



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**Dinâmica Organizacional e Monitorização do Bloco Operatório de um Hospital da  
Guiné-Bissau: Redução das infeções no Peri Operatório e no Contexto  
Comunitário.**

*Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária,  
na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*

Por  
Tomás Frederico Gomes de Barros

Porto, agosto de 2022





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**Dinâmica Organizacional e Monitorização do Bloco Operatório de um Hospital da  
Guiné-Bissau: Redução das infeções no Peri Operatório e no Contexto  
Comunitário.**

**Organizational Dynamics and Monitoring of the Operating Room of a Hospital in  
Guinea-Bissau: Reduction of Infections in the Perioperative and Community  
Context.**

*Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária,  
na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*

Por

Tomás Frederico Gomes de Barros

Sob a orientação de Professor Doutor Paulo Jorge Alves

Porto, agosto de 2022

## RESUMO

O presente relatório descreve o processo e resultado do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública desenvolvido na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Assente no desenvolvimento de competências especializadas e de Mestre em Enfermagem, o percurso do estudante, quer na componente teórica do Mestrado, quer no estágio Saúde Comunitária: Vigilância e Decisão Clínica e no Estágio Final, culminando com a apresentação deste documento, tivemos como fundamentos aumentar conhecimentos teórico-prático da equipa de enfermagem do bloco operatório e dos enfermeiros de serviço de internamento pós-cirúrgico do hospital da Guiné-Bissau com vista a melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem prestados aos doentes e familiares no bloco operatório e no serviço de internamento pós-cirúrgico do hospital da Guiné-Bissau de modo a reduzir o nível das infeções no peri-operatório e no contexto comunitário. Esta iniciativa permitiu-nos igualmente conhecer alguns problemas que de fato interferem muito no que diz respeito a qualidade de cuidados de enfermagem prestados por eles aos doentes e familiares. Relativamente aos resultados obtidos das duas avaliações de conhecimento efetuadas, na primeira avaliação antes da formação os formandos obtiveram uma média final de 43,5% o que indica conhecimentos não demonstrado pelos formandos, justificando assim a nossa intervenção no que tange essa necessidade. Já na segunda avaliação depois da formação, os formandos obtiveram uma média final de 85,5% o que indica conhecimentos demonstrados pelos formandos, quer dizer conseguiram grandes ganhos de conhecimentos com a formação ministrada. Realmente notou-se um ganho coletivo significativo de 42% por parte dos formandos comparando assim as duas médias finais.

O desenvolvimento do presente projeto permitiu-nos desenvolver algumas atividades formativas com objetivo de capacitar a equipa de Enfermagem do Hospital na Guiné-Bissau, igualmente desenvolver planos de atividades capacitação de grupos e comunidades, com vista a promover a educação para saúde para a comunidade local, permitiu-nos igualmente desenvolver as competências previstas para o grau académico de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Gestão de Bloco Operatório; Enfermagem Peri-operatória; Infeção; Enfermagem Comunitária; Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

This report describes the process and outcome of the master's in nursing with Specialization in Community Nursing, in the area of Community Health and Public Health Nursing, developed at the Portuguese Catholic University, Institute of Health Sciences.

Based on the development of specialized skills and a Master's in Nursing, the student's path, whether in the theoretical component of the Master's degree, or in the Community Health: Surveillance and Clinical Decision and in the Final Internship, culminating with the presentation of this document, was based on increasing theoretical-practical knowledge of the operating room nursing team and post-surgical inpatient service nurses at the Guinea-Bissau hospital in order to improve the quality of nursing care provided to patients and their families in the operating room and in the inpatient service post-surgical treatment at the Guinea-Bissau hospital in order to reduce the level of infections in the perioperative period and in the community context. This initiative also allowed us to know some problems that in fact interfere a lot about the quality of nursing care provided by them to patients and their families. Regarding the results obtained from the two knowledge assessments carried out, in the first assessment before training, the trainees obtained a final average of 43.5%, which indicates knowledge not demonstrated by the trainees, thus justifying our intervention regarding this need. In the second evaluation after the training, the trainees obtained a final average of 85.5%, which indicates the knowledge demonstrated by the trainees, that is, they achieved great gains in knowledge with the training provided. A significant collective gain of 42% on the part of the trainees was noticed, thus comparing the two final averages.

The development of this project allowed us to develop some training activities with the aim of training the Nursing team at the Hospital in Guinea-Bissau, also developing activity plans for training groups and communities, with a view to promoting health education for the local community, it also allowed us to develop the competences foreseen for the academic degree of master's in nursing.

Keywords: Operating Room Management; Perioperative Nursing; Infection; Community Nursing; Health promotion.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo deste processo individual, tenho de realçar que foram várias as pessoas que estiveram presentes dando o seu apoio e a quem os agradeço do fundo do coração.

Começo por mencionar o empenho do meu orientador Professor Doutor Paulo Jorge Alves e Diretor da Faculdade de Enfermagem e o Professor Doutor Pedro Melo coordenador da área de Enfermagem Comunitária no Curso de Mestrado em Enfermagem. Foram fundamentais para o meu decurso, com as suas orientações tutoriais, partilha de conhecimento e suporte científicos, mas acima de tudo, pela motivação que me foram incrementando. Sempre me foi dito que para o sucesso desta etapa seriam fulcral a dedicação e a determinação, fato que agora confesso.

Aos professores do Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa, que contribuíram para o desenvolvimento da minha formação.

Aos responsáveis da Clínica Oftalmológica da Região Norte de Portugal aonde decorreu este estudo, em particular ao Sr. Administrador da Clínica. À Enfermeira Chefe, orientadora no local de estágio, pelo apoio, incentivo, sugestões e partilha de conhecimentos.

À equipa de Enfermagem do Hospital da Guiné-Bissau pela adesão e total disponibilidade em participar o Enfermeiro colaborador, pois sem eles não seria possível a realização deste estudo.

A todos os meus amigos e familiares que em algum momento perderam a minha presença, pelo tempo despendido na elaboração desta investigação.

Aos meus pais que sempre foram o meu porto de abrigo e me inculiram o espírito de perseverança e boa disposição, incrementando o meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

E por último, agradeço afincadamente a minha querida esposa, pessoa que viveu comigo a distância todas as etapas deste processo e que está sempre presente para me ouvir, ajudar, apoiar, motivar, cuidar e amar.

## LISTA DE SIGLAS

ACNUDH – Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos

AESOP – Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa

AORN – Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

BOHGB – Bloco Operatório de Hospital na Guiné-Bissau

CDCs – Estatísticas dos centros de controle e prevenção de doenças

CDESC – Comité das Nações Unidas sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais

CORNP – Clínica Oftalmológica da Região Norte de Portugal

EEBO – Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório

ESIPC – Enfermeiros de Serviço de Internamento Pós-Cirúrgico

EUA – Estados Unidos de América

GB – Guiné-Bissau

HGB – Hospital da Guiné-Bissau

HTA – Hipertensão Arterial

MINSAP – Ministério de Saúde Pública

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIPC – Serviço de Internamento Pós-Cirúrgico

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIOGBIS – Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau

WHO – World Health Organization

• ÍNDICE

Introdução .....	12
Capítulo 1 – Referencial Teórico .....	15
1.1 HOSPITAL .....	15
1.2 BLOCO OPERATÓRIO .....	15
1.3 SEGURANÇA NO BLOCO OPERATÓRIO .....	16
1.4 A ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA .....	17
1.5 INFEÇÃO .....	18
1.6 INCIDÊNCIA DA INFEÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO .....	18
1.7 PREVENÇÃO DA INFEÇÃO NO PERI OPERATÓRIO .....	18
1.8 DESCRIÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU .....	19
▶ <i>Disponibilidade</i> .....	20
○ <i>Disponibilidade das infraestruturas e bens de cuidados de saúde</i> .....	21
▶ <i>Acessibilidade</i> .....	21
○ <i>Não discriminação</i> .....	22
▶ <i>Acessibilidade Económica</i> .....	22
▶ <i>Acessibilidade Física</i> .....	23
▶ <i>Acessibilidade da Informação</i> .....	24
▶ <i>Aceitabilidade</i> .....	24
• <b>Qualidade</b> .....	25
1.9 A TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: .....	25
CAPÍTULO 2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	27
2.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	28
Polo - I: .....	29
Polo - II: .....	29
2.2 O PLANEAMENTO EM SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO .....	29
2.2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO .....	30
2.2 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS .....	34
Objetivo Geral .....	35
Objetivos Específicos .....	35
2.3 INDICADORES E METAS .....	35
<i>Relativamente ao indicador de processo propomos como metas os seguintes:</i> .....	36
<i>No que concerne o indicador de resultado propomos como metas os seguintes:</i> .....	36
2.4 DETERMINAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES REALIZADAS .....	36
2.5 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS .....	38
Capítulo 3 – Competências adquiridas .....	46

3.1	Competências comuns do enfermeiro especialista .....	47
	<b>Competência A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b> .....	47
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	47
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	48
	<b>Competência B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b> .....	48
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	48
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	49
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	49
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	50
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	50
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	51
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	51
3.2	Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública .....	51
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	52
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	52
3.3	Competências do Mestre em Enfermagem .....	53
	▶ <b>Competências Académicas do Mestre em Enfermagem</b> .....	53
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	53
	<b>Análise Crítica-Reflexiva</b> .....	53
	Conclusão .....	55
	Bibliográficas .....	57
	<b>APÊNDICES</b> .....	60
	<b>Apêndice – i</b> .....	61
	<b>CRONOGRAMA</b> .....	61
	<b>CRONOGRAMA</b> .....	62
	<b>Apêndice ii</b> .....	63
	<b>Formulário de inscrição para a formação</b> .....	63
	<b>Formulário de Inscrição</b> .....	64
	<b>APÊNDICE iii</b> .....	65
	<b>Guião de Entrevista</b> .....	65
	<b>Guião de entrevista</b> .....	66
	<b>APÊNDICE iv</b> .....	68
	<b>Consentimento informado, livre e esclarecido</b> .....	68
	<b>Consentimento Informado, livre e esclarecido</b> .....	69
	<b>APÊNDICE v</b> .....	71
	<b>Análise de conteúdo das entrevistas</b> .....	71
	<b>Análise de conteúdo das entrevistas</b> .....	72

<b>APÊNDICE vi</b> .....	75
<b>Planos das sessões de formação</b> .....	75
<b>Plano da sessão de formação N° 1</b> .....	76
<b>Plano de Sessão de Formação N° 2</b> .....	78
<b>Plano de Sessão de Formação N° 3</b> .....	80
<b>Plano de Sessão de Formação N° 4</b> .....	81
<b>Apêndice vii</b> .....	82
<b>Folha de presença para formação</b> .....	82
<b>Folha de presença para formação</b> .....	83
<b>Apêndice viii</b> .....	84
<b>Avaliação de conhecimentos pré e pós- teste</b> .....	84
<b>Avaliação de conhecimentos Pré e Pós-teste</b> .....	85
<b>Apêndice ix</b> .....	87
<b>Avaliação da formação pelos formandos/ formador aplicando a escala de Likert</b> .....	87
<b>Avaliação das sessões de formação por parte formandos:</b> .....	88
<b>Avaliação das sessões de formação por parte do formador:</b> .....	89
<b>Apêndice x</b> .....	90
<b>Folheto informativo para estilos de vida saudáveis</b> .....	90

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela – 1: Classificação das fichas de avaliação de conhecimentos pré e pós-testes...44

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico – 1:</i> Representação gráfica do grupo-alvo pelo sexo.....	31
<i>Gráfico – 2:</i> Representação gráfica do grupo-alvo pela idade.....	31
<i>Gráfico – 3:</i> Representação gráfica do grupo-alvo pelo estado civil.....	32
<i>Gráfico – 4:</i> Representação gráfica do grupo-alvo por grau académico.....	32
<i>Gráfico – 5:</i> Representação gráfica do grupo-alvo pelos anos de exercício profissional.....	33
<i>Gráfico – 6:</i> Representação gráfica do grupo-alvo pelos anos de trabalho na instituição.....	33
<i>Gráfico – 7:</i> Percentagem dos formandos selecionados para a formação.....	39
<i>Gráfico – 8:</i> Percentagem dos formandos nas avaliações de conhecimentos no início e no final da formação.....	40
<i>Gráfico – 9:</i> Objetivos atingidos durante a formação avaliados pelos formandos em bom e muito bom.....	41
<i>Gráfico – 10:</i> Expetativas dos formandos em relação a metodologia aplicada pelo formador avaliadas em bom e muito bom Expetativas dos formandos em relação a metodologia aplicada pelo formador avaliadas em bom e muito bom.....	42
<i>Gráfico – 11:</i> Conhecimentos adquiridos pelos formandos durante a formação avaliados pelo formador em bom e muito bom.....	42
<i>Gráfico – 12:</i> Avaliação de conhecimentos dos formandos com médias > 70% no final da formação avaliados pelo formador em bom e muito bom.....	43
<i>Gráfico – 13:</i> Conteúdos abordados pelo formador durante a formação avaliada pelos formandos em bom e muito bom.....	44

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, lecionado no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa, surge a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, que se desenvolve de acordo com o previsto na alínea b) do nº 1 do artigo 20º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, constando de um estágio de natureza profissional, objeto de relatório final.

O presente documento visa descrever atividades realizadas no decorrer do estágio através da reflexão crítica sobre os objetivos traçados e as atividades realizadas. O estágio realizado decorreu no período entre abril de 2022 e julho de 2022, num total de 360 horas de contacto, numa Clínica Oftalmológica do Norte de Portugal e no Bloco Operatório de um Hospital na Guiné-Bissau com perspectiva de integrar e desenvolver competências exigidas para a obtenção do grau de Mestre. O mesmo proporciona um período de reflexão e análise da prática diária de enfermagem e permite desenvolver o espírito crítico em relação aos cuidados prestados. Do ponto de vista profissional, consideramos a troca de experiências e os conhecimentos adquiridos como grandes vantagens deste estágio.

Outrossim pretendemos dar início um projeto a ser desenvolvido no Bloco Operatório de um Hospital na Guiné-Bissau, com o qual pretendemos constituir como base do nosso relatório de investigação, tendo como temática “Dinâmica Organizacional e Monitorização do Bloco Operatório de um Hospital da Guiné-Bissau: Redução das Infecções Oftalmológicas no Contexto Comunitário”.

Relativamente aos êxitos em função das atividades programadas, no bloco operatório é fundamental imperativas a dinâmica e a colaboração de todos recursos humanos que lá se exercem, cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, instrumentistas, circulantes, assistentes operacionais..., contando igualmente com os recursos materiais e financeiros, porque só assim as atividades inicialmente programadas, por exemplo a realização das intervenções cirúrgicas e as demais atividades podem ser levadas a cabo.

É importante salientar que no bloco operatório é fundamental promover um ambiente de trabalho propício e garantir condições de trabalho cada vez melhores permitindo que os profissionais das diferentes equipas consigam satisfazer profissionalmente as necessidades dos doentes, tanto

numa perspetiva da realização pessoal e profissional, valorizando assim seu trabalho e a envolvimento de todo o serviço.

O Bloco Operatório como unidade funcional é um dos mais dispendiosos serviços dentro do hospital. A dinâmica organizacional do bloco operatório deverá permitir a utilização dos recursos humanos, materiais e físicos de uma forma eficiente e eficaz, de forma a atingir os objetivos do serviço, e mostrar uma efetividade consistente com uma rentabilização máxima desses mesmos recursos, sem desperdícios, sem perdas de tempo e com elevado grau de satisfação dos utentes.

Neste domínio da investigação, o desenvolvimento do relatório produzido utiliza uma metodologia descritiva, ainda que sempre reflexiva, que nunca perde de vista a própria missão da Universidade Católica, com a qual o mestrando se identifica plenamente, no seu enunciado de “desenvolvimento integral da pessoa e do bem comum”. Nesta ordem de ideia, propôs-se o mestrando atingir um conjunto de objetivos, que seguidamente se resumem:

O presente relatório organiza-se em três grandes capítulos. A saber:

- Referencial Teórico: sintetiza as grandes linhas científicas dominantes na investigação enquadrando assim o desenvolvido do projeto durante o Estágio e o normativo racional sobre o qual a reflexão se desenvolverá;
- Projeto de Intervenção Comunitária: traduz o trabalho desenvolvido em termos de metodologia utilizada – Planeamento em Saúde – nas suas etapas constituintes;
- Reflexão sobre as Competências Adquiridas: estrutura as conclusões principais na área do desenvolvimento e capacitação do Enfermeiro Especialista, tal como se pretende obter enquanto Mestre.

Após estes três capítulos, segue a conclusão do relatório, resumindo todo o percurso o nosso nesta Unidade Curricular.

Cumpra remeter igualmente para os objetivos gerais do Curso de Mestrado em Enfermagem, tal como enumerados pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, que se constituem como um outro vetor orientador do trabalho desenvolvido pelo estudante, em concreto:

- a. Formar enfermeiros especialistas, com uma visão integradora e transformadora da saúde, fundamentada em valores éticos, científicos e culturais;

- b. Incentivar a intervenção multiprofissional e interdisciplinar em saúde junto de populações específicas, visando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, e o alívio do sofrimento, face a questões complexas e em contextos de assistência especializada;
- c. Promover uma cultura científica de inovação e criatividade, pelo desenvolvimento de projetos de intervenção e investigação, junto das famílias, nas comunidades e nas instituições de saúde em geral.

Considerando a identificação do estudante com o conteúdo dos objetivos expostos, estes criam também o contexto em que todo o projeto de estágio se desenvolve e em que o relatório é elaborado.

No que diz respeito o desenvolvimento do nosso projeto de estágio, orientamos a redação do mesmo utilizando como suporte as competências que a Ordem dos Enfermeiros atribui ao detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

## CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO

Ao longo deste primeiro capítulo serão abordados os principais conceitos teóricos que serviram de alicerce ao estágio e os mais detalhadamente estudados, a revisão da literatura permitindo assim basear a prática na evidência científica.

### **1.1 HOSPITAL**

O Hospital é “um estabelecimento de saúde, que presta cuidados diferenciados, permanentes e de emergência durante 24 horas por dia, a doentes agudos. É constituído por um conjunto integrado de meios humanos, físicos, tecnológicos, cujo objetivo nuclear é a prestação de cuidados. Para desempenhar as suas funções necessita de desenvolver atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, em regime de ambulatório ou internamento.” (Portugal. MS. DGS, 1998).

Por forma a demonstrar como um hospital influencia na saúde da comunidade que o envolve, recorremos o livro do Professor Douro Pedro Melo intitulado “Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública”, (p.50), no qual evidencia de que a comunidade hospitalar, definida como estrutura ou conjunto de estruturas de saúde, dotadas de capacidade para internamento, serviços de ambulatório (consultas e urgências) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com objetivo de prestar à população assistência curativa e de reabilitação, podendo também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica, em articulação com as outras comunidades científicas e de prestação de cuidados de saúde adaptado de República Portuguesa, 1968).

### **1.2 BLOCO OPERATÓRIO**

O bloco operatório é o espaço físico onde se efetuam atos terapêuticos invasivos cirúrgicos, tratamentos ou exames diagnósticos. São lugares que para além da sua complexidade envolvem geralmente riscos associados de vida para os doentes e por isso têm uma complexidade física e uma organização funcional que lhes é particular.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2004),

“o bloco operatório é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório”.

Segundo a Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa (AESOP, 2006, p. 20) define Bloco Operatório como uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”.

Para Bilbao & Fragata (2006), isoladamente, um Bloco Operatório não faz sentido. Não se pode falar de Bloco Operatório sem o inserir num contexto hospitalar e numa política organizacional específica, sem os quais todo o seu funcionamento e objetivos não fariam sentido. O Bloco Operatório tem uma significativa relevância num hospital, em decorrência dos respetivos custos de investimento e de exploração, ou seja, a constante inovação tecnológica, muito onerosa e os recursos humanos altamente especializados.

### **1.3 SEGURANÇA NO BLOCO OPERATÓRIO**

Para uma política de qualidade em saúde e de melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados pelos seus profissionais, é fundamental trabalhar tendo em consideração a utilização de ferramentas e metodologias de gestão de risco, no qual permite diminuir de uma forma considerável acidentes ou erros derivados de procedimentos menos corretos.

Para minimizar os erros e garantir a segurança do doente é fundamental a existência de mecanismos como, por exemplo, a criação de check-list de procedimentos e a existência de protocolos de procedimentos. No bloco operatório existem uma grande variedade de dispositivos médicos já têm incorporado um sistema de verificação automática antes da sua utilização. Caso existir uma falha, o próprio sistema não permite avançar para o procedimento seguinte e o aparelho fica bloqueado até que o problema esteja ultrapassado.

Em 2004, a OMS desenvolveu a World Alliance for Patient Safety, com o projeto The Global Patient Safety Challenge, com vista a globalizar a segurança dos utentes. Este projeto abrange vários programas e consiste em promover políticas e práticas de segurança, desenvolvendo uma taxonomia padrão, ferramentas para avaliação e investigação, indicando soluções para a segurança do utente e desenvolvendo relatórios e iniciativas de aprendizagem que visem a produção de orientações de “melhores práticas” (WHO, 2009).

De acordo com Sousa, et al. (2009), esta necessidade de melhorar a segurança do utente nos sistemas de saúde, tem sido progressivamente aceite como um valor central na prestação de cuidados. Na última década este assunto tem ganho visibilidade em Portugal, relacionando-se diretamente com os processos de acreditação hospitalares. Segundo este, os hospitais portugueses têm, nos últimos anos, demonstrado progressos nas áreas de reporte de eventos adversos, prescrição eletrónica, sistema de unidose na medicação dos utentes, prevenção de quedas e na redução de infeções nosocomiais. No entanto, existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido de fortalecer a liderança, melhorar as políticas e envolver os stakeholders, pelo que se torna crucial desenvolver e implementar uma estratégia para a segurança dos utentes a nível nacional.

#### **1.4 A ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA**

Na Enfermagem, as competências estão definidas nas disposições gerais do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 1996). No artigo 4º do capítulo II do REPE, a OE define enfermeiro como “o profissional habilitado com um curso de Enfermagem legalmente reconhecido, (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais (...)” (OE, 2015, p. 99).

De acordo com as recomendações da AESOP (2006), os enfermeiros peri-operatórios devem reunir competências para prestar cuidados de qualidade em qualquer uma das funções que lhe são inerentes: enfermeiro de anestesia, circulante, instrumentista e enfermeiro de unidade de cuidados pós anestésicos.

Segundo Pires (2014), o enfermeiro peri operatório avalia e identifica situações de riscos, atua de acordo com padrões de segurança e qualidade, cuidando do utente cirúrgico de forma global, perspetivando a qualidade dos cuidados peri-operatórios, tendo por isso, uma responsabilidade acrescida. A relação entre o utente e enfermeiro peri-operatório tem evoluído nos últimos tempos, procurando a mesma desprender-se da perceção muitas vezes dada, de que o enfermeiro de bloco operatório, era um profissional com excelentes competências técnicas, em detrimento das competências relacionais.

De acordo com Gruendemann (1995), citado por AESOP (2006), no bloco operatório, competência representa o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do enfermeiro peri-operatório. Os enfermeiros peri-operatórios são os profissionais que supervisionam a adesão de toda a equipa cirúrgica aos princípios,

normas e procedimentos inerentes ao controlo ambiental no bloco operatório. O enfermeiro peri-operatório tem conhecimentos aprofundados em controlo de infeção, assepsia, esterilização e desinfeção, respeita e implementa as práticas recomendadas.

## **1.5 INFEÇÃO**

Segundo Bolick; et al (2000), a infeção é um quadro de invasão do organismo por microrganismos estrangeiros, que se esforçam para tomar conta deste espaço, usando para isso os próprios meios encontrados no corpo prestes a ser colonizado. Desse modo, a presença destes agentes destruidores, podem provocar inúmeras enfermidades, juntamente com o grande número de bactérias presentes nas mãos dos profissionais.

## **1.6 INCIDÊNCIA DA INFEÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO**

A infeção de sítio cirúrgico é a mais importante causa de complicações pós-operatórias no paciente cirúrgico. Estatísticas dos centros de controle e prevenção de doenças (CDCs) indicam que 14 a 16% das infeções hospitalares são atribuídos às infeções do sítio cirúrgico, fato que adiciona significativos custos relativos aos cuidados de saúde, devido a complicações dessas infeções.

Nos Estados Unidos, 16 milhões de pacientes são submetidos a procedimentos cirúrgicos por ano, sendo que 2 a 5% adquirem infeção do sítio cirúrgico.

A infeção Associada aos Cuidados de Saúde (ISC) é uma complicação relevante, por contribuir para o aumento da mortalidade e morbidade dos pacientes pós-cirúrgicos, causando prejuízos físicos e emocionais, como o afastamento do trabalho e do convívio social.

Além disso, eleva consideravelmente os custos com o tratamento, repercutindo também em uma maior permanência hospitalar. Apesar de ser a complicação mais comum de uma cirurgia, a ISC deve ser evitada e espera-se que sua ocorrência fique em níveis aceitos pelos órgãos competentes.

## **1.7 PREVENÇÃO DA INFEÇÃO NO PERI OPERATÓRIO**

A Prevenção de infeções transmissíveis é uma prioridade em todas as áreas de cuidados de saúde. No BO, face à complexidade e diferenciação dos cuidados exigidos e à necessidade de recurso a medidas invasivas, a adoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeção assume particular relevância. Existem muitas oportunidades para a

contaminação dos doentes através do local cirúrgico, acessos venosos e o uso de dispositivos invasivos pelo que o cumprimento das precauções básicas e de isolamento, a higiene das mãos e higiene ambiental são medidas importantes na prevenção e controlo da infeção (Patrick et al., 2013).

Considerando a prevenção da infeção no período peri operatório um elemento crítico da segurança do doente e do profissional de saúde, a Assotiation of periOperative Registered Nurses (AORN, 2013) publicou um conjunto de práticas recomendadas para a prevenção das infeções transmissíveis no peri operatório, com o objetivo de orientar a prática dos enfermeiros no BO, que incluem recomendações acerca da implementação das precauções básicas, das precauções baseadas nas vias de transmissão e recomendações para prevenir as infeções associadas a procedimentos.

Segundo Patrick et al. (2013), os enfermeiros peri operatórios são um elemento fundamental da equipa e devem ter um papel ativo na redução do risco e na manutenção de um ambiente seguro, inclusivamente na monitorização e avaliação das práticas de limpeza e desinfeção das superfícies e dos equipamentos com os quais o doente entrou em contacto, também elas essenciais para a prevenção e disseminação das IACS.

No BO, a necessidade de prestar cuidados a doentes colonizados ou infetados com microrganismos multirresistentes é cada vez mais frequente e os enfermeiros devem estar bem formados sobre medidas de prevenção neste contexto e adotar práticas rigorosas de controlo de infeção, adaptadas à estrutura física e aos períodos pré, intra e pós-operatório de cirurgia (Murphy, 2012).

## **1.8 DESCRIÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU**

Pretendemos neste subcapítulo evidenciar alguns problemas de saúde na Guiné-Bissau, no qual recorreremos o relatório da Secção de Direitos Humanos do Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau (UNIOGBIS) e pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) entre janeiro de 2016 e março de 2017 onde de uma forma resumida abordaremos algumas situações que são concretamente constrangedoras no que diz respeito a cuidados de saúde neste país.

A saúde é um direito que a população tem. A grande maioria dos serviços de saúde em países de rendimento médio ou baixo é prestada em hospitais e clínicas, localizados

principalmente em áreas urbanas, o que aumenta a desigualdade de acesso no qual a Guiné-Bissau não foge a regra. Isso demonstra a importância de fortalecer a integração dos serviços de saúde no qual os atendimentos devem ser reforçados sobretudo a nível dos cuidados de saúde primários por forma a garantir um encaminhamento eficaz para os serviços de ordem mais específicos, por exemplo grandes hospitais e clínicas regionais ou hospitais e clínicas de referência nacional.

De acordo com o relatório da Secção de Direitos Humanos do Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau (UNIOGBIS) e pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) entre janeiro de 2016 e março de 2017, o sistema nacional de saúde é composto pelo sector público, administrado pelo governo, que inclui mais de 3.000 agentes comunitários de saúde, prestadores privados e praticantes da medicina tradicional. No entanto, os curandeiros tradicionais representam a primeira linha de cuidados médicos. É de salientar que é apenas depois de consultar e pagar os curandeiros tradicionais, e quando o seu estado de saúde não melhora, que as pessoas doentes, cujo estado de saúde, entretanto deteriorou, alcançam o sistema público ou privado de saúde. Infelizmente o Ministério de Saúde Pública (MINSAP) e os parceiros internacionais não interagem com a primeira linha de cuidados médicos, que continua a ser constituída de curandeiros tradicionais.

Segundo o mesmo relatório, o Comité das Nações Unidas sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (CDESC) observa que um sistema de saúde deve ser disponível, acessível, aceitável e de boa qualidade. Referir-nos-emos, de seguida, a cada um destes elementos.

#### ► *Disponibilidade*

O CDESC tem enfatizado repetidamente que as instalações de saúde pública e de cuidados de saúde em funcionamento, bens e serviços, bem como os programas de saúde, devem estar disponíveis em quantidade suficiente dentro do Estado parte. Isto inclui um número adequado de unidades de saúde, serviços de apoio e médicos e outros profissionais treinados para prestar esses serviços. Doravante, o relatório referir-se-á à disponibilidade de (1) infraestruturas de cuidados de saúde e (2) serviços de saúde. Pretendemos segundo a nossa opinião frisar só o ponto um (1) que é a disponibilidade das infraestruturas e bens de cuidados de saúde.

○ ***Disponibilidade das infraestruturas e bens de cuidados de saúde***

Segundo os mesmos relatórios (UNIOGBIS e ACNUDH, janeiro 2016 e março 2017), a disponibilidade de infraestruturas físicas de cuidados de saúde é razoável na Guiné-Bissau. No entanto, essas instalações são insuficientes para constituir uma verdadeira disponibilidade no âmbito do direito à saúde. A disponibilidade exige genuína disponibilidade de infraestrutura de cuidados de saúde para todos e todas, inclusive em zonas rurais remotas, e genuína funcionalidade sob a forma de pessoal médico e de profissionais treinados que recebam salários internamente competitivos e medicamentos essenciais. A este respeito, muitos postos de saúde no país são disfuncionais ou semi-funcionais.

Em 2014, a Relatora Especial sobre a pobreza extrema observou que “a maioria dos” postos de saúde regionais não tem profissionais de saúde.

Não é forçoso que isso ainda aconteça em 2017, mas não é incomum que os profissionais de saúde se recusem a trabalhar em postos regionais.

A maioria das instalações de tipo B e C não tem eletricidade ou abastecimento de água. Em alguns postos de saúde de “Tipo C”, os profissionais de saúde descreveram a realização de partos à luz de velas, sem acesso a água esterilizada, o que pode ter impacto nas taxas de mortalidade de neonatos e suas mães. Muitas vezes, essas instalações estão em mau estado de conservação devido a falta de financiamento para manutenção regular. Muitas estão em avançado estado de degradação e necessitam urgentemente de renovação. Nas regiões, o alojamento para os profissionais de saúde é praticamente inexistente devido à inabitabilidade dos edifícios.

Para resolver algumas destas deficiências, o MINSAP e o UNICEF, em conjunto com a União Europeia e o Fundo Global, desenvolveram uma estratégia atualizada de agentes comunitários de saúde (ACS) (1 ACS para abranger 50 agregados familiares), com 16 práticas familiares fundamentais, incluindo Educação Para Infância (EPI), nutrição, malária, tuberculose (TB) e vírus de imunodeficiência humana (VIH). Até à data, foram treinados mais de 3.000 ACS, os quais foram equipados com produtos básicos.

► ***Acessibilidade***

As instalações, bens e serviços de saúde têm de estar acessíveis a todos e todas, sem discriminação, dentro da jurisdição do Estado Parte. A acessibilidade tem quatro

dimensões simultâneas: a não discriminação, a acessibilidade física, a acessibilidade económica (viabilidade) e a acessibilidade da informação.

- ***Não discriminação***

Encorajadoramente, parece não haver qualquer padrão claro de discriminação evidente, de jure com base na etnia na Guiné-Bissau, relativamente ao acesso a bens, serviços e instalações de saúde. As disparidades étnicas na mortalidade, onde existem, parecem ser em função da localização. No entanto, a discriminação baseada no género continua a ser um problema significativo. O fardo desproporcional de doenças suportado por mulheres em idade fértil, juntamente com suas necessidades específicas de acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, significa que elas têm uma exposição muito maior ao sistema de saúde. Suas necessidades merecem atenção extra e concentração de esforços por parte do Estado.

Uma abordagem baseada nos direitos humanos requer uma atenção especial a pessoas em situação de vulnerabilidade. Além disso, mulheres que buscam o aborto tendem a sofrer discriminação múltipla com relação ao acesso a serviços de saúde em razão dos níveis de pobreza endémica no país. Embora a lei nacional não criminalize o aborto desde que seja feito em instalações médicas por profissional habilitado e com o consentimento da mulher grávida, atores destacaram que o maior desafio para o acesso das mulheres ao aborto seguro são as taxas cobradas por profissionais de saúde. Como não têm condições de pagar pelo serviço, uma proporção significativa de mulheres tende a recorrer a abortos realizados por indivíduos não qualificados e fora de instalações de saúde, arriscando a sua vida e a sua saúde, assim como arriscando serem criminalizadas e expostas a situações de múltipla discriminação de género.

- ▶ ***Acessibilidade Económica***

Ainda segundo os mesmos relatórios (UNIOGBIS e ACNUDH, janeiro 2016 e março 2017), a acessibilidade económica é talvez o problema mais urgente no âmbito do sistema nacional de saúde. A grande maioria dos pacientes e suas famílias não têm os meios financeiros para pagar bens, serviços e instalações de cuidados de saúde. Tanto nas instalações públicas como nas privadas, os pagamentos diretos são extremamente elevados. Em 2012, estimava-se que a despesa privada das famílias constituía 43 por cento dos gastos com saúde na Guiné-Bissau. O pagamento de elevadas taxas pela prestação de serviços de saúde conduz inevitavelmente as famílias a uma situação

financeira difícil, esgotando as suas poupanças ou bens valiosos, podendo conduzir à assunção de dívidas avultadas ou mesmo à falência. De acordo com uma Análise do Sector da Saúde feita pelo Banco Mundial em 2016, a Guiné-Bissau tem a taxa mais elevada de pagamentos diretos na África Ocidental.

De acordo com os mesmos relatórios (UNIOGBIS e ACNUDH, janeiro 2016 e março 2017), a principal causa desta alta incidência de pagamentos diretos é a falta de financiamento do governo a bens, instalações e serviços de saúde. Apenas 5,18 por cento do orçamento nacional é alocado para cuidados de saúde, e a maior parte dessa dotação é gasta nos salários dos funcionários públicos. Dada a inexistência de fundos no orçamento da saúde remanescente suficientes para o pagamento de bens e instalações de cuidados de saúde depois de pagos os salários, os pacientes são obrigados a fazer pagamentos diretos para financiar o funcionamento do sistema de saúde. A dotação orçamental do Estado para a saúde também é insuficiente para empregar todos os profissionais de saúde do país, e, portanto, uma parte desses profissionais trabalha no sector privado. Os pacientes não recebem qualquer coparticipação ou reembolso pelo pagamento destes serviços. A tarifa média de uma consulta na Guiné-Bissau é de 750 Francos CFA (aproximadamente 1,10 USD).

Medidas estão sendo tomadas para remediar o fardo dos pagamentos diretos para a população. Por exemplo, como parte dos esforços para reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, que são extremamente altas, o Governo fez uma parceria com as Nações Unidas e a União Europeia para prestar serviços gratuitos a mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos de idade. Até o momento, as reações a essa política têm sido positivas, mas algumas dificuldades continuam a existir e a impedir o acesso.

O governo de 2014 instituiu serviços médicos e medicamentos gratuitos para crianças, mulheres grávidas e idosos. A pedido de instituições doadoras e das Nações Unidas, em 25 de maio de 2015, o MINSAP instituiu o diagnóstico e tratamento gratuito da malária para todos.

► *Acessibilidade Física*

A acessibilidade física às instalações de saúde é afetada pela distância, pobreza e falta generalizada de transporte. Muitos postos de saúde ficam a distância significativa da população que eles atendem. Durante a visita de monitorização e avaliação dos direitos humanos realizada em 2016, UNIOGBIS foi informado de que 52 por cento da população tem de percorrer mais de uma hora para alcançar as instalações de saúde mais próximas, as quais são geralmente instalações de saúde do “Tipo C”, que fornecem apenas as mais básicas intervenções médicas. A distância física das instalações de saúde do “Tipo A” também continua a ser um problema significativo, juntamente com a inacessibilidade económica. No caso de os doentes necessitarem de uma evacuação para Bissau a partir de estabelecimentos de saúde regionais, o transporte disponível é inconsistente. Quando ambulâncias estão disponíveis, os pacientes são obrigados a pagar pelo combustível, que pode ser proibitivamente caro para a maioria das famílias.

#### ► *Acessibilidade da Informação*

A acessibilidade das informações sobre saúde é dificultada devido às extraordinárias taxas de analfabetismo (ver secção II B). Têm sido feitas tentativas significativas para superar isso através do uso generalizado de programas de rádio para informar as pessoas sobre mensagens-chave de saúde pública. O papel de agentes comunitários de saúde também tem sido vital no aumento do acesso a informações e resultou comprovadamente na melhoria de conhecimentos de saúde no seio da população. Por exemplo, as taxas de vacinação e de presença em cuidados pré-natais melhoraram em áreas onde os agentes comunitários de saúde têm atuado.

#### ► *Aceitabilidade*

Todas as instalações, bens e serviços de saúde devem respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, ou seja, respeitar a cultura de indivíduos, minorias, povos e comunidades, sensíveis às exigências de género e do ciclo de vida.

Nesse sentido, como regra geral, segundo os mesmos relatórios (UNIOGBIS e ACNUDH, janeiro 2016 e março 2017), os bens, serviços e instalações de saúde na Guiné-Bissau são aceitáveis para população. No entanto, a prestação de informações e serviços de planeamento familiar à comunidade islâmica, que representa cerca de 50 por cento da população, provou ser um desafio devido às práticas culturais e às barreiras linguísticas. Embora metade das meninas e mulheres em todo o país tenha sofrido mutilação genital feminina, a prática é “quase universal” entre os muçulmanos.

Atividades para diminuir a taxa de mutilação genital feminina dentro dessa comunidade ainda estão para produzir os resultados esperados.

- **Qualidade**

As instalações, os bens e os serviços de saúde devem ser cientificamente e medicamente apropriados e de boa qualidade (pessoal médico qualificado, medicamentos e equipamento hospitalar cientificamente aprovados e não expirados, água potável segura e saneamento adequado). A má qualidade dos serviços de saúde, mesmo quando disponíveis e acessíveis, pode ter um impacto negativo significativo na morbidade e mortalidade.

A questão mais difícil que a Guiné-Bissau enfrenta no que se refere à qualidade diz respeito à prestação de serviços, para além das questões anteriormente mencionadas referentes aos recursos humanos no sector da saúde. Os indicadores de que a qualidade dos cuidados de saúde tem sido historicamente inadequados provêm de uma pesquisa realizada em Bissau, onde se observaram taxas de mortalidade elevadas entre as crianças apesar da disponibilidade relativamente elevada de serviços e um bom comportamento de procura de cuidados de saúde pelos pais e cuidadores.

Desde 1997, há indícios de que as práticas melhoraram. Porém, muitos desafios permanecem na qualidade da prestação de cuidados de saúde, traduzidos, entre outros, pela alta taxa de mortalidade neonatal que não diminuiu substancialmente ao longo do tempo.

Deve igualmente prestar-se atenção a uma “fuga de cérebros” significativa dos profissionais de saúde, uma vez que o custo da formação dos agentes de saúde que eventualmente vão trabalhar no estrangeiro (particularmente em outros países lusófonos) é suportado pela Guiné-Bissau e pelos doadores, e nunca efetivamente reembolsado pelos países “recetores”. Essa situação cria um défice profissional e priva a população da Guiné-Bissau de cuidados de qualidade.

### **1.9 A TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:**

Na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em novembro de 1986, foi aprovada uma carta que definiu diversas diretrizes para atingir a “Saúde para Todos” no novo milénio. A primeira das orientações é a promoção da saúde, definido como “o processo que

visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.” (Organização Mundial de Saúde, 1986).

Nessa conferência ficou logo definida a importância de conceitos basilares: comunidade e empoderamento.

De acordo com Melo (2020), no capítulo da conceptualização teórica da Ciência de Enfermagem, a comunidade começa a ser encarada no processo de decisão em Enfermagem como um elemento fundamental na construção individual do processo saúde-doença, a partir da escola da promoção da saúde de Nola Pender.

Segundo Melo (2020), o conceito de empoderamento comunitário tem vindo a ser estudado em múltiplos estudos científicos.

Spreitzer (1995), classificou o empoderamento comunitário como um dos três níveis de estratificação de empoderamento existentes e definiu-o como o “processo pelo qual as pessoas – individualmente ou coletivamente (no caso organizações) – por meio de processos participativos constroem estratégias e ações para atingir os seus objetivos. A consecução dos objetivos traçados na comunidade exige uma contínua procura e aquisição de recursos (internos ou externos), a participação nas decisões que afetam a comunidade e o fortalecimento das organizações que fazem a mediação pela comunidade com outros atores e instituições”.

Silva (2007), Melo, Silva e Figueiredo (2018) entendem que a abordagem avançada da Enfermagem, pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, deveria enquadrar uma tomada de decisão enraizada nas competências específicas desta área de especialidade, portanto, uma tomada de decisão orientada para a comunidade como unidade de cuidados. Esta tomada de decisão deveria ainda ser sustentada na utilização de um referencial teórico em Enfermagem para organizar a informação clínica, onde o empoderamento comunitário pudesse ser identificado como processo e como resultado da intervenção deste enfermeiro especialista.

Para Melo (2020), a tomada de decisão clínica em Enfermagem, quando enformada num paradigma orientado para o empoderamento comunitário, exige um processo consciente e intencional de diagnóstico e intervenção para aumentar o poder das comunidades.

## **CAPÍTULO 2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Ao longo da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, o projeto de intervenção comunitária é uma etapa basilar no desenvolvimento das competências dos mestrandos.

Conforme descrito no Guia da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, pretende-se, com a realização deste estágio, que o estudante atinja os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver a competência relacionada com o planeamento em saúde, aplicando as suas etapas ao contexto de gestão da segurança e prevenção de complicações na comunidade da Guiné-Bissau, tendo como epicentro uma clínica oftalmológica;
2. Proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemografia;
3. Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
4. Estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.

O presente relatório foi desenvolvido na Clínica Oftalmológica da Região Norte de Portugal (CORNP) e no Bloco Operatório do Hospital da Guiné-Bissau (BOHGB), no qual visamos descrever a forma como decorreu o Estágio Final do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, tendo como prioridade redução da infeção no peri-operatório e no contexto comunitário. O presente capítulo foi estruturado em duas grandes partes. Na primeira parte, descrevemos os locais onde se realizou o estágio. Na segunda parte referimos as fases do processo “Planeamento em Saúde” visto que o mesmo constitui um conceito orientador e fundamental no desenvolvimento deste estágio final.

## 2.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O presente estágio decorreu em contexto de prática clínica em ambiente peri operatório, sendo orientado por uma enfermeira de cuidados gerais, com experiência em enfermagem peri operatória e apoiado pela supervisão do diretor clínico.

O contexto de estágio escolhido foi o Bloco Operatório de uma Clínica Oftalmológica da Região Norte de Portugal e o Bloco Operatório de um hospital da Guiné-Bissau, instituição da Igreja Católica da Diocese de Bissau, sendo o mesmo em que exercíamos as funções laborais.

A CORNP foi fundada em 1977. A partir de um consultório de oftalmologia de prestígio, cuja atividade tinha iniciado em 1944, criou-se, pela primeira vez em Portugal, uma estrutura de prestação de cuidados de saúde médica com uma organização e uma dinâmica própria de uma empresa.

A CORNP, SA não conta só com um dos maiores departamentos de contactologia do país nos seus serviços, mas também com um centro dedicado às dificuldades de aprendizagem das crianças, equipado com tecnologias integradas de estimulação auditiva e ocular, equilíbrio oculomotores esquelético, e ainda tratamentos de fototerapia.

Durante oito anos, de 2003 a 2011, verificou-se uma abertura empresarial a novos parceiros (participação financeira e empresarial profissional no capital do grupo) adotando por isso, durante esse período, a denominação Clínica Oftalmológica X-Y, SA. Manteve-se, no entanto, inalterado o quadro de profissionais da nossa Clínica, bem como a Direção Clínica que sempre vigorou. Foi um longo e gratificante período de experiência empresarial internacional.

O hospital da Guiné-Bissau fica situado a cerca de 14 km da capital Bissau. Em 1945 o governador português na altura decidiu instalar a "X- da Guiné-Bissau", destinada a concentrar diferentes doentes. A sua construção estava incluída no plano de fomento da Guiné. As missões católicas ofereceram o seu apoio na gestão dos doentes internados.

Há seis anos, o HGB beneficiou de um BO construído pela uma Organização Não Governamental (ONG) denominada Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materno-Infantil (PIMI), beneficiou igualmente por parte desta mesma ONG a ampliação da sua maternidade com vista a melhorar a assistência prestada às mulheres grávidas e alargar a cobertura da cirurgia ginecológica e obstétrica a toda a região de Biombo.

O Hospital da Guiné-Bissau dispõe de um total de 122 camas, distribuídas em 2 polos hospitalares:

**Polo - I:**

- Serviço de Medicina: VIH/SIDA e Tuberculose com 54 camas;
- Lepra (ou outras afeções cutâneas) com 17 camas;
- Bloco Operatório com 5 camas de recobro.

Neste polo há ainda os serviços da Radiologia, do Laboratório de análises clínicas, farmácia e outros serviços gerais (secretaria, cozinha e lavandaria...).

**Polo - II:**

- Maternidade com 13 camas e 13 enfermeira repartidas 9 na enfermaria e 4 na sala de partos.
- Obstetrícia com 10 camas;
- Bloco operatório para apoio a Maternidade;
- Pediatria com 23 camas, 13 camas para pediatria geral e 10 camas para o Centro de Recuperação da Desnutrição Aguda em Internamento (CRENI).

O hospital da Guiné-Bissau é um hospital com largo vários anos de experiências no que tange aos cuidados de saúde. Atualmente é uma das instituições de saúde mais credível na Guiné-Bissau, devido a qualidade de serviços prestados a população em geral.

Relativamente ao Bloco operatório é um serviço em exponencial crescimento, apesar de ser construído a bem pouco tempo, mas é um serviço com ajuda dos diferentes parceiros presta serviços qualificados, com o qual pretendemos dar a nossa contribuição em fazer crescer ainda mais este serviço.

## **2.2 O PLANEAMENTO EM SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

De acordo com Imperatori e Giraldes (1986, p. 6), o planeamento em saúde define-se como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos”.

Também os mesmos autores (Imperatori e Giraldes, 1986), o processo de planeamento em saúde bem construído deverá seguir três grandes fases, cronologicamente ordenadas, por nomeadamente elaboração do plano, execução e avaliação. A primeira fase subdivide-se em seis

etapas, sendo estas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação dos objetivos, seleção de estratégias, elaboração dos programas e projetos, preparação da execução e avaliação.

De acordo com Melo (2020), antes de considerar o Planejamento em Saúde enquanto processo, devemos considerar o planejamento na saúde, nomeadamente na enfermagem, como etapa da tomada de decisão, sendo o planejamento um processo incorporado na essência da decisão clínica em enfermagem. Em primeiro lugar, o processo de enfermagem, constituído por cinco etapas, tem na sua base, a necessidade de planear. Em segundo, o planejamento em saúde é uma das quatro competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

### **2.1.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO**

Segundo Imperatori & Giraldes (1986), sendo o diagnóstico de situação o primeiro passo no processo de planejamento em saúde, deve atender-se no desenvolvimento do mesmo, que a concordância entre o diagnóstico e as necessidades determinará a pertinência do plano, programa e atividades. Para tal deve ter como principais características, ser suficientemente alargado para permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, suficientemente aprofundado permitindo explicar as causas desses problemas e essencialmente sucinto e claro de forma a ser facilmente lido e apreendido por todos. O diagnóstico de situação funcionará como justificação das atividades a desenvolver e como termo de comparação no momento da avaliação.

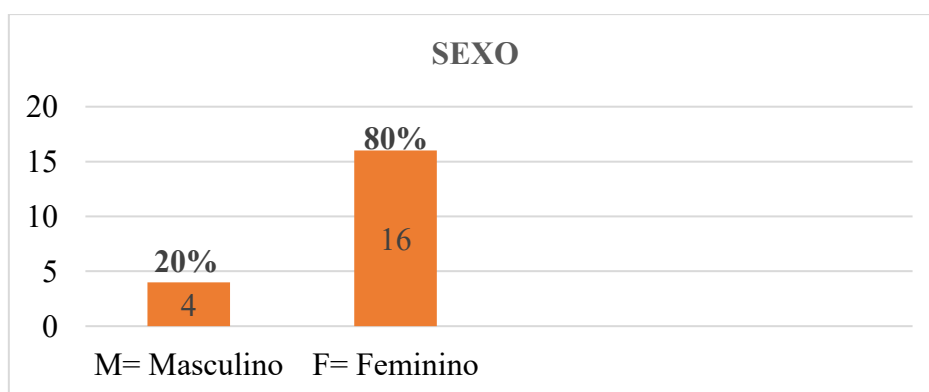
De acordo com Melo (2020), deve ter-se presente que o diagnóstico de saúde deve ser isso mesmo, ou seja, o passo de partida para as outras etapas do Planejamento em Saúde, pelo que não devem ser colhidos dados que não sejam critérios de diagnóstico e que permitam identificar necessidades que serão posteriormente alvo de intervenção.

O grupo-alvo da nossa intervenção são os vinte (20) enfermeiros que exercem os cuidados de enfermagem no Bloco Operatório (BO) e no Serviço de Internamento Pós-Cirúrgico (SIPC) no hospital da Guiné-Bissau.

Por forma a ter mais conhecimentos sobre o nosso grupo-alvo, elaboramos um formulário de inscrição (Apêndice ii) no sentido de ter mais informações sobre as características sociodemográficas (o sexo, a idade, o estado civil e o grau académico) e características socioprofissionais (anos de exercício profissional e anos de trabalho), características que

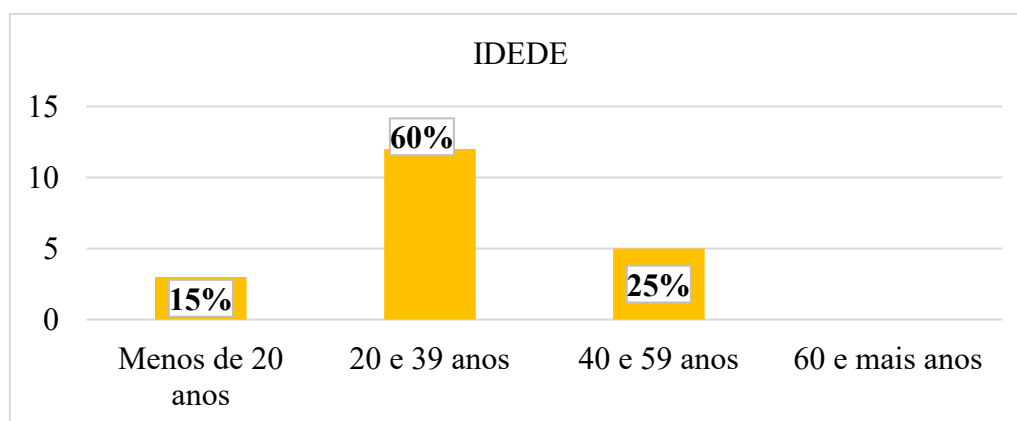
julgamos pertinentes para a realização o nosso diagnóstico e a priorização do nosso leque de intervenção.

No que diz respeito ao género como ilustra o gráfico abaixo, o nosso grupo-alvo é minoritariamente formado por indivíduos de sexo masculino com 4 enfermeiros correspondendo 20% e dominado por indivíduos de sexo feminino com 16 enfermeiras correspondendo 80%.



*Gráfico – 1: Representação gráfica do grupo-alvo pelo sexo*

Concernente a faixa etária, o nosso grupo-alvo é maioritariamente formado por enfermeiros com idades compreendidas entre os 20 a 39 anos que são num total de 12 enfermeiros correspondendo 60%, de seguida vem os da idade compreendida entre os 40 a 59 anos com 5 enfermeiros que corresponde 25% e finalmente 3 enfermeiros com idade dos 60 ou mais anos que corresponde 15%.



*Gráfico – 2: Representação gráfica do grupo-alvo pela idade*

Quanto ao estado civil, 12 enfermeiros são casados o que corresponde 60% e 8 deles são solteiros correspondendo 40%.

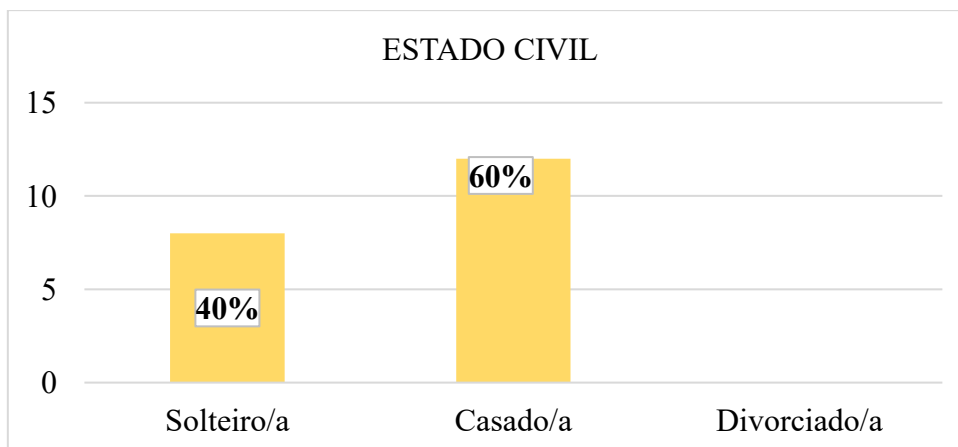


Gráfico – 3: Representação gráfica do grupo-alvo pelo estado civil

De ponto de vista de grau académico, constatamos que 18 destes enfermeiros são licenciados em Enfermagem o que corresponde 90% e 2 deles possuem o grau do curso médio em Enfermagem, correspondendo 10%.

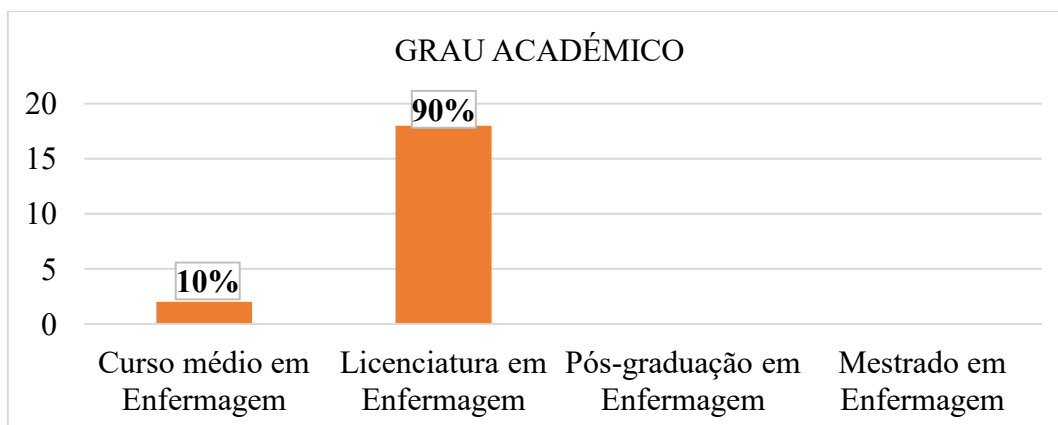


Gráfico – 4: Representação gráfica do grupo-alvo pelo grau académico

No que diz respeito aos anos exercício profissional 10 destes enfermeiros já exercem a profissão há mais de 10 anos correspondendo 50%, 8 exercem a profissão entre 6 e 10 anos correspondendo 40% e 2 deles exercem a profissão entre 1 e 5 anos que corresponde 10%.

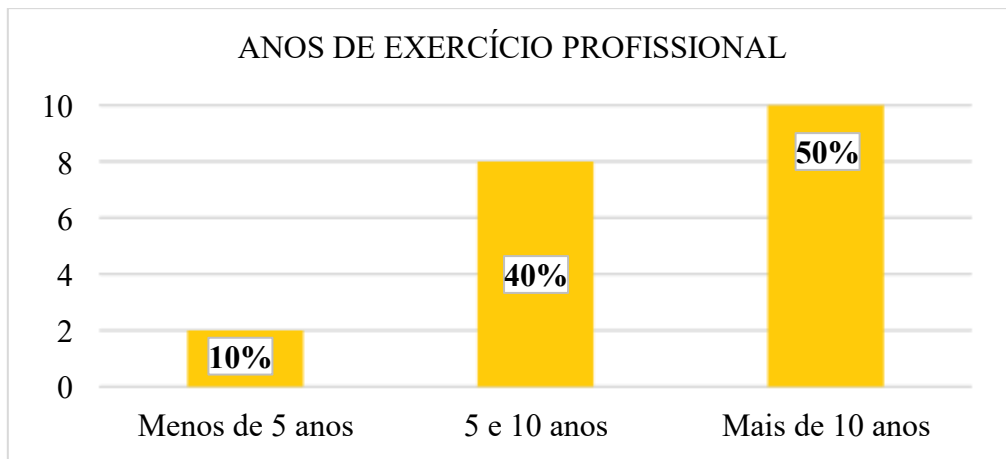


Gráfico – 5: Representação gráfica do grupo-alvo pelos anos de exercício profissional

Enquanto técnicos na instituição, 10 enfermeiros trabalham nesta instituição hospitalar há mais de 10 anos que corresponde 50%, 8 dentre eles trabalham nesta mesma instituição entre 5 e 10 anos correspondendo 40% e 2 deles trabalham na instituição há menos de 5 anos correspondendo 10%.

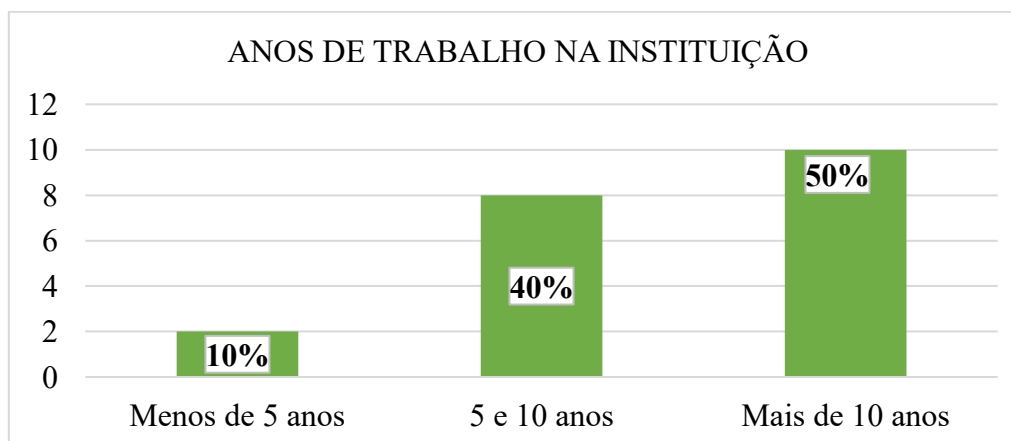


Gráfico – 6: Representação gráfica do grupo-alvo pelos anos de trabalho na instituição

Para melhor inteirarmos dos verdadeiros Problemas com que deparam estes enfermeiros no que diz respeito a prática quotidiana dos cuidados de enfermagem por eles prestados aos doentes em geral e em particular no BO e no SIPC no Hospital da Guiné-Bissau (HGB), recorreremos uma entrevista semiestruturada.

Para essa entrevista elaboramos um guião de entrevista (Apêndice iii) constituído por quatro (4) questões abertas, dirigidas para a compreensão desta problemática.

Respondendo as questões do guião, os entrevistados abordaram inúmeros problemas que lhes afetam diariamente na realização dos trabalhos tais como: falta de ações formativas interna, inexistência de procedimentos de cuidados de enfermagem no pré e pós-

operatório, inexistência de check-lists cirúrgica diário para diferentes procedimentos, falhas nos circuitos funcionais do bloco operatório, falhas no acolhimento e preparação de doentes e familiares para as cirurgias, acompanhamento inadequado dos doentes no pós-operatório.

Tendo em consideração os inúmeros problemas referidos durante a entrevista, priorizamos como necessidade principal da nossa intervenção a realização de uma sessão de formação de capacitação interna, no qual achamos que é uma das formas mais ideais para fazer cobrir os problemas mencionados pelos enfermeiros.

Considerando os preceitos éticos e deontológicos, solicitamos o parecer do Diretor Geral do Hospital da Guiné-Bissau, foram igualmente salvaguardadas as questões éticas, com a explicação do objetivo das entrevistas e consequente assinatura de uma declaração de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice iv) e garantimos igualmente o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

Outrossim, tivemos a amabilidade de dar algumas explicações aos participantes no sentido bem esclarecer a essência do que pretendemos com os dados que seriam recolhidas por forma a garantir a colaboração as suas colaborações.

Após a entrevista procedemos à análise de conteúdo das entrevistas que permitiu-nos chegar a diversas categorias e subcategorias com a identificação das correspondentes unidades de registo, que serão apresentadas resumidamente na tabela seguinte (Apêndice v).

## **2.2 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS**

Para Imperatori & Giraldes (1986, p. 77), uma vez realizado o diagnóstico de situação e determinados os problemas prioritários, procede-se à fixação de objetivos a atingir em relação a cada um deles, num determinado período. Esta é uma etapa fundamental do Planeamento em Saúde, “na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

De acordo com Melo (2020), através de “uma adequada definição de objetivos, é possível traçar o caminho das estratégias de intervenção de uma forma muito clara, pois passamos a identificar, a partir do estado atual de determinada comunidade, que estado pretendemos atingir, onde e até quando. Esta determinação dos vários parâmetros que constituem o

nível mais minucioso da definição de um objetivo (que é a indicação das metas) permite alocar os recursos e organizar as intervenções de uma forma mais efetiva e eficaz” (p. 23).

Como objetivos definidos para a realização deste estudo temos:

### **Objetivo Geral**

1. Aumentar conhecimentos teórico-prático da equipa de enfermagem do bloco operatório e dos enfermeiros de serviço de internamento pós-cirúrgico do hospital da Guiné-Bissau com vista a redução das infeções no peri operatório e no contexto comunitário.

### **Objetivos Específicos**

1. Promover o desenvolvimento os modelos procedimentos de cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório, e circuitos funcionais do bloco operatório da Clínica Oftalmológica da Região Norte de Portugal para o bloco operatório do hospital na Guiné-Bissau;
2. Melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem prestados pela equipa de enfermagem do bloco operatório e internamento pós-cirúrgico do hospital na Guiné-Bissau;
3. Implementar os modelos de aprovisionamento dos materiais e check-list cirúrgica diário para cada procedimento da Clínica Oftalmológica da Região Norte de Portugal para o contexto do bloco operatório do hospital na Guiné-Bissau;
4. Promover a comunicação potenciadora da educação para a saúde no contexto comunitário e hospitalar para prevenir complicações associadas às cirurgias e as complicações relacionadas com a mesma cirurgia.

Para a concretização destes objetivos, foi necessária a elaboração de um planeamento de projeto, onde para cada objetivo específico, são delineadas atividades e estratégias a serem desenvolvidas.

## **2.3 INDICADORES E METAS**

Para Imperatori e Giraldes (1993), referem a importância da definição de indicadores e metas, sendo que estes podem ser de impacto ou de execução, e devem estabelecer a relação entre o problema e a população alvo.

Para melhor medir estes objetivos recorreremos há alguns indicadores. Um indicador de impacto (resultado) pretende medir a alteração verificada num problema de saúde enquanto um indicador de execução (processo) pretende medir a atividade desenvolvida.

Para melhor medir esses indicadores recorreremos a algumas ferramentas criadas na seleção das estratégias com os quais faremos uso como suportes para avaliar as metas das nossas intervenções.

***Relativamente ao indicador de processo propomos como metas os seguintes:***

IP1: Percentagem dos formandos selecionados presentes na formação.

Meta: 70% dos formandos selecionados presentes na formação.

IP2: Percentagem dos formandos presentes nas avaliações de conhecimentos “pré e pós-teste.

Meta: 70% dos formandos presentes nas avaliações de conhecimentos “pré e pós-teste.

IP3: Objetivos atingidos durante a formação avaliados pelos formandos em bom e muito bom.

Meta: 70% dos objetivos atingidos pelos formandos durante a formação.

IP4: Expetativas dos formandos acerca da metodologia aplicada pelo formador avaliado pelos formandos em bom e muito bom.

Meta: 70% das expetativas dos formandos acerca da metodologia utilizada pelo formador durante a formação.

***No que concerne o indicador de resultado propomos como metas os seguintes:***

IR1: Conhecimentos adquiridos pelos formandos durante a formação avaliados pelo formador em bom e muito bom.

Meta: 70% de conhecimentos adquiridos por parte dos formandos durante a formação.

IR2: Avaliação de conhecimentos dos formandos no final da formação “pós-teste” com médias superiores a 70% avaliados em bom e muito bom.

Meta: 80% dos formandos com médias superiores aos 70% na avaliação final da formação.

IR3: Satisfação com conteúdos abordos pelo formador durante a formação avaliada pelos formandos em bom e muito bom.

Meta: 75% de satisfação dos conteúdos abordados pelo formador.

## **2.4 DETERMINAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES REALIZADAS**

Segundo Imperatori & Giraldes (1986), a seleção de estratégias é uma das etapas mais importante num processo de planeamento, pois com ela, pretende-se conceber o processo

mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários. Nesta etapa pretende-se propor novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e influir a tendência de evolução natural dos problemas. Os mesmos autores (Imperatori e Geraldès, 1986), pode definir-se uma estratégia de saúde como um conjunto de técnicas específicas, organizadas de modo a atingir um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.

Como foi dito anteriormente, uma das prioridades na nossa intervenção com vista a dar resposta a alguns dos problemas identificados, definimos como estratégia realização de ação formativa (Apêndice vi) com vista a melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem prestados pela equipa de enfermagem do bloco operatório (EEBO) e internamento pós-cirúrgico (ESIPC) do hospital na Guiné-Bissau, com diferentes temáticas: “Acolhimento e preparação de doentes e familiares no peri-operatório”, “Segurança de doente no bloco operatório”, “processo de esterilização de dispositivos médicos implementáveis”, “Cuidados de enfermagem no pós-operatório”, “Segurança na administração de medicamentos”. Relativamente aos outros problemas referidos, pretendemos adotar e implementar um conjunto documentos da CORNP, por exemplo os procedimentos de cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório, check-list cirúrgica diário para cada procedimento, modelos de circuitos funcionais do bloco operatório.

Cada uma destas sessões de formação tiveram a duração de duas horas. O espaço onde realizamos a formação foi cedido pela direção geral de HGB, assim como alguns materiais de suporte didático foram igualmente fornecidos pela mesma.

Relativamente a assiduidade elaboramos igualmente uma folha de presença efetiva (Apêndice vii) que deve ser assinada por cada formando logo no início de cada sessão formativa, permitido assim ter o conhecimento sobre quantos formandos estiveram presentes na sala de formação.

Elaboramos igualmente uma avaliação de conhecimentos para avaliar conhecimentos dos formandos no início e no fim da formação “pré-teste e pós-teste” (Apêndice viii), tendo como objetivo obter informações relativamente aos ganhos de aprendizagem com a formação ministrada. Igualmente criamos uma ficha de avaliação em escala de Likert, permitindo assim tanto os formandos como o formador avaliassem alguns itens da formação (Apêndice ix).

No que concerne a promoção da saúde a nível da comunidade, estabelecemos um acordo de parceria com uma das rádios comunitárias da Guiné-Bissau para difusão de programas radiofónicos sobre a Educação para a Saúde, programa esse que num futuro próximo será apresentado por nós uma vez por semana com direito a repetição no qual abordaremos temáticas ligadas a estilos de vida saudáveis (alimentação saudável, atividade física, tabagismo, alcoolismo), educação sexual nas comunidades escolares, rastreio precoce para a HTA e diabetes e atividades de intervenção a promoção da literacia em saúde. Perspetivamos com esta atividade fazer chegar a mensagem junto da comunidade com vista a ajudá-los na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, garantindo-lhes o ganho em saúde.

Além das temáticas acima referidas, pretendemos igual com a difusão radiofónica do nosso programa fazer alusão a certos comportamentos ligados com: crenças, valores e certos comportamentos por parte de alguns doentes e familiares, desmistificando certas situações que por bem achamos que uma vez esclarecidas ajudará a evitar precocemente problemas que podem ser muito prejudiciais a saúde do indivíduo e também da própria comunidade.

De acordo com Xavier (2017), a Carta de Ottawa aponta a Promoção da Saúde “para além dos cuidados de saúde” com “a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde”. A Carta de Ottawa estabeleceu o desafio de uma mudança para a nova saúde pública, reafirmando a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde, advocacia e mediação como processos para sua realização.

Por forma a enfatizar a promoção da saúde no seio da comunidade e reforçar o nosso programa radiofónico, elaboramos um folheto informativo (Apêndice x) com base na educação para a saúde que será deixado nos consultórios das consultas ambulatoriais do hospital da Guiné-Bissau, o qual será oferecido aos doentes e familiares. Folheto este que contém informações ligadas com a promoção e a importância de estilos de vida saudáveis (alimentação saudável, atividade física, tabagismo, alcoolismo), educação sexual nas comunidades escolares, rastreio precoce para a hipertensão arterial (HTA) e diabetes.

## **2.5 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS**

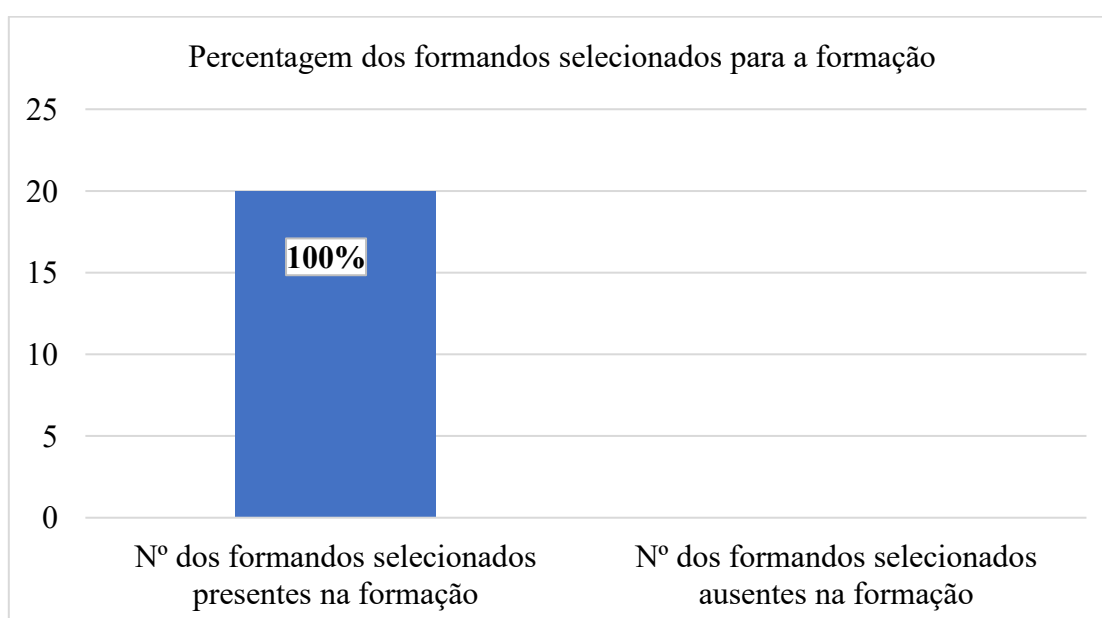
Segundo Tavares (1992), a avaliação é a última etapa do processo de Planeamento em Saúde, integrando-se também em cada uma das anteriores. A sua primeira função é

determinar o grau de sucesso na consecução dos objetivos, mediante o recurso a critérios e normas; em última análise, faz uma confrontação entre objetivos e estratégias, em termos de adequação.

O mesmo autor (Tavares, 1992), a avaliação resulta da mobilização de indicadores, que representam os dados observáveis e mensuráveis das variáveis do projeto. Os indicadores de processo ou atividade quantificam as atividades realizadas, e os indicadores de resultado ou impacto traduzem o impacto do projeto e os ganhos em saúde.

Ao longo deste subcapítulo, apresentamos os resultados dos vários pontos considerados mais pertinentes e analisados no subcapítulo dos indicadores e metas acima descritas.

IP1: Percentagem dos formandos selecionados presentes na formação.



*Gráfico – 7: Percentagem dos formandos selecionados para a formação*

No que diz respeito o gráfico – 7, relativo ao indicador de processo – 1, a percentagem dos formandos selecionados a participarem na formação de capacitação é 100%, ultrapassando assim a meta dos 70% previstos.

Esta grande adesão a formação deveu-se ao fato de maioria dos formandos se mostrarem muito interessados e motivados para essa formação de capacitação, fato que, não se realizou a bom par de anos nesta instituição.

O acima referido vai ao encontro do que é dito nas análises das entrevistas, quer dizer que a grande maioria deles estavam disponíveis para receberem esta formação interna que já

os carecia a bom par de anos fato que contribuiu negativamente na atualização de seus conhecimentos.

Relativamente a questão de assiduidade e disponibilidade para formação entra em conformidades com Estatuto do Pessoal da Administração Pública (Decreto nº 12-A/94, de 28 de fevereiro – Suplemento ao Boletim Oficial nº 9, de 1994. Pág... 238) artigo 82º, capítulo VIII carreiras profissionais, secção I, concernente a formação refere:

1. Com vista a capacitação e à melhoria do desempenho funcional dos funcionários e agentes, a Administração deverá desenvolver ações de formação profissional, bem assim ações de aperfeiçoamento e reciclagem permanentes.
2. A formação deve adequar-se ao regime de carreira, visando aumentar a eficácia e eficiência dos serviços, através da articulação das prioridades de desenvolvimento destes com os planos individuais de carreira.

Neste âmbito o HGB enquanto entidade empregador, a nova equipa da Direção Geral tem como a sua política interna promover e garantir uma cultura de formação continua interna com objetivo de capacitar internamente por ano pelo menos 10% de seus técnicos, uma vez que o próprio país carece de iniciativas do género.

IP<sub>2</sub>: Percentagem dos formandos presentes nas avaliações de conhecimentos “pré e pós-teste.

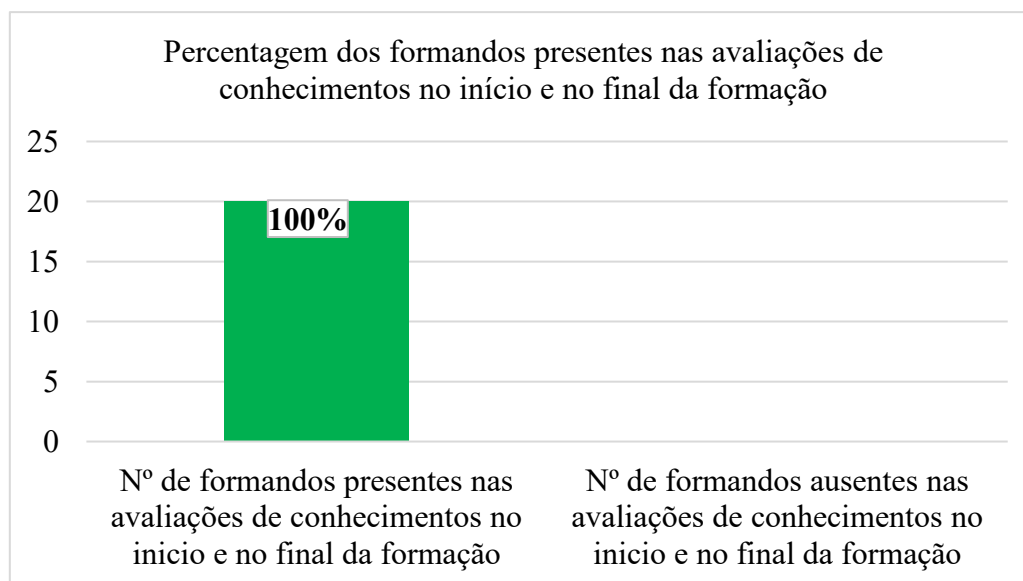


Gráfico – 8: Percentagem dos formandos nas avaliações de conhecimentos no início e no final da formação

No que concerne a percentagem dos formandos presentes nas avaliações de conhecimentos no início e no final da formação de capacitação tendo em consideração o gráfico – 8 do indicador de processo – 2, o houve 100% dos formandos presentes na formação, no qual consideramos a meta dos 70% previstos largamente atingida.

IP<sub>3</sub>: Objetivos atingidos durante a formação avaliados pelos formandos em bom e muito bom.

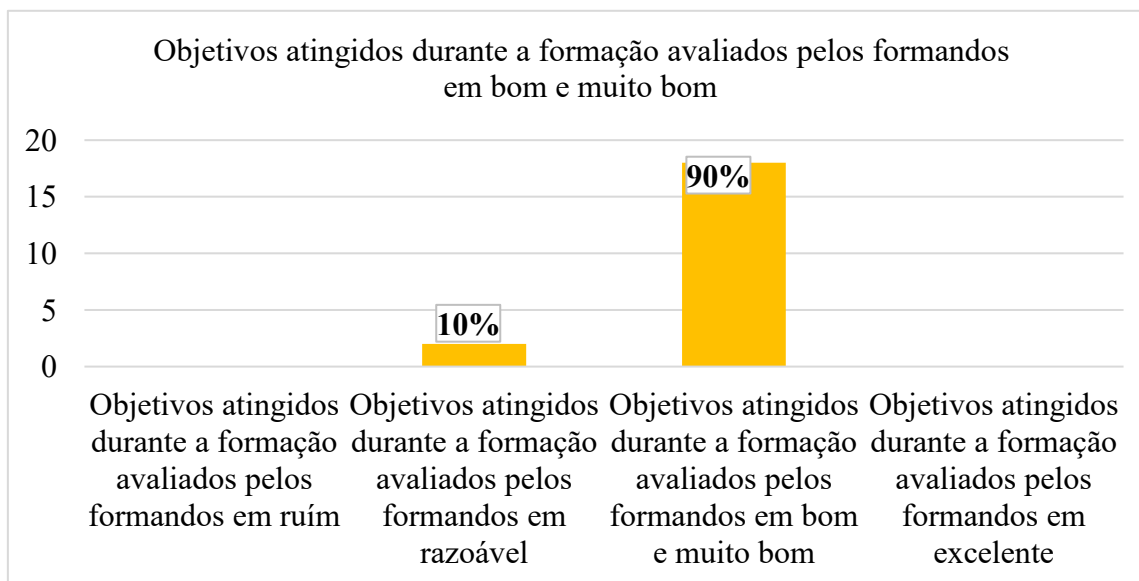
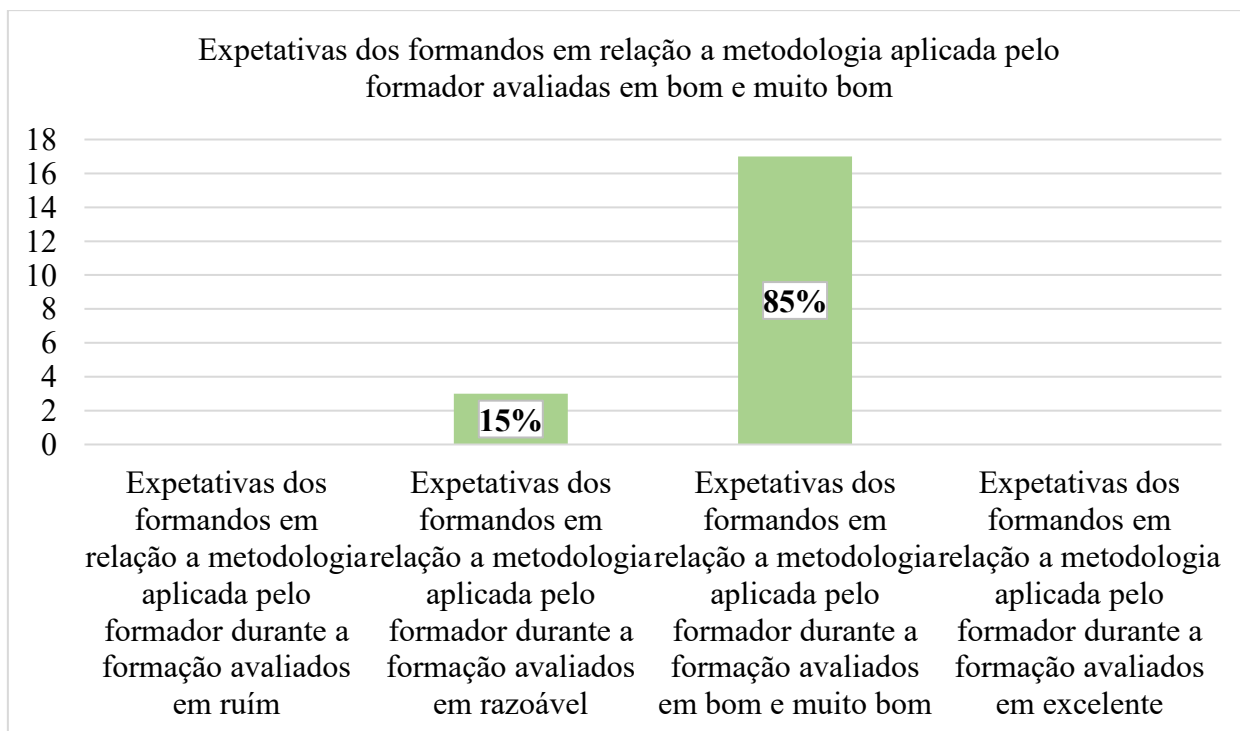


Gráfico – 9: Objetivos atingidos durante a formação avaliados pelos formandos em bom e muito bom

No que tange aos objetivos atingidos durante a formação avaliados pelos formandos, tendo em consideração o gráfico – 9 do indicador de processo – 3, consideram-se 90% os objetivos atingidos durante a formação ultrapassando assim a meta dos 70% previstos.

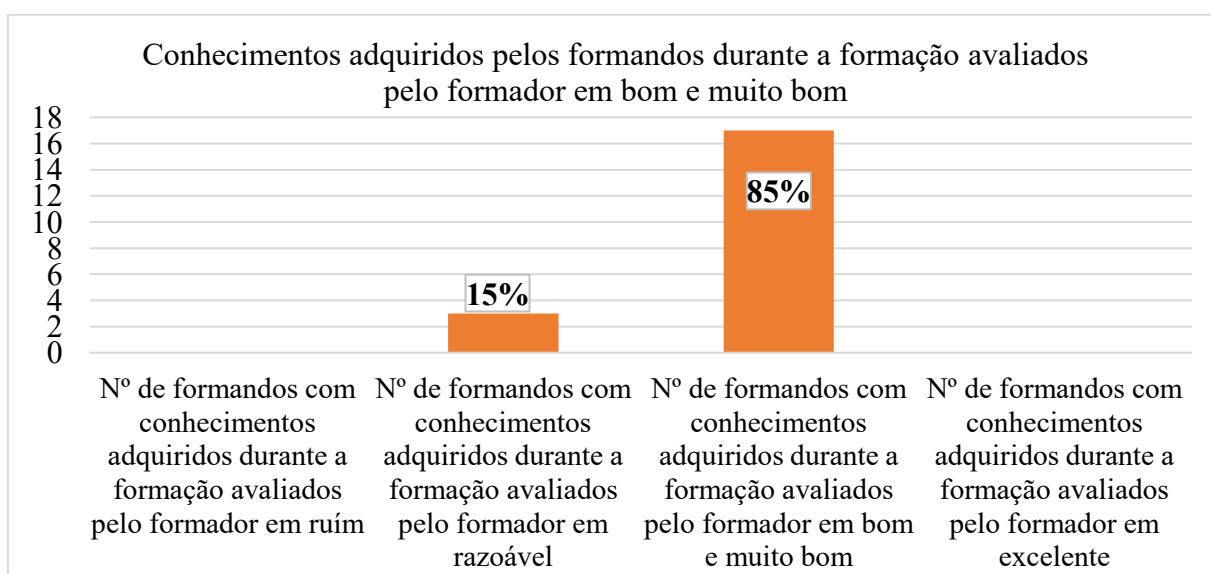
IP<sub>4</sub>: Expetativas dos formandos acerca da metodologia aplicada pelo formador avaliado pelos formandos em bom e muito bom.



*Gráfico – 10: Expetativas dos formandos em relação a metodologia aplicada pelo formador avaliadas em bom e muito bom*

No que se refere as expetativas dos formandos em relação a metodologia aplicada pelo formador durante a formação, o Gráfico – 10 do indicador de processo – 4, demonstrou que as expetativas dos formandos em relação a metodologia aplicada pelo formador durante a formação foi avaliada em 85%, superando assim a meta dos 70% previstos.

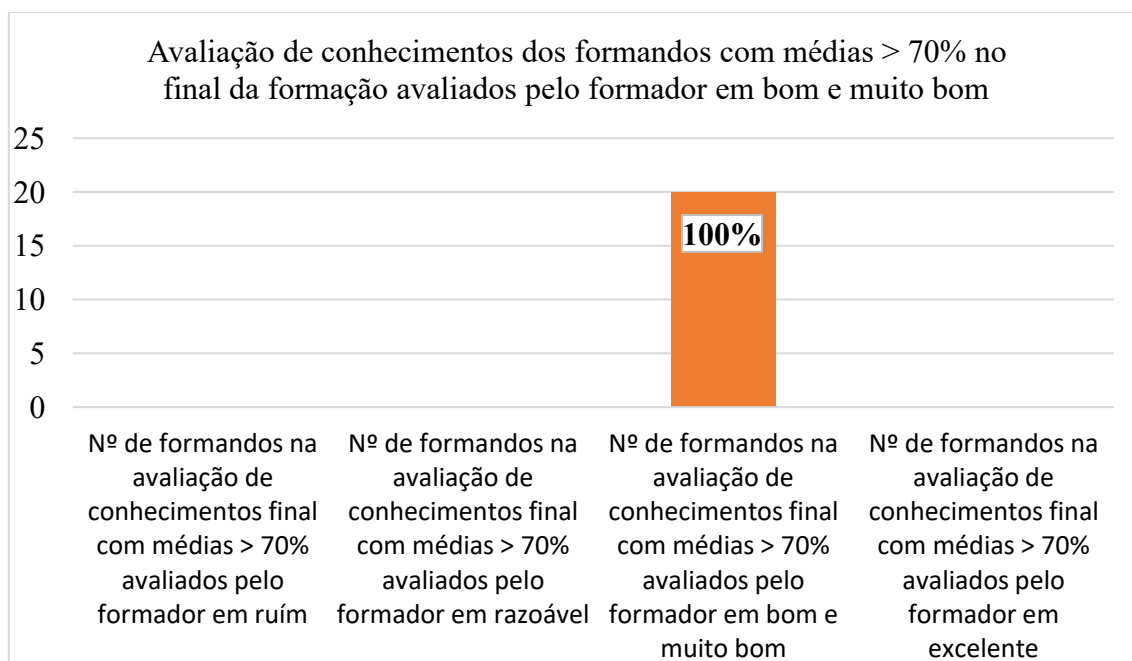
IR<sub>1</sub>: Conhecimentos adquiridos pelos formandos durante a formação avaliados pelo formador em bom e muito bom.



*Gráfico – 11: Conhecimentos adquiridos pelos formandos durante a formação avaliados pelo formador em bom e muito bom*

De acordo com o Gráfico – 11 do indicador de resultado – 1, concernente aos conhecimentos adquiridos pelos formandos durante a formação avaliados pelo formador é de 85% considerando a meta atingida, superando a meta prevista dos 70%.

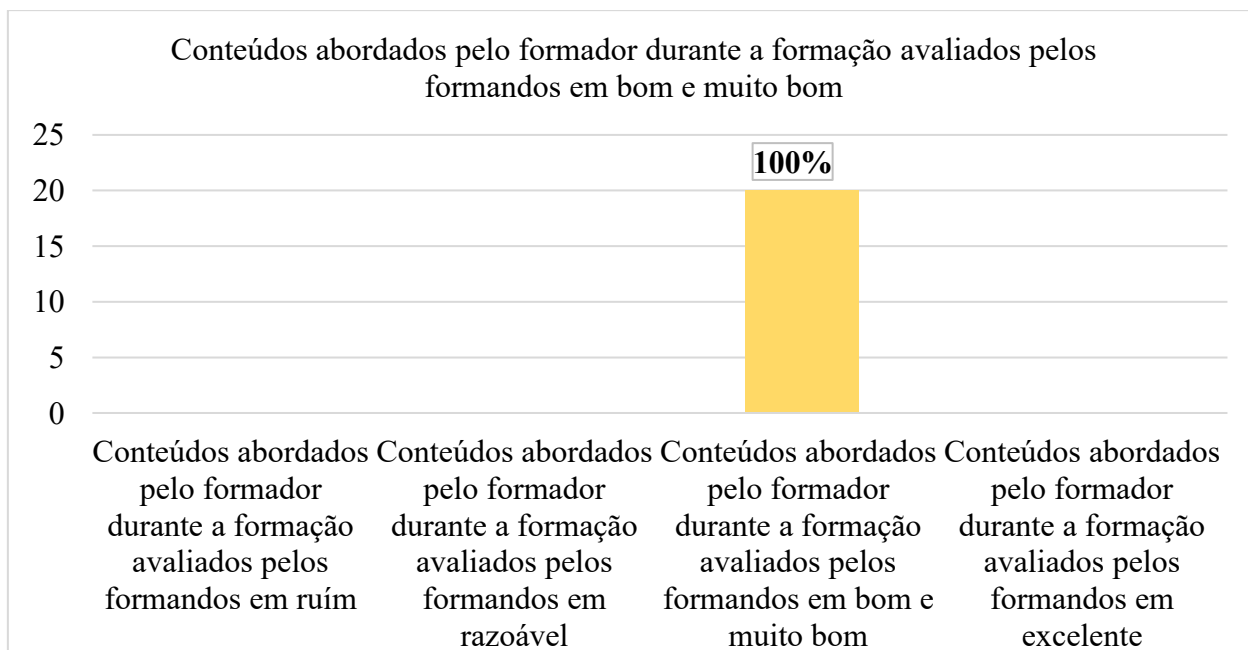
IR<sub>2</sub>: Avaliação de conhecimentos dos formandos no final da formação “pós-teste” com médias superiores a 70% avaliados em bom e muito bom.



*Gráfico – 12: Avaliação de conhecimentos dos formandos com médias > 70% no final da formação avaliados pelo formador em bom e muito bom*

No que concerne a avaliação de conhecimentos dos formandos no final da formação de com médias superiores a 70% é de 100% como ilustra o Gráfico – 12 do indicador de resultado –2, considerando a meta de 80% proposta largamente ultrapassada, demonstrando que os formandos tiveram ganhos de conhecimentos com a formação ministrada.

IR<sub>3</sub>: Satisfação com conteúdos abordos pelo formador durante a formação avaliada pelos formandos em bom e muito bom.



*Gráfico – 13: Conteúdos abordados pelo formador durante a formação avaliada pelos formandos em bom e muito bom*

De acordo com o Gráfico – 13 do indicador de resultado – 3, a satisfação dos formandos em relação aos conteúdos abordados pelo formador durante a formação é de 100%, superando assim largamente a meta dos 75% previstos.

Fazendo alusão a estes ganhos de conhecimentos com a formação ministrada, segue-se na tabela abaixo os resultados individuais de cada formando no que diz respeito as avaliações de conhecimentos aplicadas no início e no final da formação “pré e pós-teste”.

*Tabela – 1: Classificação das avaliações de conhecimentos*

Nº de formandos	Ficha de avaliação Pré-teste (Resultado em %)	Ficha de avaliação Pós-teste (Resultado em %)
1	$(4 \div 10 \times 100) = 40$	$(8 \div 10 \times 100) = 80$
2	$(3 \div 10 \times 100) = 30$	$(8 \div 10 \times 100) = 80$
3	$(6 \div 10 \times 100) = 60$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
4	$(3 \div 10 \times 100) = 30$	$(8 \div 10 \times 100) = 80$
5	$(5 \div 10 \times 100) = 50$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
6	$(4 \div 10 \times 100) = 40$	$(8 \div 10 \times 100) = 80$
7	$(6 \div 10 \times 100) = 60$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
8	$(6 \div 10 \times 100) = 60$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
9	$(3 \div 10 \times 100) = 30$	$(8 \div 10 \times 100) = 80$
10	$(3 \div 10 \times 100) = 30$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
11	$(3 \div 10 \times 100) = 30$	$(8 \div 10 \times 100) = 80$
12	$(5 \div 10 \times 100) = 50$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
13	$(5 \div 10 \times 100) = 50$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
14	$(5 \div 10 \times 100) = 50$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
15	$(3 \div 10 \times 100) = 30$	$(8 \div 10 \times 100) = 80$
16	$(6 \div 10 \times 100) = 60$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$

17	$(6 \div 10 \times 100) = 60$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
18	$(3 \div 10 \times 100) = 30$	$(8 \div 10 \times 100) = 80$
19	$(5 \div 10 \times 100) = 50$	$(9 \div 10 \times 100) = 90$
20	$(3 \div 10 \times 100) = 30$	$(8 \div 10 \times 100) = 80$
Média final	$(87 \times 10 \div 20) = 43,5$	$(171 \times 10 \div 20) = 85,5\%$

No que diz respeito as médias finais dos resultados das duas avaliações de conhecimento, na avaliação de conhecimentos antes da formação a média final dos formandos nesta avaliação é de 43,5% o que indica conhecimentos não demonstrado pelos formandos grande diferença no que diz respeito a média final da avaliação de conhecimentos depois da formação fato que resultou uma média final de 85,5%, o que indica conhecimentos demonstrados pelos formandos, quer dizer conseguiram grandes ganhos de conhecimentos com a formação ministrada. Concluimos que houve um ganho coletivo significativo de 42% por parte dos formandos comparando assim as duas médias finais.

### CAPÍTULO 3 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste último capítulo abordamos análises crítico-reflexivas sobre as múltiplas competências desenvolvidas ao longo do nosso percurso, particularmente no que se refere ao Estágio final, consubstanciadas por todo o Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Entendeu-se apresentar esta reflexão em três grandes quadros:

- o primeiro tem como referência as competências comuns do enfermeiro especialista, tal como publicadas em Diário da República de 06 de fevereiro de 2019 - Regulamento n.º 140/2019;
- o segundo refere-se às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, estando também construído sobre uma base publicada em Diário da República de 16 de julho de 2018 - Regulamento n.º 428/2018;
- o terceiro e último, centra-se nas competências académicas que o Curso de Mestrado em Enfermagem na UCP garantiu ao discente neste ciclo de formação, estando também redigidas no Guia de Mestrado em Enfermagem da própria Universidade.

Definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) as competências comuns são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

As competências específicas segundo a definição da OE, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

De acordo com Morais (2004), a competência do enfermeiro no cuidar não se reduz apenas à habilidade que possui. É fundamental que, na relação com o outro, o enfermeiro domine um manancial de conhecimentos e que possua capacidades fundamentais para abordar de um modo holístico o utente, respeitando os valores profissionais e os objetivos da instituição.

### **3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Estas competências são consideradas basilares sendo, por conseguinte, partilhadas pelas diversas áreas de especialidade em Enfermagem e aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Dividem-se em quatro domínios:

- Competência A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Competência B – Domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Competência C – Domínio da gestão dos cuidados;
- Competência D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### **Competência A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

*“Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”*

#### **Análise Crítica-Reflexiva**

Integramos sempre que possível a equipa nos processos de tomada de decisão procurando transmitir a nossa experiência, sempre aliada à disponibilidade, assertividade e demonstração de competência.

Continuadamente procuramos assumir como agente dinamizador em termos de discussão de conteúdos, partilha de experiências, participação em tomadas de decisão relacionadas com a prestação de cuidados, no qual fazemos valer a nossa experiência profissional e a nossa formação académica anterior, mas também impulsionando conhecimentos e competências adquiridas por forma a criar um clima laboral propício.

A nossa participação foi orientada pela procura de um juízo crítico e imparcial, norteador pelo conjunto de conhecimentos e experiências que fomos adquirindo ao longo do nosso

percurso profissional e no Mestrado, tendo sempre presente o código deontológico, valores e legislação que regem a profissão de Enfermagem.

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

*“Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes”*

#### **Análise Crítica-Reflexiva**

No que diz respeito ao tratamento de toda a informação recolhida, asseguramos que se cumpriam as premissas de confidencialidade e proteção da privacidade, agindo com profundo respeito por todos os clientes, tentando anular as práticas com potencial de colocação dos clientes em causa. Assim, incluímos a nossa conduta valores e princípios decalcados da liberdade, igualdade, direito à vida, respeito pelos valores e crenças de cada indivíduo e da comunidade enquanto unidade de cuidados. Como exemplos disso fazemos referência dos dados recolhidos nas entrevistas efetuadas e as avaliações de conhecimentos, os quais garantimos o anonimato dos participantes.

#### **Competência B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

*“Colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.”*

#### **Análise Crítica-Reflexiva**

No percurso do nosso estágio desenvolvemos um instrumento para avaliar nível de conhecimentos dos enfermeiros que exercem a profissão no BO e no SIPC com vista a assegurar a que nível a nossa intervenção possa trazer melhoria para estes profissionais.

Durante a realização do Estágio, operacionalizamos uma atitude orientada pela iniciativa, baseada nos conhecimentos e competências adquiridos ao longo do seu percurso, contribuindo assertivamente para a definição de estratégias com vista a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes e familiares no BO e no SIPC do HGB. Outrossim, participamos na organização e operacionalização na área da formação. Para efetivamente realizar

está formação de capacitação para os enfermeiros destes dois serviços no qual culminou com a elaboração de planos com vista a dinamizar está nossa estratégia.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

*“Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua”*

### **Análise Crítica-Reflexiva**

Em todas as atividades em que participamos, usamo-nos sempre como suporte a evidência clínica e utilizamos instrumentos adequados para a sua avaliação.

Esta conduta permitiu-nos identificar certas necessidades como por exemplo, formativas, criação de alguns documentos básico para melhoria dos cuidados prestados “procedimentos de cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório”, redefinição dos circuitos funcionais no BO, entre outras... , uma vez solucionadas trarão contributos mais eficazes e eficientes em prol da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados pela EEBO e pelos ESIPC, transformando em ganhos em saúde para o próprio doente e também para a comunidade.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro

*“Considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.”*

### **Análise Crítica-Reflexiva**

Desenvolvemos algumas competências e conhecimentos sobre a importância da satisfação das necessidades individuais e da comunidade enquanto unidade de cuidados, tais como o respeito pela dimensão cultural e pelas crenças.

Igualmente reafirmamos a segurança necessária na proteção dos dados e a confidencialidade dos registos. Neste contexto em que a regulamentação europeia relativa ao Regulamento Geral de Proteção de Dados está a modelar as práticas em todos os meios, nesse sentido o referido estágio possibilitou-nos encarar esse desafio no qual conseguimos acrescentar o saber da equipa, tendo em consideração a nossa experiência anterior.

C1 – Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

*“Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantido a segurança e qualidade das tarefas delegadas.”*

### **Análise Crítica-Reflexiva**

A integração numa equipa interdisciplinar/multidisciplinar constitui-se frequentemente como um desafio, além de permitir aprofundar competências de trabalho em equipa. Esta integração permitiu-nos melhorar as nossas estratégias de comunicação em articulação com a equipa, outrossim permitiu-nos sempre estar disponíveis para participar nas tomadas de decisão.

De uma maneira geral, fazer parte de uma equipa presume uma confiança partilhada, em que a delegação de tarefas assume um carácter particularmente crítico, exigindo a supervisão das mesmas para que se garanta a máxima segurança e qualidade na sua execução.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

*“Na gestão dos cuidados adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.”*

### **Análise Crítica-Reflexiva**

Enquanto estudante incorporamos na nossa prática a conduta considerada mais assertiva para a implementação e organização de métodos de trabalho. Para tal, tivemos em conta não só o tipo de equipa que se supunha liderar, também os recursos verdadeiros no contexto de atuação, de forma a promover uma relação de confiança e de ambiente favorável dentro da equipa. Saber liderar é uma tarefa provocante e inconstante, em que ao líder se exige capacidade de adaptação aos elementos da equipa em questão, bem como ao momento vivido por todos, não perdendo nunca de vista a manutenção de uma equipa coesa e motivada.

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

*“Demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de Enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão com de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.”*

### **Análise Crítica-Reflexiva**

Através do reconhecimento das nossas características, pretendemos enquanto estudante agir da forma mais adequada, gerindo situações de imprevisibilidade, de conflito e tensão, potencializando competências de resiliência e de gestão de sentimentos/emoções.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

*“Alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo em campo da investigação.”*

### **Análise Crítica-Reflexiva**

As tomadas de decisão ou a participação nas mesmas, exigiram de nós uma atualização constante em evidência científica, para que as primeiras fossem devidamente fundamentadas. A procura contínua de conhecimento serviu-nos igualmente de plataforma e de força para no qual nos tornou também promotor e facilitador da aprendizagem no nosso ambiente de trabalho, igualmente permitiu-nos diagnosticar as necessidades dos nossos pares. Da nossa parte enquanto estudante, esta colaboração na formação facilitou-nos ainda mais aprofundar conhecimentos de Enfermagem e de outras disciplinas, possibilitando assim a contribuir para a construção de novos conhecimentos na capacitação da EEBO e dos ESIPC do HGB.

### **3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

Estas competências visam não apenas prover um enquadramento regulador para a certificação das competências pela Ordem dos Enfermeiros, mas também comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados. Entende o discente que o futuro digno da profissão passa significativamente pela consecução deste último desígnio.

1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

*“Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas.”*

### **Análise Crítica-Reflexiva**

Enquanto estudante, logo na altura de redigir o nosso projeto de estágio tendo em consideração a metodologia do Planeamento em Saúde duas modalidades, definimos como prioridade: A primeira tem haver com o reconhecimento dos reais problemas vivenciados pela EEBO e pelos ESIPC e criar estratégias com vista a solucionar estes problemas. A segunda consiste em criar estratégias para desenvolver atividades ligadas a educação para saúde por forma a capacitar grupos e comunidades no domínio de estilos de vida saudável.

Assim, a elaboração do plano começou pelo diagnóstico de situação, onde através de uma entrevista semiestruturada, no qual os entrevistados exporão o que lhes verdadeiramente impede a realizar com exatidão as suas tarefas quotidianas com vista a satisfazer as necessidades dos seus doentes e familiares.

O referido processo implicou uma participação de toda a equipa, bem como parcerias com diversos responsáveis institucionais, tentando-se garantir a maior sustentabilidade possível destas intervenções e o sucesso do projeto.

2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

*“Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.”*

### **Análise Crítica-Reflexiva**

Ao longo deste Estágio focando na nossa área de especialidade, lideramos um processo de formação de capacitação de uma comunidade muito específica, os EEBO e dos ESIPC de HGB. Consideramos este processo de grande interesse, porque permitiu-nos capacitar estes enfermeiros baseando em fundamentos teóricos e práticos da Enfermagem centrado especificamente na melhoria de qualidade de cuidados prestados aos doentes e familiares com vista a otimizar a tomada de decisão em Enfermagem e garantindo ganhos em saúde.

Enquanto estudante defendemos que umas das estratégias de ponto de vista atingir metas importantes devem passar efetivamente pela capacitação dos pares, grupos e comunidades deve ser vista como um instrumento para levar avante o sucesso da profissão e bem-estar de grupos e comunidades.

Reforça-se ainda nesta competência a importância da comunicação com a e dentro da comunidade, desde o contexto individual até ao contexto político – o foco “Participação

Comunitária” foi também devidamente explorado, conforme explanado no capítulo anterior, relevando o discente que neste estágio desenvolveu estratégias de marketing social em saúde, nomeadamente na promoção de estilo de vida saudável.

### **3.3 COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM**

Em razão deste curso de Mestrado englobar quer a componente académica, quer a componente profissional, entende-se pertinente a análise do percurso do discente quanto ao desenvolvimento de competências académicas que o título de Mestre exige.

#### **► Competências Académicas do Mestre em Enfermagem**

*Gerir de forma adequada informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida e da sua formação pós-graduada;*

#### **Análise Crítica-Reflexiva**

Ao longo dos nossos doze anos de percurso académico, profissional e pessoal, que iniciamos com a licenciatura em Enfermagem, pretendemos que os conhecimentos adquiridos na frequência do curso de Mestrado em Enfermagem sejam partilhados com a EEBO e os ESIPC e os demais profissionais da área de enfermagem com vista a melhorar os cuidados de enfermagem prestados aos doentes e familiares contribuindo em ganhos em saúde.

Durante os nossos doze anos de experiência profissional, usufruímos de muitas oportunidades de formações locais e estágios no estrangeiro, desempenhamos igualmente a função de Enfermeiro Chefe num Hospital Pediátrico na Guiné-Bissau. Simultaneamente, desenvolvemos competências de formador em várias ocasiões em diferentes instituições de saúde na Guiné-Bissau. Assim, a nossa experiência prévia foi efetivamente importante na implementação do projeto, de forma sempre analítica, crítica e reflexiva, procurando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

*Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas como ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*

#### **Análise Crítica-Reflexiva**

Ao longo deste Estágio e em momentos distintos, enquanto estudante demonstramos, aumentamos e solidificamos a nossa capacidade de comunicar no qual fazemos uso inclusivamente dos conteúdos abordados na vertente teórica deste curso.

Um dos exemplos mais importante foi a apresentação do nosso projeto de intervenção junto da equipa da direção geral do HGB, no qual abordamos o real objetivo e a mais-valia do presente projeto para uma boa edificação na prestação dos cuidados de saúde.

De facto, encontravam-se presentes enfermeiros com domínio da Ciência de Enfermagem; outros profissionais de saúde que, com maior ou menor conhecimento, demonstraram uma atitude interessada neste domínio do saber; e um outro grupo com nível de literacia em saúde medíocre e que colocou inúmeros entraves e críticas, interpretados pelo discente como uma oportunidade de demonstrar quer a sua capacidade de comunicar, quer a resiliência característica dos Enfermeiros, além de relevar o percurso científico do seu estudo.

Outro exemplo foi a sessão de formação realizada a EEBO e os ESIPC de HGB, na qual para um público muito mais especializado o discente empoderou essa comunidade relativamente à relevância da implementação do projeto na comunidade.

Ao longo do estágio desenvolvido, procurei traduzir para a minha prática diária a responsabilidade da minha formação especializada, desenvolvendo uma atividade que marca pela diferença, assente nas boas práticas, procurando uma diferenciação positiva e agindo como um elemento promotor de evolução, nesse sentido manifestei sempre a minha motivação em colaborar nos processos de decisão e gestão, não deixando de parte a prestação efetiva de cuidados bem como a sua supervisão, tendo sempre em linha de conta não só o meu papel enquanto formando mas também nunca esquecendo a responsabilidade e o dever atribuídos pela formação, baseando a minha interação na literatura e experiência, para que a que a assertividade seja uma realidade manifestada e devidamente reconhecida.

Outrossim, procuramos ao longo do estágio deixar um sinal positiva, por forma a dar a nossa contribuição num sentido crítico para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes e seus familiares, não só quando solicitados, mas também sempre e quando essas oportunidades por nós foram identificadas.

## CONCLUSÃO

Enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, integrado na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, o presente relatório visa narrar tudo aquilo que desenvolvemos e realizamos no decurso deste estágio.

Devido a atual avanço científico e tecnológico a nível mundial, convidamos os enfermeiros do BO e do SIPC e não só a uma constante atualização sobre os diferentes tipos de cuidados de enfermagem que se realizam à nível peri operatório, por forma a aprofundar os seus conhecimentos teórico-práticos, essencialmente baseados na evidência. Os enfermeiros que exercem funções no bloco operatório e no serviço de internamento pós-cirúrgico têm a necessidade de conhecer alguns conceitos fundamentais para a sua prática profissional, por exemplo, o saber-fazer e o saber-se, com vista a promover os cuidados de enfermagem de qualidade por forma a garantir a segurança dos doentes e seus familiares.

O presente estágio realizado no contexto peri-operatório permitiu-nos adquirir mais conhecimentos teóricos e práticos, o qual pretendemos partilhar sob forma de uma formação de capacitação de um grupo enfermeiros do BO e SIPC do hospital da Guiné-Bissau. Pretendemos com esta partilha de conhecimentos, assegurar a continuidade adequada das boas práticas dos cuidados enfermagem prestados aos doentes e seus familiares.

Durante o nosso estágio da vigilância epidemiológica e decisão clínica numa Unidade de Saúde Pública da Região Norte de Portugal, adquirimos conhecimentos teóricos e práticos que achamos muito benéficos e que pretendemos no futura que seja aplicado e implemento no contexto da saúde comunitária e da saúde pública do meu país, experiências essas por exemplo a toma de observação direta dos medicamentos, mas não só incluindo igualmente as visitas domiciliares na comunidade, nas prisões e outros locais onde essas pessoas infetadas tornarão focos principais da disseminação da doença, que dizer que essas atividades ajudam muito na quebra das cadeias de transmissão da doença.

Outro elemento importante que consegui aprender no decorrer do estágio da vigilância epidemiológica e decisão clínica que é muito fundamental para a saúde pública é a consulta de viajantes, infelizmente realidade que não funciona de uma efetiva no meu país, e muito pertinente a sua implementação como forma de dar mais crédito o

componente da saúde pública na Guiné-Bissau, no qual deve-se dedicar numa educação em saúde ligado a esta área que bem precioso para a saúde individual das pessoas assim que para a saúde de todo o povo guineense, igualmente garantindo também uma boa qualidade de saúde para os países onde se viajam os guineenses.

No que refere o balanço dos objetivos específicos, digamos que de acordo com análises feitas, concluímos os resultados obtidos tendo em conta as intervenções realizadas e as metas que se previam segundo os indicadores de processo e resultado, digamos que as metas foram largamente atingidas, fato que demonstra que a nossa intervenção ficou a certeza de que seria necessário mais oportunidades para realização de atividades formativas local com objetivo de melhorar a qualidade de cuidados enfermagem prestados com vista ganhos em saúde comunidade em geral.

Concluímos que a nossa intervenção só terá impacto no seio destes enfermeiros e a restante equipa da enfermagem do hospital da Guiné-Bissau, umas os conhecimentos partilhados sejam postos em prática nos seus dia-a-dia no que diz respeito aos cuidados de enfermagem prestados aos doentes e seus familiares.

## BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP, (2006). Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lisboa: Lusodidata.
- Bilbao M.; Fragata, I. – Gestão do bloco operatório em risco clínico: complexidade e performance. Coimbra: Almedina, Maio 2006.
- Bolick; Dianna et al. Segurança e controle de infecção. Tradução: Carlos Henrique Cosendey; revisão técnica, Maria Isabel Sampaio Carmagnani. Rio de Janeiro: Reichmann S Affonso Editores, 2000. 360 P. (Enfermagem prática).
- Decreto nº 12-A/94, de 28 de fevereiro – Suplemento ao Boletim Oficial nº 9, de 1994. Pág... 238) artigo 82º, capítulo VIII carreiras profissionais, secção I.
- Delgado-Rodríguez M, Gómez-Ortega A, Sillero-Arenas M, Llorca J. Epidemiology of surgical site infections diagnosed after hospital discharge: a prospective cohort stud. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001; 22:24-30
- Ferraz EM, Bacelar TS, Aguiar L. Wound infection rates in clean surgery: a potentially misleading risk classification. Infect Control Hosp Epidemiol. 1992;13(8):457-62.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1986). Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (2ª ed.). Algueirão: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª ed. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro. Diário da República I Série, n.º 30. Lisboa.
- Livro “Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública”, (p.50),
- Mangran AJ. Guideline for prevention of surgical site infection. American Am J Infect Control. 1999;27(2):97- 132.
- Manian FA. Surveillance of surgical site infections in alternative settings: exploring the current options. Am J Infect Control. 1997;25(2):102-5.
- Melo, P. (2020). Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Melo, P.; Silva, R.; Figueiredo, M.H. Attention foci in community health nursing and community empowerment: A qualitative study. Rev. Enferm. Ref. 2018, 19, 81–90.

- Murphy, Rebecca - Preventing Multidrug-Resistant Gram-Negative Organisms in Surgical Patients. AORN Journal. [Em linha]. Vol. 96, nº 3 (2012). [Consultado em 02 de Outubro de 2016]. Disponível na WWW: [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(12\)00418-8/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(12)00418-8/pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. Revista da Ordem dos Enfermeiros, pp. 1-2.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Otava, Canadá, 17-21 novembro.
- Patrick, Marcia; HICKS, Rodney - Continuing Education: Implementing AORN recommended practices for prevention of transmissible infections. AORN Journal. [Em linha]. Vol. 98, nº 6 (2013). ISSN: 1878-0369. [Consultado em 08 de Junho 2015]. Disponível na WWW:
- Pires, M. (2014). Handover - Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros – Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Setembro 2004.
- República Portuguesa (2018) “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Regulamento n.º 428. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho.
- República Portuguesa (2019) “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140. Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro.
- Ribeiro Filho N, Fernandes AT, Lacerda RA. Infecção do sítio cirúrgico. In: Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 69-133.

- Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. v. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Pinto, F., Ovretveit, J., Klazinga, N., . . . Terris, D. D. (2009). The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* Número especial 25 anos, pp. 91-106.
- Spreitzer, G.M. (1995). An Empirical Test of A Comprehensive Model of Intrapersonal Empowerment In The Workplace: *American Journal of Community Psychology*, 23:601-629.
- Tavares, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- UNIOGBIS (2017). Secção de Direitos Humanos. ACNUDH Disponível in: [https://uniogbis.unmissions.org/sites/default/files/report\\_on\\_the\\_right\\_to\\_health\\_-\\_guineabissau\\_portuguese\\_.pdf](https://uniogbis.unmissions.org/sites/default/files/report_on_the_right_to_health_-_guineabissau_portuguese_.pdf). Acesso no dia 07/09/2021.
- Universidade Católica Portuguesa (2019). Guia do Curso de Mestrado em Enfermagem, Porto: Instituto de Ciências da Saúde/Escola de Enfermagem.
- WHO – WHO guidelines for safe surgery 2009: save surgeries save lives. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2009. [Consult. Dezembro 2009] Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf).

## **APÊNDICES**

**Apêndice – i**  
**CRONOGRAMA**

## CRONOGRAMA

Atividades do projeto de intervenção no Bloco Operatório do Hospital da Guiné-Bissau

Mês/Ano Atividades	Março 2022				Abril 2022				Maio 2022				Junho 2022				Julho 2022			
	1ªS	2ªS	3ªS	4ªS	1ªS	2ªS	3ªS	4ªS	1ªS	2ªS	3ªS	4ªS	1ªS	2ªS	3ªS	4ªS	1ªS	2ªS	3ªS	4ªS
Elaboração do projeto de Estágio																				
Pesquisa																				
Diagnostico de situação																				
Definição de prioridades e objetivos																				
Intervenção																				
Avaliação da intervenção																				
Relatório																				

**Apêndice ii**  
**Formulário de inscrição para a formação**

## Formulário de Inscrição

Código: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Selecione uma das seguintes opções no que diz respeito a sua própria pessoa:

**1. Sexo:**

a. Masculino

b. Feminino

**2. Idade:**

a. Menos de 20 anos

b. 20 e 39 anos

c. 40 e 59 anos

d. 60 e mais anos

**3. Estado Civil:**

a. Solteiro/a

b. Casado/a

c. Divorciado/a

**4. Grau académico:**

a. Curso médio em Enfermagem

b. Licenciatura em Enfermagem

c. Pós-Graduação em Enfermagem

d. Mestrado em Enfermagem

**5. Enquanto Enfermeiro/a há quantos anos exerce a profissão?**

a. Menos de 5 anos

b. 5 a 10 anos

c. Mais de 10 anos

**6. Há quantos anos trabalha enquanto técnico na instituição?**

a. Menos de 5 anos

b. 5 a 10 anos

c. Mais de 10 anos

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE iii**  
**Guião de Entrevista**

## Guião de entrevista

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2022

Local: \_\_\_\_\_

Esta entrevista destina-se a integrar um Diagnóstico de Enfermagem no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, lecionado no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa e a realizar estágio final do referido curso sob orientação do Professor Doutor Paulo Jorge Pereira Alves e tem como principal objetivo: Realizar um diagnóstico de Enfermagem sobre as a avaliação das necessidades formativas dos Enfermeiros que exercem a profissão no Serviço BO e no Serviço de internamento pós-cirúrgico da referida instituição.

Este diagnóstico será formulado no sentido de planear e implementar estratégias a dar resposta às necessidades de formação a equipa de enfermagem do bloco operatório e os enfermeiros do serviço do internamento pós-cirúrgico do hospital da Guiné-Bissau com vista a melhoria de qualidade de cuidados de enfermagem prestados aos doentes e familiares, contando igualmente com a parceria das outras instituições. Gostaríamos ainda de assegurar que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas relativamente às informações que nos forem transmitidas.

O Hospital da Guiné-Bissau assume uma missão de responsabilização social para com os seus doentes, nomeadamente no domínio de cuidados de saúde em diferentes especialidades e faixas etárias, tentando oferecer os melhores cuidados de saúde a população em geral, proporcionando assim uma maior qualidade de vida.

### QUESTÕES:

1. Quais a necessidade formativa considera mais prioritárias para o aperfeiçoamento da sua profissão?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Que significado tem para si os cuidados de enfermagem prestados?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. No seu entender quais são os fatores facilitadores e dificultadores relativamente a formação de capacitação interna no serviço?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Descreva uma experiência positiva e/ou negativa, que vivenciou neste serviço, no que diz respeito o trabalho em equipa?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APÊNDICE iv**  
**Consentimento informado, livre e esclarecido**

### **Consentimento Informado, livre e esclarecido**

“Dinâmica Organizacional e Monitorização do Bloco Operatório de um Hospital da Guiné-Bissau: Redução das Infecções no peri operatório e no Contexto Comunitário.”

Ex.º Sr. º Diretor de Hospital da Guiné-Bissau

Sou aluno do curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, lecionado no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa e, a realizar estágio final do referido curso sob orientação do Professor Doutor Paulo Jorge Pereira Alves.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos do nosso estágio, elaborámos um plano que contempla a avaliação das necessidades formativas dos enfermeiros que exercem funções nomeadamente no serviço BO e no serviço de internamento pós-cirúrgico da referida instituição.

Assim, viemos por este meio solicitar o pedido de autorização de realização de uma entrevista com a Enfermeira Chefe do BO e outra com alguns Enfermeiros dos serviços acima referidos para o levantamento das suas necessidades que posteriormente possamos intervir com vista a colmatar as necessidades manifestadas. Consideramos que as opiniões vindas destas entrevistas são fundamentais para a prossecução do nosso trabalho.

Gostaríamos ainda de assegurar que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas relativamente às informações que nos forem transmitidas e solicitamos o seu consentimento para a utilização dos dados recolhidos na elaboração do nosso projeto.

A entrevista terá aproximadamente a duração de 10 minutos.

Com os melhores cumprimentos

O aluno:

Tomás Frederico Gomes de Barros

Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido

Eu \_\_\_\_\_,  
declaro que fui informado (a) acerca dos objetivos e da metodologia do projeto que contempla a avaliação das necessidades formativas dos Enfermeiros que exercem funções nomeadamente no Serviço BO e no Serviço de internamento pós-cirúrgico do Hospital da Guiné-Bissau. Estou consciente da minha participação, e reconheço que o procedimento me foi explicado.

Reconheço o direito de em qualquer altura colocar as questões que achar relacionadas e recusar continuar com a minha participação, sem qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Tenho conhecimento que os dados obtidos, e por mim respondidos, serão usados somente para fins científicos.

Aquando do tratamento de dados é garantido o anonimato.

Fui informado (a) de que não terei qualquer encargo económico, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.

Face ao exposto, aceito participar no mesmo.

Data \_\_\_ / \_\_\_ /2022

Assinatura \_\_\_\_\_

**APÊNDICE v**  
**Análise de conteúdo das entrevistas**

### Análise de conteúdo das entrevistas

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo significativas
Necessidades identificadas	Necessidades formativas mais prioritárias	Acolhimento e preparação de utentes e familiares no peri-operatório	<p>“Sinto pouca paciência da minha parte em lidar com os doentes e familiares.” (E6)</p> <p>“Sinto muitas vezes que a minha a comunicação com os doentes e seus familiares é bastante deficiente, mas acho que é devido o fraco nível de escolaridade no seio da população.” (E2)</p> <p>“Para mim seria uma mais valia sabermos como acolher e preparar doentes e familiares antes de qualquer intervenção nossa”. (E4)</p> <p>“Para mim, algum de nós falta-lhes um pouco de ‘saber comunicar’ e de saber manter o sigilo profissional com os doentes, um pouco de ética profissional e muitas vezes não sabemos usar a comunicação.” (E5)</p> <p>“Refiro muitas vezes algumas dificuldades minhas em realizar um bom acolhimento com o doente e família, enquanto enfermeiro acho fundamental a vertente comunicação como a nossa ferramenta de trabalho para desbloquear situações poucas desejáveis.” (E1)</p> <p>“É importante sabermos um pouco mais como lidar e comunicar com doentes e seus familiares no momento de admissão.” (E3)</p>
		Cuidados de Enfermagem no pós-operatório	<p>“Uma das áreas que pede formação é sobre cuidados de enfermagem no pós-operatório tendo em conta a falta de orientações sobre que cuidados o doente e familiares deverão seguir no domicílio.” (E5)</p> <p>“Lidar com alguns doentes com nível de escolaridade muito baixa é muito complicado, pois, situações como estas acabam por ser um grande foco para o insucesso dos cuidados a serem feitas no domicílio, sobretudo no diz respeito os cuidados de higiene, toma de medicamentos nas horas certa” (E3)</p>

		Segurança de doente no Bloco Operatório e o processo de esterilização de dispositivos médicos implementáveis	<p>“Deve-se antes de mais saber como posicionar um doente no leito e igualmente estar à altura de o transferir do leito para a cadeira de rodas.” (E1)</p> <p>“Velar que doente não caí por terra, significa estar sempre a beira dele.” (E4)</p> <p>“É fulcral e fundamental a formação de capacitação para nós no domínio da esterilização das matérias a serem utilizados para as cirurgias.” (E6)</p>
		Segurança na administração de medicamentos	<p>“Não se deve administrar qualquer que seja medicamentos sem uma prescrição médica.” (E5)</p> <p>“É muito importante antes de administrar um medicamento controlar a data de validade, a via de administração” (E4)</p> <p>“Para a segurança do doente e para o meu bem devo sempre abordar o doente sobre o medicamento a ser administrado, efeitos adversos do mesmo ..., sem esquecer de perguntar o doente se não é alérgico a este medicamento.” (E2)</p>
Pertinência das necessidades identificadas	Conhecimentos relativamente aos cuidados de enfermagem prestados		<p>“Relativamente os cuidados de enfermagem prestados aos doentes, acho que são insuficientes fato que justifica ainda mais formações nesta área.” (E6)</p> <p>“O enfermeiro é uma peça fundamental no que diz respeito a prestação de cuidados, então deve sempre atualizar para atingir o nível de qualidade dos cuidados esperados para a sociedade em geral.” (E2)</p> <p>“Para mim os cuidados de enfermagem que prestamos aos doentes é muito medíocre.” (E3)</p> <p>“É evidente que os doentes esperam de nós e da instituição serviços de qualidade, mas a este nível os cuidados de enfermagem que prestamos aos doentes até o preciso momento tem pouca qualidade. Detetei me sempre com novas situações e lhes reporteis sempre ao enfermeiro responsável.” (E1)</p>

	Formação de capacitação assistida		<p>“Fiz algumas formações de reciclagem, sobre avaliação de sinais vitais, cuidados de higiene, nutrição.” (E6)</p> <p>“Fiz uma formação na área de Suporte Básico de Vida, mas não se vê a reciclagem das formações que recebidas.” (E2)</p> <p>“Estou sempre disponível para aderir à formação, mas nos últimos anos não se tem cumprido as horas para formação e nós estamos a ter algumas dificuldades no que diz respeito as nossas capacitações.” (E1)</p> <p>“Fiz uma formação no âmbito da campanha de vacinação contra a poliomielite,” (E3)</p> <p>“Fiz uma formação na área de avaliação da dor como 5º sinal vital, embora não se vê muito a vertente reciclagem...” (E5)</p> <p>“Há pouco tempo, em parceria com OMS, fiz formação na área ventilação mecânica não invasiva para o tratamento de doentes com COVID19 ...” (E4)</p>
	Trabalho de equipa		<p>“É uma boa equipa, com muita sensibilidade; equipa unida.” (E5)</p> <p>“Há uma boa comunicação na equipa, resolvemos bem os problemas entre nós e comunicamos à chefe alguns assuntos mais difíceis a resolver.” (E2)</p> <p>“O trabalho em equipa é bom e transmito sempre essa mensagem do trabalho de equipa o que é fulcral e fundamental.” (E3)</p> <p>“Não há problemas dentro da equipa, o trabalho é ótimo e há boa comunicação.” (E4)</p> <p>“A equipa organiza-se bem, entreadjudam-se, esperam sempre umas pelas outras... são todas diferentes, mas dão-se bem.” (E1)</p> <p>“Tento manter um equilíbrio nas equipas... uma com mais anos de experiência e outra com menos anos experiência.” (E6)</p>

**APÊNDICE vi**  
**Planos das sessões de formação**

### Plano da sessão de formação N° 1

Tema: Acolhimento e preparação de doentes e familiares no peri-operatório

Local: Sala de Reunião de Hospital de Guiné-Bissau

Data: 16 de agosto de 2022

Grupo-Alvo: Equipa de enfermagem do bloco operatório e os enfermeiros de serviço de internamento pós-cirúrgico

Formador: Enfermeiro Tomás de Barros

Início: 14h00

Término: 16h00

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Recursos didáticos	
1- Reconhecer corretamente os instrumentos que incluem o processo acolhimento e preparação de utentes e familiares no peri-operatório.	<p>Introdução: Importância da formação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reconhecer a importância de aprendizagem para o acolhimento e preparação de utente e familiar.</li> <li>▶ Reconhecer a importância da comunicação para o acolhimento e preparação do utente e familiar.</li> <li>▶ Compreender o quão importante a comunicação na nossa profissão.</li> </ul> </li> </ul>	120'	Expositivo Demonstrativo Interativo	Computador Projektor Apresentação em suporte digital	<p>Aplicação das fichas de avaliação de conhecimentos (pré-teste e pós-teste)</p> <p>Observação direta (adesão e participação na sessão de formação)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conteúdos programados:</li> <li>▶ Conceitos de acolhimento</li> <li>▶ Finalidade do acolhimento</li> <li>▶ Princípios orientadores do acolhimento</li> <li>▶ Processo de acolhimento</li> <li>▶ Processo de admissão</li> <li>▶ Barreiras a ultrapassar pelos enfermeiros no ato de acolhimento</li> <li>▶ Relação de ajuda (relação enfermeiro/utente)</li> <li>▶ Comunicação no acolhimento</li> </ul>				
--	---	--	--	--	--

## Plano de Sessão de Formação Nº 2

Tema: Segurança de doente no Bloco Operatório e o processo de esterilização de dispositivos médicos implementáveis

Local: Sala de Reunião de Hospital de Guiné-Bissau

Data: 17 de agosto de 2022

Grupo-Alvo: Equipa de enfermagem do bloco operatório e os enfermeiros de serviço de internamento pós-cirúrgico

Formador: Enfermeiro Tomás de Barros

Início: 14h00

Término: 16h00

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Recursos didáticos	
<p>1- Minimizar os riscos da segurança do utente no bloco operatório;</p> <p>2- Reduzir o nível das infeções no peri-operatório tendo em conta o uso correto processo de esterilização dos dispositivos médicos implementáveis;</p>	<p>Introdução: Importância da formação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reconhecer que cuidados devem desenvolvidas com vista a garantir a segurança utente no bloco operatório.</li> <li>▶ Conhecer as orientações da OMS com vista a minimizar os acidentes dos utentes no bloco operatório.</li> <li>▶ Reforçar o conceito e a importância do uso de checklist no bloco operatório.</li> </ul> </li> </ul>	120'	<p>Expositivo</p> <p>Demonstrativo</p> <p>Interativo</p>	<p>Computador</p> <p>Projetor</p> <p>Apresentação em suporte digital</p>	<p>Aplicação das fichas de avaliação de conhecimentos (pré-teste e pós-teste)</p> <p>Observação direta (adesão e participação na sessão de formação)</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Reconhecer a importância de aprendizagem para o processo de esterilização</li><li>▶ Reconhecer a importância da esterilização na redução da infecção.</li><li>▶ Distinguir as diferentes etapas do processo de esterilização.</li></ul>				
--	---	--	--	--	--

### Plano de Sessão de Formação N° 3

Tema: Cuidados de Enfermagem no pós-operatório

Local: Sala de Reunião de Hospital na Guiné-Bissau

Data: 18 de agosto de 2022

Grupo-Alvo: Equipa de enfermagem do bloco operatório e os enfermeiros de serviço de internamento pós-cirúrgico

Formador: Enfermeiro Tomás de Barros

Início: 14h00

Término: 16h00

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Recursos didáticos	
1- Reduzir as causas das infeções oculares no pós-operatório, pondo em evidência os cuidados básicos de Enfermagem.	<p>Introdução/reforço da importância da formação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reconhecer a importância de cuidados de enfermagem efetuados no pós-operatório.</li> <li>▶ Realçar a vertente da comunicação em enfermagem como ferramenta para atingir os nossos objetivos.</li> <li>▶ Melhorar cuidados básicos de enfermagem prestados no pós-operatório</li> </ul> </li> </ul>	120'	Expositivo Demonstrativo Interativo	Computador Projetor Apresentação em suporte digital	Aplicação das fichas de avaliação de conhecimentos (pré-teste e pós-teste) Observação direta (adesão e participação na sessão de formação)

### Plano de Sessão de Formação N° 4

Tema: Segurança na administração de medicamentos

Local: Sala de Reunião de Hospital da Guiné-Bissau

Data: 19 de agosto de 2022

Grupo-Alvo: Equipa de enfermagem do bloco operatório e os enfermeiros de serviço de internamento pós-cirúrgico

Formador: Enfermeiro Tomás de Barros

Início: 14h00

Término: 16h00

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Recursos didáticos	
1- Aplicar corretamente os medicamentos com vista a garantir a segurança do utente.	<p>Introdução: Importância da formação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reconhecer a importância de aprendizagem para a segurança na aplicação dos medicamentos.</li> <li>▶ Conhecer as principais etapas do uso dos medicamentos comunicação.</li> <li>▶ Conhecer os erros mais comuns no fornecimento de medicamento.</li> </ul> </li> <li>○ Conteúdos programados: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Etapas do uso de medicação</li> <li>▶ Os cinco (5) certos na administração de medicamento</li> <li>▶ E mais quatro (4) certos</li> <li>▶ Definição reconciliação terapêutica</li> </ul> </li> </ul>	120'	Expositivo Demonstrativo Interativo	Computador Projetor Apresentação em suporte digital	<p>Aplicação das fichas de avaliação de conhecimentos (pré-teste e pós-teste)</p> <p>Observação direta (adesão e participação na sessão de formação)</p>

**Apêndice vii**  
**Folha de presença para formação**

### Folha de presença para formação

Nº de ordem	Nome do formando	Sessão nº1	Sessão nº2	Sessão nº3	Sessão nº4
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

**Apêndice viii**  
**Avaliação de conhecimentos pré e pós- teste**

### Avaliação de conhecimentos Pré e Pós-teste

Duração: 20 minutos      Código: \_\_\_\_\_      Classificação \_\_\_\_\_ /10pts = 100%

Nome: .....

1. O conceito de acolhimento em enfermagem pode definir-se como a relação estabelecida com o utente que se inicia no momento da alta no serviço. Assinale com (X) a alínea correta.
  - a.  Verdadeiro
  - b.  Falso
  
2. Durante o processo de acolhimento, procura-se proporcionar ao utente um estímulo, tendo em vista a participação no seu tratamento e fortalecer a sua confiança. Assinale com (X) a alínea correta.
  - a.  Verdadeiro
  - b.  Falso
  
3. No processo de admissão do utente, os passos fundamentais são: ajudá-lo a sentir-se à vontade e inspirar-lhe segurança e desconfiança. Assinale com (X) a alínea correta.
  - a.  Verdadeiro
  - b.  Falso
  
4. A esterilização é definida como um conjunto de operações destinadas a eliminar ou matar todas as formas de microrganismos, de um material ou substância. Assinale com (X) a alínea correta.
  - a.  Verdadeiro
  - b.  Falso
  
5. Fases do processo esterilização são os seguintes: limpeza, desinfeção, inspeção, desembalagem, esterilização, armazenagem e distribuição. Assinale com (X) a alínea correta.
  - a.  Verdadeiro
  - b.  Falso
  
6. Processo de limpeza consiste em eliminar completamente matéria orgânica e inorgânica, aumentando com a ação do arraste manual ou mecânico o maior número possível de microrganismos presentes nos artigos (garante a destruição destes microrganismos). Assinale com (X) a alínea correta.

- a.  Verdadeiro
  - b.  Falso
7. Processo de desinfecção consiste na diminuição do número de microrganismos capazes de transmitir infecção. São geralmente utilizadas substâncias químicas, que reduzem ou inibem o crescimento microbiano, mas que necessariamente matam os microrganismos. Assinale com (X) a alínea correta.
- a.  Verdadeiro
  - b.  Falso
8. Os erros mais comuns na prescrição de medicamentos são os seguintes: Assinale com C as alíneas corretas e com E as alíneas erradas.
- a.  Conhecimentos certos
  - b.  Inadequação
  - c.  Doente certo
  - d.  Dose / via / intervalo
9. Os erros mais comuns no fornecimento de medicamento são os seguintes: Assinale com C as alíneas corretas e com E as alíneas erradas.
- a.  Presença de registo
  - b.  Erros de cálculo
  - c.  Via certa
  - d.  Doente certo
10. A reconciliação terapêutica é definida como um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente, que deverá ser realizada sempre que existe uma nova prescrição de medicação, através da confrontação da prescrição atual de medicamentos face à já existente. Assinale com (X) a alínea correta.
- a.  Verdadeiro
  - b.  Falso

**Apêndice ix**  
**Avaliação da formação pelos formandos/ formador aplicando a escala de Likert**

**Avaliação das sessões de formação por parte formandos:**

Avaliação das sessões formativas por parte dos formandos, recorreremos igualmente a uma escala de Likert no qual propomos 7 itens relacionadas com:

Nº	Itens	Resultados em %				
		(1) Ruim	(2) Razoável	(3) Bom	(4) Muito bom	(5) Excelente
1	Objetivos da formação atingidos					
2	A metodologia utilizada pelo formador durante toda a formação					
3	Os conteúdos transmitidos por parte do formador					
4	Satisfação em relação às suas expectativas acerca da formação					
5	Conhecimentos adquiridos durante a formação					
6	Relação comportamental formador/formandos					
7	Os recursos didáticos utilizados durante a formação					

**Avaliação das sessões de formação por parte do formador:**

Quanto a avaliação das sessões formativas por parte do formador, recorreremos de igual modo uma escala de Likert no qual propomos 3 itens:

Nº	Itens	Resultados em %				
		(1) Ruim	(2) Razoável	(3) Bom	(4) Muito bom	(5) Excelente
1	As horas disponibilizadas para a formação					
2	conhecimentos adquiridos durante a formação					
3	A relação comportamental formador/formandos					

**Apêndice x**  
**Folheto informativo para estilos de vida saudáveis**

O presente folheto visa consciencializar grupos e comunidade sobre estilos de vida saudáveis e os seus benefícios para a saúde humana.



Alimentação saudável e seus benefícios para a saúde humana:

- Um dos fatores essenciais para a nossa saúde é a alimentação. E para um estilo de vida saudável é indispensável a adoção de uma alimentação equilibrada e variada, que contemple boas escolhas alimentares.
- É através da alimentação que obtemos nutrientes essenciais ao nosso organismo, fundamentais para uma vida saudável e para um bom desenvolvimento físico e intelectual. Todos os nutrientes são indispensáveis para o funcionamento, construção e reparação do corpo humano.
- Uma dieta salutar deve ter presente: alimentos ricos em fibra (exemplo, pão integral, frutas, verduras, legumes e frutos secos) e uma proporção global adequada de hidratos de carbono (50%), gorduras (30% no máximo, não devendo superar as saturadas em 8 a 10%) e proteínas (15%).
- Um outro aspeto que se associa à saúde e aos estilos de vida prende-se com a alimentação (nutrição). A alimentação baseada em comidas rápidas, ricas em gordura, açúcar com alta densidade energética, escassez de nutrientes e fibras levou a um aumento significativo de casos de obesidade e dislipidemias (designa todas as anomalias quantitativas ou qualitativas dos lípidos no sangue), bem como de diabetes



O sedentarismo e o seu prejuízo para a saúde humana:

- O Sedentarismo significa falta, ausência ou a diminuição na prática de exercícios físicos e desportivos. Para se tornar ativo, a primeira regra é se conscientizar sobre a importância da atividade física.
- A falta de atividade física provoca inúmeras riscos, pois pode atingir os órgãos vitais como coração, rins, cérebros, entre outros;
- O sedentarismo prejudica diretamente na saúde dos músculos e ossos, quer dizer torna lhes mais frágeis, devido a falta de atividade, falta de movimentação, originando a atrofia, ou seja, falta de desenvolvimento do corpo, perda de flexibilidade e compromete a saúde como um todo;
- O sedentarismo é sinonimo de desenvolver algumas doenças tais como: A obesidade, pressão alta, diabetes, aumento do colesterol, infarto, derrames, depressão, doenças articulares;
- O sedentarismo é considerado o principal fator de risco para a morte súbita, estando na maioria das vezes associado direta ou indiretamente às causas ou ao agravamento da grande maioria das doenças.



Pulmão sadio



Pulmão de fumante

O hábito tabágico e as consequências para a saúde humana:

- O consumo de tabaco pode te ajudar a desenvolver uma série de doenças tais como: cancro de pulmão, cancro de laringe, cancro de faringe, cancro de esôfago, cancro do estômago, cancro de pâncreas, cancro de fígado, cancro de rim, cancro de bexiga, cancro de colo de útero, leucemia...;
- O consumo de tabaco afeta todo o organismo humano, originando agravamento das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes, por exemplo o cancro, das doenças respiratórias, das doenças cardiovasculares e da diabetes, também pode originar graves danos a nível da saúde sexual e reprodutiva, da saúde ocular, da saúde oral e do envelhecimento da pele.



Consumo alcoolismo e seus prejuízos para a saúde humana:

- O consumo excessivo de álcool é fator responsável por diversas doenças como, depressões, ansiedade e esquizofrenia, cirrose hepática, pancreatite, hipertensão, doença isquêmica do coração, bem como diversas doenças oncológicas.
- O consumo excessivo, leva a pessoa facilmente a perda de consciência;
- O consumo extremamente alto de bebida alcoólica, pode provocar envenenamento e até causar a morte;
- Uma alta dose de álcool no sangue pode provocar uma paragem cardiorrespiratória ou morte por asfixia ocasionada pelo vômito.
- O consumo de doses muito elevadas pode aumentar a pressão sanguínea ou pressão arterial, ocasionando danos no músculo cardíaco devido ao efeito tóxico do álcool.
- O álcool aumenta a produção de ácido gástrico, provocando irritação e inflamação nas paredes do estômago, o que pode provocar úlceras e hemorragias internas que podem ser fatais.



Promoção da Educação Sexual nas escolas com vista a aumentar a esperança de vida dos nossos jovens:

- A Educação Sexual visa, entre outros aspetos, educar para a saúde e prevenir comportamentos de risco que possam expor os jovens a infeções sexualmente transmissíveis (IST) ou a situações de gravidez indesejada.

Relação sexual segura significa:

- ✓ Uso regular de preservativo continua a ser um dos métodos mais eficaz para prevenir muitas doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids (Sida), a sífilis, a gonorreia e alguns tipos de hepatites em qualquer tipo de relação sexual (anal, oral ou vaginal), seja homem com mulher, homem com homem ou mulher com mulher.
- ✓ Abstinência sexual significa se não houver contactos sexuais, não há possibilidade de transmitir ou adquirir qualquer infeção;
- ✓ Ter apenas um parceiro sexual que concorda em adotar a mesma prática (monogamia);
- ✓ Conversar acerca das IST' com o parceiro e de como continuar seguro antes de iniciar atividade sexual;
- ✓ Realização de rastreios periódicos;
- ✓ A prevenção é fundamental, mas implica algum esforço de mudança de hábitos e práticas.



Importância do rastreio precoce da hipertensão arterial e diabetes e seus benefícios para a saúde humana:

- As mudanças no estilo de vida, incluindo modificações na dieta e combate ao sedentarismo, têm sido apontadas como fatores importantes na prevenção e controle do diabetes e da hipertensão arterial.
- Como atividades a serem realizadas por forma a prevenir à hipertensão arterial e diabetes, o profissional deve ser capaz de realizar as ações com vista a prevenir acidentes cardiovasculares:
  - ✓ Campanha de rastreamento de hipertensão arterial e diabetes e promoção de hábitos saudáveis de Vida.
  - ✓ Adotar uma alimentação e estilo de vida saudável;
  - ✓ Deixar de fumar;
  - ✓ Manter um peso normal (IMC entre 18 e 25 kg/m<sup>2</sup>);
  - ✓ Praticar exercício físico regular;