos pela Enfermagem, uma vez que o cliente está impossibilitado da realização de ações para o autocuidado.

No **sistema parcialmente compensatório**, as ações para o autocuidado são partilhadas entre indivíduo, familiares, comunidade e o enfermeiro.

Por fim, no **sistema apoio-educação**, o indivíduo realiza as ações de autocuidado com a orientação e supervisão do enfermeiro, com vista a tornar essas ações mais efetivas e eficientes, através da educação para a saúde.

Transportando-nos para a realidade do perioperatório, a Teoria de Dorothea E. Orem consegue conceptualizar a atuação do enfermeiro que ajuda pessoas a vivenciar a experiência de um evento cirúrgico.

Identificam-se pontos em comum com os conceitos que são mobilizados na teoria do autocuidado, como é o caso da necessidade humana de “**normalidade**”. Muitas intervenções cirúrgicas procuram satisfazer as necessidades de bem-estar e de pertença ao grupo, como por exemplo as cirurgias estéticas e de reconstrução. A pessoa, numa tentativa de se sentir bem consigo própria e em relação ao que a rodeia, pode submeter-se voluntariamente a uma cirurgia. Assim, cada indivíduo age ativamente sobre o seu autocuidado através da procura de outros seres humanos que, por sua vez, assumem a responsabilidade social de tratar e cuidar.

Outras situações que necessitem de cuidados perioperatórios podem ter origem em situações involuntárias como acidentes ou doença aguda. Tomemos como exemplo uma pessoa saudável que sofre um acidente de viação, ficando com múltiplos traumatismos. Quando o **desvio de saúde** é muito superior às capacidades da pessoa para se autocuidar, então esta encontra-se numa situação em que precisa da ajuda de outros para se manter “normal”. Nesta situação a pessoa incorre automaticamente num desvio de saúde que supera as suas capacidades de autocuidar-se.

Ao chegar ao hospital, transportada por uma ambulância, verifica-se que necessita de ser intervencionada cirurgicamente afim de tratar uma fratura do fémur, por exemplo. São iniciados os procedimentos pré-operatórios, nos quais se incluem o pedido de consentimento informado e esclarecido para a intervenção anestésico-cirúrgica. A pessoa encontra-se consciente e orientada, e, portanto, tem autonomia para se autocuidar na satisfação das necessidades de consciência dos riscos para vida e procura de bem-estar. O enfermeiro atua, desta forma, segundo o **sistema de apoio-educação**, esclarecendo eventuais dúvidas, necessidades de informação, apoiando o cliente e seus familiares no momento pré-operatório.

“É na medida em que se respeitam as decisões fundamentadas nos princípios, nos valores e nas crenças de cada pessoa, que se materializa o respeito pela sua autonomia” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 316).

Já no intraoperatório, a pessoa é submetida a uma raquianestesia, permitindo-lhe estar anestesiada apenas a nível dos membros inferiores (local a operar). O enfermeiro perioperatório atua nesta fase segundo o **sistema parcialmente compensatório**, na medida em que cuida da integridade física e psicológica da pessoa nas funções que esta não consegue desempenhar. Concretamente, os enfermeiros preocupam-se com a proteção dos membros inferiores: respeitando a amplitude de movimentos destes, prevenindo a ocorrência de úlceras de pressão, vigiando a eliminação, desinfetando o local da incisão cirúrgica, respeitando a anatomia e as estruturas, etc. Por outras palavras, os enfermeiros cuidam do que a pessoa se encontra incapaz de autocuidar. Por outro lado, a pessoa encontra-se consciente, pelo que está numa posição privilegiada para a inclusão e apropriação dos cuidados que lhe são prestados. Os enfermeiros podem assim confirmar o tipo de cirurgia, o nome do cliente, a lateralidade da intervenção, a (in)existência de alergias, as preferências musicais para a promoção de um ambiente calmo na sala de operações, assim como, se a pessoa preferir, administração de ansiolíticos/sedativos, cumprindo o *Sign In* da Cirurgia Segura (OMS, 2009).

Se, por ventura, ocorresse a necessidade de realizar uma anestesia geral à pessoa intervencionada, então o sistema de enfermagem passaria a **totalmente compensatório**. Nesta situação a pessoa deixaria inteiramente de se poder autocuidar, ficando a cargo do enfermeiro a “substituição” e vigilância das funções que se a pessoa pudesse concretizaria, nomeadamente: a manutenção de uma ventilação adequada; mantendo a estabilidade hemodinâmica e a normotermia; protegendo de riscos como a infeção do local cirúrgico, úlceras de pressão e lesões neurológicas, queimaduras.

Após a intervenção cirúrgica a pessoa entra na fase pós-operatória, recuperando progressivamente a sua autonomia. A partir deste ponto, a atuação de enfermagem procuraria sempre promover o autocuidado da pessoa em convalescença, adequando os sistemas de uma forma progressiva e em função das necessidades de compensação.

Assim, começando pela UCPA, a pessoa recuperaria a respiração espontânea, a consciência, a orientação espaço-temporal, a capacidade de interação social, tornando-se cada vez mais independente no seu autocuidado. Uma vez recuperada do bloqueio motor e sensitivo dos membros inferiores, passaria a poder satisfazer as suas necessidades de eliminação e alimentar-se. Mais tarde, quando recuperada do traumatismo, poderá voltar à atividade física, voltando progressivamente ao cotidiano “normal” antes do acidente.

Os enfermeiros surgem assim como profissionais fundamentais para a promoção de uma experiência perioperatória integradora como evento de vida do cliente. Compreendendo e reconhecendo a relevância dos profissionais de enfermagem em contexto perioperatório, emerge a necessidade destes serem detentores de um quadro de saberes e competências específico.

1.3 Competências do Enfermeiro Perioperatório

A melhoria contínua da qualidade do exercício só é conseguida através da atualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de Enfermagem.

(Leprohon, 2002, p.26)

O enfermeiro Perioperatório emerge no seio da disciplina de Enfermagem como detentor de um conjunto de competências que o distinguem das restantes áreas do saber desta disciplina. Embora exista um tronco comum de conhecimento, a este é adido a diferenciação exigida pela especificidade do trabalho desenvolvido. O desenvolvimento de competências enriquece a capacidade interventiva do enfermeiro e promove a qualidade dos cuidados prestados.

A enfermagem a partir dos seus modelos e teorias pretende explicar o seu agir, tal como mencionado no capítulo anterior. Os modelos e teorias são instrumentos que transferem para a prática interventiva os conhecimentos teóricos. As competências profissionais consistem então no veículo dinâmico da aplicabilidade da forma e estrutura que assumem na prática as teorias e modelos, e que clarificam o agir do enfermeiro. Ou seja, através das suas competências profissionais o enfermeiro aplica modelos e teorias explicativas da profissão de enfermagem.

Desde há muito tempo a noção de competência é parte integrante da linguagem do quotidiano e profissional, sendo um termo utilizado com uma notável frequência. O conceito de competência tem, ao longo dos anos, sofrido diversas mutações e aperfeiçoamentos, que justificam a complexidade do mesmo. Não existe uma simples ou generalizável definição do que é competência. Da pesquisa realizada deparámo-nos com diferentes perspetivas relativamente ao conceito. Este depende essencialmente da conceção e entendimento de cada autor, bem como da sua área de enfoque.

Quando se fala em competência, é comum pensar-se num conjunto de atributos (desde as características pessoais, as capacidades, as habilidades) que nos permitem dizer que determinada pessoa tem perfil ou não para determinada função ou cargo, ou que possui uma certa aptidão para algo. A competência implica não só que estas qualidades que se interrelacionem, mas

principalmente a forma como o indivíduo mobiliza os seus saberes da forma mais adequada para cada situação em determinado contexto.

Competência é um conceito estreitamente associado à eficiência. É possível identificar os diferentes significados conferidos à noção de competência, independentemente da forma como se materializam, centrando a nossa atenção nas atitudes, no comportamento e nos saberes tácitos de uma pessoa. Competência caracteriza-se por um saber mobilizado no contexto de trabalho,”(...) sob a forma de capacidades cognitivas, sócio-afetivas e psicomotoras, inscritas no contexto cultural e social em que ocorrem”(Correia, 2012, p. 12). Ser competente é ter a capacidade de assumir iniciativas, ir além das atividades prescritas, ser capaz de compreender e dominar novas situações no trabalho e ser reconhecido por isso. Baseia-se na responsabilidade, flexibilidade e na “reconversão permanente em que a polivalência é a mais-valia requerida” (Correia, 2012, p. 14) implicando desenvolver autonomia.

Perrenoud (1999, 2004) vê competência como uma “(...) orquestração de diversos recursos cognitivos e afetivos, que permitem estar capacitado para enfrentar um conjunto de situações complexas, articulando os saberes em contexto e com um agir eficaz”. Por outro lado, Zarifian (1998 cit. por Correia 2012) insere a problemática das competências numa dimensão fundamentalmente social e coletiva do trabalho. Segundo este autor, as competências relacionam-se sempre com um determinado domínio da atividade, com características específicas e relações sociais próprias, nunca esquecendo o contexto em que esta atividade ocorre. Alarcão & Rua defendem que competência é “um conjunto de conhecimentos, destrezas e atitudes necessários para exercer uma determinada tarefa, e para resolver problemas de forma autónoma e criativa” (2005, p.375).

A competência não é estática. É um processo adaptativo e progressivamente evolutivo na aplicação dos saberes teóricos às diversidades e às adversidades dos quotidianos tal como salienta Mendonça “a competência aparece ligada a comportamentos que condicionam a acção, dizendo da sua eficácia e/ou eficiência” (2009, p.45).

Le Boterf (2003) considera que a competência resume-se num saber agir, responsável e validado, baseado em saber mobilizar, integrar e transferir recursos (capacidades, conhecimentos, atitudes, etc.) num contexto profissional.

Remetendo especificamente para a área de Enfermagem, Stobinski (2008) define competência pelas ações e comportamentos mensuráveis de uma enfermeira¹⁴. Santo define competências como “características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao enfermeiro exercer a sua atividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em rápida mutação” (1999, p. 54).

Compreende-se então que a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia da perfeição (Benner, 2001).

Não existe consenso quanto à definição de competência, sendo um fenómeno complexo e subjetivo no que concerne ao seu significado, dependendo do contexto, tanto laboral como institucional, legislativo, político ou educativo, emergindo uma diversidade de interpretações e definições. Da revisão da literatura efetuada, podemos mencionar que são inúmeras as abordagens conferidas a competência, assim como as formas distintas de definição. O termo insere-se portanto numa matriz concetual alargada e de difícil descrição, tendo sido usado para fazer referência a capacidades, qualificações, skills, habilidades, entre outras.

A aquisição de competências em Enfermagem, envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e, por fim, do reconhecimento das competências, por parte dos pares e da comunidade científica (Dias, 2006).

Para agir com competência, um profissional deve combinar e mobilizar tanto os recursos pessoais com os os recursos do seu meio envolvente: torna-se difícil, mesmo impossível, ser competente sozinho e de forma isolada. Le Boterf (2005) perspetiva a importância de reforçar a competência coletiva, como a articulação de saberes. Para este autor, não faz sentido construir referenciais de competência como listas de saberes, em que se fraciona em unidades

¹⁴ Competency is what a nurse is capable of doing, and it is manifested in measurable actions and behaviors.

“microscópicas” a competência, perdendo o sentido e diminuindo o seu valor no mercado de trabalho.

O profissional competente é aquele que, não só é capaz de agir com pertinência numa dada situação, mas que compreende, igualmente, o porquê e o como agir. Deve, pois, “(...)possuir uma dupla compreensão: a da situação sobre a qual intervém e a forma como o faz.” (Boterf, 2006, pp. 60–63). A competência profissional é muitas vezes vista como um perfil, com as suas características e funções atribuídas e esperadas. No entanto ser competente não depende apenas de conhecimentos e capacidades, mas principalmente da forma como é feita a mobilização desses mesmos recursos (Le Boterf, 2005). Para (Ceitil, 2007) uma pessoa de elevada performance distingue-se pela forma como aplica as diferentes capacidades que possui consoante a situação. Consideramos neste trabalho que a competência do enfermeiro surge na ação, na sua prestação de cuidados, considerando sempre os diversos fatores pessoais e contextuais que lhe estão subjacentes.

Compreendendo a dúbia definição envolta no termo competência, também a enumeração da tipologia de competências varia consoante o autor e a sua conceção. Zarifian (1999, cit. por Correia, 2012) diferencia as competências em técnicas (conhecimentos específicos sobre o trabalho a realizar) e sociais (o saber ser, que envolve os domínios da autonomia, responsabilização e comunicação). Já Dias (2006), baseando-se em trabalhos de autores como Kholbug, Sprinthall e Sprinthall, Lourenço, Minet, Sequeira, Vallés, Bellier, Le Boterf e Büik, enumerou cinco categorias de competências: pessoais, científicas, técnicas, sócio-afetivas e ético-morais.

Remetendo para a Enfermagem Perioperatória, a crescente complexidade e tecnologia que envolve o cenário de BO, a competência e interação entre os membros da equipa de saúde é decisiva para o sucesso dos resultados obtidos (Flin & Mitchell, 2009). Riem et al, acrescentam ainda que “competências técnicas e não técnicas são a chave para assegurar a segurança do cliente nos cuidados de saúde e uma eficaz gestão de situações de crise¹⁵” (2012, p.723). Estudos recentes

¹⁵ Both technical skills (TS) and non-technical skills (NTS) are key to ensuring patient safety in acute care practice and effective crisis management.

defendem ainda que uma das principais causas de “ eventos adversos aos clientes são atribuídas às falhas nas competências não técnicas(...)”¹⁶ (Mitchell et al, 2013, p.318).

As competências não técnicas do Enfermeiro Perioperatório emergem então como fator decisivo para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em contexto de SO.

1.3.1 As competências não técnicas do enfermeiro instrumentista

O erro humano não pode ser eliminado, mas podem ser conduzidos esforços para identificar e minimizar, assegurando que as pessoas possuem competências não técnicas apropriadas a fim de se capacitarem de medidas que lhes permitam gerir os riscos e exigências do seu trabalho.

Existe uma preocupação crescente com a compreensão dos fatores que conduzem ao erro e como se pode incidir sobre estes. Para Glavin, & Maran (2010, p. 1), existem um conjunto de competências não técnicas que permitem a redução desses mesmos erros e, conseqüentemente, de acidentes e eventos adversos. O ambiente perioperatório está em constante mudança. À medida que as intervenções cirúrgicas se tornam progressivamente mais complexas, de tecnologia de ponta, a interação entre todos os membros dentro da sala operatória assume-se como importantíssima, na medida em que cada elemento é decisivo para um resultado positivo (Rhona Flin & Mitchell, 2009).

Em ambiente perioperatório podem ocorrer inúmeros problemas, desde a retenção de compressas ou instrumentos nos clientes (Mitchell et al., 2012). Uma das razões apontadas para a ocorrência destes eventos é a falha na comunicação no seio da equipa multidisciplinar (enfermeiros, cirurgiões, anestesistas) (Mitchell & Flin, 2009; Rutherford, Flin, & Mitchell, 2012; Yule, Flin, Paterson-Brown, & Maran, 2006). Os enfermeiros perioperatórios são profissionais essenciais na manutenção de um ambiente seguro na sala de operações para o cliente cirúrgico, sendo o enfermeiro instrumentista um desses elementos chave.

¹⁶ Research by social scientists and clinicians has demonstrated that the underlying causes of adverse events to patients are often attributable to failures in non-technical skills (...).

Da pesquisa efetuada, não existe uma compilação que reúna todas as competências específicas do enfermeiro instrumentista. Segundo a AESOP (2006, p. 139), o enfermeiro instrumentista deve “(...) compreender e valorizar a área da instrumentação enquanto isolada e distinta, mas deve, simultaneamente, valorizar a área da circulação e da anestesia, como forma de complementar a sua prestação de cuidados no âmbito dos cuidados perioperatórios”, tendo como responsabilidade “prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa”.

As competências técnicas e não técnicas do enfermeiro instrumentista são fundamentais para a manutenção da segurança do cliente. Estudos demonstram que uma melhoria na capacidade de perceção do ambiente que rodeia o enfermeiro instrumentista (*situation awareness*) conduz a uma redução dos erros cometidos em ambiente intraoperatório e que deficiências nas competências não técnicas podem conduzir a erros (Riem et al., 2012; Flin et al., 2010).

Verifica-se também que o domínio das competências não técnicas não é exclusivo de uma única indústria ou ocupação. Muitos dos conhecimentos tiveram por base outros setores como os da aviação, através da *Crew Resource Management* (CRM), mas também com aplicações na área da perfuração de petróleo e gás, indústria da energia nuclear e militar. Estas competências não são novas nem algo misterioso, mas essencialmente constituem-se naquilo que profissionais competentes fazem com vista a uma performance elevada, ou mesmo aquilo que fazemos num dia que corre muito bem.

Definição de competências não técnicas do enfermeiro instrumentista

Da pesquisa efetuada não foi encontrada uma definição concreta para as competências não técnicas do enfermeiro instrumentista na medida em que estas não estão formalmente identificadas (Mitchell & Flin, 2008). Por outro lado, cruzamo-nos com uma publicação da universidade de Aberdeen, desenhada por uma equipa multidisciplinar de psicólogos, enfermeiros, cirurgiões e anestesistas, denominado SPLINTS (Scrub Practitioners’ List of Intraoperative Non-Technical Skills).

Estes definem as competências não técnicas como competências de ordem cognitiva e social que funcionam como complemento das competências técnicas do profissional (Rhona Flin, O' Connor, & Crichton, 2008; Mitchell et al., 2011; Yule, Flin, Paterson-Brown, & Maran, 2006). Constituem-se como um conjunto de capacidades que consideram recursos cognitivos, sociais e pessoais e que contribuem para um desempenho seguro e eficiente das tarefas (Rhona Flin et al., 2008). O sistema SPLINTS provou-se adequado para identificar as competências não técnicas do enfermeiro instrumentista em ambiente simulado (Mitchell et al., 2012, p.2). Com base nestes resultados, os autores afirmam que este sistema pode ser testado em ambiente de sala operatória¹⁷, enunciando as seguintes categorias e elementos constituintes das competências não técnicas do enfermeiro instrumentista (Rhona, F. & Mitchell, et al., 2010):

- **Situation Awareness**
 - Gathering information
 - Recognising and understanding information
 - Anticipating
- **Communication and Teamwork**
 - Acting assertively
 - Exchanging information
 - Co-ordinating with others
- **Task management**
 - Planning and preparing
 - Providing and maintaining standards
 - Coping with pressure

Seguidamente, passaremos ao desenvolvimento sucinto de cada uma das três categorias que compõem as competências não técnicas do enfermeiro instrumentista à luz da pesquisa

¹⁷ The reliability of the SPLINTS system was deemed to be adequate for assessing scrub practitioners' non-technical skills in simulated, standardized, video scenarios. On the basis of these results, the system can now move on to usability testing in the real operating theatre.

bibliográfica realizada. Procurou-se realizar uma tradução livre do inglês para o português de cada conceito, a fim de se manter uma redação coerente em língua portuguesa.

1.3.1.1 Consciência de situação (*Situation Awareness*)

Trata-se de uma competência não técnica que se caracteriza pela capacidade de percepção do ambiente que rodeia. A definição mais comum para *situation awareness* é dada por Endsley (1995, p.36) como a percepção dos elementos existentes no ambiente dentro de um volume de tempo e espaço, compreendendo o seu significado e projetando o seu estado num futuro próximo¹⁸. Para Rhona Flin et al.(2008, p.17), *situation awareness* constitui-se num processo cognitivo que permite a construção e manutenção da atenção no local de trabalho¹⁹.

Entendemos assim o conceito de *situation awareness* essencialmente como uma capacidade de percepção, de atenção e monitorização do ambiente que rodeia o profissional, que lhe permite aperceber-se do que se está a passar, detetando qualquer mudança dentro desse ambiente.

O modelo de Endsley ilustra como a consciência de situação influencia a nossa tomada de decisão e conseqüente ação a uma determinada situação. Existem fatores que podem influenciar a *situation awareness*, como os preconceitos, as expectativas, a experiência e a carga de trabalho. As decisões e as ações são também influenciadas pelas regras organizacionais e fatores culturais. Endsley organiza este conceito em **3 níveis**:

- O primeiro estágio “percepção dos elementos na sua situação atual”, traduz-se na informação visual dos instrumentos, dos ecrãs dos computadores, do comportamento dos colegas, assim como os sons dos alarmes, conversações e

¹⁸ “the perception of the elements in the environment within a volume of time and space, the comprehension of their meaning and the projection of their status in the near future.”

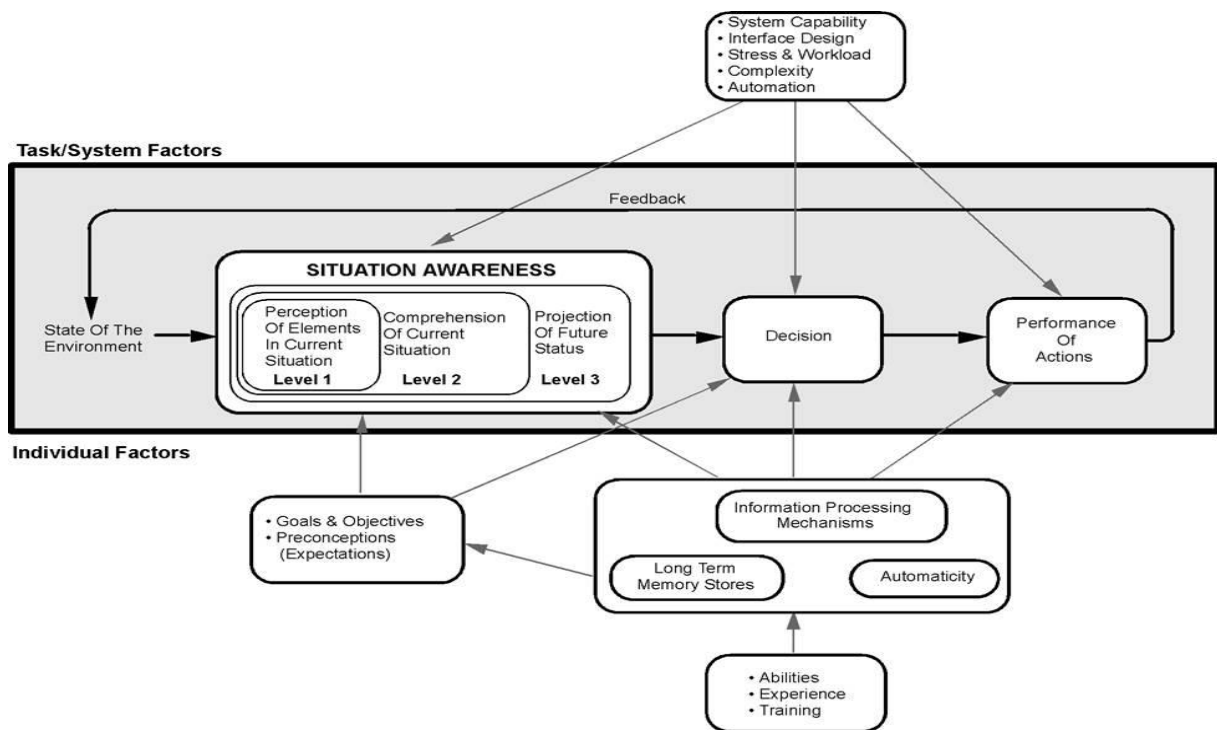
¹⁹ “we define situation awareness as the cognitive processes for building and maintaining awareness of a workplace situation or event.”

barulho de fundo. Em certas tarefas pode traduzir-se pelo tato, sentindo os tecidos, o peso, a resistência, o calor.

- Como segundo estágio da *situation awareness* surge a compreensão, processamento, da informação, consistindo no entendimento que a pessoa faz e a importância que lhe atribui. Trata-se de um processo de categorização e compreensão que é facilitado pelo recurso a esquemas mentais, guardados na memória e que representam combinações particulares.

No terceiro nível de *situation awareness*, chamado “projeção da situação futura”, segue-se ao segundo estágio e significa considerar o que pode acontecer a seguir. Tal como Rhona Flin et al.(2008, p.29) referem, consiste na capacidade de compreender a situação, percebendo o que significa, e usando o conhecimento com base na experiência passada, ser capaz de pensar mais à frente acerca de como a situação se irá desenrolar num futuro imediato²⁰.

Figura n.º2 Modelo de situation awareness (adaptado de Endsley, 1995, p.35)



²⁰ “Having comprehension of the situation, understanding what it means, then using your stored knowledge from past experience, you are able to think ahead about how the situation is likely to develop in the immediate future.

O conceito de consciência de situação baseia-se essencialmente no nível de concentração ou atenção. Cada pessoa tem um certo nível de capacidade de captação de nova informação e de se manter atento ao que o rodeia. Rhona Flin et al. exemplificam com esta situação com a capacidade de enchimento de um jarro: a informação presente é representada pela água dentro do recipiente. Quando o jarro não está cheio a pessoa ainda tem a capacidade de obter mais informação. Por outro lado, se o jarro já estiver cheio de água, a tentativa de captar mais informação perde-se. Para os autores, o ideal será o profissional manter algum espaço mental livre, de forma a poderem ser capazes de responder em situações de maior exigência mental²¹ (Banbury, S. e Tremblay, S., 2004).

Segundo a SPLINTS (Mitchell et al., 2012), a competência não técnica de consciência de situação subdivide-se nos elementos:

- **Recolha de informação** (Gathering information), que consiste na procura ativa da informação existente na sala de operações, observando, ouvindo, questionando e reconhecendo pistas no processo cirúrgico, no ambiente, no equipamento e nas pessoas²²;
- **Reconhecimento e entendimento da informação** (Recognising and understanding information), comparando-a com o corpo de conhecimentos do profissional de forma a compreender o estado atual dos acontecimentos²³
- **Antecipação** (Anticipating), que consiste na capacidade de previsão de necessidades num futuro próximo²⁴

²¹ the ideal mental state in risky environments is for workers to have some spare capacity in case the information load they have to cope with suddenly rises.

²² Actively seeking information in the operating theatre environment by observing, listening, questioning and recognising cues from the surgical process, theatre environment, equipment and people.

²³ Recognising and interpreting the information gathered from the theatre environment and comparing it with existing knowledge to comprehend the current state of events.

²⁴ Thinking ahead to predict what might happen and what could be required in the near future.

1.3.1.2 Comunicação e trabalho de equipa (*Communication and Teamwork*)

Comunicação é uma grande parte de um bom trabalho de equipa, essencial para um trabalho eficiente e seguro (Nieva et al. citado por Rhona Flin et al., 2008). Comunicação pode ser definida como a troca de informação, obtenção de resposta, ideias e sentimentos. Esta providencia conhecimento, institui relações interpessoais, estabelecendo padrões comportamentais para a manutenção de atenção numa tarefa. A comunicação efetiva é uma capacidade que pode ser aprendida, desenvolvida e melhorada. Quando envolve feedback, ajuda a evitar desentendimentos no processo, provando-se mais eficaz que uma comunicação unidirecional, sendo a comunicação não verbal tao importante quanto a falada.

A competência de comunicação integra muitas outras competências como a tomada de decisão, consciência de situação, trabalho em equipa, liderança, gestão de stress.

A coordenação em equipa assume um cariz crítico principalmente em ambiente perioperatório, onde o grupo de elementos tem que, em conjunto, desempenhar funções rapidamente e muitas vezes em equipas fixas. A equipa é mais do que a soma das suas partes, na medida em que cada elemento contribui com uma vasta experiência e habilidades para o conjunto de tarefas a desempenhar. O trabalho em equipa permite aumentar a segurança através da redundância na deteção e resolução de erros; aumentar a eficiência pelo uso organizado dos recursos existentes (Rhona Flin et al., 2008, p.120).

Equipas eficientes são organizadas e suportam-se dentro da organização, respeitando-se mutuamente a fim de serem capazes de se adaptar a mudanças. Problemas no trabalho em equipa levam muitas vezes a acidentes, seja pela confusão nos papéis de cada elemento, fraca coordenação, falência na resolução de conflito e problemas na comunicação (Rhona Flin et al., 2008, p.121)²⁵.

Segundo a SPLINTS (Mitchell et al., 2012), a competência não técnica de comunicação e trabalho de equipa subdivide-se nos elementos:

²⁵ “Team working problems have been reported in high-profile accidents and include: roles not clearly defined; lack of explicit coordination; failures to resolve conflict; and miscommunication/communication problems.”

- **Agir assertivamente** (Acting assertively), através do uso apropriado de confiança para procurar clarificação e assumir uma posição, adaptando a comunicação de forma a facilitar o trabalho em equipa²⁶;
- **Troca de informação** (Exchanging information), quer na receção quer emissão de informação, de forma a assegurar um entendimento comum dentro da equipa²⁷;
- **Coordenação com os outros** (Co-ordinating with others), através da troca de pensamentos e ideias que permitam uma colaboração em comum com vista à fluidez do procedimento cirúrgico²⁸.

1.3.1.3 Organização de tarefas (*Task management*)

Existe literatura extensa relativamente a esta temática, quer do ponto de vista económico, filosófico ou militar. Não sendo o propósito deste relatório a descrição extensiva de todas as vertentes deste conceito, baseamo-nos na definição utilizada pelos autores de referência em competências não técnicas aplicadas aos enfermeiros instrumentistas.

A organização de tarefas pode ser definida como o processo para um julgamento ou escolha de uma opção, procurando corresponder às necessidades de uma determinada situação²⁹ (Rhona Flin et al., 2008). As condições variam em relação com o tempo de pressão, as demandas da tarefa, as opções disponíveis, o nível de liberdade de escolha e recursos disponíveis. A tomada

²⁶ Using appropriate level of confidence to seek clarification/ make a point and adapting own manner of communicating to best facilitate effective teamwork.

²⁷ Seeks and gives enough detailed information to ensure a shared understanding among team members

²⁸ Interacting and working with other team members by sharing thoughts/ideas and performing physical tasks in a collaborative manner that facilitates the smooth flow of the surgical procedure.

²⁹ “decision-making can be defined as the process of reaching a judgement or choosing an option, sometimes called a course of action, to meet the need of a given situation.”

de decisão, estreitamente ligada à organização de tarefas, assume-se como uma competência crítica em ambientes de alto-risco.

A gestão de stress agudo ou repentino, durante curta duração, interrompe o comportamento orientado por objetivos, requerendo uma resposta próxima³⁰ (Rhona Flin et al., 2008, p.184). A fadiga, aliada ao stress, está implicada em muitos acidentes e é reconhecida como um efeito deteorador da segurança e performance (Rhona Flin et al., 2008, p.209).

Segundo a SPLINTS (Mitchell et al., 2012), a competência não técnica de organização de tarefas subdivide-se nos elementos:

- **Preparação e planeamento** (Planning and preparing), através da organização dos requisitos em função do tempo, de forma a que as tarefas possa ser completadas com o mínimo de interrupções³¹;
- **Promoção das boas práticas** (Providing and maintaining standards, assegurando a segurança do cliente e da equipa multidisciplinar³²;
- **Gerir o stress** (coping with pressure), em situações de aumento de pressão, compreendendo as exigências para outros elementos da equipa³³

³⁰ Acute stress is sudden, novel, intense and of relatively short duration, disrupts goal-oriented behavior and requires a proximate response.

³¹ Organising requirements and timing them so that tasks can be completed with the minimum disruption to the smooth flow of the procedure/ list.

³² Ensuring patient and staff safety, adhering to codes of good practice and guidelines

³³ Dealing with stressful situations whilst maintaining a calm demeanour and understanding the demands and pressures for other team members.

CAPÍTULO II

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Para gerar conhecimento e estudar os fenómenos é necessária a aplicação de métodos sistemáticos e científicos (Tomey & Alligood, 2004, p. 9). A elaboração de qualquer trabalho de investigação necessita de uma metodologia, algo que guie o investigador no seu percurso. A investigação científica é um dos critérios indispensáveis na fundamentação e orientação da prestação de cuidados em enfermagem, que pelo seu carácter sistemático e rigoroso oferece a credibilidade necessária para o progresso da enfermagem.

Sumário

1. A Metodologia de Projeto
2. Estudo em contexto de estágio

2.1 Metodologia de projeto

A metodologia de projeto é definida como um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real. Esta metodologia tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas, possibilitando a aquisição de competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (Nunes et al., 2010, p. 3).

Assim, como uma ponte entre a teoria e prática, a metodologia de projeto constitui-se como um suporte para o conhecimento teórico a aplicar na prática. Segundo (Nunes et al., 2010, p. 2) a metodologia de projeto é constituída por cinco etapas:

1. **Diagnóstico de situação**, onde se identifica o problema num contexto, apresentando sinteticamente a sua importância;
2. **Definição dos objetivos**, gerais e específicos;
3. **Planeamento**, relativo a atividades, estratégias e meios a desenvolver;
4. **Execução**, das atividades planeadas;
5. **Avaliação**, com a divulgação dos resultados através da redação do relatório de estágio e elaboração do artigo científico.

A estruturação deste projeto contou com a orientação científica do professor coordenador e a tutoria da enfermeira de referência do local de estágio. Ambos exerceram um papel determinante para a realização deste trabalho, auxiliando, guiando e motivando para a conclusão de um projeto que possa trazer ganhos para a Enfermagem Perioperatória.

Seguidamente, procedemos ao desenvolvimento de cada uma das etapas da metodologia de projeto, cumprindo ao mesmo tempo o propósito de divulgação do processo e resultados

2.1.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação (Apêndice II) constitui a primeira etapa da metodologia de projeto. Nesta fase procura-se contextualizar a área de atuação, identificando o problema em questão. Visa “a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Nunes et al., 2010, p. 10).

A situação-problema que deu movimento a este projeto, nasceu de uma percepção do estudante durante a observação da enfermeira tutora em funções de instrumentação. Verificou-se que, por razões que até a própria enfermeira desconhecia, esta conseguia prever necessidades de instrumentos com minutos de antecedência, sem que existissem aparentes razões para tal necessidade. Esta capacidade de antevisão refletia-se não só nos pedidos de instrumentos, mas também na comunicação dentro da equipa cirúrgica, assumindo uma postura de liderança e alertando para o risco de ocorrência de eventos adversos.

Foi feita, na altura, uma breve pesquisa pelas normas de serviço e bibliografia recomendada, bem como entrevistas informais a colegas, com o objetivo de obter respostas para este tipo de comportamentos. Verificou-se que não só que a formação específica e documentação acerca da formação de novos profissionais a integrar funções de instrumentação é inexistente, como as únicas respostas destas entrevistas informais se prendiam com expressões como “vai-se aprendendo” ou “vai-se descobrindo/desenvolvendo durante a carreira”.

Realizou-se uma breve pesquisa científica consultando a biblioteca do IPS/ESS, bem como as bases de dados EBSCO e Pubmed. Utilizaram-se como palavras-chave de pesquisa: “scrub nurse, instrumentist, perioperative, safety, communication, competence, efficiency, competency”.

O resultado desta breve pesquisa foi o contacto com o tema das competências não técnicas do enfermeiro instrumentista. Sucintamente, as competências não técnicas são competências de ordem cognitiva, social e pessoal que complementam as competências técnicas. Ambas são interdependentes e associam-se durante o desempenho de funções do enfermeiro

instrumentista (Margarida & Esteves, 2012; Mitchell, Flin, Yule, Mitchell, Coutts, Youngson, et al., 2012; Riem, Boet, Bould, Tavares, & Naik, 2012). Estas competências incluem:

- Capacidade de perceção do ambiente que rodeia (situation awareness) – recolhendo e analisando informação por forma a projetar e antecipar;
- Escutar ativamente - tom de voz do cirurgião, olhares, sons dos equipamentos, conversas entre outros elementos da equipa;
- Antecipação – capacidade de prever futuras necessidades em tempo útil por forma a que a cirurgia progrida sem interrupções;
- Tomada de decisão – na consideração de opções de meios de comunicação, na implementação e revisão das decisões tomadas;
- Comunicação clara – quer na transmissão de informação verbal e não verbalmente para o estabelecimento de uma base de entendimento na equipa, mas também na sua coordenação.

Identificaram-se também um conjunto de problemas parcelares, nomeadamente:

- As competências não técnicas não estão formalmente identificadas para o enfermeiro instrumentista;
- Existem esforços na tentativa de identificar, categorizar e avaliar estas competências, mas que nunca foram testados em ambientes reais;
- Em Portugal, não existem estudos publicados referentes à identificação do corpo de competências não técnicas do enfermeiro instrumentista.

Seguiu-se posterior diálogo e discussão com a enfermeira orientadora e professor coordenador, considerando-se pertinente o aprofundamento deste tema relacionado com as competências não técnicas do enfermeiro instrumentista.

Desta forma, definiram-se como prioridades de intervenção do projeto face aos problemas parcelares identificados:

1. Realizar revisão científica da literatura acerca das Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista;
2. Pedir autorização formal à administração da instituição, diretores de serviço, enfermeiros coordenadores e potenciais entrevistados, para colheita de dados;
3. Entrevistar enfermeiros dos blocos operatórios peritos em instrumentação;
4. Analisar os conteúdos das entrevistas e confrontar com a revisão científica da literatura;
5. Divulgar os resultados através do relatório de estágio e artigo científico.

Como método de análise de situação, recorreu-se ao instrumento de avaliação e análise *SWOT* - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Apêndice IV), com o objetivo de se identificarem os pontos fortes e fracos do projeto, assim como as oportunidades e ameaças, definindo-se estratégias de resolução para os problemas previstos. Com este exercício foi possível perceber o potencial formativo deste projeto, delineando-se os objetivos que se apresentam seguidamente.

2.1.2 Definição de objetivos

Os objetivos representam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis, desde o mais geral a mais específicos (Nunes et al., 2010, p. 18). Estes devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Um objetivo geral deve ser detalhado e traduzido nos seus diversos componentes, concreta e especificamente, para garantia da objetividade dos resultados esperados (competências e conhecimentos a adquirir), constituindo comportamentos observáveis (Nunes et al., 2010; Tavares, 1990).

Assim sendo, e com base nos elementos já apresentados, definiu-se como **objetivo geral** deste projeto:

- Conhecer as competências não técnicas do enfermeiro instrumentista.

No sentido de concretização do objetivo geral, definiram-se também como **objetivos específicos**:

- Realizar revisão científica da literatura do tema;
- Realizar revisão metodológica para colheita e tratamento de dados;
- Construir instrumento de colheita de dados;
- Entrevistar enfermeiros dos blocos operatórios peritos em instrumentação;
- Analisar os conteúdos das entrevistas;
- Confrontar o trabalho de campo com a revisão científica da literatura;
- Divulgar os resultados.

Para a concretização dos objetivos estabelecidos foram planeadas um conjunto de atividades constantes no mapa de planeamento do projeto (Apêndice III). Seguidamente, descrevem-se detalhadamente as atividades realizadas.

2.1.3 Planeamento

O planeamento consiste na terceira fase da metodologia de projeto que se traduz num plano detalhado, em concordância com os objetivos definidos, acerca da escolha de atividades, recursos necessários, riscos, qualidade, calendarização e diversas vertentes da gestão (Nunes et al, 2010). Aqui é explicitado os recursos humanos passíveis de articular intervenções, mencionar as atividades a desenvolver de acordo com os objetivos definidos, calendarizar as atividades, prever custos e ainda prever possíveis constrangimentos, bem como enunciar estratégias para os ultrapassar (Ruivo et al, 2010).

A elaboração deste planeamento foi concretizada tendo por base bibliografia consultada através da revisão da literatura.

A realização do estágio no local de exercício profissional revelou-se benéfico, constituindo um momento de excelência para a reflexão sobre a prática clínica. O conhecimento prévio da dinâmica, dos profissionais e da organização do serviço permitiu questionar as práticas

instituídas e aceites, através da observação *in loco* e da constante reflexão acerca dos cuidados prestados. Através da aplicação de uma análise SWOT cuidada e ponderada ao serviço em questão, emergiu a estruturação de objetivos que visam melhorar a qualidade no âmbito dos cuidados de saúde prestados em ambiente perioperatório.

Através do planeamento, teve início a definição e reflexão de atividades e estratégias necessárias para alcançar o objetivo final. O projeto até então ambíguo toma contornos reais, que determinará a formação e desenvolvimento pessoal do aluno. Para auxílio foi elaborado um instrumento para materialização do planeamento do projeto, criado através da matriz indicada pela Escola Superior de Saúde de Setúbal (Apêndice III). Neste é possível consultar de uma forma simples, funcional e esclarecedora todas atividades estabelecidas, estratégias, meios / recursos, tempo previsto, gastos financeiros e constrangimentos previstos. Este documento revelou-se deveras facilitador, funcionando como um guião para a fase seguinte, onde é possível compreender o caminho traçado para a concretização do projeto.

A gestão de tempo é fundamental para o desenvolvimento do projeto, contido no espaço temporal predefinido (Fortin, 2003), pelo que é imperativo estipular prazos e metas. Desta forma foi elaborado um gráfico de Gantt, para planear as várias fases do projeto com o estabelecimento de uma sequência de atividades para o cumprimento dos objetivos estabelecidos (Ruivo et al, 2010) (Apêndice V).

2.1.4 Execução

Nesta etapa da metodologia de projeto procede-se à materialização do que foi planeado. Apresenta-se a metodologia adotada para os processos de colheita e tratamento de dados com vista à resolução do problema inicialmente identificado, desenvolvendo-se assim um conjunto de competências nos diversos momentos de aprendizagem (Nunes et al., 2010).

2.1.4.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo está intimamente relacionado com o tipo de conhecimento que se pretende produzir ou obter. Considerando a etiologia das respostas que se pretende obter através da realização do presente estudo, o método de investigação qualitativa, também denominado de método intensivo ou de casos, revela-se o mais adequado. Segundo Carmo e Ferreira “ quando os investigadores estudam os sujeitos de uma forma qualitativa tentam conhecê-los como pessoas e experimentar o que eles experimentam na sua vida diária, (...) procuram compreender as perspetivas daqueles que estão a estudar (...)”(1998, p.180).

O proposto a estudar nesta investigação prende-se com a compreensão dos enfermeiros entrevistados acerca das competências não técnicas do enfermeiro instrumentista.

Não será utilizado o método qualitativo puro, em toda a sua intensidade, recorrendo-se a uma vertente menos intensiva, nomeadamente, pela estratégia de investigação comparativo-tipológica de António Firmino da Costa. Esta, caracteriza-se por recorrer a “(...) um número bastante mais pequeno, ainda assim significativo, de unidades de análise, utilizando instrumentos de pesquisa mais flexíveis e procedimentos de recolha de informação de média-intensidade. (...) A finalidade principal é conseguir captar a diversidade constitutiva de um determinado fenómeno social, à partida apenas conhecido de maneira vaga e indiferenciada” (Costa, 1999, p.10). Devido ao tempo disponível, bem como à reduzida experiência por parte do investigador e aos objetivos deste projeto, torna-se inviável recorrer ao método qualitativo puro, sendo a estratégia comparativo-tipológica a mais adequada para o estudo pretendido.

Trata-se, também, de um estudo do tipo exploratório-descritivo, uma vez que procura explorar conceitos e descrever experiências, do ponto de vista das pessoas (Fortin, 2000).

O carácter exploratório deve-se à existência de poucas pesquisas e trabalhos divulgados no âmbito das competências não técnicas do enfermeiro instrumentista. Para Gil, este tipo de estudo é “realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis” (1994, p.45).

Consiste, também, num estudo descritivo simples, por “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Fortin, 2000, p.163). Procura “(...) estudar,

compreender e explicar a situação atual do objeto de investigação” (Carmo e Ferreira, 1998, p.213); sendo um tipo de pesquisa onde se procede ao levantamento de “opiniões, atitudes e crenças de uma população” (Gil, 1994, p.45).

2.1.4.2 Participantes do estudo

Para a realização de um estudo, é necessário definir e esclarecer, consoante os objetivos do mesmo, os sujeitos que se pretendem estudar, formando estes o grupo de participantes da investigação em causa.

Participantes podem ser definidos como um “conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outros conjuntos de elementos” (Carmo e Ferreira, 1998, p.191). Assim sendo, os participantes deste estudo são enfermeiros perioperatórios com experiência em instrumentação superior a 10 anos. O critério de experiência prende-se com a classificação de enfermeiros considerados como peritos na sua área de atuação (Benner, 2001), constituindo-se como potenciais sujeitos empíricos de referência em estudos desta tipologia.

O tipo de amostra realizada foi não probabilística e intencional, uma vez que o investigador está apenas interessado “(...) na opinião (ação, intenção etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos da mesma” (Marconi e Lakatos, 1990, p.47). Para a Fortin “(...) é preferível questionar-se em que medida [os sujeitos empíricos] são suscetíveis de fornecer dados válidos e completos do que perguntar-se se «são representativas da população» (...) Uma amostra de grande tamanho é de evitar em investigação qualitativa, porque gera um enorme amontoado de dados, difícil de analisar.”(2000, p.156). Recomenda-se antes recorrer aos “ «casos negativos», isto é, às pessoas que podem fornecer um ponto de vista diferente daquele que predomina entre as pessoas que já deram a sua contribuição. (...) O recurso aos casos negativos inscreve-se na técnica de amostragem teórica descrita por Glaser e Strauss (1978) e permite assegurar a descrição (após a análise) mais rica e mais completa possível” (Fortin, 2000, p.157).

Com o estudo pretende-se a diversidade de respostas e não a quantidade, interessando a variedade de opiniões em detrimento da sua repetição. Procuram-se múltiplas realidades e um número de enfermeiros, de sujeitos empíricos, que enriqueçam a investigação com a sua subjetividade. Desta forma, não se ambiciona que o conhecimento gerado seja representativo de todo o universo populacional. Pretende-se contribuir com uma visão de um determinado fenómeno específico, que são as competências não técnicas do enfermeiro instrumentista.

Assim, a amostra dos participantes no estudo obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros perioperatórios com pelo menos 10 anos de experiência em funções de instrumentação;
- Que aceitem participar voluntariamente no estudo, após ter sido esclarecida a natureza e objetivos do mesmo;
- Que consintam na gravação áudio das entrevistas.

Quanto à seleção do número de participantes no estudo, este seria determinado pelo atingir da saturação de informação, ou seja, quando já não emergem novos temas e os dados se repetem. Para Savoie-Zajc, citando Glaser e Strauss (2003, p.290), o critério muitas vezes utilizado é o da “saturação teórica, isto é, em que o juntar de novos dados já não serve para melhorar a compreensão que se tem de um fenómeno”. O mesmo autor refere ainda que existe, conseqüentemente, uma “incompatibilidade entre a identificação *a priori* de um número de respondentes e o respeito pelo critério de saturação [pelo que] o investigador pode dotar-se de uma regra intermédia entre as duas posições: um número de partida e a saturação teórica. Um número inicial de respondentes é estabelecido previamente, o qual é modificado (aumento, redução) no decurso da investigação, segundo o grau de saturação atingido” (2003, p.291). Devido a constrangimentos de ordem temporal, foi determinado o número mínimo de participantes (5), cujas informações fossem o mais variadas e ricas possíveis, estando este número suscetível a alterações, dependendo da riqueza e diferença do conteúdo das entrevistas.

2.1.4.3 Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados encontra-se intimamente relacionado com a metodologia eleita para o estudo. De forma a servir os propósitos deste trabalho, o instrumento de colheita de dados selecionado foi a entrevista. Esta técnica possui inúmeras características que se constituem ideais para melhor conhecer as competências não técnicas dos enfermeiros instrumentistas, sendo “frequentemente utilizada nos estudos exploratório-descritivos” (Fortin, 2000, p.245).

Bingham e Moore, citados por Ghiglione e Matalon definem entrevista como “uma conversa com um objetivo.” (2005, p.64). Para Fortin, a entrevista “é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (2000, p.245). Esta técnica permite, segundo Selltiz citado por Marconi e Lakatos (1990), a averiguação de factos; determinação das opiniões sobre os factos; determinação de sentimentos; determinação de planos de ação; conduta atual ou do passado; motivos conscientes para opiniões, sentimentos, sistemas ou condutas. Kvale, citado por Savoie-Zajc, acrescenta ainda que a entrevista permite “(...) captar as perspetivas individuais a propósito de um dado fenómeno e assim enriquecer a compreensão deste objeto de estudo” (2003, p.285).

Porém, definir simplesmente entrevista como instrumento de colheita de dados, revela-se vago e insuficiente, uma vez que existem diferentes tipos de entrevista, cada uma com especificidades próprias.

Para o propósito desta investigação utilizaram-se as entrevistas semidirectivas. “Na entrevista semidirectiva existe um esquema de entrevista. (...) Porém, a ordem pela qual os temas podem ser abordados é livre.” (Ghiglione e Matalon, 2005, p.84). “O entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reações por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas a seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista.” (Ghiglione e Matalon, 2005, p.64). Segundo Savoie-Zajc, citando Daunais e Pautzé, o investigador ao privilegiar a entrevista semidirectiva, escolhe entrar em contacto direto e pessoal para obter dados de investigação (2003, p.284).

Esta variante da entrevista é, portanto, mais flexível, adaptando-se às particularidades de cada entrevistado, permitindo tanto questões abertas, quanto outras mais estruturadas, ao mesmo tempo que o entrevistador é livre de alterar a sequência das questões. Além de permitir uma liberdade de expressão ao participante, esta também permite orientar o investigador no decurso da sessão da entrevista.

Assim, por forma a identificar e conhecer as competências não técnicas do enfermeiro instrumentista, foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice VI) com base na literatura previamente consultada, de modo a orientar os temas que posteriormente seriam abordados. Este contém “as grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões” (Fortin, 2000, p.247).

Durante as entrevistas, foram formuladas questões de resposta aberta, combinadas com subquestões e questões fechadas, de modo a deixar o entrevistado “livre para responder como entender, sem que tenha de escolher respostas predeterminadas” (Fortin, 2000, p.247). Recorrendo à entrevista semidirectiva como instrumento de colheita de dados é possível promover uma liberdade de expressão por parte dos participantes, sem que esta comprometa as temáticas a abordar, encontrando-se o investigador orientado pelo guião previamente elaborado.

2.1.4.4 Procedimentos Relativos ao Processo de Colheita de Dados

Previamente à efetiva recolha de dados, foi realizada uma conversa informal com os Enfermeiros Coordenadores dos serviços de Bloco Operatório, com vista à escolha do local mais adequado para realização das entrevistas. Optou-se pelo próprio serviço, numa sala que se encontraria desocupada no momento da entrevista, não só pelo seu fácil e rápido acesso, como também por se constituírem em locais calmos e familiares para entrevistar. Os gabinetes dispõem de uma excelente luminosidade, uma mesa e cadeiras confortáveis, dispostas em torno desta. Foi realizado um teste rápido de acústica com o gravador a utilizar, determinando-se que a melhor qualidade sonora seria obtida em cima da mesa, entre o entrevistado e o entrevistador.

Para a recolha de dados, foi solicitada a colaboração dos enfermeiros dos serviços em questão através de uma ação de formação (Apêndice VIII) a potenciais colegas que se enquadrassem nos critérios de seleção. A disponibilidade da equipa não foi facilitadora neste processo, uma vez que cada enfermeiro alegou falta de disponibilidade para o processo. Os turnos da manhã e tarde foram os únicos onde foi possível realizar entrevistas.

Uma vez identificados os enfermeiros a entrevistar (8), agendaram-se entrevistas consoante a disponibilidade dos potenciais sujeitos empíricos, tendo-se efetuado um total de 6 entrevistas (2 desistências).

O processo de entrevista começou sempre com a apresentação do investigador, justificando os seus propósitos, deixando sempre esclarecida a liberdade de participação no estudo e total confidencialidade dos dados.

A duração das entrevistas oscilou entre os oito e os trinta e cinco minutos, sendo a duração média de doze minutos. Todas as entrevistas decorreram nos períodos do turno da manhã e tarde.

A realização das entrevistas decorreu segundo um contexto o mais informal possível, com a finalidade de diminuir ao máximo o constrangimento e artificialidade do ambiente. Foi notório, em todos os entrevistados, algum retraimento inicial, sendo que a conversa inicial era dominada essencialmente pelo entrevistador. Com o desenrolar da entrevista, o domínio temporal passou para o lado dos enfermeiros entrevistados, notando-se uma maior disponibilidade e espontaneidade da parte destes para responder às questões. Na maioria dos casos, as intervenções do investigador surgiram como guias das temáticas a abordar, sendo deixado a seu critério a ordem e a forma com os diversos conteúdos eram falados. Todas as entrevistas terminaram com um sentimento de satisfação de ambos os lados. A maioria das enfermeiras mostrou-se disponível para posteriores entrevistas, mesmo fora do contexto da instituição, pelo que se presume que a realização destas entrevistas constituiu-se também num momento importante e com sentido para os entrevistados

2.1.4.5 Limitações do Estudo

Qualquer trabalho de investigação a realizar, quando analisado de forma consciente e imparcial, contém, à partida, algumas limitações. Pode-se acrescentar ainda que num relatório de mestrado existe a probabilidade da ocorrência de falhas na sua elaboração, pois o tempo é exíguo e é necessário adotar caminhos, fazer opções, sempre no sentido de solucionar as inquietações iniciais que conduziram à realização da mesma.

Uma das limitações deste trabalho de investigação prende-se com o tempo disponível para a realização. Num período dividido entre a azáfama das aulas, o extenuante ritmo dos ensinamentos clínicos, a vida profissional e pessoal, é necessária uma gestão eficiente do tempo, revelando-se este, muitas vezes, insuficiente para uma profunda e eficiente realização do trabalho escrito.

A inexperiência na área da investigação constitui também uma limitação a considerar. Além desta aumentar o tempo necessário à realização do relatório, ainda pode condicionar a objetividade do estudo. A inexistência de experiência na área da investigação pode condicionar tanto a recolha de dados, na medida em que a postura, as conceções e preparação do investigador condicionam o natural decurso da entrevista, como a análise dos conteúdos recolhidos, na medida em que qualquer conteúdo pode ser suscetível de interpretações diversas. Como forma de minimizar as limitações induzidas pela inexperiência neste estudo, foi solicitada a colaboração do professor coordenador e orientador do projeto, com experiência como investigador e na realização de entrevistas, conferindo um apoio crucial e único no decurso de todo o processo de concretização do relatório.

Dada a natureza da pesquisa não houve preocupação com a representatividade da amostra das instituições sujeitas a estudo e, logo, com a eventual necessidade de generalização dos resultados. Antes, privilegiou-se a consistência, a coerência e a validade interna dos dados recolhidos, para que se pudesse proceder a uma análise objetiva dos resultados e das inferências por eles sugeridas face aos indicadores disponíveis na literatura e nas instituições visitadas.

Por isso, e em nome do rigor científico com que pretendemos rodear o presente estudo, foi nossa intenção efetuar a pesquisa conforme as regras e normas científicas recomendadas pela

literatura (Estrela, 1986; Quivy e Campenhoudt, 1992; Almeida e Freire, 2000; Fortin, 2000; Tuckman, 2000), adotando-se a escolha de técnicas de recolha de dados apropriadas, de forma a permitir a emissão de opiniões fundamentadas na integração e interiorização dos conhecimentos adquiridos durante este processo de investigação

2.1.5 Considerações de natureza ética

All researches need to expect the unexpected and prepare for the ethical challenges that may arise in the quest for new knowledge.

(...) Respecting consent involves supporting the participant in its control.

(...) Researches have a responsibility to minimize threats to participants' privacy

(Austin, 2013, pp. 359, 364)

A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento relativo ao cuidado humano, materializa-se no exercício profissional, essencialmente na prestação de cuidados às pessoas, famílias, grupos e comunidade, tal como referido no nº2 do artigo 4º do REPE (OE, 2012). São cuidados dirigidos às pessoas, sedimentados no conhecimento disciplinar de enfermagem. Considerando o alvo das práticas centrar-se no ser humano, os conceitos e considerações éticas são indissociáveis na sua prática, que no quotidiano dos cuidados de enfermagem diretos, quer na área de investigação. De acordo com a OE, no decurso do exercício profissional, os enfermeiros “deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (2012, p. 17)³⁴.

Remetendo para a investigação em Enfermagem, a ética abrange e contempla todas as etapas do processo de investigação, em que deve ser constante a preocupação em manter os procedimentos éticos com respeito pelos participantes (Nunes, 2013).

Segundo Nunes (2013) existem seis princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana que devem ser respeitados: beneficência, avaliação da maleficiência, fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade. Austin vem reforçar este último princípio ético, referindo que “(...) quando se garante a confidencialidade (...) alguns participantes podem partilhar mais do que

³⁴ Capítulo IV (Exercício e Intervenção dos Enfermeiros) – Artigo 8º – Exercício profissional dos enfermeiros

seria a sua intenção” (2013, p.361)³⁵. Ao longo de todo este percurso de aprendizagem e processo de investigação foram considerados os princípios éticos reguladores da investigação e procurámos a objetividade, a honestidade e o rigor científico.

Durante o estágio as intervenções de enfermagem, quer na prestação de cuidados direta quer na realização das entrevistas, foram realizadas “(...)com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (OE, 2012, p.74)³⁶, respeitando “(...) a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual (...)” (OE, 2012, p. 77)³⁷ da pessoa e família/pessoa significativa e mantendo “(...) o anonimato da pessoa sempre que o seu caso foi usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade de cuidados” (OE, 2012, p. 78)³⁸. Enaltece-se que a recolha de dados, recorrendo à entrevista e em contexto de prestação de cuidados, a sua colaboração foi voluntária e com garantia de confidencialidade das respostas. Foi elaborado e entregue aos participantes o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice VII), no qual foram abordadas as informações referentes à finalidade do estudo, comprometimento do entrevistador, garantia do sigilo das informações adquiridas e da vinculação não definitiva do termo, ou seja, poderiam desistir da participação a qualquer momento, sendo as informações recolhidas descartadas (caso fosse a opção do participante). No conteúdo das entrevistas gravado o nome do participante não é mencionado, sendo substituído por um número aleatório, que permanecerá a identificar a informação recolhida.

Respeitando as normas da instituição de saúde, para a realização das entrevistas foi ainda enviado uma solicitação de autorização de projeto de intervenção de estágio ao Comité de Ética Hospitalar e um pedido de autorização à Direção de Enfermagem (por razões de confidencialidade da instituição não se encontram em apêndice).

³⁵ (...) Given its confidential nature and the personal details shared within it – may prompt some participants to share far more than they had intended. It may lead some to believe a friendship is forming; others may confuse the researcher-participant relationship with a therapeutic one

³⁶ Secção II (Código Deontológico do Enfermeiro) – Artigo 78º-Princípios Gerais – Ponto 1

³⁷ Secção II (Código Deontológico do Enfermeiro) – Artigo 82.o – Dos direitos à vida e à qualidade de vida

³⁸ Secção II (Código Deontológico do Enfermeiro) – Artigo 85.o – Do dever de sigilo

Desta forma, em todo este processo, na relação profissional foram respeitados os valores universais (igualdade; liberdade responsável; verdade e justiça; altruísmo e solidariedade; competência e aperfeiçoamento profissional) e todas as intervenções implementadas foram norteadas pela responsabilidade, respeito pelos direitos humanos e excelência do exercício profissional.

2.1.6 Análise de resultados e discussão

Os dados obtidos durante a realização da entrevista semidirectiva, carecem de uma análise padronizada, que garante a fidedignidade dos resultados obtidos. Desta forma é garantido que cada referencia feita pelo participante é devidamente considerada e valorizada, de uma forma ordenada e sequenciada e nunca aleatória.

A técnica escolhida para a análise dos dados foi a análise de conteúdo. Jorge Vala, citando Berelson, definiu análise de conteúdo como uma técnica de investigação que permite “a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (1999, p.103). Vala, acrescenta ainda que a análise de conteúdo consiste na “desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise” (1999, p.104). Para Quivy e Campenhoudt a análise de conteúdo possibilita “tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, como, por exemplo, os relatórios de entrevistas pouco directivas” (1998, p.227).

Neste estudo, optou-se pela variante qualitativa da análise de conteúdo, privilegiando-se assim informações que impliquem novidade, interesse e o valor de um tema (Carmo e Ferreira, 1998). O objetivo será, então, analisar a forma como os “elementos do «discurso» estão articulados uns com os outros” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.227).

A informação recolhida junto dos entrevistados, com auxílio do gravador áudio, foi posteriormente convertida no computador em formato *.mp4*, de modo a reduzir substancialmente o tamanho do ficheiro e assim facilitar a transcrição manual das entrevistas.

O processo de transcrição do conteúdo áudio em registo escrito foi moroso e cansativo. Para ouvir e transcrever na integra o conteúdo das entrevistas, foram utilizados o *Windows Media Player*[®] e *Office Word 2010*[®]. Este momento possibilitou-nos um contacto extenso com o material recolhido, uma vez que a transcrição exigiu inúmeras leituras do mesmo material. Assim se

constituiu a “fase de pré-análise” (Bardin, 1995, p.95), na medida em que o investigador tomou um contacto extenso e profundo com a informação produzida.

O *corpus* de análise, definido por Bardin como o “(...) conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (1995, p.96), é constituído pela transcrição das 6 entrevistas, pois como refere Vala “se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então, geralmente, o *corpus* da análise é constituído por todo esse material” (1999, p.109). A fase de codificação consiste, segundo Holsti, citado por Bardin, no “processo pelo qual os dados brutos são transformados (...) e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (1995, p.103).

Seguidamente, procedeu-se à fase de categorização que, segundo Bardin (1995, p.117) consiste na:

“(...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.”

A categorização é um processo do tipo estruturalista, que tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos. Foi construída uma matriz de análise onde constam as diversas categorias e respetivas sub-categorias e unidades de registo (Apêndice IX). As categorias foram definidas *à posteriori*, uma vez que emergiram do cruzamento entre o *corpus* de análise, o enquadramento teórico e os objetivos da investigação.

Por fim, na fase interpretativa, procedeu-se a uma análise dos dados categorizados, tendo em conta o quadro teórico e os objetivos do estudo, de modo a “(...)possibilitar a compreensão do fenómeno que constitui objeto de estudo (...)” (Carmo e Ferreira, 1998, p.259)

A análise de conteúdo permitiu a categorização dos dados obtidos pelas entrevistas, construindo-se o seguinte quadro de análise representado abaixo.

Quadro 1 – Categorização da análise das entrevistas

Categoria	Sub-categoria	Elementos
1. Competência do enfermeiro instrumentista	1.1 Aquisição e desenvolvimento de competências	-
2. Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista	2.1 Consciência de situação	2.1.1 Recolha de informação
		2.1.2 Reconhecimento e entendimento da informação
		2.1.3 Antecipação
	2.2 Comunicação e trabalho de equipa	2.2.1 Agir assertivamente
		2.2.2 Troca de informação
		2.2.3 Coordenação com os outros
	2.3 Organização de tarefas	2.3.1 Preparação e planeamento
		2.3.2 Promoção de boas práticas
		2.3.3 Gerir o stress

Tendo por base os conteúdos apresentados no Quadro 1, bem como os resultados obtidos através da construção da matriz de análise das entrevistas (Apêndice IX), seguir-se-á uma análise e discussão sequencial de cada categoria apresentada à luz do enquadramento teórico.

1. Competência do enfermeiro instrumentista

Decorrente dos diferentes significados conferidos à noção de competência pela literatura, procurou-se junto dos participantes conhecer as suas perceções acerca do conceito.

Os entrevistados enumeraram um conjunto de atributos, desde características pessoais, às capacidades e habilidades. Tal como Alarcão & Rua (2005, p.375) defendem, competência é “um conjunto de conhecimentos, destrezas e atitudes necessários para exercer uma determinada tarefa, e para resolver problemas de forma autónoma e criativa”.

“Capacidade da pessoa em resolver adequadamente as situações” E1

“Para ser competente tens que dominar os instrumentos e saber utilizar as coisas” E2

“Ser Capaz de resolver problemas inesperados” E3

Para os entrevistados, conceito de competência associa-se também ao perfil do profissional para determinada função ou cargo. Neste perfil contam não só o número de anos de experiência, mas também a capacidade de prestar cuidados noutras funções perioperatórias, nomeadamente a circulação.

“Tens que ter experiência e ser um perito já com alguns anos de experiência” E1

“Não te podes considerar competente se os conhecimentos que tens são os mesmos de há 3 anos” E2

“És tao competente como enfermeiro instrumentista quanto melhor circulante fores” E3

Para agir com competência, um profissional deve combinar e mobilizar tanto os recursos pessoais com os recursos do seu meio envolvente: torna-se difícil, mesmo impossível, ser competente sozinho e de forma isolada.

Ser competente é ter a capacidade de assumir iniciativas, ir além das atividades prescritas, ser capaz de compreender e dominar novas situações no trabalho e ser reconhecido por isso. É um conceito estreitamente associado à eficiência (Correia, 2012, p. 12)

“A competência baseia-se na eficácia e eficiência” E4

“É importante estar treinado e ir treinando para não se perder capacidades” E5

A competência implica não só que estas qualidades se interrelacionem, mas principalmente a forma como o indivíduo mobiliza os seus saberes para cada situação em determinado contexto. Tal como Boterf refere (2006), o profissional tem que ser capaz de agir com pertinência numa dada situação, mas que compreende, igualmente, o porquê e o como agir.

“Tenho que ter conhecimentos de anatomia” E4

“Tu tens que saber os fatores que influenciam o risco de infeção como por exemplo a troca periódica de luvas e o tempo de exposição” E5

Para (Ceitil, 2007) uma pessoa de elevada performance distingue-se pela forma como aplica as diferentes capacidades que possui consoante a situação, caracterizando-se por um saber mobilizado no contexto de trabalho.

“Eu tenho este desempenho neste ambiente [na especialidade de ortopedia], se eu for para outro bloco operatório, muda tudo, mesmo que a cirurgia seja a mesma” E6

1.1 Aquisição e desenvolvimento de competências

A aquisição de competências em Enfermagem, envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e, por fim, do reconhecimento das competências, por parte dos pares e da comunidade científica (Dias, 2006).

“Ta vendo como os outros instrumentavam e criei as minha forma de instrumentar” E1

“Eu aprendi isto com outros colegas” E2

“Foram coisas que aprendi com colegas minhas” E3

Foi notório no discurso dos entrevistados a manifestação da falta de acesso a bibliografia e formação na área da enfermagem perioperatória. A aprendizagem realiza-se principalmente com os integradores e tutores e é sentida como um percurso solitário cujo investimento depende maioritariamente de razões intrínsecas:

“Todas a competências foram adquiridas com os pares, não tive formação nesta área” E1

Foi ao circular e ao observar como a enfermeira (...) fazia que aprendi” E3

“Muita coisa que sei é graças ao meu investimento pessoal (...) gosto muito do que faço e se calhar é por isso que aprendi” E6

Compreende-se então que a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia da perfeição (Benner, 2001).

2. Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista

Quando abordada diretamente a questão das competências não técnicas, foi notório o completo desconhecimento do conceito por parte dos entrevistados. Os discursos só começam a fazer referência às definições já a meio da entrevista, quando se discutem as questões relacionadas com a importância da prevenção dos erros e da excelência dos cuidados prestados.

Curiosamente maioria das definições reportam para dimensões do foro pessoal, como o sistema valores, a educação moral, justificando a importância deste tipo de competências com a vontade de fazer o que é mais correto, em detrimento com normas ou regras institucionais.

“São competências muito próprias, eu sou assim, tudo o que sou como pessoa influencia como trabalho”

E1

“Acho que tem a ver com a formação pessoal com a minha maneira de ser” E2

“Eu acho que isto vem da nossa educação” E5

“Eu acho que tem a ver com a minha personalidade” E4

Por outro lado, também foram feitos relatos semelhantes ao que a literatura define como competências não técnicas (competências de ordem cognitiva e social):

“É ter competência relacional que é importante” E1

“É uma inteligência social e a maneira de se ver o outro é tudo (...) tem a ver com a nossa parte emocional” E3

Quando os sujeitos foram inquiridos relativamente à forma como aprendiam este tipo de competências é feita novamente referência à carência de bibliografia na área, reportando tanto para o desenvolvimento pessoal quanto com os pares:

“São competências que vais adquirido ao longo do tempo porque isto não vem nos livros” E1

“Isto não vem nos livros (...) não há nada escrito de como atuar nestas situações” E2

“(...) é uma competência que é minha e que o faço porque gosto que a minha atuação seja pertinente e eficaz” E4

No entanto, apesar da carência de publicações na área por enfermeiros, os entrevistados atribuem este tipo de competências ao corpo de conhecimentos próprio dos enfermeiros perioperatórios referindo a sua importância na excelência da instrumentação:

“É isso que nos difere das outras profissões” E3

“Estas pequenas coisas são muito importantes” E5

Diferenciam também as competências não técnicas das competências técnicas, considerando a primeiras como fundamentais para a manutenção da segurança do cliente.

“Tu és mais competente se tiveres essa capacidade (...) não serve de nada seres muito bom na técnica se depois aquilo tudo infeta!” E6

“A nossa posição como instrumentista não é so saber montar peças” E3

“Temos que saber muito mais senão vinha um técnico da firma montá-las” E3

Consideramos que estas afirmações vão de encontro com o referido por Riem et al., (2012) e Flin et al., (2010), quando as competências não técnicas funcionam como complemento das competências técnicas, conduzindo a uma redução dos erros cometidos em ambiente intraoperatório

2.1 Consciência de situação

2.1.1 Recolha de informação

“Tens que olhar para o lado, ouvir” E1

“Tenho que estar atento à cirurgia” E6

Inserida na categoria de consciência de situação (*situation awareness*) a recolha de informação é referida pelos entrevistados como uma atividade sensorial, constituindo-se num processo que permite a construção e manutenção da atenção no local de trabalho, tal como Rhona Flin et al (2008, p.17) referem.

As razões apontadas para a necessidade de recolha de informação relacionam-se não só com a capacidade de atuação e performance do enfermeiro instrumentista...

“Tenho que ver o doente como um todo para saber atuar” E1

“Tens que ir captando as coisas para poderes ser competente no teu trabalho” E5

“Eu quero saber o que estou a fazer” E6

... mas principalmente com a preocupação com a segurança e eficiência da cirurgia:

“É importante estar atento para que tudo corra linearmente” E2

“Deves sempre confirmar se tens soro para o caso de precisares de identificar alguma hemorragia” E2

“Preocupo-me em saber as perdas” E4

Por outro lado, é referido pelos entrevistados que a capacidade de recolha de informação é condicionada por fatores, nomeadamente a experiência do enfermeiro instrumentista:

“Isto vem daquilo que tu vês e que com a experiência dos anos consegues prever” E1

“As mais experientes estão mais despertas para uma atenção global das coisas” E4

“Quando as pessoas são mais inexperientes é mais difícil colheres outras informações” E4

Rhona Flin et al. exemplificam esta situação de diferença na capacidade de recolha de informação relacionada com a experiência do enfermeiro instrumentista. Quanto maior o nível de competência do profissional, melhor capacidade terá para dedicar atenção a outras tarefas além daquelas que domina e está familiarizado. Para os autores, o ideal será o profissional manter algum espaço mental livre de forma a poderem ser capazes de responder em situações de maior exigência mental³⁹ (Banbury, S. e Tremblay, S., 2004).

Segundo Stobinski (Stobinski, 2008, p. 426), um enfermeiro inexperiente em ambiente perioperatório é definido como “qualquer enfermeiro que nunca tenha prestado cuidados em ambiente de sala operatória”. Nesta definição podem-se incluir enfermeiros recém graduados ou

³⁹ the ideal mental state in risky environments is for workers to have some spare capacity in case the information load they have to cope with suddenly rises.

enfermeiros com experiência noutras áreas da saúde e que se iniciem em ambiente perioperatório⁴⁰.

Para Kak el al (citados por (Stobinski, 2008, p. 418), é essencial avaliar a competência dos profissionais de saúde de modo a assegurar uma prestação de cuidados de qualidade⁴¹.

Independentemente da experiência profissional prévia de um enfermeiro, este apresentará níveis de competência inferiores assim que se inicia numa nova subespecialidade. Para Stobinski (2008, p. 418), este facto é particularmente notório na área da enfermagem perioperatória, requerendo um período extenso de orientação e integração antes que possa prestar cuidados de forma autónoma⁴².

2.1.2 Reconhecimento e entendimento da informação

“Saber organizar e estruturar a informação” E1

A capacidade de perceber a informação que rodeia o enfermeiro instrumentista de nada serve se este não a souber interpretar. À que saber processar essa informação dentro dos conhecimentos que o profissional detém, a fim de emitir juízos antes de se tomar uma ação.

“Ao estar atento ao que cada um faz, nós conseguimos perceber se aquilo está correto ou não” E1

“Tens que saber triar a informação e adequar ao momento de comunicar” E1

⁴⁰ “A novice perioperative nurse is defined as “any nurse who has not worked in the OR environment before.” This may include a newly graduated nurse or a nurse experienced in another field who begins perioperative nursing practice.”

⁴¹ “(...) the measurement of competency is an essential part of the process that determines whether health care workers can safely provide quality care”.

⁴² “A final issue is that nurses regress to a lower level of clinical competency upon beginning work in a new subspecialty or work area. This is a particularly salient issue in perioperative nursing, which requires an extended period of subspecialty education and an orientation process before a nurse begins autonomous nursing practice”.

É neste momento de reconhecimento e entendimento da informação que ocorrem os pensamentos e se desenvolvem raciocínios automáticos com base na experiência adquirida. A maioria dos automatismos identificados pelos entrevistados traduzem-se por sons e padrões visuais do campo operatório:

“Tu tens um barulho do aspirador que é habitual, se esse barulho muda tu sabes que precisas de mudar o filtro antes que entupa” E3

“Acabas por associar automaticamente alguns barulhos a determinados problemas” E5

“Quando já fizeste muita coisa igual o mais logico é precisares outra vez desse instrumento” E4

2.1.3 Antecipação

A capacidade de antecipação é definida pelos entrevistados como uma das atividades do instrumentista:

O instrumentista tem a função de se antecipar ao cirurgião” E2

“Como instrumentista tens uma visibilidade excelente para antecipar as necessidades” E3

Esta competência não técnica é referida por Endsley (1995, p.36) como a percepção dos elementos existentes no ambiente dentro de um volume de tempo e espaço, compreendendo o seu significado e projetando o seu estado num futuro próximo.

São também referidas premissas para esta capacidade, nomeadamente o conhecimento dos passos da cirurgia, assim como o domínio da técnica de instrumentação, permitindo ao instrumentista a passagem de instrumentos mesmo quando estes são incorretamente denominados pelo cirurgião:

“Tem que conhecer a cirurgia e a cirurgiã para se poder antecipar os atos (...) só assim sabes o que ela pede quando diz passa o comi-comi ou o golfinho” E4

“No meio de 10 osteotomos sei que é aquele que é necessário por causa da continuidade da cirurgia” E6

Esta capacidade de antecipação aos pedidos verbalizados pelo cirurgião procura satisfazer uma necessidade de prontidão de resposta às exigências da cirurgia:

“Ao olhar para o doente percebo se o Autoestático precisa de ser mais fundo e passo-lhe logo para a mãe antes de ser pedido” E2

Noutras situações, a capacidade de antecipação relaciona-se com outra competência não técnica que é a organização de tarefas e planeamento:

“As vezes tens que pedir para determinado dm ser reesterilizado porque sabes qual é o teu stock e que o programa tem muita gente acima dos 40 anos de idade e que por isso vais precisar quase certamente desse material”

E3

Um enfermeiro instrumentista conhecedor do plano cirúrgico antecipa-se às necessidades não só da cirurgia corrente mas de todo o turno, resolvendo e solucionando potenciais eventos adversos ainda antes de se tornarem reais.

2.2 Comunicação e trabalho de equipa

2.2.1 Agir assertivamente

Os sujeitos empíricos identificaram também a capacidade de agir assertivamente como uma das competências inerentes à responsabilização do enfermeiro instrumentista:

“Tens que ter competências relacionais para saber lidar com os outros” E1

“Ter regras de educação e de como se aborda o outro” E2

“Tem que se saber relacionar e estar” E3

“Tenbo que ter a humildade de pedir ajuda e reconhecer que não consigo ou não sei” E4

“Quando aparece alguma coisa nova que não sei, tenbo que ter a humildade de dizer à cirurgiã que não sei e ela ensina-me” E6

Esta capacidade relaciona-se proximamente com a importância de um trabalho em equipa, na medida em que o instrumentista deverá saber estar dentro da equipa multidisciplinar, respeitando o trabalho de cada elemento. Um conceito referido por Riley & Manias (2006, p. 1548) relaciona-se com o “silêncio prudente” dentro da sala operatória, que se relaciona com as competências de consciência situacional e trabalho em equipa. O silêncio dentro de uma sala de operações procura respeitar a concentração dos diversos elementos da equipa, evitando-se comportamentos distratores que potenciam a ocorrência de erros.

“Tens que saber esperar pelo momento certo para falar tens que ter o bom senso do que dizer e quando o dizer” E2

“Quando estás atento à respiração do cirurgião, percebes quando ele fica mais tranquilo e quando poder interpela-lo (...) Ao olhar para o cirurgião, ver os olhos percebo quando é pertinente interromper” E3

Há momento em que podes brincar mas outros não podes, mas só depois da parte nobre é que comecei a brincar” E4

“Por respeito ao meu trabalho e o dos outros não falo” E4

“Não gosto de ser rendida [a meio da cirurgia] porque perde-se a continuidade e prejudica-se o trabalho do cirurgião” E6

A capacidade de agir assertivamente assume também particular importância quando o instrumentista deteta erros, mesmo quando são provocados por terceiros. O valor de proteção e salvaguarda dos interesses do cliente cirúrgico é sempre prioritário no discurso dos entrevistados:

“Reparei que havia qualquer coisa que não estava bem [ao olhar para a osteotomia do fémur] revemos os cortes por causa disso” E4

“Tens que alertar o cirurgião para uma situação porque ele está concentrado noutras coisas” E2

“Se alguém se infeta é importante dizer para garantir a assepsia” E3

2.2.2 Troca de informação

Diretamente relacionada com o conceito de comunicação, a troca de informação constitui-se numa capacidade fulcral para o trabalho em equipa coordenado e eficiente:

“Tínhamos as duas opções de material e fomos discutindo durante a cirurgia a necessidade de abrir o instrumental” E2

“Tens que ir falando com o colega de anestesia e dizer se já conseguiram laquear ou não” E1

Preocupo-me em transmitir ao anestesista se esta a sangrar muito porque quem esta de fora pode não perceber e tento alertar” E2

Esta troca de informação é facilitada quando a equipa de enfermeiros se constitui habitualmente como a mesma ao longo dos tempos. De facto, Yule et al. (2006) apontam para desempenhos mais rápidos e eficientes em equipas que habitualmente trabalham juntas, comparativamente a blocos operatórios de urgência onde os elementos da equipa vão sendo trocados.

“O instrumentista nem precisa de falar com o circulante” E2

“Se estiver com uma pessoa que habitualmente trabalho, já repetes muitas vezes as mesmas cirurgias e então mal precisas de falar para pedir algo específico” E3

“A forma como trabalho com o cirurgião (...) é diferente porque temos muita experiencia juntos” E6

2.2.3 Coordenação com os outros

Estreitamente ligada à capacidade de troca de informação surge como bastante referida entre os entrevistados, a competência não técnica de coordenação com os outros. Estes definem o conceito como:

“Capacidade relacional e social (...) saber como lidar com os outros” E1

“Ter uma união muito grande e uma inter ajuda com os outros elementos da sala” E2

Referem o papel do enfermeiro instrumentista como mediador da comunicação dentro da sala de operações:

“Tens um papel de ponte com o colega de circulante e o de anestesia” E2

Atribuindo especial importância a esta coordenação em situações especialmente complexas e exigentes:

“A minha relação com a circulante tem que ser muito próxima principalmente em revisões e grandes cirurgias” E3

“Pusemos logo as várias hipóteses [o circulante e o instrumentista], o material que ia ser necessário, o plano B e o plano C caso aquilo descambasse” E4

“O grande sucesso de uma boa instrumentista depende também de uma excelente circulante que te providencie as coisas” E5

A coordenação em equipa assume um cariz crítico principalmente em ambiente perioperatório, onde o grupo de elementos tem que, em conjunto desempenhar funções rapidamente e muitas vezes em equipas fixas. A equipa é mais do que a soma das suas partes, na medida em que cada elemento contribui com uma vasta experiência e habilidades para o conjunto de tarefas a desempenhar. O trabalho em equipa permite aumentar a segurança através da

redundância na detecção e resolução de erros; aumentar a eficiência pelo uso organizado dos recursos existentes (Rhona Flin et al., 2008, p.120).

2.3 Organização de tarefas

2.3.1 Preparação e planeamento

O conceito de organização de tarefas, preparação e planeamento é também referido no discurso dos entrevistados, definindo-o como:

“Capacidade de gerir as suas coisas” E1

“Perceção daquilo que te pode fazer falta” E3

“Levar dispositivos e equipamento de salvaguarda para teres logo ali à mão” E6

Para os enfermeiros perioperatórios entrevistados, a preparação e planeamento das tarefas assume particular importância quando se pretende um desempenho rápido e eficaz

“Quando eu ia para uma cirurgia abdominal eu levava sempre uma ponta comprida e outra curta para poupar tempo no caso de uma emergência” E1

O material já estava na esterilização à espera, ficou ali guardado para o caso de precisarmos” E2

Trata-se de um processo de julgamento ou escolha de uma opção com vista a corresponder às necessidades de uma determinada situação (Rhona Flin et al., 2008). As condições variam em relação com o tempo de pressão, as demandas da tarefa, as opções disponíveis, o nível de liberdade de escolha e recursos disponíveis. A tomada de decisão, estreitamente ligada à organização de tarefas, assume-se como uma competência crítica em ambientes de alto-risco.

“A boa gestão dos motores é importante para não abrir indiscriminadamente pk pode ser necessária para os colegas na cirurgia ao lado” E3

“Tens que ter noção de tudo o que se esta a passar no bloco e saber o plano em geral para garantir que nada falta a ninguém” E3

Os entrevistados referiram também a importância destes comportamentos de planeamento sob uma perspetiva global dos cuidados perioperatórios, através da preparação prévia e antecipação das necessidades futuras

“Consoante o implante sabes como o tirar, fui ver no programa e assim pude preparar o material necessário; felizmente não foi necessário abrir o material” E2

Tens que garantir o material para os teus e para os seguintes porque não tas escalado para uma cirurgia mas para um programa” E4

2.3.2 Promoção de boas práticas

A promoção de boas práticas faz parte das preocupações do enfermeiro instrumentista, justificando-se com os conhecimentos e responsabilidade para com o cliente:

“Lembrar a mudança de luvas porque tu estas atento ao tempo de exposição da ferida cirúrgica” E2

“Estas a fazer uma técnica que é asséptica e se tens duvidas se ta desinfetado então tens que o fazer novamente (...) Se há duvidas se alguém te tocou no braço, à mínima suspeita troco de bata e luvas” E4

“Quando estou a instrumentar estou a executar um procedimento e tem que ser bem feito porque quem ta ali é uma pessoa” E6

Independentemente da função que esteja a ser desempenhada. Mesmo que a preparação de medicação não seja habitualmente uma das tarefas do enfermeiro instrumentista, este manifesta preocupação com a cobertura antibiótica em situações de cirurgia prolongada:

“Dirigi-me ao anestesista e perguntei-lhe se não é necessário repetir o antibiotico” E1

2.3.3 Gerir o stress

Para os entrevistados, uma das capacidades que caracteriza um bom instrumentista é a capacidade de atuação em situações inesperadas e urgentes geradoras de stress:

“Quando as coisas partem a meio do caminho, muda o plano todo e a estratégia toda de atuação, o que causa alguma preocupação” E2

“Pode haver uma lesão de um vaso ou outra estrutura e tu tens que ser capaz de atuar rapidamente” E2

A gestão de stress agudo ou repentino, durante curta duração, interrompe o comportamento orientado por objetivos, requerendo uma resposta próxima⁴³ (Rhona Flin et al., 2008, p.184). Esta capacidade de dar resposta depende de fatores como a experiência do instrumentista:

“As vezes os parafusos partem-se e tens que saber como resolver e se já o experienciaste és mais rápido”

E3

“Um profissional mais novo nunca se iria lembrar ou sequer saber o que fazer” E4

Quando as situações adversas surgiam com enfermeiros peritos, a ocorrência de situações não previsíveis e potencialmente geradoras de stress constituíam-se como potenciais aprendizagens e eram mesmo vistas com entusiasmo:

⁴³ Acute stress is sudden, novel, intense and of relatively short duration, disrupts goal-oriented behavior and requires a proximate response.

“Foi em situações de emergência que aprendi como resolver certas situações” E2

“Fico motivada quando consigo superar-me numa situação complicada” E5

Por outro lado, quando estes profissionais se apercebem dos sentimentos de ansiedade de outros elementos da equipa, sentem-se responsáveis por assumir uma atitude apaziguadora e de gestão do stress da equipa:

“Preocupa-me quando percebo que o cirurgião não esta a vontade e por isso tenho que me precaver” E6

“Com determinados cirurgiões principalmente quando são inseguros é importante um instrumentista seguro” E6

CAPÍTULO III

3. CAPÍTULO REFLEXIVO

Refletir é pensar, é abordar um tema que nos intriga e nos faz questionar. É associar pensamentos, emoções e situações que valorizam a construção pessoal do conhecimento e legitima o valor epistemológico da prática profissional. A prática reflexiva ajuda o profissional a libertar-se de comportamentos impulsivos e rotineiros (Alarcão *et al*, 1996), permitindo basear a sua prática na evidencia, que culmina na melhoria continua dos cuidados prestados

Sumário

1. Estágio em enfermagem perioperatória
2. Aquisição do perfil de competências de mestre em enfermagem perioperatória

3.1 Estágio em Enfermagem Perioperatória

O estágio surge da necessidade de integração dos conhecimentos adquiridos durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória. Este teve lugar num contexto com características que permitiram a consolidação dos temas abordados na academia, em sala de aula. Procurou-se com a realização deste estágio a aplicação do saber teórico aos cuidados prestados ao longo de todo o período perioperatório, desde a consulta pré-operatória, às áreas de atuação intraoperatórias de anestesia, circulação, instrumentação, até aos cuidados pós-operatórios, quer em unidade de cuidados pós-anestésicos, assim como na consulta pós-operatória. Não podemos deixar de referir o facto do estudante, previamente ao Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, desempenhar funções no serviço de bloco operatório à cerca de 4 anos. Desta forma, procurou-se uma distribuição da totalidade das 360 horas previstas no programa curricular que melhor permitissem ao estudante atingir os objetivos de aprendizagem propostos

A maioria do tempo de estágio teve lugar no bloco operatório (BO), com um horário de funcionamento nos dias úteis, de segunda a sexta-feira, das oito horas às vinte horas. A atividade cirúrgica inclui regime programado, de ambulatório e adicional. São prestados serviços diferenciados a clientes provenientes de toda a zona sul do país, em especial do distrito, sendo a admissão destes utentes feita de duas formas: pelo serviço de urgência (referenciado) ou pela consulta externa. Trata-se de um serviço que funciona com duas salas operatórias, denominadas “Sala A” e “Sala B”, com apoio de uma sala de indução anestésica. Existe também uma sala de esterilizados onde se acondicionam todos os instrumentais cirúrgicos e dispositivos médicos. Toda a esterilização é externa ao hospital, no entanto, em caso de necessidade urgente e excecional, existe um autoclave de apoio nesta unidade. Também no interior do bloco operatório situa-se a UCPA, composta por quatro camas em unidades devidamente equipadas, bem como 2 macas adicionais.

Já fora do espaço físico ocupado pelo BO, mas também pertencente à esfera de cuidados prestados pela mesma equipa de enfermagem, encontra-se a consulta pré anestésico-cirúrgica. Situada no mesmo piso, consiste num gabinete onde, a par da consulta de anestesia, o cliente, bem como seus familiares ou pessoas significativas, têm a oportunidade de ser avaliados e

satisfazer as suas necessidades de esclarecimento relativamente ao momento pré-operatório, concretizando o consentimento informado para os procedimentos a realizar.

Optou-se por um contexto de estágio que não só permitisse a prestação de cuidados perioperatórios ao longo de todo o percurso do cliente, mas também especializado em ortopedia e traumatologia. Desta forma, foi não só possível desenvolver competências, como adquirir novas capacidades interventivas, aperfeiçoando a qualidade dos cuidados perioperatórios prestados durante o quotidiano profissional.

Foram consideradas múltiplas vertentes na organização do percurso de estágio, recorrendo-se a uma análise de cenário com a ferramenta **SWOT**, sigla inglesa, acrónimo de Forças/*Strengths*, Fraquezas/*Weaknesses*, Oportunidades/*Opportunities* e Ameaças/*Threats*. (Soares, I. et al., 2008). Analisaram-se os requisitos do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória (cit documento orientador), em articulação com as necessidades formativas do estudante. Estas necessidades formativas, por sua vez, aliaram-se às condições do contexto de estágio, ponderando-se as oportunidades de aprendizagem e a satisfação de objetivos (Apêndice IV).

3.1.1 Consulta pré-operatória e pós-operatória

Estruturou-se o desenrolar das 360 horas do estágio analogamente ao percurso do cliente que vivência uma experiência perioperatória. Assim, iniciámo-nos com a consulta pré-operatória de enfermagem. Este momento constituiu-se também como uma oportunidade de estreia numa vertente interventiva até então nunca experienciada. O contexto de estágio funcionou como agente desbloqueante, permitindo uma aprendizagem acompanhada por um colega e orientador experiente, habitualmente destacado para esta função, um perito na área.

Foram possíveis de realizar autonomamente um total de 23 consultas pré-operatórias de enfermagem, durante as 16 horas de estágio dedicadas a este propósito. Este momento teve lugar ao longo de 4 dias, durante 2 semanas em sessões de consultas de aproximadamente 4 horas (das 9h00 às 13h00). O estudante foi tutorado por duas enfermeiras do serviço de bloco operatório

com mais de 10 anos de experiência em enfermagem perioperatória. A aprendizagem regeu-se inicialmente pela observação participante nas consultas, tomando notas pessoais e validando com o documento da instituição (cit. “Procedimento de Enfermagem na Consulta de Anestesia para Cirurgia Convencional Clínica Pré-Anestésica”). Com o avançar do número de consultas tuteladas, as intervenções autônomas do estudante crescentemente aumentaram, até o enfermeiro orientador apenas ficar em avaliação observante, estando sempre disponível para intervir quando necessário, seja por omissão de momentos importantes da consulta efetuada pelo estudante ou esclarecimento de dúvidas pontuais.

A consulta pré-operatória de enfermagem começa pela organização da lista de utentes diária, seguindo uma abordagem multiprofissional (entre enfermeiro, anestesista e auxiliar de ação médica). A chamada dos clientes para a consulta é sempre feita pessoalmente pelo enfermeiro, saindo do respetivo gabinete e dirigindo-se à sala de espera dos utentes. Tem em consideração a sua ordem de chegada, o circuito do utente (caso haja necessidade de realização de colheitas analíticas ou outros exames auxiliares de diagnóstico), bem como alguma eventual intercorrência. Foi possível intervir em dois destes momentos intercorrentes, que segundo as enfermeiras tutoras não são assim tão pouco frequentes.

Um destes episódios surgiu com uma utente que recorreu à consulta por diagnóstico de hérnia discal lombar, com proposta cirúrgica para descompressão e fixação com barras e parafusos pediculares. Ao chamar a utente foi notório o quadro de dor intensa que a pessoa sentia, seja pela sua expressão facial, pelo andar claudicante ou evidente verbalização de sofrimento. Na entrada para o gabinete foi clara a necessidade de intervenção urgente, justificada pela intensificação do quadro doloroso, referindo dor nível 7 da escala numérica de avaliação da dor. Procedeu-se à ativação da emergência interna e foram prestados cuidados promotores da analgesia, posicionando-se a utente na marquesa confortavelmente, cateterizando-se um acesso venoso periférico e administrando terapêutica farmacológica prescrita pelo médico internista de chamada.

Outro episódio surgiu imediatamente na semana seguinte, com uma utente com *diabetes mellitus* tipo 2, que teve um momento de hipoglicémia. A cliente idosa, com necessidade de se deslocar em cadeira de rodas, fazia-se acompanhar do seu filho, preocupadíssimo com o atrasar das consultas pois teria que apresentar-se no emprego brevemente. Foi necessária uma atitude

flexível e compreensiva na gestão desta intercorrência. Desde a identificação do problema, com posterior atuação da equipa de emergência interna, à gestão e acompanhamento do evento com o familiar, aquele momento necessitou que se gerasse toda uma sinergia de atuação coordenada multidisciplinar, culminando com um desfecho positivo.

A atuação do enfermeiro perioperatório em consulta pré-operatória procura proporcionar um atendimento diferenciado e personalizado. Além dos protocolados e necessários despistes de antecedentes pessoais, como existência de alergias, hábitos toxicológicos, necessidade de suspensão de medicação (nomeadamente antiagregantes plaquetários) experiências anestésico-cirúrgicas anteriores, no caso dos clientes do foro ortopédico e traumatológico surge particular relevância a identificação do tipo de artroplastias, bem como de implantes de osteossíntese que possua. Só um enfermeiro perioperatório com experiência intraoperatória pode devidamente esclarecer estas pessoas e despistar eventuais situações pouco comuns.

Desde a anamnese, à validação dos dados antropométricos, à transmissão de informação necessária especificamente para aquele cliente/família, os cuidados de enfermagem procuram sempre antecipar a ocorrência de eventos adversos, bem como capacitar os seus clientes para uma experiência perioperatória positiva.

Outro momento particularmente importante no período pré-operatório, que neste caso o estudante teve oportunidade de experienciar sempre que esteve escalado no turno da tarde na UCPA, foi a **visita pré-operatória de enfermagem**. Este momento distingue-se da consulta efetuada em gabinete, não só por ocorrer na enfermaria, no dia imediatamente anterior ao da intervenção cirúrgica, mas também por permitir o estabelecimento precoce da relação terapêutica entre o enfermeiro que estará de anestesia (preferencialmente) no dia em que ocorrerá a intervenção cirúrgica.

Não foram contabilizadas o número total de visitas pré-operatórias efetuadas pelo estudante, por se constituir numa intervenção já habitualmente realizada no quotidiano profissional do próprio. Por outro lado, a realização da visita pré-operatória de enfermagem permitiu prever necessidades de cuidados, bem como adequar o planeamento das intervenções

para o dia seguinte, não só em funções de anestesia mas também como circulante e instrumentista.

Um enfermeiro perioperatório, ao visitar um cliente na véspera, está desperto para a obtenção de informações críticas para o dia da intervenção cirúrgica, que aos olhos de outro colega passariam despercebidos. Esta conceção é válida particularmente na especialidade cirúrgica de ortopedia e traumatologia, como, por exemplo, numa situação em que um cliente se propõe à extração de material de osteossíntese após uma fratura anterior, onde o enfermeiro experiente em perioperatório, consegue antever dificuldades e contratempos passíveis de surgir durante o procedimento, garantindo os recursos necessários à sua resolução, tornando assim a sua importância na avaliação do cliente insofismável.

Existe a prática comum, entre os enfermeiros do bloco operatório, quando visitam esta pessoa no dia antecedente à cirurgia, de aferir a data de colocação do material implantado. O local cirúrgico é avaliado através da observação, palpando o local da cirurgia prévia, afim de avaliar a superficialidade dos implantes, validando com exames auxiliares de diagnóstico (como radiografias), a quantidade de dispositivos a extrair e prevendo a necessidade de instrumentos específicos cruciais a essa intervenção.

São em momentos críticos, como no supracitado, que se antecipam intercorrências futuras e se aplicam intervenções corretivas (AESOP, 2006). Estas ações vão desde a alteração de pedidos de instrumental específico às empresas, a contactos extraordinários para a central de esterilização afim de identificar dispositivos prioritários e prever tempos de disponibilidade, à alteração da ordem dos utentes no programa cirúrgico afim de aligeirar todo o processo e prevenir cancelamentos por falta de tempo operatório.

Como que um “teatro atrás dos panos”, todas estas intervenções de *backstage* apenas se tornam visíveis quando o processo falha, quando um enfermeiro perioperatório não atua atempadamente, quando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados fica equívoca. O dia de véspera da intervenção cirúrgica transforma o que até então são expectativas futuras, na iminência da realidade.

Para a maioria dos clientes com quem se contactou durante a visita pré-operatória, este momento é sinónimo de ansiedade. No entanto, a forma como cada cliente o manifesta nem

sempre é previsível. Desde os discursos verborreicos aparentemente descontextualizados, ao silêncio marcante, as reações de cada pessoa são tão únicas quanto as suas personalidades. Por vezes, a necessidade de apaziguar o stresse pode ser solucionada por uma escuta ativa, sem que nada seja necessário verbalizar por parte do profissional de saúde. Outros momentos obrigam, por sua vez, a uma atitude mais direta, seja pela necessidade de assegurar que as dúvidas relativamente às expectativas sejam elucidadas. Por outro lado, há que estar atento às consequências de tamanhas revelações futuras, uma vez que poderão exacerbar tais sentimentos de ansiedade. Cabe ao enfermeiro perioperatório estar sensível a estas peculiaridades, agindo interventivamente e, sempre que necessário, coordenando-se com a equipa multidisciplinar, em ações tão simples quanto, por exemplo: contactar com o médico internista alertando para a necessidade de uma eventual revisão da medicação ansiolítica. No entanto, verificam-se limitações à visita pré-operatória que habitualmente é realizada: seja pela sobrecarga do trabalho no turno da tarde, que obriga os enfermeiros de UCPA a prestar cuidados na unidade até ao final do turno ou mesmo além deste; seja no fim da semana, particularmente nas sextas-feiras, quando os clientes com cirurgias marcadas para a semana seguinte apenas são internados na unidade hospitalar no domingo, privando-os de uma consulta com o enfermeiro perioperatório.

A par da consulta pré-operatória de enfermagem e findados os clientes programados para o dia, o enfermeiro que esteve escalado para esta atividade, habitualmente, é responsável por também visitar os clientes em situação pós-operatória. Assim a **visita pós-operatória de enfermagem** tem lugar pelas 14h00, no atual local de internamento dos clientes do foro ortotraumatológico operados há 24h-48h. Nesta consulta é habitualmente avaliado o nível de satisfação do cliente durante o seu percurso perioperatório. Vários itens são considerados: desde o nível de conforto sentido (manutenção da normotermia, controlo da dor, avaliação do ruído), ao questionamento acerca de visita pré-operatória realizada, bem como recomendações e críticas do cliente, sob orientação de uma *check-list* existente no serviço. São avaliadas a presença de intercorrências, quer cirúrgicas como anestésicas, possibilitando a obtenção de informação relevante para a prática perioperatória futura, o que permite perpetuar a excelência dos cuidados de enfermagem.

Por outro lado existem limitações, sendo a mais prevalente a memória dos clientes. Até então nunca tinha sido considerada pelo estudante a possibilidade de que os cuidados de enfermagem intraoperatórios pudessem cair no esquecimento do cliente. Não constou nos objetivos deste estágio a quantificação do número de clientes que esquecem as suas experiências intraoperatórias, por outro lado foi verbalizado pelos enfermeiros tutores, que habitualmente realizam esta visita, como um evento percebido como prevalente.

Seja por consequências farmacológicas, ansiogénicas, ou outras que se desconhece, identificou-se esta ocorrência como uma limitação à visibilidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios. Durante o estágio, contactou-se com alguns clientes a quem tinha sido realizada visita pré-operatória, prestados cuidados intraoperatórios e que, na visita pós-operatória, referiam não se lembrar quer de uma consulta, quer do mesmo estudante que se encontrava no momento em frente.

Felizmente nem sempre estes eventos se verificaram, obtendo-se um *feedback* na generalidade positivo por parte dos clientes, quanto à importância que teve para as suas experiências perioperatórias em terem sido acompanhados por um enfermeiro de referência, “uma cara conhecida” com quem contactaram previamente à cirurgia, com quem puderam se apoiar durante o período intraoperatório e que posteriormente à operação, referem sentir-se bem cuidadas.

Este é um momento habitualmente de despedida, mas que, por outro lado, consideramos que não finaliza o potencial de contacto entre o enfermeiro perioperatório e o cliente do foro cirúrgico. Considerando que o alvo dos cuidados do enfermeiro perioperatório é toda a pessoa com a sua família a vivenciar uma experiência perioperatória, e que uma pessoa intervencionada integra essa experiência no seu percurso de vida, então podemos afirmar que os cuidados de enfermagem perioperatórios são marcantes e têm o potencial de se estender ao longo de todo o ciclo vital.

3.1.2 Prestação de cuidados à pessoa em contexto de práticas de anestesia

Os cuidados prestados à pessoa como enfermeiro de anestesia em contexto de estágio perfizeram um total de 40 h distribuídas por 5 turnos (das 8h00 às 16h00). A distribuição de uma carga horária mais reduzida nesta vertente dos cuidados justifica-se pelo facto do estudante já se encontrar integrado no serviço onde teve lugar o estágio. Permitiu-se assim libertar volume horário para áreas com maiores lacunas de aprendizagem, sob os quais os objetivos do estágio incidem. Por outro lado, uma vez que o estudante já se encontrava familiarizado com a dinâmica organizativa, a terapêutica usualmente administrada, bem como as especificidades anestésicas habitualmente efetuadas, permitiu que fossem dedicados estes turnos à revisão e reflexão dos conceitos relativos à enfermagem de anestesia.

Do ponto de vista da visibilidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, a função de anestesia, a par da consulta pré e pós operatória, bem como na unidade de cuidados pós-anestésicos, constituem-se nas funções em que ocorre maior contacto com o cliente consciente dos nossos cuidados.

O turno inicia-se com a consulta do programa cirúrgico e devida preparação dos fármacos e dispositivos necessários às técnicas de anestesia previstas. Sendo as anestésias loco-regionais e balanceadas (gerais) as mais comuns no quotidiano do serviço em questão.

O enfermeiro de anestesia é responsável pela chamada atempada dos clientes cirúrgicos ao bloco operatório, bem como da sua receção no local de transferência. A transferência do cliente é efetuada em conjunto com o colega do serviço de internamento, seguindo a orientação de uma *checklist*. É confirmada com o cliente: a identidade, intervenção cirúrgica, lateralidade do procedimento, o consentimento informado, se os adornos foram todos removidos, a preparação intestinal efetuada (quando justificada), o jejum, os antecedentes de saúde e cirúrgicos, valores analíticos relevantes, bem como a disponibilização de hemoderivados (quando necessário), cumprindo o *Sign In* da Cirurgia Segura (OMS, 2009).

Como foi referido anteriormente, preferencialmente o enfermeiro que se encontra de anestesia já teria contactado com o cliente no dia que antecede a cirurgia através da visita pré-operatória. Durante o estágio foi possível esta articulação, constatando-se a importância no alívio

da ansiedade para o cliente. A relação terapêutica simplesmente continua um processo iniciado no dia anterior, verificando-se que sempre que os acontecimentos decorrem consoante as expectativas criadas com o cliente, este verbaliza um sentimento de maior confiança nos cuidados prestados. É neste sentimento de confiança que se baseiam os cuidados de enfermagem de anestesia. O cliente tem a necessidade de confiar em alguém que sabe que estará disposto a defender os seus interesses e a proteger a sua situação de vulnerabilidade face ao ambiente intraoperatório, que lhe é hostil.

O papel do enfermeiro de anestesia surge assim como advogado do cliente, como o *bonus pater familias*, que perpetua uma conduta exímia, procurando defender o outro, respeitar o outro, colocar-se no lugar do outro, principalmente quando este se encontra inconsciente e incapaz de verbalizar a sua vontade. Quando existe uma visita pré-operatória prévia, os cuidados podem assim ser devidamente ajustados e personalizados, seja pela promoção de medidas ansiolíticas (como ouvir música durante a intervenção), seja pela facilitação e mediação da comunicação do cliente com outros profissionais de saúde (nomeadamente o anestesista e cirurgião). O lugar do enfermeiro de anestesista é ao lado da pessoa que experiencia o perioperatório. Habitualmente, é quem cateteriza os acessos venosos periféricos, quem posiciona o cliente para técnicas anestésicas, como a raquianestesia ou epidural, é também responsável pela monitorização dos parâmetros vitais, bem como da gestão atempada de todos os fármacos utilizados. Caso haja necessidade, é quem procede ao cateterismo vesical e se certifica que o posicionamento cirúrgico tem o menor impacto na saúde do cliente. Desde a proteção das proeminências ósseas, ao assegurar uma correta ventilação, ao posicionamento anatómico dos membros superiores e inferiores, o enfermeiro de anestesia protege a integridade da pessoa operada quando esta não o pode fazer por si própria.

No caso de clientes do foro traumatológico, a gestão da ansiedade e medo é fortemente influenciada pela dimensão da dor sentida. O controlo da dor assume uma posição de destaque logo no acolhimento ao bloco operatório. Por vezes, há necessidade de alterar a ordem pela qual os procedimentos são realizados, seja, por exemplo, através de uma cateterização venosa precoce, anterior à passagem do cliente da cama para a maca, afim de se administrar terapêutica analgésica. O próprio posicionamento do utente na marquesa, antes da anestesia, deverá ser considerado consoante a patologia apresentada. Simples medidas como o recurso a almofadas no devido local

anatômico são suficientes para poupar sofrimento a alguém que está dependente da nossa atuação.

Esta vulnerabilidade e dependência assumem particular importância em situações de emergência. Os eventos mais comuns são hipotensões repentinas (consequentes da indução anestésica, abertura de garrote, ou mesmo de hemorragia aguda), bradicardias além dos limites “normais”, ou mesmo situações de paragem cardiorrespiratória. O enfermeiro de anestesia tem que estar preparado para a ocorrência destes eventos, sabendo agir autónoma e coordenadamente com a equipa multidisciplinar. Deverá conhecer a medicação habitualmente utilizada em situação de emergência, saber como a preparar e administrar rapidamente, bem como a localização em *stock*, em caso de necessidade de reposição. Uma atuação atempada e adequada poderá fazer a diferença entre um episódio intercorrente com ou sem morbilidades.

O contacto do enfermeiro de anestesia com o cliente termina habitualmente com a transferência deste para a unidade de cuidados pós-anestésicos. Nesta fase, é efetuada a transmissão de ocorrências de enfermagem, contemplando o procedimento efetuado, tipo de técnica anestésica utilizada, eventuais complicações ou alterações ao plano cirúrgico inicial, comunicam-se também ao enfermeiro de UCPA os antecedentes clínicos e particularidades do cliente, como a necessidade de aparelho auditivo para uma comunicação eficaz.

A despedida do cliente, muitas vezes, é concretizada com este ainda inconsciente, o que de certa forma deixa o sentimento de um processo de cuidados inacabado. Por outro lado, se esta ocorrência puder ter sido comunicada e discutida previamente com a pessoa, constitui-se em mais um momento no qual o cliente poderá sentir que estará sempre acompanhado por toda uma equipa que gira em torno de si.

3.1.3 Prestação de cuidados à pessoa em contexto de enfermeiro circulante

Durante o estágio foram dedicados um total de 12 turnos (96h) de prestação de cuidados à pessoa em contexto de enfermeiro circulante. Foi possível contactar com a maioria das especificidades habituais do bloco operatório onde se estagiou, permitindo o desenvolvimento das competências de circulante.

O início do turno consistia na confirmação do plano cirúrgico, de forma a realizar um diagnóstico de todas as necessidades de instrumental para o dia de trabalho. A gestão do instrumental necessário obrigava a uma estreita coordenação com a equipa de esterilização e o enfermeiro circulante da outra sala operatória. Uma vez que os dispositivos médicos são limitados, há necessidade de assegurar que nada fica em falta. Desta forma, justifica-se a razão pela qual o enfermeiro circulante deverá ser um elemento perito, na medida em que tem que possuir o conhecimento e a experiência capazes de antever necessidades e poder gerir eficazmente o inventário.

A supervisão de outros profissionais, nomeadamente na limpeza e desinfeção das salas operatórias é outra das funções do enfermeiro circulante. Este terá que manter atualizadas as últimas normas e procedimentos, sendo capaz de esclarecer, em caso de necessidade, bem como de gerir os tempos de *turnover* em função de um programa cirúrgico eficiente mas também seguro. O circulante é também responsável por garantir que todo o material de apoio para o posicionamento seguro do cliente está disponível e em condições de utilização. Por vezes, quando ocorrem cirurgias semelhantes em ambas as salas em simultâneo, há que comunicar com a equipa vizinha a fim de se ponderarem necessidades. Considerando especialmente as necessidades e especificidades dos clientes, por vezes a escassez de material de posicionamento pode obrigar o circulante a sugerir a alteração da ordem do programa cirúrgico de uma das equipas em prol do melhor cuidado possível para o cliente.

Refletimos a posição de enfermeiro circulante como o elo que une o ambiente da sala de operações com o exterior. Este “circula” a fim de garantir, por exemplo, que peças para anatomia/bacteriologia são devidamente identificadas e expedidas para os serviços

correspondentes, regista os implantes utilizados e garante a sua reposição no stock à consignação, bem como o transporte de tecidos para transplante heterólogo.

A antecipação dos instrumentos necessários ao dia de trabalho constitui apenas uma pequena parte das funções do enfermeiro circulante. Além de preparar os carros de instrumental para cada cirurgia, este enfermeiro tem o importante papel de gerir o risco dentro da sala de operações. Esta gestão é efetuada considerando múltiplas vulnerabilidades a que o cliente cirúrgico poderá estar exposto, consoante múltiplos fatores que lhe são inerentes e que lhe são externos. Consoante a especificidades da pessoa operada, assim o enfermeiro circulante atua como mais uma barreira na prevenção do erro, relembrando a equipa de situações contraditórias para as opções terapêuticas quer do ponto de vista cirúrgico quer anestésico.

Um enfermeiro circulante atento consegue antecipar-se não só aos pedidos do enfermeiro instrumentista, como também do cirurgião. Aliada à experiência, a capacidade de recolher informação do que se passa no campo cirúrgico, capacita o enfermeiro circulante para a antevisão de necessidades num futuro próximo. Um exemplo destes surgiu no decorrer do estágio, durante uma cirurgia de colocação de artroplastia à anca de um cliente. Decorria a etapa de preparação do canal femoral, que consiste na *rimagem* progressiva, com incremento do tamanho das raspas de osso esponjoso. Durante este processo é notório um som de características ocas com cada batida do martelo, sinal de que a raspa estaria justa ao osso cortical. Considerando os antecedentes de osteoporose do cliente, verificando na radiografia que o canal femoral possuía um diâmetro abaixo do habitual, o enfermeiro circulante identifica um potencial aumento do risco da ocorrência de uma fratura iatrogénica do fémur. Após discutir com a equipa cirúrgica e anestésica essa perceção, ausenta-se rapidamente afim de se certificar da disponibilidade de *cabos dall-milles* (utilizados para reparação de situações como esta). Infelizmente o evento adverso acontece, mas, por outro lado, o enfermeiro circulante aplicara medidas antecipatóriamente, permitindo a disponibilização atempada do instrumental extra em tempo útil. O enfermeiro instrumentista não teve que esperar pela disponibilização dos dispositivos, facultando-os imediatamente ao cirurgião quando foram necessários. Do lado da anestesia assegurou-se a manutenção da hemodinâmica no momento da fratura, bem como da tranquilidade do cliente. No final, a cirurgia decorreu sem percalços, mesmo com a ocorrência de eventos adversos, todas as medidas foram acionadas em tempo útil, poupando-se tempo cirúrgico e atuando adequadamente.

São situações exemplo como estas que motivam o aperfeiçoamento das competências de circulação. A capacidade de tomada de decisão atempada permite minimizar os riscos para o cliente cirúrgico, o que obriga ao enfermeiro circulante estar igualmente a par de informações respeitantes a toda a globalidade do processo em torno do cliente.

Sentimos que independentemente do número de horas dedicado a esta função, estas nunca serão suficientes para colmatar todas as vertentes de perícia que são exigidas de um enfermeiro circulante. Costuma-se afirmar no seio da comunidade perioperatória que esta função deverá caber ao enfermeiro mais experiente da sala operatória. O que faz sentido na medida em que numa situação de crise, o circulante, encontra-se numa posição capaz de apoiar tanto o enfermeiro de anestesia quanto o instrumentista, funcionando ao mesmo tempo como elo de ligação com o exterior da sala operatória. O enfermeiro circulante tem autonomia para gerir o funcionamento da sala operatória, sendo o responsável por assegurar as condições ambientais da sala, desde o posicionamento e correto funcionamento dos diferentes aparelhos, à manutenção de circuitos e distâncias de segurança da zona estéril, à gestão do número de pessoas dentro da sala.

O circulante é o principal mediador de toda a logística de instrumentais necessários, a implantes, à requisição de apoios técnicos, bem como de registos de enfermagem. Trata-se de um elemento que tem a capacidade de influenciar diretamente o funcionamento da sala operatória, seja pela antecipação de necessidades iminentes, seja pela promoção de um ambiente apaziguador de stress e facilitador da comunicação.

3.1.4 Prestação de cuidados à pessoa em contexto de enfermeiro instrumentista

De acordo com os objetivos do projeto de estágio, foi na prestação de cuidados à pessoa em contexto de enfermeiro instrumentista que se dedicou grande parte do tempo de aprendizagem. Desempenharam-se o total de 24 turnos em escala de funções de instrumentação, perfazendo cerca de 192 horas de contacto (Apêndice V). A escolha dos turnos teve em consideração as condicionantes do horário do serviço, a disponibilidade da enfermeira orientadora e outra colega igualmente experiente para a tutoria, bem como o conteúdo programático de cada plano cirúrgico.

Todos os turnos de estágio foram realizados em parceria com a tutora, na maioria como circulante do estudante em funções de instrumentista. Constituíram como exceção as duas primeiras cirurgias de artroplastia do joelho, nos quais o estudante foi acompanhado com a tutora na instrumentação.

O turno iniciava-se com a consulta do plano cirúrgico e revisão dos tempos operatórios. A preparação dos carros de circulação era realizada com a circulante a fim de se discutirem expectativas, especificidades cirúrgicas, pontos-chave, bem como esclarecimento de dúvidas. A escolha dos dispositivos médicos e instrumentos dependia não só do tipo de cirurgia, mas também da equipa de cirurgiões.

O acolhimento do cliente, sempre que possível, foi efetuado em conjunto com o enfermeiro de anestesia. Desta forma, permitia ao estudante estabelecer uma relação empática com o cliente, à medida que também eram colhidas informações críticas para a função de instrumentação: desde a lateralidade da intervenção, presença de alergias, contra-indicações anestésicas (que em casos como artroplastia da anca poderão influenciar o relaxamento muscular), características do membro operado (em utentes com obesidade, procedia-se à troca dos instrumentos de afastamento de tecido subcutâneo), consulta do processo em caso da existência de artroplastias contralaterais (possibilitando a previsão do tamanho dos implantes e suas características). Assim, grande parte da organização do trabalho de instrumentação começa com o conhecimento prévio do cliente.

A lavagem e desinfecção cirúrgica das mãos na sala de desinfecção constituía-se num momento solitário e de concentração. Naquele momento, de frente para a água corrente, de mãos ensaboadas, reviam-se mentalmente os passos da cirurgia, os momentos críticos a ter em atenção, consciencializando-se simultaneamente da possibilidade da ocorrência de eventos adversos e da importância da manutenção de um ambiente tranquilo, proporcionando um *fluir* da cirurgia sem exaltações.

O vestir da indumentária, bem como a colocação dos primeiros tampos de mesa, seguiram sempre as normas estabelecidas e com auxílio da enfermeira circulante. A abertura das caixas de instrumental e sua disposição na mesa obedeceu sempre aos princípios de organização, manutenção da assépsia, segurança e conservação dos instrumentos. Todos os dispositivos eram contabilizados e testada a sua operacionalidade. Após a colocação da mesa, auxiliava-se o cirurgião e ajudante(s) a vestir bata e luvas, procedendo-se seguidamente à desinfecção da pele e posterior colocação dos panos cirúrgicos, segundo as normas instituídas. Sempre que foi possível, o início da cirurgia respeitou o momento de *timeout* da *check list* cirurgia segura salva vidas divulgada pela OMS (2009). Findada a cirurgia com o encerramento do local cirúrgico, o enfermeiro instrumentista, com auxílio da enfermeira circulante e, em alguns casos, do cirurgião procediam à execução do penso cirúrgico. O campo operatório seguidamente era removido, procedendo-se ao descarte de todos os dispositivos corto-perfurantes, era feito o acondicionamento e identificação de peças para anatomia ou bacteriologia (caso existissem), bem como à contagem final de instrumentos e sua respetiva arrumação, para serem evacuados para a central de esterilização.

O turno da manhã de segundas e terças-feiras foi o mais prevalente em estágio, seguido do turno da tarde de quarta-feira. Não tendo sido contabilizado o número de cirurgias instrumentadas. No entanto, na sua diversidade de aprendizagens e procedimentos, estas incluíram:

- **Do foro Ortopédico:**

- Anca:

- Artroplastia total de anca primária (destacando-se 1 cirurgia de *ressurfacing* da cabeça do fémur);
- Hemiartroplastia de anca;
- Revisão de artroplastia total da anca;

- Por descolamento asséptico dos implantes;
 - Por infeção da artroplastia;
- Joelho:
 - Artroplastia total do joelho primária
 - Com recurso a implantes de artroplastia primária;
 - Com recurso a implantes de artroplastia de revisão;
 - Artroscopia do joelho
- Perna:
 - Osteotomia de valgização por subtração com recurso a osteossíntese com placa e parafusos
- Pé:
 - Correção de hallux valgus (recorrendo a operação de Chevron e Akin)
 - Artrodese subtalar (recorrendo a osteossíntese com parafusos Ikos ou encavilhamento)
 - Artroscopia do tornozelo;
- Membro superior:
 - Tratamento de síndrome do túnel cárpico;
 - Artroplastia total do ombro;
- Coluna:
 - Tratamento de hérnia discal lombar (com recurso a discectomia e artrodese com barras e parafusos pediculares)
-
- **Do foro Traumatológico:**
 - Anca:
 - Artroplastia total de anca;
 - Hemiartroplastia de anca;
 - Fratura peri-protésica com necessidade de osteossíntese com placa e parafusos de apoio trocântérico;
 - Osteossíntese com recurso a encavilhamento proximal do fémur;

- Osteossíntese com recurso a placa, parafusos corticais e parafuso cefálico dinâmico
- Joelho:
 - Fratura distal fémur com recurso a osteossíntese com encavilhamento;
 - Fratura peri-protésica com necessidade de osteossíntese com encavilhamento ou placa e parafusos
- Perna:
 - Osteossíntese de fratura da tíbia com recurso a encavilhamento;
- Pé:
 - Osteossíntese de fratura do calcâneo com recurso a placa e parafusos
 - Ruptura de tendão de aquiles
- Membro superior:
 - Fratura distal do radio com osteossíntese com placa e parafusos;
 - Fratura da tacícula com recurso a prótese;
 - Fratura do úmero (com recurso a encavilhamento ou placa e parafusos)
 - Artroplastia total e hemiartroplastia do ombro
- Coluna:
 - Fratura de vertebra lombar com recurso a descompressão e artrodese.

De referir que no caso das artroplastias, encavilhamentos e osteossínteses com recurso a placas e parafusos, o estudante recorreu a diferentes tipos de instrumentais de diferentes empresas. Consideramos que a oportunidade de instrumentar com diferentes tipologias de instrumental específico é enriquecedor para a aprendizagem de competências de instrumentação. Não só obriga à memorização de compatibilidades e especificidades de cada “marca”, mas também permite evidenciar princípios gerais que são transversais a cada tipologia de intervenção cirúrgica. Constatou-se que ao contactar com diferentes formas de instrumentação capacita o

enfermeiro para uma resposta mais eficaz e eficiente em situações imprevistas, transportando e evocando conhecimentos de experiências passadas para a resolução de novos problemas.

Por outro lado, a distribuição assimétrica da totalidade de horas de estágio permitiu o colmatar de lacunas na área de competências da esfera dos cuidados perioperatórios. Uma dessas áreas consistiu nas competências do enfermeiro instrumentista, que, neste contexto de estágio, permitiram o desenvolvimento na especialidade de ortopedia e traumatologia. A esfera do conhecimento em Enfermagem Perioperatória é vasto, com inúmeras especialidades e subespecialidades, pelo que não se considera suficiente o contacto com apenas uma especialidade. Por outro lado, o contacto exclusivo com apenas esta especialidade permitiu um aprofundamento intenso dos conhecimentos adquiridos.

Se a prestação de cuidados como enfermeiro perioperatório é sentida como pouco visível, no desempenho de funções de instrumentação esta invisibilidade é ainda mais marcante. O contacto direto com o utente é não só o mais próximo e íntimo, quanto distante e impercetível para o cliente e seus familiares/pessoas significativas. Por um lado temos a possibilidade de cuidar da pessoa ao nível dos seus órgãos internos, pela proximidade com o local cirúrgico, mas, por outro, a pessoa pode nem nos ver a cara, ou mesmo a voz, ou a silhueta, negligenciando por completo a presença de um elemento decisivo na sua experiência perioperatória.

O sentimento de invisibilidade dos cuidados de enfermeiro instrumentista foi marcadamente sentido durante o estágio. Durante a integração, principalmente em cirurgias com inexperiência, é muito fácil esquecer o nome do cliente, ou mesmo o seu género e idade. Aquele ser único, com a sua história de vida, os seus anseios, projetos, família, pessoas significativas e tudo aquilo que o torna humano, facilmente pode ser reduzido à patologia, ao membro que está a ser operado. Como se para lá dos panos estéreis estivesse todo um mundo que “não interessa” para as funções de enfermeiro instrumentista. Este foi um exercício de reflexão que ocupou as preocupações do estudante durante o estágio, pela aparente dicotomia entre o investimento no aperfeiçoamento da técnica *versus* a humanização dos cuidados prestados pelo instrumentista.

Foi no âmbito desta problemática que surgiu o tema das competências não técnicas do enfermeiro instrumentista. A nomenclatura “competências não técnicas” surge não só como

resultado da pesquisa científica da bibliografia publicada existente, mas ao mesmo tempo assume um cariz de antítese contra o efeito redutor que a designação “técnica” assume no desempenho das funções de enfermagem em instrumentação. Como que numa manifestação de revolta contra o preconceito de que o enfermeiro instrumentista é um “passa-ferros”, surge uma designação de “não técnicas”, constituindo-se não só numa negação mas também expandindo o leque de possibilidades para o que pode e deverá ser. Tal como foi referido no capítulo anterior as competências não técnicas do enfermeiro instrumentista apelam à vertente holística da prestação de cuidados. Apenas considerando o ambiente perioperatório como um todo, o instrumentista poderá estar verdadeiramente desperto para a proteção do cliente que se encontra numa situação de vulnerabilidade.

Quando o foco de atenção apenas se restringe, por exemplo a uma fratura, os conceitos de prevenção de infeção do local cirúrgico, podem ficar negligenciados. Especialmente em momentos críticos, quando o cansaço e o stresse estão instalados, tem que existir consciência cirúrgica de que um instrumento que se infeta terá que ser descartado, terá que se “perder tempo” em abrir novo dispositivo, pois só assim, a troco do aumento do tempo de cirurgia, se mantém a assépsia do local cirúrgico e se preveem futuras complicações potencialmente catastróficas. O enfermeiro instrumentista, consciente da globalidade dos cuidados prestados ao cliente, conseguirá manter a capacidade de gestão das suas tarefas, atento ao meio que o rodeia, prevenindo e agindo antecipatóriamente para prevenir a ocorrência destes erros ou minimizar os seus efeitos.

O desenvolvimento das competências não técnicas em instrumentação permitiram fornecer ferramentas sociais e cognitivas para a gestão do risco cirúrgico intraoperatório. O estudante passou a estar mais desperto para a importância da dinâmica de equipa dentro do ambiente estéril (cirurgião, ajudante e instrumentista). Cada momento cirúrgico requer atenção ao meio que rodeia, percecionando indicadores de stress e distração. As competências de gestão de tarefas, assim como de liderança, permitem o acionamento de medidas corretivas com vista à antecipação de eventos adversos. Seja pela identificação precoce da necessidade de novos instrumentos cirúrgicos, seja pelo alertar da equipa de anestesia de situações que possam comprometer a hemodinâmica ou a ventilação do cliente, ou mesmo na manutenção de um ambiente promotor de segurança.

Na prática observável, as intervenções baseiam-se na comunicação com a equipa dentro da sala operatória. Desde o crucial diálogo verbal e não-verbal, entre instrumentista e enfermeiro circulante, à comunicação com o cirurgião e ajudante para identificação de necessidades, à articulação com a equipa de enfermeiro de anestesia e anestesista, seja na adequação de valores tensionais, ou relaxamento muscular, ou mesmo posicionamento da pessoa operada. O enfermeiro instrumentista assume-se como mais um pilar na dinâmica de segurança em ambiente perioperatório.

3.1.5 Prestação de cuidados pós-anestésicos à pessoa em contexto pós-operatório imediato em UCPA

À semelhança do estágio realizado na vertente de anestesia, dedicaram-se igualmente 5 turnos da tarde (das 12h00 às 20h00), para a prestação de cuidados de enfermagem na unidade de cuidados pós-anestésicos, perfazendo um total de 40h de contacto. Justifica-se igualmente o reduzido número de horas com a experiência pré adquirida do estudante no mesmo contexto em que decorreu o estágio. Desta forma, o estágio em UCPA procurou satisfazer as necessidades de aprendizagem relacionadas não só com o desenvolvimento de competências já adquiridas, mas também como oportunidade reflexiva das práticas quotidianas.

Os cuidados de enfermagem prestados em contexto de pós-operatório imediato constituem-se fulcrais para a prevenção de eventos adversos. Desde a reversão de situações de hipotermia, ao controlo da dor aguda, à estabilização dos parâmetros vitais, na UCPA existem um conjunto de medidas habitualmente previstas e que são acionadas consoante a informação recolhida previamente à chegada do utente à unidade.

O facto da UCPA se encontrar inserida dentro do bloco operatório, permite aos enfermeiros aceder ao estado de saúde do cliente ainda antes da conclusão do período intraoperatório. Desta forma, articulando-se quer com o colega de anestesia ou de circulação, quer com o anestesista, o enfermeiro de UCPA tem a possibilidade de preparar a unidade do cliente para um acolhimento personalizado.

As medidas habitualmente tomadas variam consoante a intervenção cirúrgica e anestésica, no entanto algumas prevalecem, nomeadamente: o aquecimento do leito, a preparação de analgesia em bolús e contínua, bem como a preparação de dispositivos aplicadores de frio.

A transferência do cliente para a cama da UCPA é feita com o enfermeiro de anestesia, assistente operacional e, por vezes, o cirurgião de referência. Procede-se imediatamente à monitorização dos parâmetros vitais, ao posicionamento adequado do cliente e, caso esteja consciente, à aferição do ser estado de ansiedade e preferências de cuidado. Em alguns casos específicos o procedimento cirúrgico realizado implica determinados cuidados nesta fase, como em artroplastia da anca onde é exigido ao cliente um posicionamento em decúbito dorsal com abdução dos membros inferiores (diminuindo assim o risco de luxação da prótese). Noutros casos, como em cirurgias ao membro superior, há necessidade de posicionar o membro mantendo a sua elevação com recurso a dispositivos almofadados ou mesmo tiras.

O cliente é observado a fim de se assegurar uma avaliação inicial adequada, com especial cuidado a todas as extensões do mesmo como cateterizações venosas, vesicais e presença de drenos aspirativos. A comunicação com o cliente nesta fase é especialmente importante para a sua orientação espaço-temporal, bem como na gestão da dor. Os registos são efetuados de acordo com os diagnósticos de enfermagem levantados, as intervenções de enfermagem efetuadas, bem como as necessidades específicas do cliente.

A estadia mantém-se até à reversão da anestesia com estabilização dos parâmetros vitais, sendo posteriormente transferido o cliente para o internamento ou para a unidade de cuidados intermédios (UCM). O local de transferência varia consoante o nível de cuidados necessários, sendo habitual nos casos com maior comprometimento da estabilidade e conseqüente aumento da necessidade de vigilância, a transferência ocorrer para a UCM.

De referir também a particularidade dos cuidados a clientes em regime de ambulatório. Estas pessoas encontram-se numa situação que lhes permite uma maior autonomia, comparativamente a outros clientes em regime de internamento. A comunicação habitualmente é facilitada pelo recurso a técnicas anestésicas maioritariamente locais. Os cuidados de enfermagem focam-se essencialmente na educação para os cuidados a ter no domicílio, bem como no fornecimento de informação relativa ao procedimento executado, em caso necessidade de

deslocação ao serviço de urgência. São efetuados ensinamentos relativos à toma de medicação analgésica para prevenção da dor, especialmente nas primeiras 24 horas de pós-operatório, assegurando que a pessoa estará acompanhada por um familiar ou amigo. A alta hospitalar destes clientes segue-se após cumprirem todos os parâmetros da alta de recobro, ingerirem e tolerarem alimentação, assegurando que a data da próxima consulta está marcada e o acompanhante disponível para voltar ao domicílio.

3.1.6 Perspetiva da gestão de bloco operatório

Durante o estágio foram também dedicados 5 turnos da manhã (40 horas) com a atividade de gestão do bloco operatório. Sob a tutoria da enfermeira coordenadora foi possível perspetivar o trabalho desenvolvido em contexto de coordenação de enfermagem de um bloco operatório.

O estágio nesta vertente restringiu-se a uma observação participante, dado o grau de complexidade do quotidiano de gestão. O trabalho desenvolvido em função de coordenação corresponde a todo um planeamento a longo, médio e curto prazo, incidindo nas áreas de gestão de recursos humanos e materiais.

No quotidiano de coordenação, a gestão depende maioritariamente de um programa cirúrgico em constante mutação. Uma das múltiplas agendas dedica-se, exclusivamente, às propostas cirúrgicas, comunicadas quer pelos cirurgiões quer pelas secretárias dos serviços de internamento. Uma das limitações sentidas prende-se precisamente com o facto de surgirem alterações de última hora, seja pelo cancelamento de clientes ou pelo surgimento de novos casos do foro traumatológico prioritários. Estas constantes alterações ao programa cirúrgico semanal implicam um contacto muito próximo, quase permanente, com as firmas responsáveis pelo fornecimento do instrumental e implantes necessários. A disponibilidade destes dispositivos médicos, por sua vez, é mediada também pela gestão das empresas e pela capacidade de processamento da central de esterilização, que está referenciada fora da instituição hospitalar. Assiste-se, desta forma, a todo um bailado coordenado de dezenas de entidades, para que seja

possível uma simples caixa de instrumental estar disponível atempadamente para uma cirurgia de última hora.

A esta dimensão somam-se as escalas de pessoal e a gestão de recursos humanos, nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais. A coordenação obriga a um conhecimento profundo das competências de cada elemento da equipa, na medida em que cada profissional é único com as suas capacidades e limitações. A distribuição da equipa de enfermagem pela escala de funções diária (UCPA, anestesia, circulação, instrumentação) obedece a uma série de critérios que contemplam nomeadamente: a experiência, o desenvolvimento profissional, a gestão de conflitos internos, até mesmo à antecipação de eventos adversos na sala de operações ou os objetivos de desenvolvimento individual. Por vezes não existem alternativas quanto à distribuição dos profissionais, seja pela falta de recursos humanos ou mesmo pelas condicionantes do próprio programa cirúrgico.

Fica-se com a perspetiva que a vertente de coordenação de um bloco operatório transcende a simples operacionalização de pedidos, elaboração de escalas e horários, ou mesmo na gestão de conflitos entre elementos que em muito influenciam um ambiente fechado como o do bloco operatório. Gerir obriga a um conhecimento profundo de todos os recantos físicos do serviço, bem como um saber minucioso de todas as engrenagens que fazem mover esta máquina que não para e está em constante mudança. Todos os meses surgem novas tecnologias, novas técnicas e procedimentos. As boas práticas, bem como os critérios de qualidade, evoluem, obrigando a uma constante atualização dos conhecimentos perioperatórios em prole de uma prestação de cuidados de excelência e de referência.

3.2 Aquisição de Competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória

Tal como referido inicialmente, na capa do presente relatório de estágio, procura-se com este documento provar o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória. Este título académico está diretamente relacionado com um conjunto de competências dentro do domínio de especialização na área, permitindo ao Enfermeiro Perioperatório a aplicação desse conhecimento na resolução de situações complexas.

Seguidamente, serão abordados os distintos domínios preconizados pelo Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória para a aquisição do grau de Mestre, procedendo-se à justificação de como estas competências foram desenvolvidas e adquiridas.

3.2.1 Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.

Com a realização deste projeto materializam-se conhecimentos adquiridos, relatam-se percursos que resultaram em aprendizagens reflexivas, provam-se competências adquiridas na área da Enfermagem Perioperatória.

O Enfermeiro Perioperatório é um profissional de saúde com competências técnicas e científicas altamente qualificadas. Dentro de uma equipa multidisciplinar, atua prestando cuidados de excelência seguros, consoante as necessidades específicas do seu cliente. Este cliente é uma pessoa, em qualquer fase do ciclo de vida, que por necessitar de uma intervenção anestésico-cirúrgica, carencia de cuidados perioperatórios. Cabe à Enfermagem, nesta especialidade de cuidados, cuidar de alguém que voluntariamente, ou não, se encontra vulnerável.

Esta vulnerabilidade está presente na realidade perioperatória, seja pela situação de saúde do cliente, ou mesmo pela impossibilidade de resposta derivado à indução anestésica. Estar vulnerável implica estar desprotegido, exposto a riscos, ser incapaz de se defender. O enfermeiro surge assim como um “guardião” capaz de defender as expectativas de melhoria da qualidade de vida do seu cliente.

Através dos cuidados de enfermagem perioperatórios é possível cuidar desta pessoa desde o período pré operatório, durante o intraoperatório, até à fase pós-operatória. Os cuidados de enfermagem perioperatórios visam, assim, a proteção desta entidade, bem como dos seus familiares e pessoas significativas. Esta proteção passa pela visão holística do cliente pelo enfermeiro, que através do processo de enfermagem, configura cuidados de excelência, capazes de promover a autonomia do cliente, capacitando-o para a saúde. A prestação de cuidados ocorre assim através de diferentes áreas de atuação que se complementam entre si: consulta/visita pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos (em UCPA) e consulta/visita pós-operatória.

Cuidar perioperativamente caracteriza-se por uma vigilância antecipatória dos riscos. Para vigiar é necessário estar atento, ser capaz de identificar eventos adversos e estar desperto para o ambiente que rodeia o cliente e o enfermeiro. Para antecipar é necessário conhecer os riscos, é necessário treino e experiência, bem como capacidade de raciocínio e inteligência. Para cuidar, por sua vez, não só é necessário ser-se enfermeiro mas, principalmente, ter-se uma atitude de empatia para com o próximo, possuir responsabilidade profissional, bem como agir com prudência.

Foi no âmbito da melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios que se desenvolveu o projeto de estágio. Baseámo-nos numa pergunta de partida, emanada através de acontecimentos observáveis que não tinham aparente explicação. Procuraram-se respostas sob uma metodologia, identificando-se justificações para os processos. As competências não técnicas aplicadas aos cuidados perioperatórios constituem-se num tema inovador para a qualidade dos cuidados prestados. Como se verificou através da pesquisa científica em bases de dados, trata-se de um tema em desenvolvimento noutras áreas da saúde, mas até então não aplicado à Enfermagem. Só assim, através da investigação, se progride no conhecimento, com a procura de novas soluções. Por vezes o conhecimento já está desenvolvido por outros investigadores,

cabendo ao enfermeiro perioperatório o enriquecimento do corpo de conhecimentos da sua ciência, deixando-se inspirar por outras áreas, com vista à melhoria dos cuidados prestados e da constante procura pela excelência.

3.2.2 Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.

O quotidiano laboral de um enfermeiro perioperatório obriga a uma constante resolução de problemas que, por vezes, são novos e não familiares. Para colmatar as necessidades do cliente perioperatório, torna-se imperativo ser capaz de compreender o problema manifestado, bem como aplicar corretamente o corpo de conhecimentos próprio da Enfermagem Perioperatória.

Independentemente do problema em questão se constituir como novo ou já ter sido previamente experienciado pelo profissional, existem princípios orientadores da prática de enfermagem. O nosso Código Deontológico constitui um pilar essencial para a prática, enunciando os deveres profissionais, “(...) enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como nas responsabilidades que a profissão assumiu” (Nunes, 2005, p.7).

Inicia pelo reconhecimento do cliente como único e agente ativo da sua Saúde. O enfermeiro perioperatório assume assim a responsabilidade de promover e ajudar a pessoa na obtenção de resultados positivos. Seja a nível da recuperação da autonomia, promoção do bem estar, o cliente é cuidado holisticamente antes, durante e após o procedimento invasivo anestésico-cirúrgico. A excelência destes cuidados prestados assume maiores dimensões quando o cliente tem a possibilidade de ser olhado sob uma multiplicidade de profissões.

No bloco operatório, e fora dele, desempenham funções profissões distintas com preocupações próprias. Consiste no papel do enfermeiro perioperatório facultar o acesso do cliente a outros profissionais de saúde, enriquecendo assim a qualidade do serviço de saúde que lhe é prestado. Seja em situações que transcendem a esfera de atuação da enfermagem, ou mesmo

pelo reconhecimento das limitações do próprio enfermeiro, o cliente beneficia da participação de outros profissionais para a resolução dos seus problemas. Reconhecer as competências e os ganhos de uma equipa multidisciplinar, agindo de forma promotora dessa mesma cooperação, revela responsabilidade nos cuidados que são prestados.

O enfermeiro perioperatório encontra-se numa posição privilegiada para a promoção da cooperação entre membros da equipa multidisciplinar, na medida em que olha para a pessoa como um todo e sob uma perspetiva da saúde. Cabe então ao enfermeiro a gestão de estratégias facilitadoras da comunicação entre o cliente e outros profissionais

Desta forma, recorrendo aos conhecimentos próprios da enfermagem perioperatoria, aos contactos e à posição central que ocupa no seio da equipa multidisciplinar, o enfermeiro possui as ferramentas necessárias à resolução de problemas novos. O cliente beneficia de ser olhado sob múltiplos filtros profissionais, pelo que cabe ao enfermeiro reunir a equipa em torno da peça central dos cuidados perioperatórios.

3.2.3 Integra conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.

Por vezes surgem situações complexas, nas quais a informação é limitada ou mesmo incompleta. São exemplo cirurgias inovadoras, técnicas experimentais com recurso a novos dispositivos médicos, em que a documentação de apoio é escassa ou mesmo inexistente. Cabe ao enfermeiro perioperatório uma postura vigilante de situações particulares como estas. Ser capaz de identificar uma situação fora do comum e da habitual rotina, constitui-se num passo importante para a prevenção do erro.

Lidar com este tipo de questões difíceis e encontrar soluções obriga a emissão de juízos e tomada de decisões com base na redução do risco para o cliente, bem como para os profissionais.

O Enfermeiro Perioperatório deverá possuir os conhecimentos necessários para esta tomada de decisão autónoma. Assim, deverá evocar os conhecimentos que detém das experiências passadas, aplicando aos padrões que identifica em situações novas. É igualmente importante uma ação com prudência em gestão do risco, na medida em que se procuram sempre minimizar as complicações bem como a ocorrência de eventos adversos. Incluir a equipa multidisciplinar nos processos de tomada de decisão possibilita efetuar escolhas ponderadas e responsáveis.

Tal como foi referido ao longo deste documento, os cuidados perioperatórios assumem um carácter de vigilância antecipatória com base nos conhecimentos integrados, no cumprimento das boas práticas e normas instituídas. Agir em conformidade com as regras pré estabelecidas não só orienta a prática como salvaguarda a ação profissional. Através da aplicação do processo de enfermagem, garante-se a promoção responsável das decisões tomadas e ações no decurso da prática perioperatória. O registo e documentação de prescrições, dos cuidados e dos resultados desses mesmos cuidados asseguram a transferência de informação de uma forma sistematizada constituindo-se como provas materializadas.

O objetivo consiste sempre em minimizar os prejuízos para o cliente e equipa multidisciplinar. Desta forma, com base no conhecimento e compreensão da aplicação dos princípios de qualidade, as decisões tomadas deverão ser ajustadas à gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos. Não esquecer que a tomada de decisão deverá sempre passar pelo envolvimento do objeto de todos os cuidados: o cliente.

A promoção da aplicação de todos os princípios subjacentes ao consentimento livre, esclarecido e informado obriga o enfermeiro perioperatório a assumir um papel de advogado do cliente. Este deverá sempre respeitar as crenças e valores da pessoa de quem cuida, agindo em benefício deste e independentemente do controlo externo efetuado. Só atuando com consciência cirúrgica o profissional age com respeito pelo cliente, consciente das consequências dos seus atos, quer científicas, éticas, deontológicas ou mesmo jurídicas.

3.2.4 Comunica 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, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.

A comunicação do conhecimento próprio da Enfermagem Perioperatória relaciona-se com a capacidade de transmissão aos outros acerca da área de atuação dos cuidados perioperatórios de enfermagem. A ciência evolui pela capacidade do ser humano em transmitir os seus conhecimentos ao próximo. Analogamente, o corpo de conhecimentos relacionados com a enfermagem perioperatória só poderá continuar a evoluir e a desenvolver-se se os seus agentes se dedicarem à transmissão desses mesmos conhecimentos não só dentro da sua comunidade profissional, mas também para toda a comunidade das ciências da saúde.

Esta transmissão de conhecimentos poderá ocorrer desde uma simples discussão entre dois colegas, a um esclarecimento de grupo dentro do contexto laboral e até mesmo em contexto de formação noutra serviço. Importante será de ressaltar, que o raciocínio, os conhecimentos e as conclusões devem ser transmitidos com recurso à linguagem própria da Enfermagem Perioperatória.

Comunicar no seio da comunidade científica constitui-se numa oportunidade de conferir visibilidade ao que os enfermeiros perioperatórios são capazes de fazer, ao mesmo tempo que se expandem os horizontes da sua esfera de atuação.

Existem locais e momentos próprios para esta partilha de saberes e experiências, onde se reúnem as condições de sensibilização para a melhoria e aperfeiçoamento, para o crescimento e incentivo ao desenvolvimento. Habitualmente denominados de Congressos, Fóruns, Jornadas, este tipo de eventos promovem a divulgação do conhecimento publicamente. A todos os especialistas e não especialistas que queiram participar nestas “reuniões” são fornecidas as condições para acederem aos mais recentes, mediáticos ou mesmo inovadores desenvolvimentos da área.

A participação nestes eventos como palestrante obriga a uma série de regras formalizadas. Desde a utilização de linguagem científica apropriada, ao domínio da língua portuguesa ou mesmo estrangeira (sendo a mais habitualmente utilizada a inglesa), ao respeito pelas formalidades de discurso e mesmo de indumentária. O palestrante deverá apresentar uma oração clara, sem ambiguidades, capaz de se fazer entender tanto por colegas quanto por outros profissionais de saúde.

Foi já fora do contexto de estágio que o estudante desenvolveu estas capacidades. A primeira experiência teve lugar no Congresso Nacional da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), com a apresentação “Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista” merecedora do 1º prémio de comunicações livres (Anexo I).

Seguiu-se o “Primeiro Congresso Perioperatório do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.”, participando como congressista e palestrante com o tema “Cuidados de Enfermagem Perioperatórios: a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem (Anexo I). Esta estreia permitiu ao estudante reconhecer a importância da argumentação das ideias e conhecimentos transmitidos através do momento de discussão que sucede a apresentação.

Um mês depois participou-se no “Congresso de Enfermagem Perioperatória” organizado pelo Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. Foi possível integrar a comissão organizativa deste congresso, participar como congressista, assim como palestrante, com outra versão do tema “Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista” (Anexo I).

Em 2015 procurou-se a estreia num congresso internacional, neste caso no 7º Congresso da European Operating Room Nurses Association (EORNA) (Anexo I), que teve lugar em Roma, Itália. Participou-se inclusive com a comunicação livre “Scrub Nurses Non Technical Skills”, evidenciando a importância da formação no desenvolvimento destas competências. Foi feita uma apresentação oral de 10 minutos com *powerpoint*, acerca do impacto nos resultados observados antes e após uma sessão de formação ao mesmo grupo de enfermeiros. A comunicação e discussão desenrolou-se exclusivamente em inglês, constituindo-se num desafio e ao mesmo tempo numa oportunidade de crescimento e desenvolvimento profissional.

No final do mesmo ano participou-se no “3º Fórum Nacional de Bloco Operatório”, neste caso apenas como congressista (Anexo I).

No início de 2016 participou-se como congressista no “XVII Congresso Nacional da AESOP” (Anexo I) e, recentemente, no “Congresso do Joelho” (Anexo I), bem como no “36º Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia” com o tema “Infecção em artroplastia total do joelho” (Anexo I).

A participação nesta tipologia de eventos possibilita uma constante atualização do corpo de conhecimentos em Enfermagem Perioperatória. Através do contacto com profissionais da área discutem-se ideias e projetos, problemas e soluções, numa constante procura pela excelência dos cuidados.

3.2.5 Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A aprendizagem e procura da excelência da prestação dos cuidados ao longo da vida profissional faz parte dos enunciados descritos no Código Deontológico de Enfermagem, pelo Artigo 78.º, 3 c) no qual se “...impõe ao enfermeiro uma conduta ligada ao desenvolvimento contínuo, onde podem considerar-se subjacentes a concretização da autonomia, a imprescindibilidade e a garantia da qualidade dos cuidados prestados” (Nunes, L. et al., 2005, p.137).

Trata-se de um dever específico presente também no Artigo 88.º (Nunes, L. et al., 2005, p.136), no qual “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;”.

A capacidade de aprendizagem ao longo da vida profissional traduz-se numa competência em enfermagem perioperatória que possibilita a constante atualização do saber de

uma forma auto-orientada e autónoma. A área do perioperatório caracteriza-se pela rápida evolução tecnológica e em constante atualização. A cada dia que passa, novas técnicas são apresentadas, novos aparelhos são desenvolvidos. Todos os meses são apresentados no bloco operatório novos implantes, novos instrumentais, com medidas inovadoras e cada vez mais subespecializadas. Vivemos na Era da Informação e os cuidados de enfermagem perioperatório não estão alheios a esta constante evolução. Cabe ao enfermeiro perioperatório ser capaz de se manter atualizado, ser capaz de colocar as questões certas.

A realização deste Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória permitiu o contacto com ferramentas essenciais para a satisfação desta necessidade de constante atualização. Sempre que o estudante se deparar com um problema no seu quotidiano para o qual não obtém uma solução devidamente comprovada, segura e reconhecida pelos pares, lembrar-se-á dos passos aprendidos em contexto académico. Com recurso a uma metodologia, como a metodologia de projeto, obtém-se uma linha orientadora e esquemática do processo de resolução do problema; recorrendo-se a bases de dados científicas aplicar-se-ão as palavras-chave que abrem acesso à informação e ao conhecimento. Reconheceu-se a importância da participação em eventos de Congressos, Fórum, Jornadas não só pelo acesso a novidades na área do conhecimento, mas também pela possibilidade de se deixar contagiar pela vontade de estudar e querer saber mais. Ser capaz de aprender ao longo de todo o percurso profissional exige paixão pelo que se faz todos os dias. “*Stay hungry, stay foolish*” dizia Steve Jobs em Standford, o mundo perioperatório é demasiado vasto para alguma vez se considerar que já tudo se sabe e mais não se precisa de saber. Há que se manter *foolish*, através de uma atitude humilde mas ao mesmo tempo capaz de desafiar as barreiras do dia a dia. Ser capaz de empurrar os limites da esfera dos cuidados perioperatórios, seja no período intraoperatorio seja para fora do bloco operatório. O potencial de cuidados vai desde o momento em que a pessoa se apercebe que precisa de cuidados perioperatórios até ao fim do ciclo vital. No entanto, mesmo dentro da sala de operações, existe toda uma serie de acontecimentos que negligenciamos ou mesmo tomamos como garantidos. Tal como se identificou com este projeto, a maioria dos enfermeiros perioperatórios peritos tem comportamentos e atitudes que não sabem explicar porquê, mas que sabem e reconhecem a importância dos mesmos para a qualidade dos cuidados. A informação rodeia-nos, pelo que cabe

ao enfermeiro procurar organizá-la em conhecimento, a fim de resolver os seus problemas que mais direta ou indiretamente se traduzem em problemas também para o cliente.

Existe uma expectativa implícita no cliente de que o profissional que o cuida é competente. A vida da pessoa em situação perioperatória depende disso. Como enfermeiro perioperatório, o dever da prestação de cuidados de excelência torna-se imperativo especialmente porque alguém se coloca numa posição voluntariamente vulnerável, confiando e consentindo na qualidade dos cuidados que lhe serão prestados. Desta forma, e considerando a constante mutação da realidade dos cuidados perioperatórios, o enfermeiro é obrigado a manter uma atitude de constante crescimento profissional, não só por ele, não só pela profissão, mas principalmente por aquela entidade que lhe dá o devido valor social: O cliente perioperatório.

4. Conclusão

A realização deste relatório de estágio permitiu a aquisição de conhecimentos no domínio da enfermagem perioperatória. Com os contributos da investigação elaborada, foi possível a compreensão e aplicação destes saberes para a resolução de problemas, em ambiente clínico multidisciplinar, consciente das implicações científicas, éticas, deontológicas e jurídicas.

O desenvolvimento da capacidade de comunicar e argumentar com especialistas e não especialistas, facilitou a aquisição de competências promotoras da aprendizagem, no domínio da enfermagem perioperatória. Desta forma, consideramos que este trabalho reflete a satisfação das necessidades de formação e desenvolvimento do projeto pessoal e profissional. Constitui-se num exercício de reflexão quer na identificação dos recursos pessoais, bem como no desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências em complementos das já adquiridas.

Identificaram-se como dificuldades no cumprimento dos objetivos deste relatório a distribuição assimétrica da totalidade de horas de estágio, que por outro lado permitiu o colmatar de lacunas na área de competências da esfera dos cuidados perioperatórios que se encontravam menos desenvolvidas, nomeadamente nas funções de enfermeiro instrumentista. A esfera do conhecimento em Enfermagem Perioperatória é vasto, com inúmeras especialidades e subespecialidades, pelo que não se considera suficiente o contacto com apenas a vertente da ortopedia e traumatologia. Por outro lado, ao desenvolver o estágio nesta área foi possível um aprofundamento intenso dos conhecimentos adquiridos.

Como sugestão para outros trabalhos de investigação, propõe-se o desenvolvimento das competências não técnicas para o enfermeiro perioperatório, além das que foram desenvolvidas no âmbito das funções de instrumentação, bem como o desenvolvimento de instrumentos de avaliação dessas mesmas competências em ambiente perioperatório real.

5. Referências bibliográficas

AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Lusodidacta.

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002). *Nursing theory: Utilization and application* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Alarcão, I. (1996). Ser professor reflexivo. In Alarcão, I. *et al. Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 373-382.

AORN. (2006). *Standards, recommended practices and guidelines*. Denver.

Atkinson, L., & Fortunato, N. (2000). *Berry and Kohn's introduction to operating technique* (9th ed.). New York: Mosby.

Austin, W. (2013). Ethical issues in qualitative nursing research. In C. T. B. Beck (Ed.), *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research* (1st ed., p. 645). New York: Routledge Handbooks.

Banbury, S. e Tremblay, S., (2004) *Situation Awareness: A cognitive Approach*. Aldershot: Ashgate.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Com). Coimbra: Quarteto Editora.

Bernier, F. (2002). Applying Orem's Self-Care Deficit Theory of Nursing To Continence Care: Part 2. *Urologic Nursing*, 22(6).

Boterf, G. Le. (2006). Avaliar a competência de um profissional - Três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60–63.

Ceitel, M. (2007). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Sílabo.

Correia, M. da C. B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Universidade de Lisboa.

Endsley, M. (1995). *Toward a theory of situation awareness in dynamic systems*. *Human Factors*. Aldershot: Avebury

Fawcett, J. (2001). The nurse theorists: 21st-century updates--Dorothea E. Orem. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 34–8.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação qualitativa*. Lisboa: Monitor.

Flin, R., & Mitchell, L. (2009). *Safer Surgery* (1st ed.). Ashgate Publ.

Flin, R., Mitchell, L., Coutts, K., Youngson, G., & Mitchell, J. (2010). *Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills (SPLINTS)*.

Flin, R., O' Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the Sharp End - A Guide to Non-Technical Skills* (2nd ed.). Ashgate Publishing Limited.

Flin, R., Patey, R., Glavin, R., & Maran, N. (2010). Anaesthetists' non-technical skills. *British Journal of Anaesthesia*, 105(1), 38–44.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Gaba, D., Howard, S. Small, S. (1995) *Situation awareness in anesthesiology*. *Human Factors*. Aldershot: Avebury

Goodman, T., & Spry, C. (2014). *Essentials of Perioperative Nursing* (5th ed.). United States of America: Jones & Bartlett Learning.

Hamlin, L., Richardson-Tench, M., & Davies, M. (2010). *Perioperative Nursing an introductory text*. Australia: Mosby.

IPS-ESS. (2013). *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do Trabalho de Mestrado (Relatório de Estágio)*, 11.

Kam, B. W., & Werner, P. W. (1990). Self-Care Theory. *AORN Journal*, 51(5), 1365–1370.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais (2a ed.)*. Porto Alegre: Artmed Editora

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas*. Porto: Asa.

Lemos, P., Jarret, P., & Philip, B. (2006). *Day Surgery: Development and Practice*. Porto: International Association for Ambulatory Surgery.

Margarida, A., & Esteves, T. (2012). *A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório*.

Mitchell, L., & Flin, R. (2008). Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04695.x>

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 818–28.

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2012). International Journal of Nursing Studies Evaluation of the Scrub Practitioners ' List of Intraoperative Non-Technical Skills (SPLINTS) system. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 201–211. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.012>

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., Youngson, G., & Infirmary, A. R. (2012). Evaluation of the Scrub Practitioners ' List of Intraoperative Non-Technical Skills (

SPLINTS) system (2012) International Journal of Nursing Studies , 49 , 201-211. International Journal of Nursing Studies, 49(2), 201–211. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.012>

Nunes, L. (2012). Enfermagem perioperatória: desafios para a Viagem. In 6th EORNA CONGRESS - Navegando para o futuro (pp. 1–7). Lisboa.

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos (Ordem dos). Lisboa.

Nunes, L., Antunes, A., Ruivo, A., Lopes, J., Leal, P., Deodato, S., ... Pereira, M. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. Percursos, (15), 1–38.

O.E. (2010). Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem.

O.E. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem Tomada de Posição, 1–4. Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of Practice (6th ed.). Michigan University: Mosby.

Riem, N., Boet, S., Bould, M. D., Tavares, W., & Naik, V. N. (2012). Do technical skills correlate with non-technical skills in crisis resource management: a simulation study. British Journal of Anaesthesia, 109(5), 723–8. <http://doi.org/10.1093/bja/aes256>

Rivera-García, P. (1998). Marco Teórico, elemento fundamental en el proceso de investigación científica.

Rothrock, J. C. (2008). Cuidados de enfermagem ao paciente cirurgico (13a). Loures: Lusodidacta.

Stobinski, J. X. (2008). Perioperative Nursing Competency. AORN Journal, 88(3).

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem) (5a). Loures: Lusociência.

Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., & Maran, N. (2006). Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. *Surgery*, 139(2), 140–9. <http://doi.org/10.1016/j.surg.2005.06.017>