



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CUIDAR DA PESSOA PORTADORA DE OSTOMIA DE
ELIMINAÇÃO INTESTINAL**

**CARING THE PERSON WITH INTESTINAL ELIMINATION
OSTOMY**

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por

Joana Filipa Correia Pascoal

Lisboa, setembro de 2017



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**CUIDAR DA PESSOA PORTADORA DE OSTOMIA DE
ELIMINAÇÃO INTESTINAL**

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por

Joana Filipa Correia Pascoal

Sob orientação da Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, setembro de 2017

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos nunca são suficientes para expressarmos a dedicação, a disponibilidade, a tolerância, e os múltiplos apoios e ajudas recebidos.

À Professora Doutora Rita Marques pelo apoio constante, disponibilidade demonstrada, pelo estímulo, pela compreensão, pertinência das críticas e sugestões permitindo a minha aprendizagem e crescimento profissional e pessoal.

À minha família, em especial aos meus pais, irmão e Manuel, que apesar da distância e da minha ausência estiveram sempre presentes, dando-me força para não desistir em momentos de maior desânimo.

A todas as enfermeiras tutoras com quem tive o prazer de aprender e partilhar experiências.

A todos os meus colegas e amigos pelo incentivo.

A todos os que tornaram possível este percurso, o meu sincero e profundo **Obrigado!**

RESUMO

A Enfermagem como profissão que se centra no cuidar da pessoa, necessita de produção e renovação contínuas no seu corpo de conhecimentos, o que apenas é possível atendendo à procura constante, com base na evidência científica, de modo a melhorar a segurança e os cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica possui um leque de conhecimentos, capacidades e competências em diversos domínios, quer na gestão de cuidados, na melhoria contínua da qualidade, nas aprendizagens profissionais quer na responsabilidade profissional, ética e legal o que o torna um elemento de referência no âmbito das unidades prestadoras de cuidados.

O presente relatório visa expor o percurso que englobou três estágios que permitiram experiências e aprendizagens diversificadas. Pretende ainda, demonstrar de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas e competências adquiridas nos três contextos da prática clínica.

A revisão integrativa da literatura corroborou a importância da sexualidade da pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal, a pertinência da consulta de estomaterapia, bem como, a importância da formação e investigação nesta área.

Palavras-chave: Cuidar, Enfermeiro Especialista, Competências, Pessoa, Ostomias.

ABSTRACT

Nursing as a career that focus on patient care requires continuous refreshment and research for knowledge improvement, which is only possible due to a constant research and investigation based on scientific evidences in order to improve the security and the heath care of the patient family and the patient in a critical situation.

A Nurse with a specialization in Medico-Surgical nursing owns a broad knowledge, skills and competences in several domains which can go from healthcare management, quality continuous improvement, professional experience and responsibility as a professional, ethically and legal. These skillsets reveals him as a healthcare facilities reference element.

This report presents a career path that covered three internships which allowed several distinct experiences and learnings. It also pretends to state all developed activities and competences for the three practical clinical contexts in a argumentative and reflective way.

All bibliography had in mind the importance of the patient gender who host the intestinal elimination stoma, of the healthcare appointments for stomatherapy as well as the training and research value on this field of activity.

Keywords: Care, Nurse, Competences, Patient, Ostomys.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

p.- Página

pp.- Páginas

APA- *American Psychological Association*

BO- Bloco Operatório

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral de Saúde

RCEEMC- Regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

SO- Sala de Observações

SU- Serviço de Urgência

UCI- Unidade de cuidados intensivos

UCPA- Unidade de cuidados pós-anestésicos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE DA PESSOA PORTADORA DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO	12
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE OS ESTÁGIOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	27
2.1. ESTÁGIO I- MÓDULO: SERVIÇO DE URGÊNCIA	31
2.2. ESTÁGIO II- MÓDULO: CUIDADOS INTENSIVOS	37
2.3. ESTÁGIO III- MÓDULO (OPCIONAL): BLOCO OPERATÓRIO.....	50
3. CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA	59

APÊNDICES

APÊNDICE I. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA OSTOMIZADA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E IDENTIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES EM ESTOMAS.....63

APÊNDICE II. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DO SONO NA PESSOA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....77

APÊNDICE III. APRESENTAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E COMPARAÇÃO COM O ESTADO DE ARTE SOBRE O TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDO NA UCI..... 90

APÊNDICE IV. APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL..... 98

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Artigos selecionados segundo PI[C]OS.

INTRODUÇÃO

O termo especialista por si só, remete para um profissional com conhecimentos e habilidades aprofundadas numa área específica da sua prática, pelo que transpondo o conceito para a prática de enfermagem, entende-se como enfermeiro especialista, aquele que detém um conhecimento aprofundado num determinado domínio da enfermagem, atendendo às respostas do ser humano e aos processos que decorrem ao longo da vida e aos problemas de saúde que vão surgindo, demonstrando um pensamento crítico e tomada de decisão avançados, sendo traduzível num conjunto de competências especializadas (Regulamento n.º 122/2011).

Os enfermeiros ao longo do tempo têm-se tornado precursores ao reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência científica na sua prática clínica de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas. Os intervenientes desta relação possuem quadros de valores e crenças resultantes da interação existente entre o ambiente onde vivem e se desenvolvem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), interligando assim todos os metaparadigmas da enfermagem.

A elaboração deste relatório surge incorporado no Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sediada em Lisboa.

Este relatório tem como objetivo primordial, além de expor a pesquisa efetuada, descrever as atividades por mim desenvolvidas durante os estágios, com base nos projetos e portefólios elaborados, e que me permitiram adquirir competências gerais e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O estágio I- módulo: serviço de urgência geral, trata-se de um estágio obrigatório no curso de mestrado profissional mas, penso ter sido bastante adequado para compreender e colocar em prática as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista num contexto de urgência e emergência.

Já o estágio II- módulo: unidade de cuidados intensivos, também este fazendo parte integrante e obrigatória do curso, e tendo optado pela unidade de cuidados intensivos

cirúrgicos especiais do hospital onde trabalho, prendeu-se com o fato de exercer há cerca de oito anos, funções num serviço de internamento de cirurgia, e sendo esta a minha área de eleição, me permitiu a aquisição de competências num ambiente mais controlado e estabelecendo de forma eficiente, a relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e sua família.

A escolha do estágio III- módulo (opcional) em enfermagem no perioperatório, teve por base o meu fascínio e motivos profissionais pela área cirúrgica e todo o contexto perioperatório, uma vez que presto cuidados num serviço de cirurgia.

A opção por estes locais de estágio e a ordem da sua execução permitiram-me compreender todo o percurso efetuado pela pessoa desde o acolhimento num serviço de urgência geral, passando pelo bloco operatório e posterior transferência para a unidade de cuidados intensivos, se a situação clínica assim o exigir. Estas escolhas tornaram-se relevantes para o meu contexto profissional no cuidar de pessoas em situação crítica.

Assim, estruturalmente o trabalho é composto pela introdução, onde faço uma breve contextualização sobre o trabalho elaborado, por um primeiro capítulo em que apresento a revisão integrativa da literatura realizada acerca da importância da consulta de enfermagem na promoção da sexualidade da pessoa portadora de ostomia de eliminação, sendo que posteriormente, no segundo capítulo, exponho uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas durante os três estágios e as respetivas competências desenvolvidas e, findo com a conclusão, onde faço uma breve reflexão sobre todo o percurso efetuado, mencionando as potencialidades e as dificuldades sentidas.

Neste sentido, o relatório em apreço pretende constituir um momento de reflexão crítica sobre todo o meu percurso de aprendizagem vivenciado nos três locais de estágio escolhidos, no qual exponho as atividades desenvolvidas, baseadas na minha experiência pessoal e profissional e ainda com recurso à evidência científica, ambicionando sempre o alcance da excelência da qualidade dos cuidados prestados. Segundo Benner (2001, p.14) “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

Por vezes, a agitação do nosso dia-a-dia deixa-nos pouco espaço para a reflexão. Mas há que parar, aproveitar as janelas de oportunidade que surgem e olhar ao nosso redor. Temos de nos reencontrar, isto pode fazer toda a diferença, se o que procuramos é a excelência do exercício profissional. Consciente do meu crescimento e motivada para o aprofundar de

novos conhecimentos, este relatório pretende contribuir para avaliar e desenvolver a minha capacidade de auto análise e consciencializar-me das minhas potencialidades e limitações.

Para elaboração deste relatório utilizei a norma da APA para as referências bibliográficas.

1.REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: A Importância da Consulta de Enfermagem na Promoção da Sexualidade da Pessoa Portadora de Ostomia de Eliminação

1.1.Introdução

Uma ostomia, é um termo que deriva do grego e significa “boca” ou “abertura” (Simões, 2002) e trata-se de uma abertura artificial, criada cirurgicamente na parede abdominal, com o intuito de eliminar fezes e urina. Existem três tipos principais de ostomias de eliminação designadas de colostomias, ileostomias e urostomias (Burch, 2016; Mota, Silva & Gomes, 2016). As ostomias de eliminação intestinal podem ser temporárias ou permanentes, consoante o fim a que se destinam.

Existem vários fatores que levam à formação de uma ostomia, como por exemplo: perfuração intestinal, doença de Crohn, cancro colo-rectal, doença diverticular, trauma, colite ulcerosa, entre outros (Burch, 2016).

De acordo com o relatório da Globocan realizado em 2012, o cancro colo-rectal é a terceira causa de morte mundial, com cerca de 1,4 milhões de casos. Em Portugal, foram identificados cerca de 7129 casos a nível da incidência do cancro colo-rectal e quanto à mortalidade 3797 casos (World Health Organization, 2012).

A criação de um estoma de eliminação devido à inexistência de esfíncter, conduz a pessoa à perda do controlo voluntário da eliminação fisiológica normal, ficando esta dependente de dispositivos de eliminação intestinal (Luz *et al*, 2014). A literatura diz-nos que o procedimento em análise é vivenciado pela pessoa como uma mutilação ao seu corpo (Phipps, Sands & Marek, 2003) devido às múltiplas alterações que promove a diferentes níveis, como são exemplo, a imagem corporal e a auto-estima (Luz *et al*, 2014; Salomé, Almeida, Mendes, Carvalho & Junior, 2015) e, conseqüentemente a vida sexual. Esta última traduz-se na maioria dos casos na diminuição ou perda de libido, potenciando desta forma sentimentos como a depressão, o ódio, a repulsa e a frustração, que a longo prazo, podem

provocar alterações qualidade de vida da pessoa que se encontra a experienciar esta transição saúde-doença, pois influencia as relações sociais, organizacionais, afetivas e provoca alteração dos hábitos alimentares e de vestir (Mota, Silva & Gomes, 2016).

Corroborando a teoria de Afaf Meleis (2010), as pessoas ao longo do seu ciclo vital sofrem determinados tipos de transições que podem ser de desenvolvimento, organizacionais, situacionais e de saúde/doença. Define transição, como as circunstâncias que influenciam o modo como a pessoa encara essa nova transição na sua vida, e que facilitam ou dificultam esse processo de transição saudável. No caso das pessoas portadoras de ostomia de eliminação esta transição é encarada como facilitadora ou dificultada consoante o motivo pela qual esta foi criada.

Estas pessoas sofrem mudanças e vivenciam sentimentos de desorganização emocional (insegurança, medo e vergonha) que convergem em isolamento social, relacionada com a auto-imagem, pois a imagem corporal construída ao longo da vida é alterada devido à presença de uma ostomia (Marques, Silva, Nascimento, Nery & Luz, 2014; Mota, Silva & Gomes, 2016).

De acordo com a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, existem cinco necessidades que servem de motivação para o indivíduo, sendo que na base se encontram as necessidades biológicas, onde a sexualidade está incluída, no quarto patamar a segurança, depois a pertença, no segundo patamar a auto-estima e no topo da pirâmide encontra-se a realização pessoal, ou seja, uma necessidade de topo só é satisfeita, quando as dos níveis inferiores forem atendidas. Nesta linha de pensamento, a pessoa melhora a sua auto-estima quando as suas necessidades biológicas forem satisfatórias (Sheehy's, 2001), pelo que o mesmo ocorre na pessoa submetida a ostomia de eliminação.

Segundo a CIPE 2.0, a autoestima consiste na autoimagem com as características específicas: “opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.41).

Esta gera mudanças significativas no quotidiano da pessoa, que exigem adaptação da pessoa à nova fase que vivencia e é na sexualidade, que estas alterações mais se notam, uma vez que se trata de um assunto difícil de ser abordado tanto pela pessoa como pelo próprio profissional de saúde (Marques *et al*, 2014).

A sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da sua vida e é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, entre outros (World Health Organization, 2006).

Os enfermeiros, segundo Meleis (2010) são os principais cuidadores das pessoas e suas famílias a vivenciarem um processo de transição, pelo que, devem estar atentos às mudanças e devem consciencializarem-se de que estas transições são parte integrante do quotidiano da pessoa/família, contribuindo através de ensinamentos facilitadores do processo de aprendizagem, tornando assim positiva a vivência dessa transição.

Deste modo, destaca-se a pertinência da consulta de enfermagem em estomaterapia que atualmente, já é parte integrante na grande maioria dos hospitais nacionais. Esta tem como principal objetivo o acompanhamento das pessoas portadoras de ostomia desde o período pré-operatório até à alta hospitalar, a fim de dotar a pessoa submetida a ostomia de eliminação, de conhecimentos de modo a viver bem com a sua ostomia.

1.2. Metodologia

O método utilizado foi revisão integrativa da literatura que permitirá a pesquisa, a avaliação crítica e a sinopse das evidências demonstradas sobre certo tema investigado, indo de encontro à questão de investigação formulada, contribuindo desta forma, para a aquisição de novos conhecimentos, identificando falhas que possam existir na prática da enfermagem com o intuito, de refletir e melhorar os cuidados de enfermagem prestados (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Assim, e indo de encontro às etapas enunciadas por Mendes e Galvão (2008) procedeu-se à formulação da questão de investigação: “Qual a importância da consulta de enfermagem na promoção da sexualidade da pessoa portadora de ostomia de eliminação?”

Os critérios de inclusão para a seleção de artigos e formulação da pergunta de partida seguem a metodologia **PICo**: Partindo do modelo de Joana Briggs para a definição da questão, que define **P** (população) - Pessoa portadora de ostomia de eliminação, **I** (interesse) - importância da consulta de enfermagem; **Co** (Contexto ou características distintivas) - promoção da sexualidade.

A pesquisa foi realizada no espaço temporal de 30 de Outubro a 27 de Dezembro de 2016, identificando os limitadores de pesquisa, considerando um espaço temporal dos

últimos 5 anos (entre janeiro de 2011 a dezembro de 2016), nas bases de dados bibliográficas presentes na *EBSCO host*, (*CINAHL complete*, *MEDLINE complete*, *Nursing & Allied Health Collection: comprehensive*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library, Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*, *Health Technology Assessments*, *NHS Economic Evaluation Database*) *B-on* e *LILACS*.

Foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde- DeCS: *ostomy*, *sexuality* e *nurs**, tendo sido elaborada pesquisa booleana com os seguintes termos: *(ostomy) and (sexuality) and (nurs*)*. Em qualquer um dos campos foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados já mencionadas, publicados em Português, Inglês e Espanhol que abordassem a sexualidade da pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal e qualidade de vida, disponíveis na íntegra na *internet*.

Como critérios de exclusão, definiram-se as pessoas com idades inferiores a 18 anos portadoras de ostomias de eliminação, e todas as pessoas que não eram portadoras destas mesmas ostomias independentemente da idade.

Inicialmente foram encontrados na *B-on*, 405 artigos, sendo que 117 eram duplicados, tendo sido excluídos. A primeira seleção dos mesmos foi realizada por meio da leitura dos títulos e resumos, e a segunda após a leitura integral dos mesmos, constituindo-se uma amostra de 10 artigos.

Procedendo posteriormente à pesquisa nas bases de dados bibliográficas presentes na *EBSCO host*, além dos artigos já anteriormente identificados na *B-on*, surgiu um novo que após leitura do título e o texto na íntegra, foi incluído na pesquisa.

Já na *LILACS*, surgiram 9 artigos, que após leitura do título, se mantiveram 2 que correspondiam aos critérios de inclusão delineados.

Deste modo, obtiveram-se no final 13 artigos, alvos de estudo.

1.3.Resultados

Foram analisados no total 13 artigos. Os artigos remetem para ambos os paradigmas quantitativo e qualitativo, com diferentes abordagens, nomeadamente etnográfica, fenomenológica, de coorte transversal, observacional e descritiva. Relativamente aos instrumentos de recolha de dados que se fizeram utilizar nos presentes artigos, estes incluem entrevistas (abertas, semiestruturadas e estruturadas), questionários e análise de outros documentos.

Os artigos encontrados encontram-se sintetizados na seguinte tabela.

Tabela 1 – Artigos seleccionados segundo PI[C]OS.

Autores (ano), País	Participantes	Exposição	Resultados	Tipos de estudo
Anarki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmaeilpour, S. & Safaee, A. (2012), Irão	Amostra aleatória de 102 ostomizados referenciados da sociedade de ostomia iraniana, com mais de 18 anos, e portadores	Este estudo foi desenvolvido entre Março e Outubro de 2011. Os autores utilizaram o <i>City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire</i> (COH-QOL- Ostomy) composto por duas partes: a primeira incluía 46 questões sobre dados demográficos, doenças, tratamentos,	Dos participantes 58 eram homens (56,9%) e 44 mulheres (43,1%). Quanto ao tipo de ostomia, verificaram que as colostomias realizadas (n=69, 67,6%) eram superiores às ileostomias (n=22, 21,6%) e às urostomias (n=11, 10,8%). Destes (n=82) a ostomia era permanente. Cerca de 77,5% (n=79) eram devidas a tumores. Dos participantes 82,4% alteraram os seus	Estudo transversal

	de ostomias há pelo menos 3 anos.	tipo de ostomia, e outras características pessoais (como por exemplo: dieta, trabalho/atividades), a segunda constituída por 46 questões, subdivididas em 4 subescalas: físicas (1-11 <i>itens</i>); psicológicas (12-24 <i>itens</i>); sociais (25-36 <i>itens</i>) e espirituais (37-43 <i>itens</i>). Se os resultados fossem elevados correspondia a uma boa qualidade de vida, se fossem baixos correspondiam a uma baixa qualidade de vida.	hábitos alimentares; 48% o seu estilo de roupa e 83,3% mudaram de emprego. Cerca de 63% (n=64) apresentaram sintomas de depressão. 41,2% (n=42) referiram problemas com a localização do estoma. Relativamente à sexualidade, 81,4% referiram ser sexualmente ativos antes da cirurgia; 33,3% referiram ter retomado a vida sexual após a cirurgia; 31,4% (n=32) referiram atividade sexual satisfatória e cerca de 40,2% dos homens referiram problemas quanto à ereção. Dos participantes cerca de 83,3% (n=85) eram membros de grupos de suporte específicos para ostomizados.	
Liao, C. & Qin, Y. (2014), China	Amostra por conveniência, em que participaram 76 pessoas portadoras de ostomia de um hospital de <i>Beijing</i> , com idades superiores a 18 anos.	Estudo decorreu entre Junho de 2013 a Março de 2014. Os autores utilizaram: o questionário <i>The stoma-QOL</i> , <i>the stoma self-care agency scale</i> e <i>Herth hope index</i> . O primeiro era composto por 21 itens, subdivididos em 3 subescalas: atividade profissional/social; sexualidade/ imagem corporal; função do estoma. Apresentava igualmente 2 <i>itens</i> referentes ao impacto financeiro e complicações da pele peri-estoma. Relativamente ao resultado do questionário, quanto maior a pontuação correspondia a uma melhor qualidade de	Este estudo permitiu identificar quais os fatores que influenciam a qualidade de vida de uma pessoa ostomizada, chegando à conclusão que uma ostomia altera de forma exponencial a qualidade de vida, nos aspetos físico, social e sobretudo sexual.	Estudo coorte

		<p>vida e quanto menor a pontuação, menor a qualidade de vida.</p> <p>Quanto ao <i>the stoma self-care agency scale</i> este continha 38 itens divididos em 3 categorias autocuidado; conhecimento e habilidades. Para finalizar, quanto maior o valor do <i>Herth hope index</i>, maior o nível de esperança.</p>		
<p>Salomé, G., M., Almeida, S., A., Mendes, B., Carvalho, M., R., F. & Junior, M., R., M. (2015), Brasil</p>	<p>Amostra selecionada de forma não probabilística, por conveniência de 70 pessoas registadas no Polo dos Estomizados de Pouso Alegre com idades superiores a 18 anos.</p>	<p>Os dados foram colhidos entre dezembro de 2012 e maio de 2013.</p> <p>Os investigadores utilizaram 3 instrumentos: um questionário sobre dados demográficos; um segundo <i>The subjective well-being Scale</i> e o terceiro <i>the Flanagan Quality of Life Scale</i>.</p>	<p>Da análise das escalas aplicadas, a <i>Flanagan Quality of Life Scale</i> obteve 16-22 pontos o que significa que os participantes sofreram alterações na qualidade de vida, quanto à <i>the subjective well-being Scale</i>, os resultados obtidos também foram negativos no que concerne à própria autoestima dos participantes ostomizados</p>	<p>Qualitativo</p>
<p>Kimura, C., A., Kamada, I., Guilhem, D. & Fortes, R., C. (2013), Brasil</p>	<p>Amostra constituída por 40 mulheres registadas no Programa de ostomizados da secretaria de saúde do</p>	<p>Dados colhidos entre Maio a Novembro de 2011. Utilizado um questionário sociodemográfico, clínico e uma entrevista individual que pretendia obter respostas acerca de como era viver com uma ostomia, o impacto da primeira relação sexual após a</p>	<p>A idade média das participantes do estudo era 50,75 anos. Cerca de 65% (n=26) realizaram uma ostomia devido a cancro do cólon e reto e 35% (n=14) resultaram de outras causas (ex: doenças inflamatórias do intestino). Este estudo demonstrou que a atividade sexual é uma dimensão importante e que influencia a</p>	<p>Transversal descritivo epidemiológico</p>

	distrito federal-Brasil, com estoma definitivo e com idades superiores a 20 anos	cirurgia, associação entre a atividade sexual e o estoma, aceitação do parceiro, mudança no estilo de vestir e o uso do sistema de irrigação.	qualidade de vida destas mulheres assim como o processo do cuidar	
Marques, A., D., B., Silva, J., s., G., Nascimento, L., C., Nery, I., S. & Luz, M., H., B., A (2014), Brasil	10 mulheres maiores de 18 anos, inscritas num Centro de Saúde de Teresinha	Foram realizadas entrevistas durante o mês de junho de 2012 em que as participantes expressassem o significado que tinham acerca da sexualidade, a vivência da mesma, a aceitação por parte do parceiro no processo de adaptação ao estoma e o fato de serem mulheres e de conviverem como o estoma.	Das entrevistadas as idades situaram-se entre os 29 e os 50 anos. Destas 7 eram solteiras e 3 eram casadas. Quanto ao tipo de estoma, 8 eram colostomizadas e as restantes ileostomizadas. A causa dos estomas foi predominantemente devida a cancro. Quanto ao tempo de permanência com a ostomia variou entre o 1 ano até a 24 anos. Dos relatos obtidos o significado que têm da sexualidade está relacionado a sentimentos e à satisfação das necessidades fisiológicas. Quanto à vivência da sexualidade referiram que as disfunções sexuais são consequências da existência da ostomia. No que diz respeito ao apoio do parceiro, estas referiram que a família é importante no processo de transição. Por fim, a ostomia é percebida pelas participantes como “alienação do próprio corpo”.	Qualitativo
Reesse, J., B., Finan, P., H., Haythornthwaite, J.,	141 participantes, dos quais 12,7% (n=18) eram ostomizados,	A investigação decorreu entre Dezembro de 2009 a Abril de 2012 e consistia em averiguar os preditores físicos e emocionais	Dos estudos realizados, os participantes que são ostomizados e aqueles que já o foram no passado, referiram que a ostomia causou grande impacto na	Estudo prospetivo

<p>A., Kadan, m., Regan, K., R., Herman, J., M., Efron, J., Diaz Jr, L., A. & Azad, N., S. (2014), Estados Unidos da América</p>	<p>17,7% (n=25) foram ostomizados e 69,5% (n=98) sem história de ostomia (com idades superiores a 21 anos e com diagnóstico de cancro colo-retal recrutados diretamente da clínica ou através de <i>e-mail's</i> para o <i>Johns Hopkins Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center</i>.</p>	<p>da qualidade de vida no âmbito da sexualidade destes participantes. Utilizaram diferentes instrumentos: <i>the medical impact subscale assesses</i> (constituída por 5 questões que pretendia identificar o impacto da condição médica da pessoa e os aspetos da sua vida sexual); <i>female sexual function</i> e <i>male sexual function</i> (questionário sobre a função sexual das mulheres e homens respetivamente); <i>body image scale</i> (relativa à alteração da autoimagem, que quanto mais alto o valor mais alto o sentimento negativo relativamente ao estoma);</p>	<p>expressão da sexualidade, comparativamente com os participantes que não eram portadores de ostomia. O fato de possuírem uma ostomia alterou a vida sexual da pessoa para pior em ambos os sexos, independentemente da idade.</p>	
<p>Cardoso, D., B., R., Almeida, C., E., Santana, M., E., Carvalho, D., S., Sonobe, H., M. & Sawada, N., O. (2015), Brasil</p>	<p>10 participantes do serviço de atenção à pessoa ostomizada da Unidade de Referência Especializada em Saúde Presidente Getúlio Vargas em Belém do Pará</p>	<p>Decorreu entre Abril e Julho de 2014 com a realização de observações não participante, diário de campo e no final, através de entrevistas aos participantes.</p>	<p>Dos participantes 6 eram homens e 4 mulheres, destes 9 eram colostomizados e o restante era ileostomizado. Em todas as entrevistas os intervenientes referiram alterações a nível da atividade sexual para pior.</p>	<p>Estudo descritivo qualitativo</p>

<p>Jansen, F., Uden-Kraan, C., F., Braakman, J., A., Keizerswaard, P., M., Witte, B., I. & Verdonck-de Leeuw, I., M., (2015), Amsterdão</p>	<p>668 participantes dos quais 379 eram portadores de tumor e que realizaram uma ostomia (grande maioria colostomias) e 289 não eram portadores de tumor e que ficaram ostomizados (maioritariamente ileostomias), maiores de 18 anos.</p>	<p>Desenvolvido em agosto de 2012, utilizando um questionário <i>the stoma panel</i> e um questionário acerca da qualidade de vida.</p>	<p>Em todos os participantes do estudo, houve alteração da sua atividade sexual, e os homens referiram problemas como a disfunção erétil. No entanto, as pessoas com tumor referiram melhor qualidade de vida em comparação com as que foram ostomizadas por outro tipo de doença, pois já era algo de que estavam à espera. No entanto, referiram igualmente alterações na sexualidade (disfunção erétil, falta de lubrificação) devido à terapia adjuvante utilizada para combater o cancro.</p>	<p>Estudo coorte, método misto, transversal</p>
<p>Salomé, G., M., Almeida, S., A. & Silveira, M., M. (2014), Brasil</p>	<p>70 participantes pertencentes ao Pólo de pessoas ostomizadas de Pouso Alegre.</p>	<p>Investigação decorreu entre dezembro de 2012 e maio de 2013, utilizando três tipos de instrumentos: um questionário sobre dados demográficos; o <i>The Rosenberg Scale</i> (escala para avaliar a auto-estima) e a <i>Flanagan Quality of Life Scale</i> (avaliava a qualidade de vida em 5 dimensões: física e material, relação com os outros, atividades sociais, desenvolvimento pessoal e recreativo). A segunda escala tinha uma</p>	<p>Da análise dos dados obtidos, os investigadores referiram que maioritariamente a ostomia foi devida a tumores. Os resultados de ambas as escalas foram parcos, o que indica que as pessoas portadoras de ostomia, têm uma baixa autoestima e a sua qualidade de vida diminuiu. Quanto à sexualidade os doentes referiram sentimentos de isolamento e ansiedade devido à alteração da sua autoimagem, dificultando os relacionamentos.</p>	<p>Estudo clínico, primário, descritivo e analítico</p>

		pontuação de 0 a 30 em que o menor valor correspondia a melhor autoestima e o maior a menor autoestima. Quanto à terceira escala, o <i>score</i> máximo era de 105 correspondente a melhor qualidade de vida e o menor <i>score</i> de 15 a menor qualidade de vida.		
Mota, M., S., Silva, C., D. & Gomes, G., C. (2016), Brasil	Mulheres ostomizadas há mais de 1 ano registradas num serviço de estomaterapia de um hospital.	Realizado no segundo semestre de 2012 num serviço de estomaterapia de um Hospital Universitário. A colheita de dados ocorreu através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas no consultório do serviço de estomaterapia com autorização da comissão de ética do hospital.	De todas as mulheres entrevistadas todas referiram uma diminuição na qualidade de vida. Relativamente à sexualidade, as mulheres possuíam barreiras construídas por elas mesmas, devido à alteração da auto-imagem, com sentimentos de vergonha e de rejeição por parte dos parceiros.	Estudo qualitativo
Silva, A., L., Monteiro, P., S., Sousa, J., B., Vianna, A., L. & Oliveira, P., G. (2014), Brasil	108 participantes, dos quais 36 eram companheiros de mulheres com colostomias permanentes e 72 parceiros de mulheres sem ostomias.	Estudo que decorreu entre outubro de 2011 e maio de 2012, com a aplicação de um questionário aos parceiros de mulheres com colostomia permanente e aos parceiros de mulheres sem ostomias.	Os dados obtidos demonstraram que os parceiros de mulheres ostomizadas relataram insatisfação com o desempenho das suas esposas, com diminuição do interesse sexual, comparativamente com o outro grupo.	Estudo quantitativo

<p>Ferri, P., Bernini, C., Pisani, M., Vacarri, C., Lami, N. & Rovesti, S. (2012), Itália</p>	<p>53 participantes adultos com estoma seguidos no consultório de estomaterapia de um hospital de Módena (Itália). Amostra não probabilística.</p>	<p>Decorreu entre março a setembro de 2010 e o instrumento utilizado foi um questionário que abordava a sexualidade das pessoas ostomizadas.</p>	<p>Após a aplicação deste verificou-se que a maior parte dos entrevistados refere mal-estar e que a ostomia tem impacto negativo, tanto na sua imagem corporal como na própria sexualidade. A sexualidade é um tema pouco abordado pelas pessoas portadoras de ostomia e que apenas a enfermeira estomoterapeuta abordara este assunto e identificara estratégias para melhorar esta situação.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>
<p>Grant, M., McMullen, C., Altschuler, A., Mohler, M., J., Hornbrook, M., C., Herrinton, L., J., Wendel, C., S., Baldwin, C., M. & Krouse, R., S. (2011), Estados Unidos da América</p>	<p>Selecionados 33 participantes e divididos em 4 grupos de acordo com o género e idade, inscritos na <i>Kaiser</i> permanente (sistema integrado de prestação de cuidados de saúde) em <i>Oregon</i>.</p>	<p>Os 8 grupos em estudo debateram a questão de como era viver com uma ostomia, o conteúdo das conversas foi gravado, transcrito e analisado.</p>	<p>Todos os grupos reportaram alterações nos hábitos alimentares. Os dois géneros referiram alterações a nível da intimidade e sexualidade. Aprender a lidar e a adaptar-se às dificuldades eram assuntos maioritariamente referidos pelas mulheres, os homens pouco referiam este assunto.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>

1.4.Discussão

Dos artigos analisados, todos ocorreram em diferentes regiões do globo, desde os Estados Unidos da América, a Itália, ao Brasil, a Amesterdão, à China e ao Irão, entre os anos 2011 a 2016.

Concluiu-se igualmente durante a pesquisa, que no que concerne à pessoa ostomizada e sobretudo à qualidade de vida da mesma, o Brasil foi o país que mais estudos elaborou nesta área.

Dos estudos supracitados, o principal fator que contribuiu para a formação de uma ostomia, foram os tumores do cólon e reto, seguidamente de doenças inflamatórias do intestino, como comprova a pesquisa efetuada *à priori*. Destes estudos, a grande parte das ostomias de eliminação realizadas foram as colostomias.

Após a pesquisa efetuada e corroborando com a maioria dos artigos analisados, as pessoas portadoras de ostomias de eliminação sofrem mudanças na sua qualidade de vida, a diversos níveis. Surgem alterações nos seus hábitos alimentares de forma a reduzirem a presença de flatos, de odores desagradáveis e até mesmo a consistência das fezes; estilo de vestir, preferindo roupas mais largas para evitar que o saco seja notado, motivo pelo qual, grande parte das pessoas evita ainda as relações com os pares, potenciando desta forma a incidência de depressão e aliada ao isolamento social.

De todos os artigos estudados, são as mulheres que mais sofrem com esta transição, devido à crescente preocupação com a perfeição estética e enquadramento nos padrões de beleza da sociedade atual (Cardoso *et al*, 2015; Kimura, Kamada, Guilhem & Fortes, 2013; Marques *et al*, 2014).

A presença de um estoma tem impactos negativos a nível físico, social e psicológico, afetando a relação com a família e amigos, no emprego, e na atividade sexual, desencadeando sentimentos de ansiedade e medo. Estas pessoas experienciam momentos críticos na sua vida, pois tendem a sentir-se estigmatizados, considerando-se diferentes dos outros, por não terem as mesmas características e os atributos considerados normais perante a sociedade onde vivem (Ferrie *et al*, 2012; Kimura *et al*, 2013; Salomé, Almeida & Silveira, 2014; Silva *et al*, 2014).

As alterações da imagem corporal acarretam dificuldades no que diz respeito à sexualidade, nomeadamente, devido ao sentimento de vergonha perante o parceiro, perpetuando a redução ou perda do desejo sexual, dispareunia e dificuldades na ereção

(Grant *et al*, 2011; Jansen *et al*, 2015; Marques *et al*, 2014; Mota, Silva & Gomes 2016; Reesse *et al*, 2014).

No estudo de Silva *et al* (2014) é evidente a insatisfação relativamente à sexualidade dos parceiros das pessoas ostomizadas comparativamente às não ostomizadas, levando muitas das vezes à separação, o que contrapõe os dados obtidos nos restantes estudos em que a presença do companheiro é um fator relevante nesta fase de transição. No entanto, torna-se fulcral que as pessoas portadoras de ostomia, se aceitem a si próprias e ao seu corpo de modo, a vivenciarem a sexualidade de forma natural (Mota, Silva & Gomes, 2016).

Da revisão efetuada, a consulta de enfermagem de estomoterapia é pouco abordada, e é algo que nos dias que decorrem se torna bastante relevante no acompanhamento destas pessoas, porém, os estudos mencionados, referem a importância do acompanhamento por parte das equipas multidisciplinares, sobretudo da enfermagem, de modo a ajudarem as pessoas a superarem os seus traumas, aceitando e adaptando-se à condição atual de vida, de forma a que, a experiência da sexualidade se torne um momento de prazer e não insatisfação (Mota, Silva & Gomes, 2016).

1.5. Conclusão

Como se constatou, a sexualidade é um aspeto pouco abordado tanto por parte da pessoa portadora de ostomia, como por parte do próprio profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, por se tratar de um assunto que faz parte da sua intimidade e que esta não quer ver exposta, pelo que, a encara como algo secundário e pouco relevante.

Uma boa saúde não significa apenas a ausência de doença, mas também um bem-estar físico, psíquico e social. O apoio familiar, além do apoio dos profissionais de saúde, é um marco importante na adaptação da pessoa à nova condição de vida.

As consultas de enfermagem em estomoterapia, nos dias de hoje, têm vindo a ganhar especial destaque, uma vez que, são de extrema relevância, tanto no período pós-operatório, quer após a alta hospitalar. Estas permitem a construção de um cuidado mais efetivo tanto na prevenção e tratamento de complicações, na maximização da independência da pessoa no autocuidado ao estoma, na orientação para o material a ser utilizado em determinada situação, na reabilitação e reinserção social e essencialmente no esclarecimento de dúvidas

e apoio psicológico e emocional para que a pessoa possa atingir o melhor bem-estar e qualidade de vida.

Dos estudos analisados, escassos eram aqueles que aprofundavam diretamente a sexualidade, pois na sua grande maioria a abordagem era através da qualidade de vida da pessoa.

Em suma, é necessária a produção de mais investigação sobre a importância da área da sexualidade da pessoa portadora de ostomia, e sobretudo no que diz respeito à pertinência da consulta de estomaterapia, de modo a colmatar lacunas existentes e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE OS ESTÁGIOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No decorrer deste capítulo irei descrever todo percurso efetuado e as competências adquiridas em cada módulo de estágio, e que considerarei indispensáveis na aquisição de novos conhecimentos, desenvolvendo competências gerais e específicas de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este período de aprendizagem foi propício a momentos de reflexão pessoal, pois só dessa forma poderemos mudar a nossa postura e a visão que temos do mundo que nos rodeia. Assim, o estágio é essencial por ser um momento de desenvolvimento do conhecimentos e competências, pois é, através dos contextos práticos que estabelecemos uma relação de fusão entre os fundamentos teóricos e os práticos, evidenciando em cada momento da nossa intervenção conhecimentos diferenciados, conotados de sentido e coerência.

As teorias conferem significado ao conhecimento de modo a melhorar as nossas práticas descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos (Tomey & Alligood, 2004). Nesta linha de pensamento, é através dos modelos e teorias de Enfermagem que somos capazes de argumentar a forma como agimos, uma vez que permitem a transposição dos conhecimentos teóricos adquiridos para a prestação direta de cuidados à pessoa e sua família.

Ao longo de toda a minha prestação no cuidar da pessoa em situação crítica e sua família, encarei o processo de interação e de transição, indo ao encontro da teoria das transições, descrita por Afaf Meleis (2010). Esta é uma teoria de médio-alcance e incorporada no paradigma da transformação.

De acordo com o regulamento de competências do Enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica [RCEEMC], a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8656).

Não podemos falar em teorias, sem compreender os metaparadigmas que lhe estão subjacentes e que permitem fundamentar as nossas práticas diárias na prestação de cuidados.

Estes estão descritos igualmente no enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e compreendem: a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem. Na sua teoria, Meleis descreve a pessoa em todo o seu ciclo vital, bem como as famílias e a comunidade; a saúde como a percepção de bem-estar físico e emocional; o ambiente, como o contexto em que as mudanças e eventos ocorrem e, por último, os cuidados de enfermagem como facilitadores deste processo de transição (Chick & Meleis, 1986).

À luz desta teoria, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica centra-se nas transições vivenciadas quer pela pessoa, quer pelas famílias, podendo ser do tipo: saúde/doença (exemplo: internamento, cirurgia, etc.), desenvolvimento (associadas às mudanças que ocorrem durante o ciclo vital), situacionais (relativas aos acontecimentos que originam alterações de papéis) e organizacionais (relacionadas a alterações no ambiente envolvente e nas rotinas estabelecidas previamente). Estas transições vivenciadas não são unidimensionais ou exclusivas, pelo que podem ocorrer simultaneamente e/ou sequencialmente, com relação ou não entre elas. Assim sendo, o enfermeiro deve ter em consideração, não apenas um único tipo de transição, mas todas as transições significativas tanto para a pessoa como para a família (Meleis *et al*, 2000).

A definição de transição pode ser encarada como a passagem de um estado estável para outro considerado igualmente estável, sendo desencadeada por um período de crise que poderá estar ou não relacionada com a tomada de decisão da pessoa (Chick & Meleis, 1986).

De referir igualmente a importância do modelo teórico de Patrícia Benner (2001) durante este meu percurso. Esta tem por base a sua teoria no modelo de Dreyfus de aquisição e desenvolvimento de competências, que demonstra que o enfermeiro ao longo da sua prática clínica passa por cinco níveis de diferentes competências, sendo eles: o iniciado, o iniciado avançado, o competente, o proficiente e o perito. Este modelo compreende o estudo de uma situação da prática, de modo a refletir e determinar o nível da prática em que nos encontramos, com foco nas potencialidades (Benner, 2001), que correspondem às capacidades desenvolvidas e à aquisição de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os enfermeiros, como profissionais privilegiados no que diz respeito ao tempo de interação com a pessoa e respetiva família são o cerne nas instituições de saúde e devem apostar ao longo do seu percurso na formação, na aquisição e desenvolvimento de competências, que se tornam imprescindíveis na segurança e qualidade do seu exercício profissional.

De um modo geral, no decurso de todo este percurso formativo desenvolvi *competências relacionais, éticas, técnicas e científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família* em todos os contextos de aprendizagem.

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3).

Em enfermagem, contactamos diariamente com pessoas, sendo cada pessoa um ser único e individual, com toda uma história de vida, um conjunto de crenças e valores. Cada pessoa é diferente, e como especialistas necessitamos de adequar a comunicação e a nossa postura, indo ao encontro das expectativas do outro. Assim, ressalvo a importância das competências relacionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, permitindo que esta adquira confiança em nós e nos cuidados prestados, por forma a estabelecer uma relação de ajuda.

Segundo Phaneuf (2005, p.334), as principais habilidades ou atitudes próprias da relação de ajuda “encontram-se numa certa conceção do ser humano em que o respeito pela dignidade da pessoa, pela sua liberdade e pela sua autonomia é primordial”. Nesta ótica, a relação de ajuda tende a capacitar a pessoa a escolher, sentir, saber e decidir se deve ou não mudar o seu comportamento (Lazure, 1994).

Para Benner (2001, p.76) a relação de ajuda “vai para além das definições estreitas daquilo que é terapêutico, no qual a mudança é considerada em termos de melhoramento mensurável, de abandono de compromissos ou de significados impossíveis de manter, ou ainda de estabelecimentos de objetivos.”

Além da componente técnica e habilidade instrumental, devemos ver a pessoa numa perspetiva holística, ajudando-a a ultrapassar o período de transição que vive, com todas as potencialidades que detém, de forma a satisfazer adequadamente as suas necessidades (Lazure, 1994).

Os enfermeiros têm como objetivo cuidar de pessoas, ao longo do seu ciclo vital, tanto na saúde como na doença, de modo a promover a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados. Este é o ponto fulcral do agir profissional onde se interligam a ética da promessa e o compromisso do cuidar. Executar estas promessas vincula os enfermeiros a um

compromisso para lhes dar resposta, já que a sua satisfação plena afeta significativamente a vida das pessoas, pelo que se pode afirmar que a função da ética de enfermagem é orientar a atividade dos enfermeiros a favor do bem do outro (Nunes, 2004).

Segundo Thompson, Melia e Boyd (2004) a ética é compreendida como a responsabilidade que o enfermeiro possui, enquanto pessoa e profissional no âmbito do seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A ética, além da maneira como exercemos poder e autoridade sobre os outros ou como lidamos com a responsabilidade que nos está inerente relativamente à forma como cuidamos dos outros, mas ainda, ao compromisso que detemos para desenvolvermos a nossa identidade como seres humanos. Ou seja, a ética não diz respeito somente à forma como cuidamos do outro, mas também à responsabilidade de desenvolvermos as nossas habilidades e à nossa realização pessoal (Thompson, Melia, & Boyd, 2004).

De acordo com Deodato (2010), a decisão ética resulta da ocorrência de problemas éticos durante o exercício profissional do enfermeiro. Após a identificação destes problemas, o enfermeiro adota ações que julga serem as mais adequadas à sua resolução, através da decisão sustentada em fundamentos que permitem um agir ético.

Seja qual for o contexto em que os enfermeiros desenvolvam a sua atividade profissional, cada vez mais se confrontam com problemas éticos. Existem situações, especialmente complexas, em que se enfatiza a importância de recorrer aos princípios e valores éticos com o intuito de sustentar o processo de tomada de decisão. A responsabilidade profissional, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício são os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros (Nunes, 2004).

Quanto às competências técnicas e científicas, estas permitem ir ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados prestados na procura constante da excelência no exercício profissional e no domínio das aprendizagens profissionais, permitindo o desenvolvimento do “autoconhecimento e a assertividade”, bem como, baseando a minha “*praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p.4).

A formação técnica e científica deve estar aliada a uma formação ética que humaniza os cuidados, respeita os direitos das pessoas a quem prestamos cuidados e reconhece as suas responsabilidades, direitos e deveres consagrados no código deontológico da profissão. E, quando as ações vão de encontro ao que está descrito no código deontológico, resultam quase

sempre em mecanismos de *coping* eficientes nos momentos de angústia, incerteza, confusão e impotência.

De seguida, descrevo todo o percurso desenvolvido por mim em cada contexto, atingindo desta forma os objetivos específicos descritos em cada projeto de estágio efetuado e que me facilitaram a aquisição de competências como futura enfermeira especialista.

2.1. Estágio I- Módulo: Serviço de Urgência

O presente módulo de estágio teve início no dia 26 de abril de 2016 e término no dia 17 de junho do mesmo ano perfazendo uma carga horária total de 180 horas.

Este decorreu num serviço de urgência polivalente de um hospital central da zona de Lisboa com valência de trauma, uma das áreas das quais pretendia aprofundar conhecimentos, devido à sua especificidade na abordagem destas vítimas.

Estes serviços, como o seu próprio nome indica, são a porta de entrada para o atendimento de situações de urgência (todas as situações clínicas de instalação súbita com risco de falência de órgãos) e emergência (situações clínicas de instalação súbita em que está estabelecido ou eminente o comprometimento de uma ou mais funções vitais) (Direção-Geral de Saúde, 2001).

O serviço de urgência geral é bastante específico pelo que, para dar resposta à multiplicidade de situações é de extrema importância a permanência neste local de uma equipa de saúde multidisciplinar dedicada e com elevado grau de diferenciação na abordagem da pessoa em situação crítica, da qual o enfermeiro é parte integrante e preponderante. Corroborando Sheehy's (2001), a enfermagem na urgência é multidimensional e necessita de conhecimentos aprofundados em todos os sistemas orgânicos, nos diferentes tipos de patologias e em todas as faixas etárias.

Por forma a facilitar a aquisição de competências neste serviço específico, delinee quatro objetivos específicos, sendo que o primeiro foi: *prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família/pessoa significativa em situação crítica no serviço de urgência.*

Como porta de entrada do serviço nacional de saúde, a pessoa em situação crítica é admitida e acolhida pelo enfermeiro responsável pela triagem, com base nos fluxogramas do sistema de triagem de Manchester. Este sistema permite, a identificação precoce e o

encaminhamento correto e em tempo útil, de acordo com protocolos de atuação, assegurando assim que seja dada a prioridade de observação às pessoas em estado mais crítico em relação aos menos graves.

O sistema de triagem de Manchester é constituído por cinco níveis de prioridades baseado na identificação de problemas consoante as queixas apresentadas pela pessoa doente, sendo atribuídas diferentes cores, sendo que: a cor vermelha, corresponde a situações de emergência (prioridade máxima); a laranja corresponde a situações muito urgentes; a amarela a urgentes; a verde pouco urgentes e a azul a situações não urgentes. Após a triagem a pessoa é encaminhada para os diferentes setores existentes no SU de acordo com o seu grau de prioridade.

Trata-se de uma intervenção autónoma por parte do enfermeiro do serviço de urgência, uma vez que, permite colocar o doente no local e momento certos para receber o nível adequado de cuidados, de forma a adequar os recursos à satisfação das pessoas. (Sheehy's, 2001).

Durante a minha permanência no SU foi possível colaborar com a enfermeira tutora na triagem de algumas pessoas, uma vez que, é necessária formação específica na área, algo que não detinha, o que se tornou por vezes uma tarefa complexa pois, além de termos de conhecer os discriminadores dos fluxogramas temos de ter espírito crítico, de forma a tomarmos a decisão mais correta na atribuição do grau de prioridade, pois caso isto não aconteça, a observação pode ser atrasada e pode mesmo ocorrer um agravamento do estado de saúde da pessoa. A decisão na atribuição da prioridade apesar de seguir os fluxogramas vigentes, por vezes e com base na experiência dos enfermeiros pode diferir, e por isso, houve da minha parte um grande esforço, de forma a conseguir pensar na prioridade a atribuir.

Indo de encontro à consecução do objetivo suprarreferido, concederam-me a possibilidade de realizar a maior parte do estágio nas salas de reanimação e na sala de observações, locais estes que se tornaram um marco importante na aquisição de novas aprendizagens e tomada de decisão. No entanto, para conhecer toda a dinâmica, organização, e o circuito da pessoa em situação crítica após a triagem, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados noutras valências ali existentes, quer seja na sala dos laranjas, sala de aerossóis e na pequena cirurgia.

Como por exemplo, na pequena cirurgia integrei conhecimentos sobre feridas que permitiram otimizar as minhas ações para a sua prevenção e para obter o melhor tratamento e resultados com base na prática baseada na evidência.

Estruturalmente, a sala de reanimação I, está preparada para receber 2 pessoas em situação crítica e a sala de reanimação II, tem capacidade para receber uma pessoa. Estas estão equipadas com meios de diagnóstico e monitorização permitindo a estabilização hemodinâmica e a avaliação clínica das pessoas consideradas emergentes ou urgentes, pelas diferentes especialidades médicas.

Após devidamente estabilizada, a pessoa é encaminhada para os diferentes setores, consoante o diagnóstico, quer seja UCI, BO ou SO. Esta última é composta por 16 camas, cada uma com monitor cardíaco e com equipas médicas e enfermagem em permanência. No entanto, este espaço por vezes torna-se pequeno devido à elevada afluência de doentes, tendo alguns de permanecer em maca nos corredores, enquanto aguardam transferência para outro setor.

Descrevendo uma situação que ocorreu na sala de reanimação II (sala que me estava atribuída), deu entrada uma pessoa triada como emergente, cujas queixas referidas eram desconforto abdominal e palpitações. Observando a pessoa, verifiquei que esta se apresentava pálida e sudorética. Prontamente, acolhi a pessoa, monitorizei e puncionei acesso venoso. Aquando da monitorização verifiquei que esta mostrava algo sugestivo de taquicardia supraventricular, pelo que, informei rapidamente a equipa médica que ainda não tinha chegado. Esta após observação, pediu um eletrocardiograma que confirmou a minha suspeita. Após explicação de todo o procedimento, de forma a minimizar o estado de ansiedade daquela pessoa, administrei terapêutica dirigida, tendo revertido o quadro. Todas as minhas intervenções foram registadas no programa informático ALERT[®], em vigor neste SUC, de forma a facilitar a continuidade dos cuidados prestados. Considero que, a minha intervenção foi eficiente, em tempo útil de forma holística perante esta pessoa em situação crítica, tendo-me permitido atingir os objetivos delineados.

De referir que, a integração na equipa foi um fator significativo na prestação de cuidados, pois sentia-me parte integrante desta, e neste serviço é essencial o trabalho em equipa e o respeito entre os diferentes grupos profissionais (enfermeiros, médicos, auxiliares, etc,...) pois “a qualidade dos cuidados prestados assenta neste conceito de equipa” (Sheehy’s, 2001, p. 5).

Relativamente ao objetivo específico: *aperfeiçoar competências de comunicação eficaz na transmissão de informação à família/pessoa em situação crítica no serviço de urgência*, posso referir um contexto, de entre outros, em que recebemos na sala de reanimação I, uma pessoa idosa prostrada, com estridor, perante esta situação e uma vez que

esta não conseguia comunicar eficazmente, identifiquei o familiar/pessoa significativa que a acompanhava e apresentei-me como enfermeira de referência, tanto para o esclarecimento de dúvidas e transmissão de informação sobre a situação clínica e outros demais assuntos. Após observação pela equipa médica, constatou-se que a pessoa teria de ser submetida a cirurgia de urgência para realização de traqueotomia. Enquanto aguardava pela transferência, dirigi-me ao familiar que a acompanhava, adaptei a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa e, coloquei em prática técnicas comunicacionais (ex: a voz, a postura) e relacionais (ex: toque) adequadas.

Procurei promover um ambiente acolhedor, mostrando disponibilidade, com o intuito de reduzir a ansiedade da família perante a situação de crise vivenciada, o que por vezes, num serviço de urgência se torna complexo devido à especificidade do mesmo.

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (Phaneuf, 2005, p.23).

O fato de exercer funções igualmente num serviço de otorrinolaringologia, permitiu-me mais facilmente identificar quais as dificuldades que a família desta pessoa iria ter futuramente, pelo que, procedi à realização de ensinamentos sobre como a família deveria atuar na futura intervenção como cuidador e os recursos da comunidade que deviam procurar e acionar, de forma a tornar-me agente facilitador no processo de transição (Tomey & Alligood, 2004), ou seja, não obstante responder à questão que a família me colocava mas sim, dar um passo em frente e “além de ‘o quê’, informar sobre ‘o como’, e garantir a informação, completa e isenta, sobre os recursos e a forma de acesso” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p.115).

Neste caso referido, a pessoa e família estavam a passar por uma transição saúde/doença pelo que se sentiam naquele momento vulneráveis. Segundo Meleis *et al*, 2000, a vulnerabilidade é entendida como a compreensão das experiências e as respostas das pessoas durante o processo de transição.

Ressalvo que, o enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que estabelece mais facilmente uma relação de confiança com o doente e sua família, uma vez que se trata do profissional que mais tempo permanece junto da pessoa/família. Para isso, é essencial que o enfermeiro informe a pessoa, alvo de cuidados e sua família/pessoa significativa, respondendo abertamente a todas as questões colocadas, repetindo as respostas tantas vezes

quantas as que forem necessárias. No estabelecimento desta relação é importante nunca mentir, nem fazer juízos de valor, optando assim por fornecer a informação de acordo com o que o doente e a família necessitam e demonstram ter capacidade de reter e compreender. Durante este processo é relevante prestar atenção às reações que possam surgir. É necessário saber dar espaço para todas as manifestações de perda, medo ou revolta. Saber ouvir, estar presente, compreender a dor nas suas diversas manifestações e saber ficar em silêncio são virtudes para a prática de cuidados humanizados (Pacheco, 2006).

O enfermeiro “age sobre a confiança que consegue suscitar (...), sobre as trocas que decorrem entre elas, sobre o que ela retém do seu ensino, sobre a ajuda que ela consegue fazer-lhe aceitar e em suma, sobre a evolução desta pessoa para a melhoria do seu estado” (Phaneuf, 2005, p.13).

Neste serviço, pretendi igualmente *desenvolver competências na área da gestão de cuidados e coordenação de recursos no serviço de urgência*. Para tal tive a oportunidade de acompanhar, durante um turno o enfermeiro chefe de equipa/coordenador, e neste caso Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no desempenho das suas funções de gestão e coordenação do serviço, essencialmente no que respeita à gestão de recursos humanos e materiais, formação e supervisão das tarefas delegadas garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

O serviço de urgência como referido anteriormente, é um local onde os cuidados de enfermagem são deveras específicos e diversificados, dada a panóplia de situações e versatilidade próprias. Torna-se fulcral, a existência de um elemento da equipa que coordene e seja responsável pela gestão de altas, transferências intra e inter-hospitalares, gestão de conflitos, apresentando atitudes de liderança e assertividade nomeadamente através da comunicação que “está no coração da liderança” (Tappen, 2005, p.63) e, acima de tudo, pela visão alargada como especialista na deteção de situações críticas estimulando processos de mudança em toda a equipa e a segurança dos cuidados prestados.

O líder é o responsável primordial pela “melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão do serviço” (Fradique & Mendes, 2013, p. 48), garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Espera-se de um líder competente a capacidade para influenciar os que com ele trabalham, de forma produtiva e satisfatória com o objetivo de obterem sucesso juntos (Tappen, 2005). Este é essencial na conceção de um ambiente de confiança com o intuito de,

estimular o desenvolvimento de competências levando a um maior desempenho por parte dos seus colaboradores e maior colaboração (Fradique & Mendes, 2013).

Como futura enfermeira especialista, tenho plena noção da enorme responsabilidade que nos compete no que concerne ao domínio da gestão e coordenação de cuidados, pois cabe apenas aos detentores do título de enfermeiro especialista gerir os cuidados “otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”, assim como, adaptar a “liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização dos cuidados prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pp.8-9).

Como último objetivo específico e indo de encontro à área por mim abordada neste relatório, pretendi *contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem à pessoa ostomizada que recorre ao serviço de urgência.*

Para consecução deste objetivo identifiquei necessidades de formação no que respeita aos cuidados de enfermagem à pessoa portadora de ostomia de eliminação que recorre a este serviço, nomeadamente no que concerne aos tipos de ostomias, às complicações precoces e tardias das ostomias de eliminação que podem ocorrer nestas pessoas e especificamente no tipo de dispositivos a serem utilizados nestas situações. O fato de ter sido elemento integrante da consulta de estomaterapia do hospital onde trabalho facilitou-me este processo e penso ter sido uma mais-valia para os colegas do SU.

Para tal, recorri à pesquisa bibliográfica e a bases de dados, com o intuito de, elaborar um *dossier* temático sobre as complicações em ostomias e as respetivas intervenções de enfermagem a serem adotadas para consulta por parte da equipa de enfermagem sempre que suscitasse dúvidas (Apêndice I).

Para além dos objetivos específicos delineados, ainda tive oportunidade de colaborar na formação e supervisão de alunos do curso de licenciatura em enfermagem, indo ao encontro do domínio referente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, favorecendo “a aprendizagem, a destreza das intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.5)

Desta maneira, considero ter atingido competências de Enfermeira Especialista, uma vez que, e de encontro ao regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica consegui: identificar precocemente alterações do estado hemodinâmico; gerir a comunicação interpessoal, baseando-me na relação de ajuda, gerir a administração de terapêutica consoante os

protocolos e as normas existentes e ainda gerir e interpretar, a informação proveniente da minha e experiência pessoal e profissional, bem como, os conhecimentos provenientes das aulas teóricas lecionadas durante o curso de mestrado.

2.2. Estágio II- Módulo: Cuidados Intensivos

A execução deste estágio decorreu entre os dias 1 de setembro e o dia 26 de outubro de 2016, perfazendo um total de 180 horas, na unidade de cuidados intensivos cirúrgicos especiais do hospital onde desempenho funções. Trata-se de um hospital com valências médico-cirúrgicas da periferia de Lisboa.

Esta unidade tem como principal função a prestação de cuidados de saúde a pessoas do âmbito cirúrgico, que necessitem de monitorização e suporte vital adequado, numa otimização dos recursos disponíveis, visando sempre a qualidade dos cuidados e a preservação da dignidade humana.

Como referido, dá resposta a várias especialidades cirúrgicas do hospital, no entanto, como se encontra integrada no serviço de medicina intensiva, de onde faz parte a unidade de cuidados intensivos polivalente, acolhe igualmente pessoas do foro médico.

Estruturalmente, apresenta capacidade de internamento para seis pessoas, onde cada unidade individual recebe luz natural e se encontra climatizada e devidamente equipada com sistemas de monitorização ventilatória e hemodinâmica. Das seis camas existentes, existem dois quartos, cada um com uma cama, apropriados a pessoas que necessitam de medidas de isolamento.

A minha experiência profissional de sete anos no serviço de cirurgia deste hospital foi contributo valioso, dado a semelhança de patologias e as normas de procedimentos para cuidados diferenciados à pessoa submetida a cirurgia serem comuns. Na cirurgia, ocorrem frequentemente situações de emergência em que o risco de vida da pessoa a quem prestamos cuidados é iminente e, surge a necessidade de ventilação mecânica para restabelecer as funções vitais e transferência para a unidade de cuidados intermédios integrada no meu serviço. Assim, nas referidas situações, cabe-me como enfermeira responsável de turno – chefe de equipa -, avaliar a necessidade de vagas e em conjunto com a equipa multidisciplinar ponderar a possível transferência para esta unidade de cuidados intensivos, o que facilitou o meu processo de integração, pois já era conhecedora do espaço físico.

No entanto, o fato de durante a minha licenciatura em enfermagem não ter tido a oportunidade de realizar um ensino clínico numa unidade de cuidados intensivos contribuiu para o meu receio e insegurança iniciais. Destaco que, os conteúdos lecionados durante o curso de mestrado, a evidência científica consultados, assim como o esclarecimento de profissionais peritos na área, colmataram as dúvidas e fundamentaram as boas práticas para que eu promovesse posteriormente cuidados especializados.

Senti alguma dificuldade inicial em manusear alguns equipamentos, na preparação de fármacos para perfusões múltiplas e suas incompatibilidades. Foi um desafio para mim ultrapassar estes obstáculos e ressalvo a importância na aprendizagem para a aquisição de competências no cuidar de pessoas conectadas a prótese ventilatória.

As unidades de cuidados intensivos surgiram para dar resposta ao tratamento de doentes considerados graves e estas são compostas por um leque de equipamentos de alta tecnologia e por uma equipa multiprofissional e multidisciplinar constituída por profissionais habilitados em restabelecer o equilíbrio hemodinâmico e as funções alteradas da pessoa em situação crítica, que estão em constante permanência nestas unidades (Melo *et al.*, 2014).

Estas são compostas por uma equipa multidisciplinar diferenciada com peritos que permitem a identificação precoce das necessidades da pessoa em fase crítica e da sua família. Têm como objetivo principal a prestação de cuidados humanizados permitindo o prolongamento de uma vida mais digna, tendo em conta o alívio da dor e do sofrimento promovendo o conforto.

No decorrer deste módulo delineei um objetivo geral análogo a todos os estágios e, para me facilitar o cumprimento deste objetivo basilar na UCI, defini objetivos específicos que me permitiram desenvolver competências de enfermeira especialista na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Assim, o objetivo específico definido foi “*prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica internado na UCI*”.

A minha experiência do quotidiano na consulta do processo clínico e na elaboração de registos de enfermagem através do sistema informático *Soarian*[®], foi uma mais-valia para na UCI, o que potenciou a compreensão de todo o percurso da pessoa submetida a cirurgia, cumprindo com os registos rigorosos, por forma a dar continuidade aos cuidados diferenciados. Constatei que nesta unidade, são escassos os registos informáticos, (realizando ainda registos em papel) e o meu conhecimento dos mesmos permitiu o domínio

do processo clínico e foi relevante nas situações de admissão e transferência de doentes, dada a rapidez e capacidade de síntese, a fim de dar resposta ao nível da exigência na auditoria do registo.

Durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica internada na unidade, tive oportunidade de promover o acolhimento à família da pessoa e envolvê-la no plano de cuidados, adotando em cada intervenção uma atitude responsável. De referir que, as condições físicas existentes permitem dar respostas às necessidades manifestadas à equipa e esta está organizada para informar, e em sintonia, esclarecer sob a evolução clínica. Deste modo, é facultada a visita fora do horário estipulado, ajustada à disponibilidade do familiar assim como, a visita extra numerário em situações pontuais (ex: fase terminal).

Segundo Meleis, *et al.* (2000) as transições do tipo saúde-doença estão sempre presentes devido à passagem de um estado estável e saudável para outro considerado doente, incluindo o momento de diagnóstico e o período de recuperação, inerentes ao contexto de UCI. Esta transição torna-se significativa quer para a pessoa, quer para a família, na medida em que embora a doença não afete de igual modo, os membros do agregado familiar, é nestes que incide também o impacto do diagnóstico.

Com o internamento do familiar está implícita uma transição situacional devido à alteração nos papéis familiares. Assim, é necessária a realização de um reajuste na dinâmica familiar, pois alguém deverá assumir o cumprido anteriormente pelo familiar agora internado. Consequentemente, também este facto origina uma mudança nas rotinas previamente estabelecidas, uma vez que, para além de surgir a necessidade de redefinição das tarefas inerentes ao ciclo vital pelos membros, é ainda necessário incorporar o novo ambiente envolvente da UCI nas mesmas e no quotidiano da família (Meleis, 1975).

Os enfermeiros, são os profissionais que identificam primeiramente as pessoas e as famílias que estão a passar por um processo de transição, estando atentos às mudanças e exigências que as transições trazem para a vida diária das pessoas/famílias. São estes que preparam as pessoas para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas capacidades para ultrapassar esta mesma transição (Meleis, *et al.* 2000).

Uma das situações que irei descrever decorreu durante o turno da noite. Tratava-se de uma pessoa que fora desconetada do ventilador há cerca de 24 horas e enquanto prestava cuidados a esta verifiquei que apresentava cansaço fácil a pequenos esforços, taquipneia e era visível o seu desconforto. Observando o monitor facilitou-me a identificação de

taquicardia, pelo que, perante esta alteração do estado hemodinâmico, apressei-me a contactar a equipa médica. Após avaliação e informação da pessoa, colaborei na entubação e conexão desta novamente ao ventilador. Nesta situação, prestei cuidados à pessoa identificando precocemente focos de instabilidade hemodinâmica e agindo em conformidade, demonstrando um nível de aprofundamento na área de especialização.

De acordo com a evidência científica por mim consultada durante este estágio, a frequência respiratória é um fator relevante perante o desmame da ventilação mecânica. Além de outros fatores se, a frequência respiratória for superior a 35 respirações por minuto, ou a frequência cardíaca for superior a 140 pulsações por minuto ou até mesmo se a pessoa apresentar agitação psicomotora e/ou redução do nível de consciência, significa que o desmame não foi bem sucedido (Lima, 2012).

Ainda na prestação de cuidados, tive sempre o cuidado no controlo da infeção hospitalar. Como sabemos, nem todas as infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida se adaptarmos boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção.

De referir, que durante toda a minha prestação de cuidados à pessoa em situação crítica internada na UCI, considerei sempre o risco de infeção face aos vários contextos de atuação, à complexidade das situações e à diversidade dos cuidados exigidos pela necessidade de recursos a várias técnicas invasivas, demonstrando conhecimentos respeitantes à área da higiene hospitalar e tornando-me elemento de referência na prevenção e controlo da infeção neste serviço.

“As infeções em doentes hospitalizados continuam a ser, de longe, a mais grave causa de morbidade e mortalidade. Os doentes no pós-operatório estão em risco de adquirir mais infeções para além da infeção da ferida operatória” (Manley & Bellman, 2003, p. 245).

De forma a compreender as necessidades de formação nesta UCI, em conversação com a enfermeira tutora e indo ao encontro das atividades anuais planeadas, defini como objetivo específico *contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, através da identificação dos fatores que interferem na qualidade do sono da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos.*

Para a consecução deste objetivo foi elaborada uma revisão sistemática da literatura (Apêndice II) como forma de identificar os fatores que interferem na qualidade do sono numa UCI, pelo que decidi divulgar esses mesmos resultados à equipa multidisciplinar através de uma apresentação em *powerpoint*, estabelecendo assim uma ponta de comparação

sobre o estado de arte da temática escolhida com os resultados obtidos no trabalho de investigação realizado pela equipa da saúde ocupacional em conjunto com o serviço de medicina intensiva do hospital, na qual pretendiam identificar os fatores causadores de ruído na UCI.

Numa UCI as pessoas em situação crítica estão mais suscetíveis à privação do sono, sendo a sua causa multifatorial e dependendo de doenças subjacentes, medicação utilizada no tratamento e o próprio ambiente envolvente destas unidades. O sono é essencial para o bem-estar físico e mental, e acima de tudo para facilitar o processo de recuperação (Pulak & Jensen, 2016).

De acordo com Sousa (2014) a hospitalização é algo desagradável, exigindo da pessoa alteração dos seus hábitos de vida diários e na satisfação das suas necessidades humanas básicas, levando à diminuição do estado de conforto.

Da pesquisa efetuada comprovou-se que os fatores que influenciam a qualidade do sono da pessoa internada numa UCI são fundamentalmente: o ruído, a iluminação e os cuidados de enfermagem durante a noite, já que as pessoas internadas são constantemente acordadas para a realização de diversos procedimentos, quer seja, substituição de seringas, aspiração de secreções entre outros. No entanto, e de acordo com a pesquisa, as conversas entre os profissionais são um dos fatores que também interfere na qualidade deste (Apêndice III).

Do estudo efetuado nesta unidade, os investigadores, concluíram que no período da manhã o fator causador de elevado ruído corresponde ao momento da passagem de turno e à prestação de cuidados de higiene aos doentes/posicionamento. Já no período da tarde, o fator identificado foi o esmagamento de comprimidos, a transferência da pessoa doente para outros serviços e a desinfeção da unidade deste. Para colmatarem esta problemática referente ao esmagamento de comprimidos a unidade adquiriu um instrumento próprio (almofariz) que permite a redução sonora referente a este procedimento. No entanto, no período noturno, chegaram à conclusão que o fator que causa maiores níveis de ruído, prende-se com o horário correspondente à passagem de turno dos enfermeiros e ao procedimento de aspiração de secreções.

Após divulgação dos resultados obtidos da revisão sistemática da literatura, pude constatar que, houve mudança de atitudes por parte da equipa, essencialmente no estabelecimento de um ambiente noturno calmo e silencioso (reduzindo o som das conversas entre os elementos da equipa, redução do volume dos alarmes dos equipamentos e

desligando ou reduzindo a intensidade luminosa), promovendo atividades diurnas (ex. levantar para cadeirão) se o estado clínico das pessoas assim o permitisse e sobretudo, monitorizando e tratando corretamente a dor.

A elaboração deste estágio foi deveras desafiante e rico em experiências, pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica confronta-se diariamente com uma diversidade de situações que ocorrem nestas unidades, pelo que a minha intervenção se pautou sempre pela eficácia e eficiência, de forma holística adequada aos valores, cultura e respeitando a autonomia e privacidade da pessoa em situação crítica, otimizei os meus cuidados tendo em conta o processo de tomada de decisão em articulação com a equipa multidisciplinar e participando em programas de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o que em muito contribuiu para o meu desenvolvimento como perita nas minhas intervenções.

2.3. Estágio III- Módulo (opcional): Bloco Operatório

Este módulo de estágio teve início dia 27 de outubro e terminou dia 21 de dezembro de 2016 perfazendo um total de 180 horas.

Decorreu no bloco operatório de um hospital privado da zona de Lisboa, referência nacional devido ao instrumental cirúrgico moderno, que dá resposta a todas as especialidades cirúrgicas que ali intervencionam. É constituído por oito salas, todas elas com zonas de indução anestésicas anexas e com um sistema de iluminação inovador para facilitar a visualização do campo operatório.

De destacar neste bloco, o primeiro equipamento de vanguarda que surgiu em Portugal destinado à cirurgia minimamente invasiva, o sistema de robótica *Da Vinci HD*.

Todas as salas do bloco são constituídas por um sistema de vídeo que permite a gravação de todas as intervenções cirúrgicas efetuadas, representando uma segurança para os clientes e servindo como um recurso na formação interna de profissionais.

A escolha por este local de estágio fez todo o sentido, uma vez que, pretendia compreender todo o percurso efetuado pela pessoa em situação crítica submetida a cirurgia, desde o acolhimento no bloco operatório até à sua transferência para outro nível de cuidados, sejam eles domicílio, unidade de cuidados intensivos ou serviços de internamento.

O enfermeiro no perioperatório tem como função, a identificação das necessidades biopsicossociais e espirituais da pessoa e sua família, com o intuito de, estabelecer um plano de cuidados individualizado que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas, de forma a restabelecer ou manter a saúde e bem-estar da pessoa antes, durante e após a cirurgia (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas [AESOP], 2006).

Para me facilitar a compreensão e aquisição de competências defini como objetivo geral: *desenvolver competências relacionais, éticas, técnicas e científicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica no bloco operatório.*

De modo a simplificar o meu desempenho na realização desta prática formativa e para melhor atingir o objetivo anteriormente traçado, delineei alguns objetivos específicos como: *prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica no bloco operatório, nas funções desempenhadas pelo enfermeiro anestesista, circulante e como observadora das funções do enfermeiro instrumentista.*

Tinha uma ideia pré-concebida de que o enfermeiro anestesista apenas auxiliava o anestesista nas fases de indução, manutenção e reversão da anestesia, e pude constatar que estava errada pois, este torna-se um elemento bastante importante em todo o processo, desde o acolhimento no bloco operatório, até à transferência do doente para outro nível de cuidados.

O enfermeiro anestesista é responsável pela visita pré-operatória, isto é, acolhe o doente no *transfer*, explica todos os procedimentos a que vai ser submetido e recolhe toda a informação necessária para se proceder ao ato cirúrgico (por exemplo: antecedentes pessoais, alergias, presença de prótese dentária e jejum).

Nesta fase de acolhimento, pude constatar que a maioria das pessoas que vão ser submetidas a cirurgia estão bastante ansiosas, face à ideia pré-estabelecida de que não irão acordar da anestesia, bem como o receio de que a sua cirurgia não corra bem, devido ou não a experiências prévias. Este alto nível de *stress*, como refere Christóforo e Carvalho (2009), muitas das vezes está associado à pouca informação transmitida à pessoa sobre o tipo de anestesia e procedimento cirúrgico.

O bloco operatório é visto pela pessoa como algo misterioso, por ser um meio fechado, interdito às pessoas que lá não trabalham, pelo uso de fardamento próprio e máscaras, pelo que as pessoas muitas das vezes não as reconhecem, entre muitos outros, de

entre os quais o “ poder sobre a vida e sobre a morte. O ato cirúrgico toca a vida e por consequência avizinha-se da morte” (AESOP, 2006, p.123).

De referir, que no bloco operatório deste hospital sempre que se inicia o ato cirúrgico e este termina, é enviada uma mensagem via telefónica para o familiar da pessoa que está a ser intervencionada para tranquilização dos mesmos.

Durante o acolhimento da pessoa desde o *transfer* até à sua entrada na sala de operações, tentei sempre que possível mostrar-me disponível, tentando estabelecer uma relação de confiança, proporcionado o seu bem-estar, de modo a que, todos os medos e ansios demonstrados fossem atenuados. De acordo com Costa, Silva e Lima (2010), o enfermeiro na fase pré-operatória deverá ajudar “o paciente ao fornecer-lhe informações que podem diminuir seus temores, sua insegurança e sua apreensão, viabilizando, assim, uma melhor assistência. Sua ação pode contribuir não apenas para preparar o paciente do ponto de vista físico, mas também emocional”.

Já dentro da sala de operações o enfermeiro anestesista é responsável pela monitorização dos parâmetros vitais da pessoa, pela colocação de cateter venoso periférico, pela preparação e administração de drogas, posicionamento do doente e no auxílio do anestesista em todos os procedimentos, quer seja colocação de linha arterial, cateter venoso central e fundamentalmente na entubação e extubação da pessoa. Isto é, o enfermeiro anestesista tem um papel essencial quer na indução, manutenção, reversão anestésica e acompanhamento da pessoa para a unidade de cuidados pós anestésicos ou para a unidade de cuidados intensivos, se assim for necessário.

Como futura Enfermeira Especialista, tentei sempre que possível e devido ao enorme fluxo de cirurgias realizadas neste hospital, durante a minha prestação proporcionar um ambiente tranquilo e seguro à pessoa que iria ser submetida a cirurgia, administrar a medicação de forma segura, estando atenta a todas as alterações hemodinâmicas que possam surgir e atuar prontamente perante situações de emergência, para que a pessoa se sentisse confortável e tivesse um acordar calmo e tranquilo.

Durante este estágio, além de exercer funções como enfermeira de apoio à anestesia, pude igualmente identificar e prestar cuidados como enfermeira circulante. De referir, que esta função se tornou deveras desafiante e complexa, pois além de prestarmos atenção a tudo o que se passa ao nosso redor, temos de conhecer todo o material, como este se manuseia e o tempo de realização do estágio para o desempenho destas funções é relativamente curto.

O enfermeiro circulante é um elemento que, não fazendo parte da equipa estéril (cirurgiões e enfermeiro instrumentista), desempenha um papel preponderante em volta do campo cirúrgico, de modo a, detetar qualquer tipo de falha na assepsia, antecipar-se e dar resposta às necessidades da equipa, sobretudo ao enfermeiro instrumentista: manter a pessoa, equipa cirúrgica e o ambiente seguros e registar toda a informação relevante para a continuidade dos cuidados prestados (AESOP, 2006). A enfermeira circulante é considerada um elemento fundamental nas atividades assistenciais e de gestão da sala de operações (AESOP, 2006).

Relativamente às funções desempenhadas pelo enfermeiro instrumentista, apenas contribui como mera observadora, já que o período de integração é longo e o tempo de estágio preconizado era escasso, pois trata-se de uma área bastante complexa necessitando de conhecimentos específicos dos procedimentos e técnicas cirúrgicas, bem como destreza na técnica. Para tal, tive oportunidade de experienciar a instrumentação numa pessoa submetida a colectomia total de urgência, percecionando o estabelecimento de prioridades de intervenção, a contagem de material cirúrgico (compressas e corto-perfurantes), e identificando o papel de cada interveniente no ato cirúrgico de forma a reduzir riscos e tempo.

No desempenho desta função, tive sempre em atenção a manutenção da técnica asséptica e segurança do doente.

Na minha passagem pelo BO ainda me foi concedida a possibilidade de exercer funções na unidade de cuidados pós anestésicos existente no local. O período pós-operatório imediato é um momento crítico para a pessoa, sendo importante a observação constante por parte dos enfermeiros, até que os efeitos da anestesia cessem.

Descrevendo uma situação que ocorreu relativamente a uma pessoa que fora submetida a septoplastia, verifiquei que esta se apresentava pálida e ligeiramente taquicárdica e hipotensa, apesar do tamponamento nasal bilateral que continha, apresentava perdas hemáticas em abundante quantidade e era evidente o seu estado de desconforto. Perante esta situação, tranquilizei a pessoa, apliquei gelo tópico e uma vez que a hemorragia não cedia, contatei o anestesista responsável por esta. Apesar da minha intervenção, esta pessoa teve de ser re-intervencionada novamente para controlo da hemorragia.

De referir, que a semelhança deste espaço à unidade de cuidados intermédios existente no meu serviço, facilitou a minha prestação perante esta pessoa em situação crítica

pelo que, identifiquei complicações que ocorrem no período pós-operatório, diagnosticando precocemente focos de instabilidade hemodinâmica.

Outro dos objetivos específicos delineados pretendeu *contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica no bloco operatório, relativamente à utilização de equipamento de proteção individual*, pois verifiquei que existem várias lacunas neste setor.

Ao longo do tempo, as precauções básicas têm sido alvo de estudo constante, no que concerne à segurança da pessoa e dos profissionais de saúde, tendo como objetivo a prevenção da infeção cruzada de microrganismos. Para tal, a Direção Geral de Saúde definiu dez precauções básicas do controlo da infeção a serem implementadas e adotadas por todas as unidades prestadores de cuidados de saúde, das quais os equipamentos de proteção individual fazem parte integrante.

Durante o decorrer do estágio, apercebi-me que por diversas vezes os profissionais durante a preparação da mesa operatória e durante o ato cirúrgico não têm a máscara devidamente colocada, assim como, não respeitam a correta colocação da bata cirúrgica, entre outras. Ou seja, ao utilizar a máscara cirúrgica esta deve cobrir totalmente a boca e nariz nas áreas consideradas restritas, caso entre na sala durante a intervenção cirúrgica ou durante a preparação da mesa, sempre que os instrumentos estejam expostos e esta deve permanecer durante toda a intervenção. Quanto às batas estas devem ser corretamente vestidas de forma a manter a assepsia, o que nem sempre se verificou.

Desta forma, surgiu a necessidade de elaborar formação nesta área (Apêndice IV), com o intuito de, sensibilizar os profissionais para esta temática, garantindo a mudança de comportamento e atitudes com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa, no que se refere a este aspeto em particular, cabe então ao enfermeiro especialista o papel de perito na área da formação.

Não obstante, reconheço que ainda se torna um desafio a identificação de mecanismos promotores da adesão dos profissionais às boas práticas recomendadas, apesar da evidência científica demonstrada.

Como o bloco acarreta um enorme fluxo de cirurgias diariamente, e o tempo para formação torna-se escasso, a enfermeira chefe do serviço em colaboração com outros profissionais, determinaram uma hora às sextas-feiras, a cada quinze dias, destinada à formação dos profissionais neste serviço, o que se torna bastante vantajoso quer para a

aquisição de novos conhecimentos, partilha de experiências, quer para a mudança de comportamentos.

A elaboração da revisão integrativa da literatura inserida neste relatório, surgiu durante a elaboração deste estágio pois, constatei que neste bloco operatório recorrem frequentemente pessoas que foram submetidas a ostomias pelo que, defini o seguinte objetivo específico: *contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal.*

Para me facilitar a concretização deste objetivo, tive acesso à base de dados do hospital no que respeita às cirurgias do foro intestinal realizadas durante o ano de 2016 (até à data final do estágio) e das quais resultaram em ostomias de eliminação. Sendo que, no ano de 2016 foram intervencionadas cerca de 110 pessoas, das quais até ao momento 21 tinham sido submetidas a reconstrução de trânsito intestinal e das restantes 13 ficaram com ileostomia e 4 com colostomia.

Constatei que, a maioria das pessoas que são submetidas a ostomias de eliminação quando questionadas, demonstram alguma dificuldade em compreender a cirurgia e as consequências que dela advêm.

Como referido anteriormente, e uma vez que fui elemento integrante da consulta de estomaterapia no hospital e sendo elemento de referência da pessoa portadora de ostomia no serviço de cirurgia, penso ser de extrema relevância o seguimento destas pessoas no período pré-operatório, o que nem sempre se preconiza, tanto no que diz respeito à marcação do local do estoma, evitando complicações futuras, assim como, no estabelecimento de uma relação de ajuda facilitando a expressão de sentimentos e constrangimentos que a nova condição poderá acarretar.

A pertinência na escolha deste tema surgiu pois, hoje em dia o enfermeiro estomaterapeuta assume um papel relevante em contribuir de forma significativa para a constituição de uma vivência positiva no processo de transição da pessoa portadora de ostomia de eliminação. No entanto e especialmente no que alude à sexualidade existem ainda alguns constrangimentos em abordar esta temática, pelo que pretendi pesquisar sobre os estudos que abrangem esta área.

A pesquisa efetuada foi essencial para o meu desenvolvimento profissional, avaliação e expansão do conhecimento específico nesta área em estudo, promovendo as melhores práticas e a segurança dos cuidados prestados à pessoa com base na evidência científica adquirida.

Em suma, este local de estágio foi um enorme contributo para a minha aprendizagem, pois consegui identificar as funções específicas desempenhadas por cada elemento da equipa de enfermagem no BO, e que exigem do Enfermeiro Especialista um vasto leque de conhecimentos e competências diversas para o desempenho dos diferentes papéis, bem como, astúcia, perspicácia, consciência dos riscos que possam ocorrer e respeito das normas e procedimentos de segurança estabelecidos.

3. CONCLUSÃO

Após um longo período complexo e exaustivo, é com imenso agrado que termino este processo formativo. Este tornou-se uma experiência bastante enriquecedora para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional, permitindo adequar respostas aos problemas com que diariamente me deparo ao cuidar de pessoas.

De referir, que ter ingressado neste curso de mestrado em Enfermagem de natureza profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica despertou em mim, um maior interesse na investigação e sobretudo na reflexão perante o meu agir.

Apraz-me referir que a escolha dos locais de estágio, em diferentes hospitais permitiu-me conhecer novas realidades e novos métodos de trabalho. Ressalvo, os recursos disponíveis em todos os contextos que me permitiram a consecução dos objetivos suprarreferidos, e de referenciar a forma como fui recebida e integrada em todas as equipas. O contributo de todas as enfermeiras que me acompanharam ao longo desta árdua fase e que, através dos seus conhecimentos, da partilha de experiências e períodos de reflexão me permitiram a mobilização de conhecimentos prévios e a colocação em prática das aprendizagens adquiridas, bem como, a aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos que conduziram ao desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A escolha dos locais de estágio pretenderam sobretudo, e uma vez que me encontro a exercer funções num serviço de cirurgia, identificar todo o percurso efetuado pela pessoa desde a sua admissão num serviço de urgência, à sua passagem no BO e posterior transferência ou não para UCI.

No entanto, no decorrer deste percurso, nem tudo foi um mar de rosas. Foi um caminho sinuoso, principalmente quanto à dificuldade em articular os horários de trabalho com os horários realizados pelas enfermeiras tutoras e a vida pessoal, o cansaço acumulado, o escasso tempo para estudar e fomentar os conhecimentos técnicos e científicos e o fato de estar longe da família e de não os conseguir visitar.

A diversidade de atividades realizadas direcionadas às minhas necessidades, aliadas à motivação, disponibilidade, espírito crítico, capacidade de iniciativa e empenho no seu desenvolvimento tornaram-se determinantes para alcançar os objetivos propostos.

Todavia, após todo o esforço realizado, penso ter atingido o objetivo definido na elaboração deste relatório, conseguindo descrever, analisar e refletir sobre o processo de aquisição de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica de acordo com os padrões de qualidade vigentes.

No âmbito de uma especialização, a reflexão efetuada assumiu um relevo superior, visto que se tratou de adquirir competências que nos tornam enfermeiro de referência, isto é, um enfermeiro que alia a qualidade da prestação de cuidados à consistência dos conhecimentos que possuímos. Não se trata simplesmente de saber fazer mas sim, saber o que fazer e saber porque se faz.

O maior desafio com que me deparei na realização deste percurso formativo noutras contextos, é o de ser capaz de procurar continuamente a excelência do cuidar, e para isso, procurei manter sempre uma postura de humildade e a convicção de que aquilo que sei é infinitamente pouco e que o conhecimento se encontra em constante mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas (2006). Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta. pp. 9, 123, 128-130. ISBN: 972-8930-16-X.

Anarki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmailpour, S. & Safaee, A. (2012). Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma. *Indian Journal of Palliative Care*, 18(3), 176-180. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b3126ae3-1c32-4af9-ae18-ab82e5e8f82f%40sessionmgr120&vid=7&hid=111>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. p. 16, ISBN:972-8535-97-X.

Burch, J. (2016). Exploring quality of life for stoma patients living in the community. *British Journal of Community Nursing*, 21(8), 378-382. Recuperado em 20 de dezembro, 2016, de <http://www.magonlineibrary.com/doi/full/10.12968/bjcn.2016.21.8.378>.

Cardoso, D., B., R., Almeida, C., E., Santana, M., E., Carvalho, D., S., Sonobe, H., M. & Sawada, N., O. (2015). Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. *Revista Rene*, 16(4), 576-585. Recuperado em 5 de novembro, 2016, de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2051/pdf>.

Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing Research methodology* (pp. 237–257). Boulder, CO: Aspen Publication.

Christóforo, B., E., B., & Carvalho, D.,S. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*,

43(1), 14-22. Recuperado em 26 de setembro, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>. doi: 10.1590/S0080-62342009000100002.

Costa, V.A.S.F., Silva, S.C.F. & Lima, V.C.P. (2010). O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da SBPH*, 13 (2), 282-298. Recuperado em 26 de novembro, 2016, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a10.pdf>.

Deodato, S. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Tese de doutorado, Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal.

Direção-Geral Da Saúde (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência. Lisboa: DGS. pp. 5-8. ISBN 972-9425-99-X.

Direção-Geral Da Saúde (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Lisboa, DGS, Norma 029/2012, atualizada a 31/10/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=24914>.

Ferrie, P., Bernini, C., Pisani, M., Vacarri, C., Lami i, N. & Rovesti, S. (2012). La sexualidad de las personas com estoma: encuesta sobre las vivencias del paciente ostomizado y la atención realizada por la enfermeira especialista. *Investigación en Enfermería- AgInf* (62), 16(2), 64-74. Recuperado em 10 de novembro, 2016, de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c989b30a-e9f5-4c72-b3f4-6130569044b1%40sessionmgr4009&vid=9&hid=4207>.

Fradique, M., J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(3), 45-53. Recuperado em 31 de março, 2017, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a06.pdf>.

Grant, M., McMullen, C., Altschuler, A., Mohler, M., J., Hornbrook, m., C., Herrinton, L., J., Wendel, C., S., Baldwin, C., M. & Krouse, R., S. (2011). Gender Differences in Quality of Life Among Long-Term Colorectal Cancer Survivors With Ostomies. *Oncology Nursing*

Forum, 38(5), 587-596 Recuperado em 10 de dezembro, 2016, de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=b3126ae3-1c32-4af9-ae18-ab82e5e8f82f%40sessionmgr120&hid=111>.

Jansen, F., Uden-Kraan, C., F., Braakman, J., A., Keizerswaard, P., M., Witte, B., I. & Verdonck-de Leeuw, I., M., (2015). A mixed- method study on the generic and ostomy-specific quality of life of cancer and non-cancer ostomy patients. *Support Care Cancer*, 23, 1689-1697. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de http://download.springer.com/static/pdf/891/art%253A10.1007%252Fs00520-014-2528-1.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00520-014-2528-1&token2=exp=1484103028~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F891%2Fart%25253A10.1007%252Fs00520-014-2528-1.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs00520-014-2528-1*~hmac=d5f739c94bae2262f1fa4ddb20226ad7bf16cf38e265cf679e2b8d354314422e.

Kimura, C., A., Kamada, I., Guilhem, D. & Fortes, R., C. (2013). Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. *Journal of Coloproctology*, 33 (3), 145-150. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de http://ac.els-cdn.com/S2237936313000427/1-s2.0-S2237936313000427-main.pdf?_tid=208fa292-d7a6-11e6-b640-00000aab0f01&acdnat=1484102099_a430d25abd5e59d52c528ff572b4be6b.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta. pp. 97-99. ISBN: 972-95399-5-2.

Liao, C. & Qin, Y. (2014). Factores associated with stoma quality of life among stoma patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 196-201. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=b3126ae3-1c32-4af9-ae18-ab82e5e8f82f%40sessionmgr120&hid=111>.

Lima, E., J., S. (2012). Frequência Respiratória como Preditor de Falha de Desmame da Ventilação Mecânica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 7-12. Recuperado em 31 de

março, 2017, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-70942013000100001&Ing=en&tIng=en>.

Luz, A., L., A., Luz, M., H., B., Antunes., A., Oliveira., G., S., Andrade., E., M., I., R. & Miranda., S., M. (2014). Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. *Cultura de los Cuidados*, 18(39) , 115-123. Recuperado em 20 de dezembro, 2016, de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40073/1/Cultura_Cuidados_39_13.pdf.

Manley, Kim & Bellman, Loretta (2003). *Enfermagem cirúrgica. Prática Avançada*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-54-1.

Marques, A., D., B., Silva, J., S., G., Nascimento, L., C., Nery, I., S. & Luz, M., H., B., A (2014). A vivência da sexualidade da mulher ostomizada. *Enfermagem em Foco* 5 (3/4), 83-86. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b3126ae3-1c32-4af9-ae18-ab82e5e8f82f%40sessionmgr120&vid=25&hid=111>.

Meleis, A., I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. In Meleis, A. (Ed). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.13-24). New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. p. 52. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

Melo, E., M., Teixeira, C., S., Oliveira, R., T., Almeida, D., T., Veras, J., E., G., L., F., Frota, N., M. & Studart, R., B. (2014). Cuidados de Enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência* 4(1), 55-63. Recuperado em 26 de setembro, 2016, de

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jZsIKTFKnMIJ:https://web.esenf.c.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D631%26codigo%3D+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt.

Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P. & Galvão, C.M. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem: Florianópolis*, 17 (4), 768-764. Recuperado em 27 de dezembro, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

Mota, M., S., Silva, C., D. & Gomes, G., C. (2016). Vida e sexualidade de mulheres estomizadas: subsídios à enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro* 6(2), 2169-2179. Recuperado em 5 de novembro, 2016, de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1004/1100>.

Norma da Direção-Geral Da Saúde (2013). *Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos*. Lisboa: DGS, N°4/2013 de 21/02/2013, atualizada 08/08/2013. Disponível na Internet em <http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx>.

Nunes, L. (2004). Ética de Enfermagem: Percursos e Desafios. *Ordem dos Enfermeiros*, 15. 4-6. Recuperado em 3 de janeiro, 2016, de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_15_dezembro_2004.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros: dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, S. (2006). A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros* 20, 32-34. Recuperado em 3 de janeiro, 2016, de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1ª ed.) Loures: Lusociência. p. ISBN 972-8383-84-3.

Phipps, W., J., Sands, J., K. & Marek, J., F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica* (6a ed.). Loures: Lusociência. p.1529. ISBN 972-8383-65-7.

Pulak, L., M. & Jensen, L. (2016). Sleep in The Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine* 3 (1). 14-23. Recuperado em 15 de janeiro, 2016, de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0885066614538749>.

Reesse, J., B., Finan, P., H., Haythornthwaite, J., A., Kadan, M., Regan, K., R., Herman, J., M., Efron, J., Diaz Jr, L., A. & Azad, N., S. (2014). Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Support Care Cancer*, 22, 461-468. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de <http://download.springer.com/static/pdf/461/art%253A10.1007%252Fs00520-013-1998-x.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00520-013-1998-x&token2=exp=1484103172~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F461%2Fart%25253A10.1007%252Fs00520-013-1998-x.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10>

[.1007%252Fs00520-013-1998-x*~hmac=4b31acc76b6463644f3768225d51d151787248d70d04645fe30aa1b2aae45801.](http://dx.doi.org/10.1007%252Fs00520-013-1998-x*~hmac=4b31acc76b6463644f3768225d51d151787248d70d04645fe30aa1b2aae45801)

Salomé, G., M., Almeida, S., A., Mendes, B., Carvalho, M., R., F. & Junior, M., R., M (2015). Assessment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*, 35 (3), 168-174. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de http://ac.els-cdn.com/S2237936315000568/1-s2.0-S2237936315000568-main.pdf?_tid=4bfa45aa-d7a5-11e6-9e2f-.

Salomé, G., M., Almeida, S., A. & Silveira, M., M. (2014). Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*, 34 (4), 231-239. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de [http://ac.els-cdn.com/S2237936314000859/1-s2.0-S2237936314000859-main.pdf?_tid=27faaaa6-d7a9-11e6-847a-00000aacb362&acdnat=1484103400_81e4628cfbe95205aa2cb6152562b065.](http://ac.els-cdn.com/S2237936314000859/1-s2.0-S2237936314000859-main.pdf?_tid=27faaaa6-d7a9-11e6-847a-00000aacb362&acdnat=1484103400_81e4628cfbe95205aa2cb6152562b065)

Sheehy's, Susan. (2001). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (4ª ed.). Loures: Lusociência. pp.3, 48, 117. ISBN 972-8383-16-9.

Silva, A., L., Monteiro, P., S., Sousa, J., B., Vianna, A., L. & Oliveira, P., G. (2014). Partners of patients having a permanente colostomy should also receive attention from the healthcare team. *Colorectal Disease*, 431-434. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de [http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=b3126ae3-1c32-4af9-ae18-ab82e5e8f82f%40sessionmgr120&hid=111.](http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=b3126ae3-1c32-4af9-ae18-ab82e5e8f82f%40sessionmgr120&hid=111)

Simões, I. (2002). Cuidados de Enfermagem ao Doente Ostomizado. *Revista Referência*, 9 , 75-80. Recuperado em 27 de dezembro, 2016, de [http://web.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2071&id_revista=5&id_edicao=13.](http://web.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2071&id_revista=5&id_edicao=13)

Sousa, P., P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade católica Portuguesa. p. 79. ISBN 978-972-54-0440-9.

Tappen, M., Ruth (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática*. (4ª ed.) Loures: Lusociência. p. 61. ISBN 972-8930-00-3.

Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.) Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. p.12. ISBN: 972-8383-74-6.

Thompson, I.E., Melia, K.M. & Boyd, K.M. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 445p. Tradução de Pereira, H.& Rosa, M.C. pp. 78-79 ISBN 972-8383-67-3.

Universidade Católica Portuguesa (UCP) (2014). *Guia de Estágio: Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. pp.1-5.

World Health Organization. (2012). GLOCOBAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Recuperado em 30 de outubro, 2016, de <http://www.europacoln.pt/pagina/325-dados-doenca>.

LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

- ✓ **Código Deontológico Dos Enfermeiro-** Incluído no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros- Aprovado pelo **Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril.**

- ✓ **Regulamento 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011-** Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

- ✓ **Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011-** Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

- ✓ **Regulamento 361/2015 de 26 de Junho de 2015-** Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA OSTOMIZADA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E IDENTIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES EM ESTOMAS.



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Intervenções de Enfermagem à pessoa ostomizada que recorre ao Serviço de
Urgência e identificação de complicações em estomas

Por,
Joana Pascoal

Lisboa, 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Intervenções de Enfermagem à pessoa ostomizada que recorre ao Serviço de
Urgência e identificação de complicações em estomas

Por, Joana Filipa Correia Pascoal
Sob orientação da Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, 2016

ÍNDICE

1. OSTOMIAS o que são?
2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO DOENTE

PORTADOR DE OSTOMIA

3. COMPLICAÇÕES EM OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO
4. COMPLICAÇÕES NA PELE PERI-ESTOMAL
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OSTOMIAS o que são?

Uma ostomia trata-se de uma abertura artificial na parede abdominal, que permite a criação de um novo trajeto para a saída de fezes ou urina consoante o órgão afetado. É formado cirurgicamente para permitir a remoção de tumores, a reparação de lesões intestinais e urinárias e ainda como medida terapêutica da doença intestinal inflamatória, podendo ser temporárias ou permanentes (Seungmy, YunJin, Doo & Jiyun, 2011).

Na elaboração deste trabalho vou-me focar principalmente nas ostomias de eliminação.

A colostomia de acordo com a porção que é exteriorizada assume determinadas nomeações específicas:

- *Cecostomia*- ostomia realizada no cego, localizada na parte inferior direita do abdómen e cujo efluente tem consistência líquida;
- *Colostomia ascendente*- ostomia realizada no cólon ascendente, do lado direito do abdómen e cujo efluente tem consistência semilíquida;
- *Colostomia do transverso*- ostomia realizada como o seu próprio nome indica no cólon transverso, no lado esquerdo ou direito do abdómen e cujo efluente tem consistência pastosa;
- *Colostomia descendente*- ostomia realizada no cólon descendente, do lado esquerdo do abdómen e cujo efluente tem consistência semi-sólida;
- *Colostomia sigmóideia*- ostomia realizada ao nível da sigmóide, do lado esquerdo do abdómen e cujo efluente tem consistência sólida (Marques, 2012).

Relativamente à ileostomia esta é resultante igualmente de uma intervenção cirúrgica, executada para trazer o íleo à pele através da parede abdominal, excluindo o trânsito intestinal do cólon e do reto. O seu efluente é líquido, contínuo e rico em enzimas proteolíticas o que o torna bastante irritante para a pele (Marques, 2012).

2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO DOENTE PORTADOR DE OSTOMIA

No mercado estão disponíveis vários produtos destinados à proteção da pele peri-estomal, cuja função é formar uma barreira cutânea, evitando o contato com a pele de fezes ou urina. Para isso, é importante que haja uma boa higiene local e uma correta adaptação do dispositivo de ostomia.

Antes de iniciar a limpeza da pele e a substituição do saco ou placa, estes devem ser recortados de acordo com o diâmetro do estoma (dentro da embalagem dos dispositivos sejam placas ou sacos existem normalmente régua para se calcular o tamanho).

O recorte deve corresponder à forma exata do estoma, não devendo ultrapassar os 3mm do diâmetro real do estoma, para que o contato do efluente com a pele seja mínimo (Simões, 2002).

A limpeza da pele deve ser realizada com papel higiênico macio, após o que se limpa com um toalhete embebido em água tépida e sabão neutro, seguido de secagem realizada com movimentos suaves de compressão sem friccionar, utilizando papel absorvente macio ou toalha felpuda. Deve ser feita sempre que se troca o saco ou a placa.

Durante a limpeza do estoma e da região circundante, deve ser colocada uma compressa de gaze sobre o estoma, evitando assim a saída de efluentes.

Para a colocação do saco, retira-se em primeiro o papel protetor do saco ou da placa e aplica-se efetuando uma massagem suave para obter uma boa aderência. Quando se utilizam dispositivos de 2 peças, após a aplicação da placa, toda a área entre o estoma e a placa deve ser protegida com pasta de barreira cutânea, para se conseguir a máxima proteção. De seguida, aplica-se o saco que adere à placa (Simões, 2002).

As placas protetoras, podem permanecer até manterem a sua integridade, o que normalmente corresponde a cerca de três dias, no entanto, é aconselhável que sempre que se mude o saco, a pele peri-estomal e o estoma devem ser limpos e secos, de forma a não destruir a barreira protetora. Caso as placas ou a proteção peri-estomal não estiverem íntegras, ou apresentem sinais de descolamento, todo o sistema deve ser substituído (Simões, 2002).

Os sacos devem ser trocados sempre que o conteúdo drenado ocupar entre 1/3 a 1/2 da sua capacidade. Devem evitar-se trocas desnecessárias, assim como os sacos demasiado cheios pela tração que provocam na pele, facilitando o descolamento tanto do saco como da placa (Simões, 2002).

O material deve ser adequado ao tipo de ostomia, assim, aos doentes com colostomias do cólon descendente e sigmóide são aconselhados o uso de sacos fechados e descartáveis. Para os que possuem ileostomias ou colostomias do cólon ascendente, são utilizados sacos de despejo, uma vez que o efluente é mais líquido e em maior quantidade e necessita o seu efluente de ser drenado mais vezes. Aconselha-se que todos os sacos de despejo sejam trocados todos os dias pela manhã, quando o volume do efluente é menor (Simões, 2002).

3. COMPLICAÇÕES EM OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Existem determinadas complicações que podem surgir em ostomias de eliminação como por exemplo: edema, hemorragia, isquémia e necrose, evisceração, deiscência, abscesso, prolapso, hérnia paracolostômica, estenose, invaginação, granulomas e maceração da pele peri-estomal. Após diversas pesquisas realizadas, constatou-se que a complicação mais comum em ostomias é a hérnia paracolostômica.

Edema

Complicação mais frequente no pós-operatório imediato e que ocorre como resposta fisiológica à manipulação cirúrgica do cólon. O estoma apresenta-se túrgido, brilhante, rosado e húmido. Para a redução do edema utilizam-se compressas frias ou glicose hipertónica. Esta complicação ocorre principalmente nas primeiras 2 semanas de pós-operatório (Morais, Seça & Pereira, 2012; Morais, Neves & Seça, 2009).



Hemorragia

Ocorre quando a hemóstase não é adequada durante a construção do estoma. Se a hemorragia for em pequena quantidade requer vigilância contínua, pois normalmente esta situação reverte espontaneamente, caso esta persista é necessário observação médica, pois pode ser necessário suturar o vaso sangrante ou mesmo a elaboração de uma revisão cirúrgica (Morais, Seiça & Pereira, 2012).



Isquemia e necrose

Ocorre quando o fluxo de sangue é interrompido ou insuficiente podendo conduzir à morte tecidual (necrose). Observa-se alteração da coloração da mucosa, que varia desde o vermelho escuro até ao cinzento necrótico ou preto. O estoma pode apresentar-se flácido. Quanto à profundidade, a necrose da mucosa do estoma pode comprometer apenas a mucosa visível o que acarreta uma vigilância constante do estoma, uma vez que a regeneração da mucosa ocorre naturalmente ou pode ser profunda (até ao interior da cavidade peritoneal) necessitando possivelmente de reintervenção cirúrgica. (Morais, Seiça & Pereira, 2012).



Evisceração

Trata-se da saída de uma ou mais ansas do intestino junto do estoma, normalmente devido a má fixação enteroparietal ou abertura exagerada do orifício parietal (Morais, Neves & Seíça, 2009).

Deiscência

Ocorre por separação da mucosa intestinal da pele peri-estomal e pode ser parcial ou total.

Se a deiscência do estoma for parcial devemos aplicar pasta/tira hidrocolóide para evitar o contato com as fezes e cicatrizar por segunda intenção, caso seja total é necessário reintervenção cirúrgica (Morais, Seíça & Pereira, 2012).



Abcessos

Ocorrem devido ao incumprimento das técnicas assépticas, limpeza incorreta do cólon (ex: cirurgias de emergência) ou infecção dos pontos de sutura.

Complicação precoce que surge na 1ª semana após a cirurgia.

Pode ter de se proceder a incisão, drenagem do abcesso e antibioterapia (Morais, Neves & Seíça, 2009).

Prolapso

Exteriorização total ou parcial da ansa do intestino pelo estoma.

Ocorre por aumento da pressão abdominal (ex: esforços físicos, tosse), presença de fezes duras ou fecalomas.

Se o prolapso for recorrente e de grandes dimensões ou complicados por isquémia ou obstrução intestinal, o tratamento é cirúrgico. Se for médio (não associado a isquémia ou obstrução), o tratamento é conservador. Este tratamento inicia-se com o doente colocado em

decúbito dorsal, e realiza-se a redução manual do prolapso, aplicando uma pressão contínua e suave contra a parede distal do estoma regressando o estoma ao seu lugar.

Deve ser aplicado um dispositivo flexível e preferencialmente de duas peças.

É importante aconselhar o doente a utilizar cinta de contenção abdominal (Morais, Seíça & Pereira, 2012; Morais, Neves & Seíça, 2009).



Hérnia paracolostómica

Existem estudos que demonstram que a hérnia paracolostómica é a complicação mais frequente após a realização de uma ostomia, causando dor e desconforto ao doente (Aquina *et al*, 2014)

Incentivar o doente a utilizar cinta de contenção abdominal e caso surja o risco de volvo ou obstrução pode ser necessária intervenção cirúrgica (sendo por vezes necessário mudar a localização do estoma) (Morais, Seíça & Pereira, 2012; Morais, Neves & Seíça, 2009).



Estenose

Complicação tardia que surge normalmente no terceiro mês de pós-operatório.

Trata-se de um estreitamento ou contração do tecido da ostomia ao nível da pele e que habitualmente surge secundariamente a isquémia, infeção ou invaginação e pode levar a quadro de sub-oclusão.

As medidas preventivas a adotar são o incentivo ao controlo do peso por parte do doente e a monitorização das complicações descritas anteriormente (Morais, Seíça & Pereira, 2012; Morais, Neves & Seíça, 2009).



Invaginação

Deslocamento da ansa intestinal para a cavidade abdominal devido à má fixação da ansa intestinal à parede abdominal ou pela exteriorização insuficiente da mesma.

O tratamento inicialmente consiste na avaliação do comprometimento da mucosa até ao nível do peritoneu, pode ser necessário reposicionamento do estoma.

O tratamento conservador consiste na monitorização do estoma com o doente na posição de sentado e os dispositivos mais aconselhados para utilização são: placas convexas, pastas, anéis ou cintos, dependendo da gravidade da complicação (Morais, Seíça & Pereira, 2012).



4. COMPLICAÇÕES NA PELE PERI-ESTOMAL

Granulomas

Lesões nodulares que aparecem na união muco-cutânea.

Resultam da presença de fezes permanentes em contato com a pele peri-estomal.

A intervenção de enfermagem a realizar nestes casos é a cauteterização com nitrato de prata.

Como medida preventiva deve-se avaliar o tamanho do estoma e proceder-se a uma boa higiene da pele peri-estomal (Morais, Seça & Pereira, 2012; Moraes, Neves & Seça, 2009).



Maceração

Reação inflamatória causada por agentes externos de tipo físico ou químico.

As causas mais comuns para este tipo de complicação são: fezes mais ácidas, técnicas de limpeza agressivas, aplicação de produtos alérgenos, remoção traumática do dispositivo ou dispositivos mal adaptados.

Esta complicação é mais frequente em doentes com ileostomias e urostomias devido às características do seu efluente (Aquina *et al*, 2014)

Deve-se aumentar a proteção cutânea (aplicação de pó de caraya, copolímero, acrílico ou clara de ovo) e/ou mudar de dispositivo.

Medidas preventivas a adotar: avaliação correta do estoma (Morais, Seixa & Pereira, 2012; Morais, Neves & Seixa, 2009).



5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aquina, C., T., Iannuzzi, J., C., Probst, C., P., Kelly, K., N., Noyes, K., Fleming, F., J. & Monson, J., R., T. (2014). Parastomal hérnia: A growing problem with new solutions. *Digestive Surgery*, 366-376. Recuperado em 13 de maio, 2016 de, <http://www.karger.com/Article/Pdf/369279>
- Seungmy, P., Yun Jin, L., Doo, N. & Jiyun, K. (2011). Comparasion of Standardized Periestomal Skin Care and Crusting Technique in Prevention of Periestomal Skin Problems in Ostomy Patients. *J: Korean Acad. Nurs*, 41(6), Recuperado em 13 de maio, 2016 de, <https://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0006JKAN/jkan-41-814.pdf>
- Marques, G. (2012). *Estomaterapia: O saber e o cuidar: Capítulo III- A pessoa submetida a ostomia de eliminação*. Lidel, pp. 17-23. ISBN: 978-972-757-881-8
- Meisner, S., Lehur, P., A., Moran, B., Martins, L. & Jemec, G., B., E. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: A population based cost modeling study. *PLosOne*, 7(5), pp. 1-8, Recuperado em 10 de maio, 2016 de, <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0037813&type=printable>
- Morais, I., Neves, D. & Seïça, A. (2009). Caracterização da pessoa com complicações locais da ostomia e sua percepção sobre os cuidados de saúde recebidos. *Nursing*, (251) , pp. 28-30. Recuperado em 20 de maio, 2016 de, http://apecept.com/interesses/complicacoes_ostomia_11_2009.pdf
- Morais, I., Seïça, A. & Pereira, M. (2012). *Estomaterapia: O saber e o cuidar: Complicações em estomas de eliminação*. Lidel, pp. 40-47, ISBN: 978-972-757-881-8.
- Simões, I. (2002). Cuidados de Enfermagem ao Doente Ostomizado. *Revista Referência*, 9, 75-80. Recuperado em 27 de dezembro, 2016, de http://web.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2071&id_revista=5&id_edicao=13

APÊNDICEII. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DO SONO NA PESSOA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DESENVOLVIDA NO ÂMBITO DO CURSO DE MESTRADO E DE PÓS-LICENCIATURA EM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.

Universidade Católica Portuguesa- Instituto Ciências da Saúde- Lisboa

Autor: Joana Filipa Correia Pascoal, Enfermeira no Hospital Dr. Fernando Fonseca, E.P.E., Venteira- Portugal e Enfermeira Rita Marques

E-mail: joanafcp@gmail.com

Factores que influencia la calidad del sueño en la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos.

Fatores que influenciam a qualidade do sono na pessoa internada em unidade de cuidados intensivos.

Factors influencing the quality of sleep in the person hospitalized in an intensive care unit.

RESUMEN

Introducción: El sueño desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de una buena salud física y mental. Las unidades de cuidados intensivos debido a su estructura y funcionalidad son locales propicios para la alteración del patrón del sueño de los pacientes aí internados, contribuyendo para a supriación. Sin embargo, existen factores en estas unidades que tienen influencia en la calidad del sueño de estos pacientes y que pueden ser minimizados y/o modificados por los equipos multidisciplinares.

Objetivo y Metodología: El objetivo de esta revisión es evaluar qual es son los factores que influyen en la calidad del sueño en el paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. Para su realización se procedió a la lectura de artículos existentes en la base de datos EBSCO host entre los años 2011 y 2016, obteniendo se um total de 84 articulos, siendo seleccionados 4 para el estudio.

Resultados: La privación del sueño ocurre frequentemente en unidades de cuidados intensivos y es debido a la existencia de determinados factores como la evidencia científica

demuestra, tales como el ruido, la luminosidad y las actividades desempeñadas por los propios profesionales de salud, sobre todo los enfermeros.

Conclusión: La evidencia demuestra que estos factores que perjudican la calidad del sueño del paciente, son por veces descuidados y se torna fundamental que, los equipos en estas unidades desenvuelvan protocolos o *bundles* sobre la calidad del sueño de estos pacientes.

Palabras-clave: factores; privación del sueño; cuidados intensivos.

RESUMO

Introdução: O sono desempenha um papel fundamental na manutenção de uma boa saúde física e mental. As unidades de cuidados intensivos, devido à sua estrutura e funcionalidade, são locais propícios à alteração do padrão de sono dos pacientes aí internados, contribuindo para a sua privação. Todavia, existem fatores nestas unidades que influenciam a qualidade do sono destes pacientes e que podem ser minimizados e/ou modificados pelas equipas de saúde multidisciplinares.

Objetivo e Metodologia: O objetivo desta revisão é aferir quais os fatores que influenciam a qualidade do sono da pessoa internada em unidade de cuidados intensivos. Para a sua elaboração procedeu-se à leitura de artigos existentes na base de dados *EBSCO host* entre os anos 2011 a 2016, obtendo-se um total de 84 artigos, tendo sido seleccionados 4 para estudo.

Resultados: A privação do sono ocorre frequentemente em unidades de cuidados intensivos e decorre da existência de determinados fatores como a evidência científica demonstra, tais como o ruído, a luminosidade e as atividades desempenhadas pelos próprios profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros.

Conclusão: A evidência científica demonstra que estes fatores que prejudicam a qualidade do sono do paciente, são por vezes descuidados, pelo que se torna crucial as equipas nestas unidades desenvolvam protocolos ou *bundles* sobre a qualidade do sono destes pacientes.

Palavras-chave: privação do sono; pessoa; cuidados críticos.

ABSTRACT

Introduction: Sleep plays a key role in maintaining good physical and mental health. Due to their structure and functionality, intensive care units are places favorable to the alteration of the sleep pattern of patients, contributing to sleep deprivation. However, some factors that influence the sleep quality of these patients can be minimized and/or modified by multidisciplinary teams.

Objective and Methodology: The objective of this review is to determine which factors influence the quality of sleep in patients admitted to an intensive care unit. To do so, various articles from the EBSCO host database were read between the years 2011 and 2016, obtaining a total of 84 articles, being selected 4 for study.

Results: Sleep deprivation often occurs in intensive care units and is caused by the existence of certain factors as scientific evidence demonstrates, such as noise, brightness and activities performed by health professionals themselves, especially nurses.

Conclusion: Evidence shows that these factors that affect the patient's sleep quality are sometimes neglected. It is essential that teams in these units develop protocols or bundles on the sleep quality of these patients.

Key-words: factors; sleep deprivation; critical care.

INTRODUÇÃO

O sono desempenha um papel fundamental na manutenção de uma boa saúde física e mental e define-se como um processo complexo influenciado por fatores biológicos e ambientais^{1,2}. Virgínia Henderson na sua teoria identificava o sono e repouso como uma das catorze necessidades fundamentais do ser humano e que influenciam a qualidade de vida do ser humano³.

A pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos encontra-se a vivenciar um processo adaptativo referente à sua situação saúde doença, dada a sua elevada vulnerabilidade e fragilidade, uma vez que se depara com um ambiente desconhecido, o que pode potenciar alterações no padrão de sono^{4,5,6}.

A privação do sono é comum nestes pacientes e pode estar associada a uma maior incidência de morbidade, mortalidade^{7,8} e à existência de *delirium*^{9,10}.

No entanto, o internamento da pessoa numa unidade de cuidados intensivos é deveras desgastante, dado que esta está exposta a uma panóplia de fatores que podem interferir com a qualidade do sono.

Nestas unidades o sono é na maioria das vezes fragmentado e de má qualidade, devido a fatores ambientais e aos cuidados de enfermagem prestados^{9,11}.

Os fatores ambientais presentes numa unidade de cuidados intensivos, como por exemplo o equipamento existente e as condições de trabalho (ruído e iluminação) influenciam negativamente a qualidade do sono. Relativamente ao ruído, a evidência demonstra que as conversas entre os profissionais de saúde, o barulho de equipamentos como: o rádio,

telefone, televisão, portas e os próprios equipamentos da unidade são os fatores que mais perturbam a qualidade de sono na pessoa internada na unidade de cuidados em apreço^{8,11}.

Assim, torna-se imperioso para esta revisão identificar quais os fatores que influenciam a qualidade do sono de uma pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos.

MÉTODO

O método utilizado foi a revisão sistemática da literatura. A sua elaboração vai ao encontro dos princípios metodológicos de uma revisão sistemática de literatura, com base nos sete passos do fluxograma descritos no *Handbook* do centro *Cochrane*, sendo eles: a formulação da pergunta de investigação; localização e seleção dos estudos em bases de dados; avaliação crítica dos resultados; colheita, análise e apresentação dos dados; interpretação dos resultados; e aperfeiçoamento e utilização dos resultados obtidos¹².

Deste modo, foi formulada, *à priori*, a questão de investigação e definidos os critérios de inclusão e exclusão (Figura 1), tendo por base o método PEOS (Participantes, *Exposure*, *Outcomes* e Desenho (tipo de estudo), com o intuito de compreender “Quais os fatores que influenciam a qualidade do sono da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos?”

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Adultos	Recém-nascidos e Crianças
<i>Exposure</i>	Internados numa unidade de cuidados intensivos	Internados em enfermarias sem ser unidades de cuidados intensivos.
<i>Outcomes</i>	Fatores que influenciam a qualidade do sono	
Desenho	Qualitativos e Quantitativos	

Figura 1. Critérios de inclusão e exclusão. Elaboração própria.

A pesquisa foi realizada no espaço temporal de 9 de Setembro a 6 de Outubro de 2016, nas bases de dados bibliográficas presentes na EBSCO host ,(CINAHL *complete*, MEDLINE *complete*, *Nursing & Allied Health Collection: comprehensive*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library, Information Science &*

Technology Abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database).

Foram utilizados os seguintes descritores DeCS (*Sleep*) and (*sleep deprivation*) and (*patient and (critical care)*). Da pesquisa efetuada resultaram 84 artigos *fulltext*. Pela leitura do título dos 84 artigos, 12 eram repetidos, sendo selecionados 15. Destes, selecionaram-se 6 pelo seu *abstract*. Contudo, após leitura integral dos mesmos apenas se mantiveram 4.

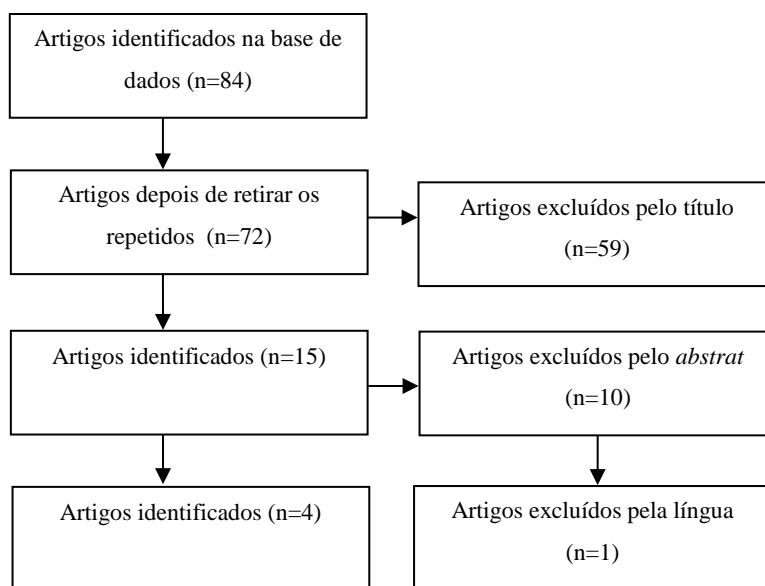


Figura1. Diagrama de seleção de artigos.Elaboração própria

RESULTADOS

Da análise dos artigos adquiridos na revisão da literatura, obtiveram-se os dados resumidos descritos na seguinte tabela.

Título do artigo	Ano, País	Participantes	Exposição	Resultados	Tipos de estudo/Instrumentos
<i>“Effects of Earplugs and Eye Masks on Perceived Quality of Sleep during Night among</i>	2015, Índia	Doentes conscientes com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, que comunicassem em Inglês ou Indu, admitidos	No estudo foram selecionados 50 pacientes e divididos em 2 grupos, o A com 25 pacientes e cujo objetivo era a utilização de tampões de ouvidos	P<0,01, significa que os tampões de ouvidos e as máscaras de olhos tiveram elevado grau de prevalência na qualidade do sono. Nos períodos em que a intervenção não foi	Randomizado controlado

<p><i>Patients in Intensive Care Units.”</i></p>		<p>em UCI (unidade de cuidados intensivos) e que permaneceram internados durante 2 a 7 dias, entre Junho e Novembro de 2013.</p>	<p>e máscara de olhos na primeira noite de internamento na UCI (unidade de cuidados intensivos) e na segunda a não utilização desses utensílios para dormir. O 2º grupo de 25 pacientes não utilizavam os utensílios para dormir na 1ª noite, mas sim na 2ª.</p>	<p>aplicada os resultados não foram os desejados. O ruído e a iluminação foram fatores prejudiciais à qualidade do sono dos pacientes. Em ambos os grupos a qualidade do sono foi melhorada na noite em que utilizaram os tampões de ouvidos e as máscaras.</p>	
<p><i>“El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo.”</i></p>	<p>2014, Bogotá</p>	<p>Estudo realizado em 35 pacientes que se encontravam hospitalizados num período superior a 72 horas numa UCI em Bogotá, entre os meses de Abril e Maio de 2013. Utilizada uma amostra não probabilística. A maioria dos pacientes eram do sexo masculino e com uma média de idades de 58 anos.</p>	<p>Para este estudo foi mobilizado o questionário do sono de <i>Richards-Campbell</i>, constituído por 5 ítems, cuja pontuação variava de 0 (sono pobre) e 100 (sono ótimo), utilizando uma escala visual, o paciente assinalava a resposta numa régua graduada de 0 a 100mm. A pontuação total obtinha-se dividindo a soma das 5 pontuações em 5. Uma pontuação de 0 a 33 significava um sono mau, de 34</p>	<p>Dos pacientes que fizeram parte do estudo 43% (n=15) referiram que a percepção do sono foi regular, em 32% (n=13) foi má e para 20% (n=7) foi boa. Chegaram à conclusão que os pacientes referiam o ruído, a preocupação com o seu estado de saúde e as múltiplas abordagens por parte da equipa de enfermagem na prestação de cuidados como fatores que influenciavam a qualidade do sono. Ou seja, os fatores intrínsecos dos</p>	<p>Estudo descritivo observacional</p>

			a 66 um sono regular e de 67 a 100 um sono bom.	pacientes (idade, patologia) e fatores extrínsecos (ambiente, tratamentos e cuidados).	
“ <i>The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients.</i> ”	2014, Manchester UK	Antes da intervenção 167 pacientes médicos e cirúrgicos e 171 depois do estudo, em que as idades eram de 18 ou mais anos e que permaneceram uma ou mais que uma noite na UCI. Foram excluídos os que tinham patologias relacionadas com o sono, consumissem álcool e drogas e que tivessem problemas de audição e visão	O estudo consistia na aplicação de <i>bundles</i> para melhorar a qualidade do sono, para isso o estudo foi dividido em 2 partes, antes e depois da aplicação da <i>bundle</i> . Estas <i>bundles</i> foram aplicadas durante 21 dias entre Julho e Agosto de 2012. As <i>bundles</i> eram medidas que pretendiam reduzir o ruído, a luz e as doenças iatrogénicas do sono de forma a reduzir o risco de <i>delirium</i> .	Com a implementação das <i>bundles</i> , o ruído noturno passou de 68.8 para 61.8 dB (p=0.002); a luz passou de 594 lux para 301 (p=0.003); o nº de interações paciente-enfermeiro passou de 33.6 para 23.4 (p=0.045); nº de pacientes acordados pela equipa 11 para 9 (p=0.003); comparativamente com o grupo antes da intervenção. Houve também um aumento da eficácia do sono 60.8 para 75.9 (p<0.001) e um aumento da qualidade do mesmo. Após a aplicação das <i>bundles</i> os doentes passaram a dormir mais horas durante a noite 6.6 para 8.6 horas (p<0.001) e mais pacientes conseguiram estar 3 horas seguidas sem	Estudo coorte

				acordar 32 para 39% (p=0.029). Houve uma diminuição da incidência de <i>delirium</i> 33% para 14 (p<0.001). As <i>bundles</i> aumentaram a quantidade e qualidade do sono.	
“ <i>Sleep disruptions and nocturnal nursing interactions in the intensive care unit.</i> ”	2012, Arizona	Foram estudadas 5UCI(médica, cirúrgica, cardiotorácica, pediátrica e neonatal) do Centro Médico da Universidade do Arizona, perfazendo um total de 100 camas. O estudo decorreu entre Maio e Novembro de 2011. No total foram estudados 200 pacientes admitidos por um período mínimo de 48h nestas unidades. A idade média dos participantes era de 35 anos. Os que tinham perfusões de sedativos e narcóticos em doses elevadas	Durante os 7 meses foram distribuídos questionários por toda a equipa de enfermagem. Nestes questionários registavam o tempo e tipo de interação com os pacientes desde as 22h às 6h. O tipo de interação era dividido em 4 grupos: atividades de cuidados ao paciente ex: banho, medicação, tratamentos respiratórios), intervenções de enfermagem (ex: colocação cateteres venosos tratamento de feridas), avaliação de enfermagem (ex: avaliação de sinais vitais, monitorização de bombas infusoras)	Foi registado um total de 1831 intervenções nas 5 UCI's. Destas 471 foram na UCI cirúrgica e 186 na neonatal. A intervenção mais comum foi a avaliação de enfermagem (158 na pediátrica e 133 na cardiotorácica), intervenções de enfermagem (172 na médica), cuidados ao paciente (224 na cirúrgica). Chegaram à conclusão que estas intervenções noturnas por parte da equipa de enfermagem eram um dos fatores principais para a perturbação do sono do paciente. Pelo que, pretendiam com a aplicação deste questionário elaborar posteriormente um protocolo para a	Estudo Observacional

		foram excluídos do estudo.	ou contato iniciado pelo paciente.	promoção do sono noturno.	
--	--	----------------------------	------------------------------------	---------------------------	--

Tabela I. Resumo dos artigos analisados. Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Dos artigos analisados, todos ocorreram em diferentes regiões do globo, um nos Estados Unidos da América (Arizona), um no Reino Unido (Manchester), um na Colômbia (Bogotá) e outro na Índia entre os anos 2011 e 2015. Apesar da sua divergência geográfica, todos ocorreram em hospitais com unidades de cuidados intensivos, sendo a sua tese direcionada para a qualidade do sono das pessoas nelas internadas.

Diante a questão inicialmente formulada de quais os fatores que influenciam a qualidade do sono nos pacientes internados em unidade de cuidados intensivos, todos os estudos têm pontes de contacto múltiplas, pelo que as conclusões dos mesmos são similares.

Dos estudos anteriormente descritos, o ruído e a iluminação são os fatores que mais alteram a qualidade do sono da pessoa internada em unidades de cuidados intensivos^{9,11,13}. Por forma a minimizar esta situação, autores como Dave (2015) estudaram as vantagens da utilização dos tampões de ouvidos e das máscaras de olhos durante a noite tendo obtido resultados positivos, corroborando com Patel (2014) e sua equipa com o desenvolvimento de *bundles*, ou seja, um conjunto de intervenções que pretendiam a diminuição do ruído (como por exemplo, atenção ao fechar as portas, diminuição do som dos alarmes dos monitores e telefones, cedendo a alguns doentes tampões para os ouvidos) e da luz (como sejam, a alteração da temporização de ligar/desligar as luzes, desligar os monitores quando estes não fossem necessários, utilização da luz da mesa de cabeceira do paciente quando fosse necessário prestar algum cuidado). Com a implementação destas *bundles*, chegaram à conclusão que a quantidade e qualidade do sono aumentaram. A utilização de máscaras de olhos e de tampões de ouvidos, revelaram-se ainda como uma alternativa para a redução da administração de medicação para dormir¹³.

A maioria dos estudos analisados referiram também que, a interação entre enfermeiro e a pessoa internada, durante a noite é um fator que influencia negativamente a qualidade do

sono^{7,9,11} uma vez, que são frequentemente acordados pela equipa para a realização de diversos procedimentos.

Le (2012), referiram que as intervenções de cuidados ao cliente são um fator que contribui para a privação do sono pelo que, afirmaram que as mesmas poderiam ser transferidas para o período diurno, a não ser que fossem estritamente necessárias, com o intuito de evitar o despertar do cliente.

CONCLUSÃO

As alterações do padrão de sono na pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos são um fenómeno comum, devido à própria estrutura desta tipologia de unidade.

Para contornar estas situações existem fatores que podemos controlar, como por exemplo: o estabelecimento de um ambiente noturno calmo e silencioso, reduzindo o volume de alarmes dos equipamentos (ventiladores, monitores, telefone; a redução do som das conversas entre os elementos da equipa multidisciplinar; fornecer tampões de ouvidos se a situação assim o permitir, reduzir ou mesmo desligar a intensidade da luz durante a noite, promover atividades diurnas de modo a diminuir as “sestas” durante o dia e monitorizar e tratar corretamente a dor.

Assim, torna-se fundamental sensibilizar os profissionais de saúde sobre esta temática, incidindo posteriormente na sua formação. A elaboração de protocolos ou criação de *bundles* sobre como melhorar a qualidade do sono destes clientes; a identificação dos fatores que interferem na qualidade do sono, o planeamento e a implementação de estratégias são medidas relevantes que ao proporcionarem uma melhoria na qualidade do sono da pessoa internada potenciam a qualidade dos cuidados prestados.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Pisani, Margaret A; Friese, Randall S; Gehibach, Brian K; Schwab, Richard J; Weinhouse, Geral L; Jones, Shirley F. Sleep in the Intensive Care Unit. [Em linha] 2015 [acesso em 2016 setembro]; 731-854. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=d707255f-8c73-4e92-96af-e4d71d46d991%40sessionmgr4006&hid=4201>.
- (2) Paterson, Josephine. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. Nursing Standard.[Em linha] 2013 [acesso em 2016 outubro]; 27 (49); 35-42. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=0fa83eca-74a7-4a51-9206-94d19ddba0ca%40sessionmgr104&hid=129>
- (3) Ahtisham, Younas; Jacoline, Sommer. Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. International Journal of Caring Sciences. [Em linha] 2015 [acesso em 2016 outubro]; 8 (2); 433-450. Disponível em: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf.
- (4) Saldanã, Diana; Reyes, Alejandro; Berrío, Marisol. El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. Investig. Enferm, Imagen Desarr.[Em linha] 2013 [acesso em 2016 outubro]; 15 (1); 51-63. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=0fa83eca-74a7-4a51-9206-94d19ddba0ca%40sessionmgr104&hid=129>.
- (5) Tracy, Mary; Chlan, Linda. Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. Critical Care Nurse. [Em linha] 2011 [acesso em 2016 outubro]; 31 (3); 19-28. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&sid=0fa83eca-74a7-4a51-9206-94d19ddba0ca%40sessionmgr104&hid=129>.
- (6) Nesbitt, Laura; Goode, Debbie. Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review. Intensive and Critical Care Nursing. [Em linha] 2014 [acesso em 2016 outubro]; 30; 231-235. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=0fa83eca-74a7-4a51-9206-94d19ddba0ca%40sessionmgr104&hid=129>.
- (7) Le, Angela; Friese, Randall S; Hsu, Chiu-Hsieh; Wynne, Julie L; Rhee, Peter; O'Keeffe, Terence. Sleep Disruptions and Nocturnal Care Interactions in the Intensive Care Unit. Journal of Surgical Research. [Em linha] 2012, [acesso em 2016 setembro]; 177; 310-

314. Disponível em: [http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(12\)00469-6/pdf](http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(12)00469-6/pdf).

(8) Ganz, Freda. Sleep and immune function. *Critical Care Nurse*. [Em linha] 2012 [acesso em 2016 outubro]; 32 (2); 19-25. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=0fa83eca-74a7-4a51-9206-94d19ddba0ca%40sessionmgr104&hid=129>

(9) Patel, J; Baldwin, J; Bunting, P; Laha, S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*. [Em linha] 2014 [acesso em 2016 setembro]; 69; 540-549. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=99d54698-8937-4ff3-b632-03c1cdc145a9%40sessionmgr4008&vid=5&hid=4214>.

(10) Barros, Marcia; Figueirêdo, Danielle; Fernandes, Maria; Neto, José; Costa, Kátia. Delirium in the elderly in intensive care units: an integrative literature review. *Journal of Research Fundamental Care Online*. [Em linha] 2015 [acesso em 2016 outubro]; 7 (3); 2738-2748. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&sid=0fa83eca-74a7-4a51-9206-94d19ddba0ca%40sessionmgr104&hid=129>

(11) Saldaña, Diana; Colmenares, Sandra ; Beltrán, Luisa. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investig. Enferm, Imagen Desarr*. [Em linha] 2014 [acesso em 2016 setembro]; 16 (1); 49-59. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d707255f-8c73-4e92-96af-e4d71d46d991%40sessionmgr4006&vid=12&hid=4201>.

(12) RAMALHO, Anabela -Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise. 1ª edição. Coimbra: Formasau; 2005. ISBN 972-8485-54-9

(13) Dave, Koushal; Qureshi, Ashia; Gopichandran, L. Effects of Earplugs and Eye Masks on Perceived Quality of Sleep during Night among Patients in Intensive Care Units. *Asian J. Nursing Edu. and Research* [Em linha] 2015 [acesso em 2016 setembro] 5 (3); 319-322. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d707255f-8c73-4e92-96af-e4d71d46d991%40sessionmgr4006&vid=9&hid=4201>.

APÊNDICEIII. APRESENTAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E COMPARAÇÃO COM O ESTADO DE ARTE SOBRE O TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDO NA UCI.

Fatores que influenciam o sono numa UCI

Curso de Mestrado e de Pós-licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Trabalho realizado por Joana Pascoal sob orientação da Prof.^a Doutora Rita Marques

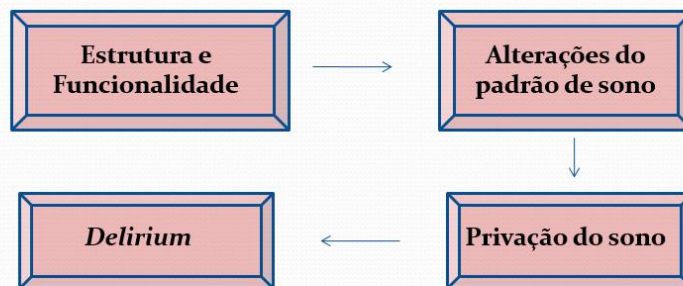
SONO

Desempenha um papel fundamental na manutenção de uma boa saúde física e mental. Trata-se de um processo complexo influenciado por fatores biológicos e ambientais.

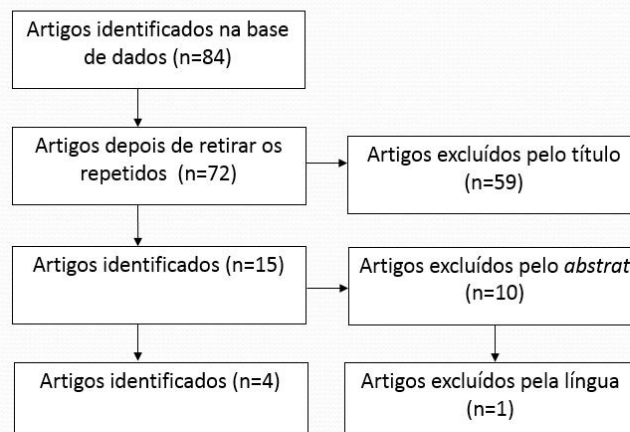


(Pisani, 2015)

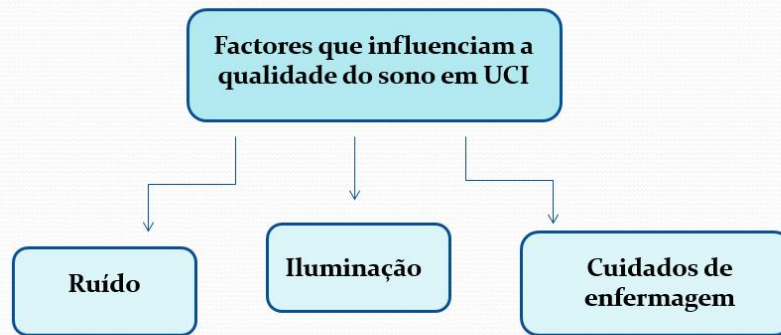




Da revisão sistemática da literatura, obtiveram-se:



Após análise dos artigos seleccionados concluiu-se:



Dave (2015), Saldaña(2014) e Patel (2014)



Patel (2014)

Bundles



Diminuição do ruído



Diminuição da luz



A maioria dos estudos analisados referiram que a interação entre enfermeiro e paciente durante a noite é um fator que influencia negativamente a qualidade do sono, uma vez que são frequentemente acordados pela equipa para a realização de diversos procedimentos.

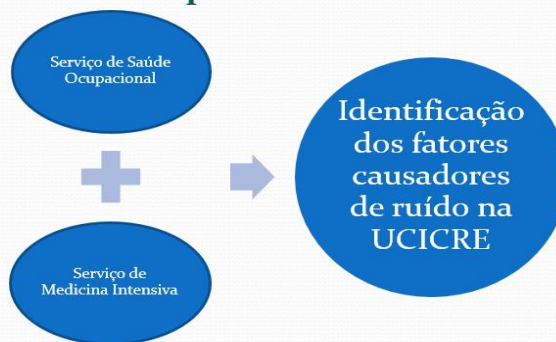
(Saldaña,2014), (Patel,2014), (Le, 2012)

O que devemos fazer para reduzir estes fatores

- Promover a atividade diurna dos doentes;
- Evitar as “sestras” durante o dia;
- Estabelecer um ambiente calmo e silencioso durante o período noturno;
- Monitorizar e tratar corretamente a dor.



Estudo desenvolvido num hospital da periferia de Lisboa



Estudo desenvolvido num hospital de periferia de Lisboa

A preparação de medicação e a aspiração de secreções obtiveram no período noturno um maior pico de ruído. Este período de maior intensidade de ruído decorreu entre as 22h e as 23h30m, que coincidiu com a passagem de turno dos enfermeiros, um dos fatores identificados igualmente neste estudo.

Estudo desenvolvido num hospital de periferia de Lisboa

Constatou-se que os profissionais que exercem as suas funções na UCICRE deste hospital estão dispostos para estes fatores uma vez que, a existência de ruído diminuiu nas horas nocturnas consideradas nas pesquisas efetuadas entre as 22h e as 6h.

Referências Bibliográficas

- (8) Ganz, Freda. Sleep and immune function. *Critical Care Nurse*. [Em linha] 2012 [acesso em 2016 outubro]; 32 (2); 19-25. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=ofa83eca-74a7-4a51-9206-94d9ddbbaoca%40sessionmgr4008&hid=129>
- (9) Patel, J; Baldwin, J; Bunting, P; Laha, S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*. [Em linha] 2014 [acesso em 2016 setembro]; 69; 540-549. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=99d54698-8937-4ff3-b632-03c1c145a9%40sessionmgr4008&hid=5&hid=4214>
- (10) Barros, Marcia; Figueirêdo, Danielle; Fernandes, Maria; Neto, José; Costa, Kátia. Delirium in the elderly in intensive care units: an integrative literature review. *Journal of Research Fundamental Care Online*. [Em linha] 2015 [acesso em 2016 outubro]; 7 (3); 2738-2748. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&sid=ofa83eca-74a7-4a51-9206-94d9ddbbaoca%40sessionmgr4008&hid=129>
- (11) Saldaña, Diana; Colmenares, Sandra; Beltrán, Luisa. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*. [Em linha] 2014 [acesso em 2016 setembro]; 16 (1); 49-59. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d707255f-8c73-4e92-96af-e4d7d46d991%40sessionmgr4006&hid=12&hid=4201>
- (12) Dave, Koushal; Qureshi, Ashia; Gopichandran, L. Effects of Earplugs and Eye Mas during Night among Patients in Intensive Care Units. *Asian J. Nursing Edu. and Research*[Em 5 mbro] 5 (3); 319-322. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4e92-96af-e4d71d46d991%40sessionmgr4006&hid=12&hid=4201>
- (13) RAMALHO, Anabela -Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise. 1ª edição. Coimbra: Formasau; 2005. ISBN 972-8485-54-9
- (10) Barros, Marcia; Figueirêdo, Danielle; Fernandes, Maria; Neto, José; Costa, Kátia. Delirium in the elderly in intensive care units: an integrative literature review. *Journal of Research Fundamental Care Online*. [Em linha] 2015 [acesso em 2016 outubro]; 7 (3); 2738-2748. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&sid=ofa83eca-74a7-4a51-9206-94d9ddbbaoca%40sessionmgr4008&hid=129>



Referências Bibliográficas

- (1) Pisani, Margaret A; Friese, Randall S; Gehibach, Brian K; Schwab, Richard J; Weinhouse, Geral L; Jones, Shirley F. Sleep in the Intensive Care Unit. [Em linha] 2015 [acesso em 2016 setembro]; 731-854. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=d707255f-8c73-4e92-96af-e4d7d46d991%40sessionmgr4006&hid=4201>
- (2) Paterson, Josephine. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nursing Standard*. [Em linha] 2013 [acesso em 2016 outubro]; 27 (49); 35-42. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=ofa83eca-74a7-4a51-9206-94d9ddbbaoca%40sessionmgr4008&hid=129>
- (3) Ahtisham, Younas; Jacoline, Sommer. Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*. [Em linha] 2015 [acesso em 2016 outubro]; 8 (2); 433-450. Disponível em: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf
- (4) Saldaña, Diana; Reyes, Alejandro; Berrio, Marisol. El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*. [Em linha] 2013 [acesso em 2016 outubro]; 15 (1); 51-63. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=ofa83eca-74a7-4a51-9206-94d9ddbbaoca%40sessionmgr4008&hid=129>
- (5) Tracy, Mary; Chlan, Linda. Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*. [Em linha] 2011 [acesso em 2016 outubro]; 31 (3); 19-28. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&sid=ofa83eca-74a7-4a51-9206-94d9ddbbaoca%40sessionmgr4008&hid=129>
- (6) Nesbitt, Laura; Goode, Debbie. Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*. [Em linha] 2014 [acesso em 2016 outubro]; 30; 231235. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=ofa83eca-74a7-4a51-9206-94d9ddbbaoca%40sessionmgr4008&hid=129>
- (7) Le, Angela; Friese, Randall S; Hsu, Chiu-Hsieh; Wynne, Julie L; Rhee, Peter; O'Keefe, Terence. Sleep Disruptions and Nocturnal Care Interactions in the Intensive Care Unit. *Journal of Surgical Research*. [Em linha] 2012, [acesso em 2016 setembro]; 177; 310-314. Disponível em: [http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(12\)00469-6/pdf](http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(12)00469-6/pdf)



**APÊNDICE IV. APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE EQUIPAMENTO DE
PROTEÇÃO INDIVIDUAL**



Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)

Trabalho realizado no âmbito do estágio opcional
módulo III- Bloco operatório de um Hospital Privado
da zona de Lisboa , sob orientação da Prof. Dr^a Rita
Marques.

Precauções básicas

1. Colocação dos doentes;
2. Higiene das mãos;
3. Etiqueta respiratória;
4. **Utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's);**
5. Descontaminação do equipamento clínico;
6. Controlo ambiental;
7. Recolha segura de resíduos;
8. Manuseamento seguro de roupa;
9. Práticas seguras na preparação e administração de injectáveis;
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

O que são EPI's?

- ▶ Equipamentos de uso individual e obrigatório utilizados para proteger as mucosas, as vias respiratórias, a pele e a roupa do contato com agentes infecciosos.
- ▶ Compostos por:
 - ❖ Luvas
 - ❖ Máscara
 - ❖ Avental/ bata
 - ❖ Óculos protetores
 - ❖ Barrete/touca
 - ❖ Calçado



CDC "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings" 2007



Luvas

O seu tipo de uso e a sua seleção devem incluir:

- ▶ natureza da tarefa;
- ▶ probabilidade de contato com fluídos corporais;
- ▶ necessidade (ou não) de isolamento de contato;
- ▶ necessidade de técnica asséptica.



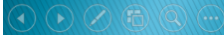
Luvas (continuação)

Luvas esterilizadas

- Todos os procedimentos cirúrgicos;
- Parto vaginal;
- Colocação de acessos venosos ou centrais;
- Preparação de alimentação parentérica e de agentes de quimioterapia.

Luvas limpas

- Contato com sangue, membranas, mucosas e pele não íntegra;
- Presença de organismos perigosos e altamente infecciosos (ex. epidemias);
- Exame pélvico ou vaginal;
- Esvaziamento de recipientes com fluídos orgânicos
- Manipulação/limpeza de instrumentos



Luvas (continuação)

Luvas não indicadas

- Avaliação de sinais vitais;
- Administração de injeções SC ou IM e medicação via oral;
- Vestir o doente;
- Cuidar dos olhos e pavilhões auriculares (desde que não apresentem secreções)
- Transportar o doente;
- Qualquer manipulação de acesso vascular periférico, se ausência de extravasamento de sangue.



Luvas



O uso de luvas é um fator de risco para a não adesão à higiene das mãos

Máscaras cirúrgicas

	Características	Tempo de duração	Utilização
Máscara cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> -Máscara de 3 camadas, sendo a intermédia - filtro de polipropileno; -Filtração bacteriana 95%; -Hipoalergénica; -Uso único. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entre doentes; -Entre procedimentos; - Máximo de 5 horas de duração. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proteção para intervenções cirúrgicas sem risco de salpicos; -Para doentes ou visitas que apresentem sintomatologia respiratória.
Máscara cirúrgica -Resistente a fluidos - Com viseira - Sem viseira	<ul style="list-style-type: none"> -Máscara com 4 camadas, sendo a 2ª de polipropileno e a 3ª de polietileno impermeável a fluidos; -Filtração de partículas 99,93%; -Filtração bacteriana 99,6%; - Resistência a salpicos de sangue ; -Não esterilizada; -Uso único. 	<ul style="list-style-type: none"> -Máximo de 6 a 8 horas de duração. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apenas para procedimentos cirúrgicos ou outros procedimentos de alto risco de salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos.

Respiradores de partículas

	Características	Tempo de duração	Utilização
P1	<ul style="list-style-type: none"> -Constituído por 3 camadas; -Eficácia de filtração de partículas 80-93,99%; -Eficácia de retenção total 78-92%; -Não esterilizado; -Uso único. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvido para ser utilizado num só turno de trabalho; -Máximo de 6 a 8 horas de duração. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proteção para profissionais de saúde, visitas e doentes portadores de tuberculose; -Doentes imunossuprimidos; -Preparação de citostáticos e manuseamento de agentes químicos irritantes.
P2	<ul style="list-style-type: none"> -Constituído por 4 camadas (dupla camada filtrante); -Eficácia de filtração de partículas 94-99%; -Eficácia de retenção total 92-98%; -Não esterilizado; -Uso único. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvido para ser utilizado num só turno de trabalho; -Máximo de 6 a 8 horas de duração. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proteção para profissionais de saúde e doentes em ambientes contaminados com aerossóis (H1N1, tuberculose); Doentes imunossuprimidos; -Preparação de citostáticos e manuseamento de agentes químicos irritantes.

Respiradores de partículas

	Características	Tempo de duração	Utilização
P3 Respiradores com válvula exalatória	<ul style="list-style-type: none"> -Constituído por 4 camadas e válvula exalatória que diminui o calor e a formação de humidade; -Eficácia de filtração de partículas 99,52%; -Eficácia de retenção total 92-98%; -Não esterilizado; -Uso único; Embalagens individualizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvido para ser utilizado num só turno de trabalho; -Máximo de 6 a 8 horas de duração. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proteção doentes transplantados pulmonares;

Óculos de proteção

- ▶ Se existe risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face, e sempre durante procedimentos geradores de aerossóis .
- ▶ Os óculos pessoais não conferem proteção ocular adequada.



DGS, Circular Normativa 029/2012 "Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)

Barrete/ touca

A cobertura do cabelo deve ser:

- ▶ bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo;
- ▶ utilizada em áreas protegidas e durante procedimentos assépticos;
- ▶ substituída/eliminada entre sessões ou, se estiver contaminada com fluidos orgânicos.



DGS, Circular Normativa 029/2012 "Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)

Aventais/ batas

- ▶ Se risco de exposição da roupa ou da pele a sangue, fluidos orgânicos e secreções;
- ▶ Proteção da pele e do fardamento;
- ▶ Substituídos no final do procedimento e entre doentes;
- ▶ Escolha de acordo com exposição do braço e antebraço.



CDC "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings" 2007



Calçado

- ▶ Antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé, de forma a evitar a contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos ou lesão acidental com material perfurante;
- ▶ Removido antes de sair de áreas específicas.



DGS, Circular Normativa 029/2012 "Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)"

A reter

- ▶ Os EPI's reduzem mas não eliminam o risco de transmissão;
- ▶ Só são eficazes se usados corretamente e em cada contato;
- ▶ Evitar contato dos EPI's com superfícies, roupas e pessoas;
- ▶ Uso exclusivo para determinadas atividades;
- ▶ Nunca substituem medidas de higiene.

DGS, Circular Normativa 029/2012 "Precauções Básicas de
Controlo de Infecção (PBCI)



**Obrigada pela vossa
atenção!**



Referências bibliográficas

- ▶ Direção-Geral Da Saúde (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Lisboa, DGS, Norma 029/2012, atualizada a 31/10/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=24914>
- ▶ Direção Geral de Saúde (2014). *Doença por vírus Ébola. Procedimentos e Equipamento de Proteção Individual (EPI)*. Orientação nº 020/2014. Disponível em <http://www.ebola.dgs.pt/>
- ▶ CDC "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings" 2007
- ▶ Norma da Direção-Geral de Saúde Norma(2014). *Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*. Lisboa: DGS, nº 013/2014 Consultado em 10 de Novembro de 2016. Disponível em :<http://www.anes.pt/files/documents/default/171856049.pdf>

