



Joana Portela **Relatório de Trabalho de Projeto**
N.º 140519015

Preparação Pré-Operatória com a Pessoa com
Ostomia: Promover uma Transição Saudável

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
realizada sob a orientação científica de Prof.^a
Armandina Antunes.

Junho de 2015

DECLARAÇÃO

**Entrega de versão final
para Repositório IPS**

ESTUDANTE

Joana Elvira de Abreu Alves Portela, n.º 140519015, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde declara que o documento agora entregue intitulado(a) Preparação Pré-operatória com a Pessoa com Ostomia corresponde à versão final do seu Relatório, autorizando o seu arquivo no repositório científico do IPS.

Escola Superior de Saúde, 18-01-2016.

O estudante

Joana Elvira de Abreu Alves Portela

ORIENTADOR(ES)

Declara-se ter conhecimento que o estudante Joana Elvira de Abreu Alves Portela, n.º 140519015, procedeu à elaboração do documento final do seu Relatório do curso de Mestrado, para depósito no Repositório IPS.

O(s) orientador(es),

Armandina Antunes

(Armandina Antunes))

*“Onde não falta vontade
existe sempre um caminho”.*

J.R.R. Tolkien.

AGRADECIMENTOS

O presente relatório resume um conjunto de trabalhos desenvolvidos, que não teria sido possível sem o contributo de diversas pessoas, às quais não podemos deixar de manifestar a nossa gratidão.

À Prof.^a Armandina Antunes pelo acompanhamento em todo este processo, pela sua disponibilidade, dedicação, motivação e paciência. Assim como à Prof.^a LM e restante equipa docente.

Agradecemos às Enf.^{as} chefes AA e HM, diretor de serviço e equipa médica, pelo acolhimento e colaboração neste processo. Assim como aos orientadores de estágio IM, MC, SD, JV pela orientação e contributos fornecidos durante a realização dos estágios.

À equipa de enfermagem do SCG, pela motivação e colaboração, apesar das dificuldades sentidas constituem uma referência de profissionalismo e dedicação. Às colegas que percorreram este caminho connosco CC, NB, NT à IR pelo companheirismo e motivação nos momentos difíceis, e à NT pela amizade, disponibilidade e ajuda preciosa.

Ao RP pela ajuda informática, sempre essencial nestes processos.

Agradecemos à nossa família e amigos pelo apoio, compreensão e ajuda, principalmente nos momentos de menor disponibilidade. Em especial à mãe, marido e filho.

Por fim, agradecemos a todas as pessoas não mencionadas e que direta ou indiretamente contribuíram para a realização do presente relatório.

Obrigada a todos

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do 4º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sendo o seu principal objetivo demonstrar o percurso realizado e que conduziu à aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A aquisição de competências concretizou-se pelo desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço e Projeto de Aprendizagem Clínica. A metodologia de projeto foi aplicada de forma a responder a um problema identificado, em contexto de trabalho e onde foram realizados os estágios I, II e parte do III. Perante o solicitado, foi desenvolvido Projeto de Intervenção em Serviço com objetivo geral de promover a Implementação de Consulta Pré Operatória com Pessoa com Ostomia, de forma a promover uma transição saúde-doença saudável. Para tal, foram construídos dois procedimentos setoriais. Este processo conduziu à aquisição das competências comuns do enfermeiro Especialista e também, em parte, às competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e/ou paliativa. A Teoria das Transições de Afaf Meleis orientou este projeto.

Para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, foram planeados estágios em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, assim como foram desenvolvidas atividades diversas no Serviço de Cirurgia Geral, por forma a responder às necessidades de aprendizagem individuais identificadas.

Este processo foi realizado com o horizonte na excelência do cuidado, sendo conduzido com respeito pelas dimensões ética, deontológica e legal, essenciais para a tomada de decisão.

Palavras – chave: Competências; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Metodologia de Projeto; Pré-operatório com a pessoa com Ostomia, Teoria das Transições.

Abstract

This report emerges within the 4th Medical-Surgical Nursing Master of Health School of Setúbal Polytechnic Institute, with its main objective to demonstrate the route taken and led to the acquisition of Master skills in Medical-Surgical Nursing.

The acquisition of competence materialized by the development of an Intervention Project in Service and Clinical Learning Project. The design methodology was applied in order to respond to an identified problem, in the workplace and where the stages I, II and III were performed. Before the request, was developed Intervention Project in service with overall objective of promoting the Implementation of Preoperative nursing care to the Person with Ostomy, in order to promote a healthy transition health - illness. To this end, it was constructed two sectoral procedures. This process led to the acquisition of common nursing skills Specialist and also, in part, the developing of the specialist nurse in person in chronic and / or palliative situation. The Transitions Theory of Afaf Meleis guided this project.

For the development of nursing skills expert person in critical condition, stages were planned in emergency service and Intensive Care Unit, as well various activities were developed in the General Surgery Service, in order to meet and identified the individual learning needs, This process was carried out with the horizon in the excellence care, being conducted with respect for ethical, deontology and legal, essential for decision making.

Key - words: Medical-Surgical Nursing Skills; Design methodology; Preoperative the person with Ostomy; Transitions Theory.

Lista de Siglas

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

ALV- Aprendizagem ao Longo da Vida

APECE- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatoterapia

AO – Assistente Operacional

APO – Associação Portuguesa de Ostomizados

CCI- Comissão de Controlo de Infecção

CGR – Comissão de Gestão do Risco

CHX- Centro Hospitalar X

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPE- Conselho do Parlamento Europeu

CPLEEMC- Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CQSD – Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

CUE- Conselho da União Europeia

DGS – Direção Geral de Saúde

ECET - European Council of Enterostomal Therapists

EEMI – Equipa Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

IOA – Internacional Ostomy Association

IPOX - Instituto Português de Oncologia X

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRSA – Staphylococcus Aureus Meticilina Resistente

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC)

PBE – Prática Baseada na Evidência

PE – Parlamento Europeu

PEI – Plano de Emergência Interno

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

POPCI- Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção

PP – Plano de Prevenção

PSP – Policia de Segurança Publica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNAO – Registered Nurses Association of Ontario

SCG – Serviço de Cirurgia Geral

SU – serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC- Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

UT – Unidade Temática

WCET – World Council of Enterostomal Therapists

Índice de Figuras

Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis	18
---	----

Índice

0. Introdução	11
1 Enquadramento Teórico e Conceptual	14
1.1 Teoria das Transições	14
1.2 Considerações Deontológicas, Éticas e Legais	20
1.3 Período Pré-Operatório	25
1.4 A Pessoa com Ostomia	27
2 Projeto de Intervenção em Serviço	31
2.1 Contextualização Organizacional	32
2.2 Diagnóstico de Situação	34
2.3 Planeamento/Execução e Avaliação	40
2.4 Divulgação	53
3 Competências do Enfermeiro Especialista	54
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	56
3.2 Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	63
3.2.1 Competências do Enfermeiro Especialista à Pessoa em situação Crítica ...	64
3.2.2 Competências do Enfermeiro Especialista da Pessoa em Situação Crónica e/ou Paliativa	79
4 Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica	86
5 Conclusão	94
Referências Bibliográficas	97
Apêndices	108
Apêndice 1 – Diagnóstico Situação	109
Apêndice 2 – Guião Entrevista	112

Apêndice 3 – Analise SWOT	114
Apêndice 4 – Planeamento PIS	116
Apêndice 5 – Procedimento de Preparação Pr´-operatócia à Pessoa com Ostomia ..	135
Apêndice 6 – Procedimento de Marcação Local do Estoma	139
Apêndice 7 – Avaliação Inicial	144
Apêndice 8 – Atividades Realizadas Consulta Estomaterapia	148
Apêndice 9 – Focos CIPE Pré-operatório	150
Apêndice 10 – Relatório Estagio em onsulata de Estomaterapia	159
Apêndice 11 – Plano Formação	165
Apêndice 12 – Grelha Avaliação da Sessão de Formação	168
Apêndice 13 – Documento Avaliação Geral da Formação	171
Apêndice 14 – Avaliação Geral da Formação	174
Apêndice 15 - Fluxograma	193
Apêndice 16 – Monitorização Referenciação à Consulta Pré-Operatória	196
Apêndice 17 – Monitorização Marcação Local Estoma	200
Apêndice 18 – Artigo Divulgação	204
Apêndice 19 – Pedido Autorização PIS	215
Apêndice 20 - PAC	217
Apêndice 21 – Relatório do Exercício de Evacuação	226
ANEXOS	255
ANEXO I- Plano Ensino Autocuidado	256

0. Introdução

O presente relatório surge no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), no entanto o percurso académico foi iniciado no 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC). Pretendemos apresentar as atividades desenvolvidas e que conduziram à aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A obtenção de grau de Mestre, conforme o estipulado pelo decreto-lei 74/2006, artigo 18º, *“deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional”* (DR, 2013, p.4762), devendo integrar no seu ciclo de estudos *“dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para esse fim”* (DR, 2013, p.4762).

O curso de MEMC tem como finalidade *“contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da Especialidade”*, como definido no Guia do curso, 2º semestre.

O presente relatório de trabalho de projeto, pretende fazer prova do desenvolvimento dos saberes e do contributo para a prática profissional, pela construção de uma praxis de enfermagem especializada, cumprindo o legalmente estabelecido para a obtenção de grau de mestre.

Serve este relatório para apresentar o trabalho desenvolvido na realização do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), assim como no Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), através de uma exposição escrita e crítica. A estruturação do trabalho procura demonstrar o percurso realizado durante a formação académica, desenvolvida no sentido de promover uma prática especializada, em que se relacionam os aspetos práticos e teóricos, enriquecidos pelos contributos das Unidades Curriculares do curso, promotores de uma reflexão crítica nos cuidados prestados, embasados pelos princípios das dimensões de enfermagem, deontológica, ética e do direito em saúde, que suportam a tomada de decisão.

O PIS constitui-se pela aplicação da metodologia de projeto, que se aproxima da investigação-ação (NUNES, et al., 2010), tendo sido selecionado um problema real da prática, que se pretende resolver pela realização de diagnóstico, planeamento, execução e divulgação. Por considerar que a pessoa com ostomia beneficia de uma intervenção de enfermagem no período de pré-operatório, constituindo uma medida facilitadora no processo de transição saúde-doença (promotora de uma transição saudável), a não existência de uma preparação pré-operatória sistematizada à pessoa com ostomia, foi o problema identificado.

A apresentação do desenvolvimento do PIS é efetuada em articulação com as aprendizagens realizadas, com objetivo principal de desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista.

O PAC, constitui-se como ferramenta para a aquisição/desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, em que o estudante através de uma reflexão planeou e executou durante o estágio, em concordância com o docente e enfermeiro orientador, atividades promotoras da aquisição de competências do enfermeiro especialista da pessoa em situação crítica e pessoa em situação crónica e/ou paliativa.

O presente relatório organiza-se em cinco capítulos:

- Enquadramento Teórico e Conceptual, onde se apresenta o referencial teórico para o desenvolvimento do PIS (Teoria das Transições), Dimensões Ética, Deontológica e Legal e os aspetos teóricos essenciais para a compreensão da pertinência e objetivos do projeto;

- Desenvolvimento do PIS: a partir de um problema identificado no local de estágio e com recurso à metodologia de projeto, desenvolvemos as fases de diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação. Neste relatório optámos por apresentar as fases de planeamento, execução e avaliação em conjunto, no entanto os aspetos considerados mais pertinentes para enriquecimento do trabalho, encontram-se descritos de forma mais detalhada em apêndices;

- No capítulo três, é efetuada a apresentação das Competências do Enfermeiro Especialista, em que se efetua uma reflexão acerca das aprendizagens teóricas e práticas realizadas, e que fundamentam a aquisição das competências definidas para o Enfermeiro

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Competências Comuns e Competências Específicas);

- A Apresentação das Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, reflexão e fundamentação sobre a sua aquisição é efetuada no capítulo quatro;

- Conclusão, que finaliza a parte textual do trabalho. Neste capítulo apresentamos de forma genérica os principais contributos do trabalho desenvolvido, tanto pelo desenvolvimento do PIS como pelo desenvolvimento do PAC e inerente desenvolvimento de competências. Também efetuamos uma reflexão sobre os aspetos facilitadores e obstáculos, perspetivando intervenções futuras.

No final apresentamos os diversos documentos que suportaram/integram a descrição efetuada, em apêndices e anexos.

Este trabalho foi redigido, respeitando o Novo Acordo Ortográfico e foi elaborado de acordo com as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESS e da Norma Portuguesa 405.

1 Enquadramento Teórico e Conceptual

A investigação é uma área de intervenção da profissão, previsto no regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), *“Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”* (Ordem Enfermeiros [OE], 2012, p.19).

Para o processo de investigação a teoria fornece uma orientação, uma perspetiva da forma de abordar um problema de investigação (Fortin, 1999).

Para FORTIN et al. (2009), a investigação é um conjunto de atividades intelectuais que procuram o desenvolvimento de conhecimentos e que assenta em uma teoria para descrever, explicar e prever ou controlar os fenómenos ou relações entre conceitos.

O referencial teórico que dirige o PIS é a Teoria das Transições, de Afaf Meleis.

1.1 Teoria das Transições

Meleis apresenta a teoria das transições, trata-se de uma teoria de médio alcance, uma vez que emerge da prática e que procura fornecer uma base conceptual, com o intuito de descrever, compreender e interpretar e/ou explicar os fenómenos de enfermagem.

MELEIS (2010) identifica "transições" como uma preocupação central para a enfermagem. A autora considera a definição de Transições como uma passagem de um estado bastante estável para outro estado relativamente estável, sendo um processo desencadeado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de viragem e pode ser definida por meio de processos e /ou resultados finais.

MELEIS & TRANGENSTEIN (1994) definem enfermagem como a arte e a ciência de promover a transição das populações, tendo a preocupação com os processos e experiências dos seres humanos que passam por transições, em que a saúde e o bem-estar são os resultados esperados.

Para melhor compreensão da teoria, apresentamos os metaparadigmas, segundo a teoria das transições.

Para Meleis saúde é mais que a ausência de doença, tendo identificado em diversos modelos os conceitos de homeostasia e adaptação. Identifica-o como um conceito subjetivo, uma vez que existem diferentes variáveis que interferem na percepção individual de saúde (cultura, nível socio-econômico, etc) e depende da consciencialização, *empowerment*, controlo e mestria (MELEIS, 2010).

Os cuidados de enfermagem procuram identificar no cliente os fatores que influenciam o processo de transição e planejar intervenções com o objetivo de promover transições saudáveis. Para tal é necessária uma visão holística da pessoa (SHUMACHER e MELEIS, 2010).

MELEIS (2010) considera que o ambiente é um conceito central e que engloba os campos de energia, os sistemas sociais, a cultura, a família, a sociedade, o quarto do cliente, a enfermaria e tudo o que envolve o cliente. A transição e ambiente podem relacionar-se de duas formas, por um lado uma mudança no ambiente pode constituir, ou ser parte de um evento que torna a transição necessária. Por outro lado, a natureza particular do ambiente pode impedir ou facilitar a transição (CHICK e MELEIS, 2010).

O cliente/ pessoa deve ser visto como um ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio (MELEIS, 2010).

Embora os seres humanos se deparem com muitas mudanças ao longo da vida que desencadeiam processos internos, os enfermeiros trabalham com as pessoas que passam por uma transição quando esta se relaciona com a sua saúde, bem-estar, e capacidade de cuidar de si mesmos. Além disso, os enfermeiros lidam com os ambientes que suportam ou dificultam transições pessoais, comunitárias, familiares, ou da população (*Idem*).

O indivíduo numa condição de saúde/doença vive uma transição real ou por antecipação e necessita da intervenção terapêutica do enfermeiro, como facilitador do seu processo de transição. Os enfermeiros lidam com pessoas que experimentam transições, a missão da

enfermagem deve consistir em facilitar os diferentes processos de transição que os indivíduos experienciam (*Idem*).

O processo de saúde-doença é profundamente influenciado pela diversidade cultural, tipologia da doença (aguda ou crónica), a especialidade de saúde (saúde mental, cuidados cirúrgicos e os cuidados paliativos), e depende do estadió da pessoa na vida útil (diferentes idades) em que a transição ocorre (*Idem*).

Viver com doença crónica e manter o bem-estar pressupõe que ocorra uma série de transições que requerem intervenções de enfermagem em diferentes estadios e em pontos críticos (*Idem*).

A base teórica para o diagnóstico de problemas de enfermagem é centrado nos conceitos de insuficiência de papel e a suplementação de papel. Insuficiência de papel está prevista e é experimentado pelos clientes durante as transições de papéis com implicações desenvolvimentais, situacionais e saúde-doença (*Idem*).

A meta das transições saudáveis é considerada como o domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados a transição para novos papéis e identidade como não problemáticas (*Idem*).

MELEIS (2010) define transições não saudáveis ou transições ineficazes como as que resultam numa insuficiência ou dificuldade em lidar com um “papel”, definindo insuficiência de “papel” como qualquer dificuldade no conhecimento e/ou desempenho de um papel ou de sentimentos e objetivos associados ao comportamento, percebido como adequado pelo próprio ou por outras pessoas significativas.

Segundo CHICK E MELEIS (2010), uma característica importante da transição é que esta é essencialmente positiva, quando se completa a transição implica que a pessoa alcance um período de estabilidade.

O período de transição é caracterizado por processo, desconexão, perceção e padrões de resposta. Processo sugere fases e sequência; Desconexão como a associação a interrupção das ligações das quais os sentimentos de segurança dependem; Perceção relaciona-se com o significado da transição para a pessoa que a vivencia; e os Padrões de resposta, surgem dos comportamentos observáveis e não observáveis durante o processo de transição que, embora

possam parecer perturbados ou disfuncionais, não são ocorrências aleatórias (CHICK e MELEIS, 2010).

SHUMACHER E MELEIS (2010) descrevem quatro tipos de transições: desenvolvimental (associadas a mudanças no ciclo vital), situacional (relacionadas com situações/acontecimentos que originam mudanças de papéis), saúde-doença e organizacional.

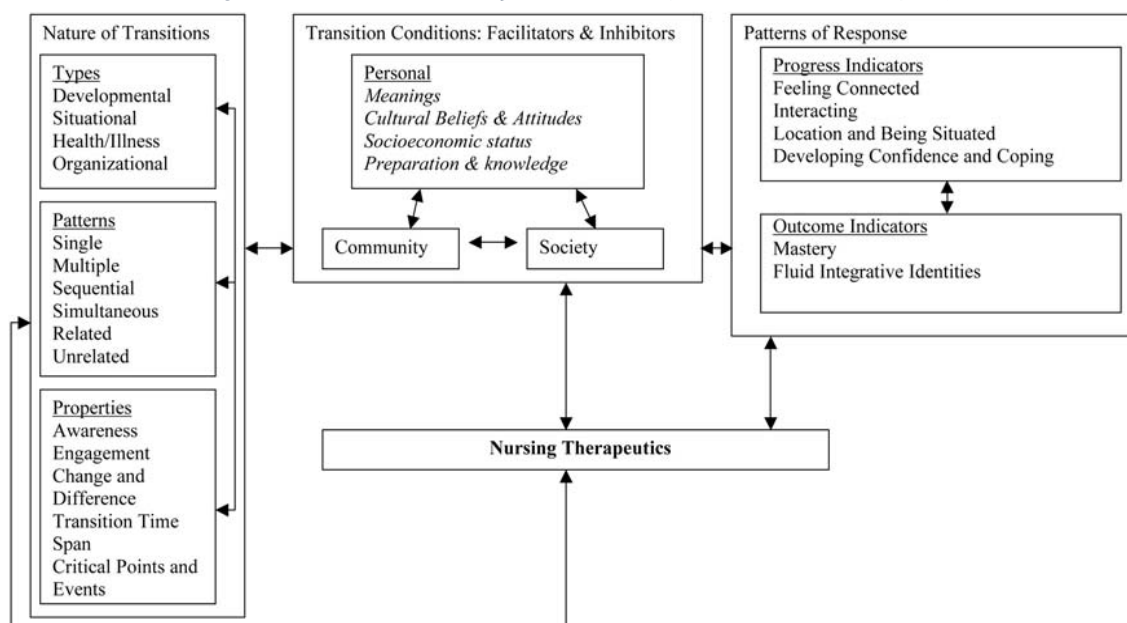
O significado de transição pode ser positiva, neutra ou negativa. Perceber o significado da transição para o cliente, é essencial para compreender a sua experiência e consequências para a saúde (SHUMACHER e MELEIS, 2010).

Os mesmos autores referem que existem condições que influenciam o processo de transição e que são, o significado, o nível de conhecimento/capacidades, o meio envolvente, o nível de planeamento e o bem-estar emocional e físico.

Como indicadores de transições saudáveis temos o bem-estar subjetivo, domínio/mestria de papel e bem-estar das relações (*Idem*).

Foram identificadas três medidas de enfermagem que podem ser aplicadas durante o processo de transição: avaliação e prontidão (que requer um esforço multidisciplinar); preparação para a transição e suporte de papéis; as intervenções terapêuticas de enfermagem têm como objetivo assistir os clientes para criarem condições que conduzam a transições saudáveis (*Idem*). A teoria das transições contempla três domínios, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Teoria das Transições de Meleis (MELEIS et al., 2010, p.56)



Apesar da divisão das transições em tipos, um acontecimento pode originar mais do que um tipo de transição e diferentes transições podem ocorrer no mesmo momento. Os padrões de transição ajudam a classificar as transições e podem ser simples ou múltiplas. Quando se trata de transições múltiplas podem ser sequenciais ou simultâneas (relativamente ao tempo em que ocorrem) e relacionadas ou não relacionadas (relativamente à natureza).

MELEIS et al. (2010) referem que as transições são complexas e multidimensionais, no entanto foram identificadas algumas propriedades: Consciencialização; Empenhamento; Mudança e diferença; Espaço temporal da transição; e Acontecimentos e pontos críticos.

A consciencialização relaciona-se com a percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição. O nível de empenhamento define o envolvimento no processo de transição. O nível de consciencialização influencia o nível de empenhamento (MELEIS, et al, 2010).

A mudança e diferença são propriedades essenciais da transição, embora todas as transições envolvam mudança, nem todas as mudanças desencadeiam transições. As dimensões da mudança que devem ser exploradas incluem a natureza, temporalidade, família, normas sociais e expectativas. A confrontação com a diferença é outra propriedade e refere-se a ter uma

expectativa diferente, sentir-se diferente, ser visto como diferente ou ver o mundo de outra forma diferente (*Idem*).

As transições são caracterizadas por um “movimento” ao longo do tempo, desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração da mudança; passando por um período de instabilidade, confusão e *stress*; até ao eventual “final” do processo de transição, com o início de um novo período de estabilidade (diferente do anterior). Algumas transições estão associadas a acontecimentos marcantes (nascimento, morte, diagnóstico de doença), noutras estes acontecimentos não são evidentes (*Idem*).

Citando MELEIS et al. (2010), existem fatores que facilitam ou inibem a transição, e que são: Condições Pessoais (significado, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento); Condições da comunidade e Condições sociais.

Os padrões de resposta podem ser de dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo incluem: sentir-se e estar ligado (por exemplo, estar ligado aos profissionais de saúde, em que podem colocar dúvidas e esclarecê-las é indicador de experiência positiva); interação (entre os vários intervenientes na transição); localizar-se e estar situado (no tempo, espaço e relações) e desenvolver confiança e *coping* (permite o aumento da confiança das pessoas que vivenciam uma transição e melhor adaptação ao novo contexto de saúde) (MELEIS et al., 2010).

Os padrões de resposta, através dos indicadores de resultado, manifestam-se pela mestria e pela integração fluida da identidade. A mestria demonstra o progresso nas capacidades e competências da pessoa, permitindo viver a transição com sucesso (aquisição de informação, procura de suporte social, relações solidas, adaptação com consciência do “eu”). A integração fluida da identidade é a forma como o indivíduo incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridos, para uma melhor adaptação à realidade após a transição (*Idem*).

A Teoria das Transições de Meleis permite ao profissional de Enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (*Idem*).

Segundo Schumacher e Meleis (1994), citado por MELEIS (2010), os processos de transição são influenciados por fatores pessoais e ambientais. Indicadores de transições bem-sucedidas são o bem-estar subjetivo, mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações. Tendo em conta o interesse da enfermagem na saúde, podem identificar-se indicadores adicionais, tais como: qualidade de vida; adaptação; capacidade funcional; auto-actualização e transformação pessoal (*Idem*).

1.2 Considerações Deontológicas, Éticas e Legais

O REPE define Enfermagem como “*a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*” (DR, 1996, p. 2960) e o seu exercício “*tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social*” (DR, 1996, p.2961).

Compete ao enfermeiro Estomaterapeuta prestar assistência integral, individualizada e sistematizada ao cliente ostomizado, embasado no princípio filosófico da interdisciplinaridade, procurar alcançar a reabilitação, o mais precocemente possível, procurando melhorar a qualidade de vida da pessoa, que deve ser avaliado de forma holística (CESARETTI, et.al., 2005).

O Decreto de Lei 104/98 de 21 de Abril (DR, 1998, p.1753) reconhece como dever dos profissionais de enfermagem, “*Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem*” e na alínea c do art.º 82 “*Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida*” (DR, 1998, p.1755).

Ao reconhecer as necessidades específicas da pessoa ostomizada, é necessário intervir, de forma a promover uma transição saudável da pessoa à sua condição de doente e de portador de ostomia. Intervir precocemente, de forma sistematizada e individualizada, garantido um

acompanhamento holístico, promove a qualidade de vida futura e previne complicações, refletindo-se em ganhos em saúde, para a pessoa com ostomia/família.

Segundo OE (2001^a), no caderno Padrões de Qualidade, o foco de atenção dos cuidados de enfermagem é a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando ao longo do ciclo vital, *“prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”* (OE, 2001^a, p.12).

Viver com estoma constitui um desafio para a pessoa, família, cuidadores e para a sociedade em geral. Pode conduzir a situações com impactos significativos, do ponto de vista da economia da saúde (MEISNER et al., 2012). Efetivamente, o processo de reabilitação da pessoa ostomizada está altamente dependente do impacto da presença da ostomia, que se pode manifestar a vários níveis, designadamente, desajustes físicos, psico-emocionais e sociais, com inerente morbilidade, absentismo e reforma precoce, desinserção, isolamento, entre outros, e que por sua vez, conduzem a custos na esfera da saúde e do sistema social. O processo de acompanhamento desde o início do percurso de internamento do utente, mostra-se vital na obtenção de ganhos em saúde, a curto, médio e longo prazo (MENDONÇA et al., 2007).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2012), identifica o objetivo de obter Ganhos em Saúde para o Sistema de Saúde, sendo necessário, dada a complexidade da saúde, definir com regularidade as áreas em relação às quais uma intervenção programada resulte em mais saúde para a população. Os profissionais na sua prática devem assegurar registos de elevada qualidade, promover a melhoria contínua do desempenho nas áreas de intervenções consideradas prioritárias e desenvolver, investigar, avaliar e disseminar estratégias inovadoras para situações e contextos específicos no âmbito das áreas consideradas prioritárias. Com o desenvolvimento do PIS procuramos obter estes resultados, na problemática identificada.

O Enfermeiro atua na prevenção de complicações pela *“identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar*

intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (OE, 2001^a, p.16).

O Enfermeiro ao intervir na fase pré-operatória, efetuando uma preparação precoce, que vise minimizar os fatores que interferem na sua adaptação futura (medo, ansiedade, défice de conhecimento, incerteza...), promove autonomia, autocuidado e reduz complicações.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, *“os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001^a, p.13).*

Os enfermeiros lidam com os clientes como seres biopsicossociais, sendo a capacidade de entender o comportamento dos clientes fundamental para o diagnóstico e planeamento de intervenções adequadas. Enfermeiros e outros profissionais de saúde não podem separar as influências psicossociais na saúde e de bem-estar dos clientes. Os enfermeiros, por isso, estão na posição mais oportuna para avaliar as necessidades psicossociais do cliente durante períodos de transição de funções e fornecer as intervenções necessárias, com base nas necessidades e privações do indivíduo, criados por transições de papéis (MELEIS, 2010).

Apesar de não existirem recomendações por parte da Direção Geral da Saúde (DGS) específicas para o atendimento e acompanhamento às pessoas com ostomia, existem diversas recomendações e guias de orientação internacionais, produzidas com base em evidência científica, que devem ser orientadoras no planeamento de cuidados à pessoa/família com ostomia.

A Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE) nasce pelo crescimento do interesse por parte dos enfermeiros sobre este tema e necessidade de prestar melhores cuidados à pessoa com ostomia, sendo criada em Fevereiro de 2005. Tem como finalidade a representação dos enfermeiros que prestam cuidados em estomaterapia com vista à sua promoção e à defesa dos seus interesses, tomando, para o efeito, todas as iniciativas e desenvolvendo todas as atividades que se mostrem necessárias ou úteis, desde que não contrariem a lei ou o disposto nos estatutos (MOTA, 2012).

A *International Ostomy Association* (IOA) (2007) reconhece, na carta de direitos do ostomizado: o direito da pessoa ostomizada em receber aconselhamento pré-operatório, para assegurar que a pessoa conhece os benefícios da cirurgia e ostomia, assim como os factos essenciais sobre o que significa viver com um estoma; Ter um estoma bem construído e localizado num sítio apropriado; Receber suporte médico experiente e profissional e de enfermagem de estomaterapia no período pré e pós-operatório no hospital e/ou comunidade.

A *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) construiu um documento de recomendações que devem guiar os cuidados à pessoa com ostomia, com base em evidência. Relativamente ao período pré-operatório existem quatro recomendações: A educação pré-operatória deve ser efetuada a todas as pessoas e famílias que irão ser submetidas a cirurgia com construção de ostomia (nível de evidência Ib); Deve ser efetuada marcação do local do estoma a todas as pessoas que serão submetidas a cirurgia com construção de estoma (nível de evidência IIa); Deve-se explorar o impacto da ostomia na intimidade e sexualidade da pessoa/companheiro (nível de evidência Ia); e deve ser efetuado Treino de Relaxamento Muscular Progressivo como parte da rotina de cuidados (nível de evidencia Ib) (RNAO, 2009). Estas recomendações são reconhecidas e implementadas pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (2009), na *National Guideline Clearinghouse 7658 – Ostomy Care and Management*.¹

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (2010), na *guideline 7974 - Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians*, recomenda que, o ensino deve ter uma componente pré e pós-operatória. Sendo que o ensino na fase pré-operatória (nível de evidência B) deve englobar uma breve explicação da anatomia e fisiologia do aparelho gastrointestinal; Procedimento cirúrgico; Demonstrar a aplicação de sistemas de uma e de duas peças; Descrever alterações ao estilo de vida; e Focar a intervenção na preparação psicológica.

¹ **Níveis de Evidência (AHRQ, 2009):**Ia- Evidence obtained from meta-analysis or systematis review of randomized controlled trials; Ib- Evidence obtained from at least one randomized controlled trial; IIa- Evidence obtained from at least one well-designed quasi-experimental study, without randomization

Levels-of-Evidence Rating (WCET, 2014) (The rating refers to the strength of the evidence for a recommendation and does not relate to the importance of the recommendation)

Level A: Two or more supporting randomized controlled trials (RCTs) of at least 10 humans with an ostomy (at Level I or II), a meta-analysis of RCTs, or a Cochrane Systematic Review of RCTs.

Level B: One or more supporting controlled trials of at least 10 humans with an ostomy or two or more supporting non-randomized trials of at least 10 humans with ostomy (at Level III).

Level C: Two supporting case series of at least 10 humans with ostomy or expert opinion.

Relativamente à marcação do local do estoma, a realização deste procedimento reduz a incidência de complicações e promove o autocuidado (nível de evidencia B). Com nível de evidência C, a pessoa quando bem preparada para as alterações decorrentes da construção cirúrgica do estoma, em todas as áreas da sua vida, apresenta um menor período de adaptação.

O *Word Council of Enterostomal Therapist (WCET)*² em 2014 publicou recomendações no acompanhamento à pessoa com ostomia, sendo a preparação pré-operatória uma componente essencial. Relativamente à marcação do local do estoma recomenda, com nível de Evidência B+, que “ *a demarcação infraumbilical do estoma deve ser realizada na região do músculo reto-abdominal, longe de cicatrizes, dobras, pregas cutâneas e linha da cintura. O procedimento deve ser realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta ou generalista capacitado, no pré-operatório nas cirurgias eletivas e de urgência (sempre que possível)* ” (WCET, 2014, p.27). O acompanhamento pré-operatório deve ser dirigido à pessoa e família e “*devem incluir explicações sobre a ostomia e sua demarcação, procedimento cirúrgico e cuidados do estoma no pós-operatório (Evidência=B+); A criação de uma ostomia pode influenciar negativamente na qualidade de vida, imagem corporal e sexualidade. Estas questões devem ser avaliadas no pré e pós-operatório para o planejamento de cuidados adequados (Evidência=B+)* ” (WCET, 2014, p.27).

As intervenções pré-operatórias de enfermagem em estomaterapia respeitam os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A autonomia da pessoa é valorizada pelas intervenções de enfermagem que promovem a participação ativa da pessoa na elaboração do plano de cuidados, sendo estimulada a decidir sobre a sua saúde e doença. Através dos ensinamentos e informação promovemos a capacitação e autonomia da pessoa, na tomada de decisão. Os princípios da beneficência e não maleficência são respeitados, na medida em que as intervenções planejadas respeitam a singularidade de cada pessoa, princípios religiosos, culturais e sociais, assim como a informação e responsabilidade das decisões sobre si é mediada pelo respeito destes dois princípios. É necessário perceber se a pessoa recusa o direito à

² **Levels-of-Evidence Rating (WCET, 2014)** (The rating refers to the strength of the evidence for a recommendation and does not relate to the importance of the recommendation)

Level A: Two or more supporting randomized controlled trials (RCTs) of at least 10 humans with an ostomy (at Level I or II), a meta-analysis of RCTs, or a Cochrane Systematic Review of RCTs.

Level B: One or more supporting controlled trials of at least 10 humans with an ostomy or two or more supporting non-randomized trials of at least 10 humans with ostomy (at Level III).

Level C: Two supporting case series of at least 10 humans with ostomy or expert opinion.

informação ou se a informação fornecida, em determinado momento, é causadora de maior malefício do que benefício, muitas vezes o fornecimento de informação é planeado mediante os sentimentos, comportamentos que a pessoa apresenta.

O princípio da justiça é respeitado no sentido em que a consulta de estomaterapia responde a direitos internacionais e de evidência científica, que comprova o seu benefício, assim como promove a equidade em saúde. Os princípios legais são salvaguardados, nomeadamente a Lei Bases Saúde, Lei n.º 48/90, na base XIV estatuto dos utentes, refere na alínea b), que as pessoas *“têm direito a decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei”* (DR, 1990).

Na Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, no artigo 7.º *“...[o] utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado (...), [a] informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível”* (DR, 2014). Constituem também direitos contemplados na carta dos direitos e deveres dos doentes *”O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais”*; *“O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde”* (DGS, 2011).

1.3 Período Pré-Operatório

“O período pré-operatório tem início quando a cirurgia é planeada e termina quando o indivíduo é transferido para a mesa operatória no bloco operatório” (BOLANDER, 1998, p.1698).

Segundo MAREK (2010) e LONG (2003), independentemente do tipo de cirurgia, esta produz reações de *stress* fisiológicas e psicológicas, representando uma experiência única para cada doente. Exige também adaptação da família a alterações de papéis, que podem ser temporárias ou permanentes, representando um fator de *stress* social.

A avaliação pré-operatória tem como objetivo identificar os indivíduos em risco de complicações, intra e pós-operatória, e implementar intervenções para reduzir o risco e melhorar os resultados cirúrgicos. Para tal, no primeiro contacto é importante o enfermeiro

recolher a história de saúde completa, de forma a identificar os fatores que podem aumentar o risco de complicações cirúrgicas e pós – operatórias (MAREK e BOEHNLEIN, 2010).

É essencial realizar uma avaliação de enfermagem no período pré-operatório, para o planeamento e implementação de cuidados de enfermagem (SMITH, 2007).

A experiência de transição começa assim que um evento ou alteração é antecipado (MELEIS, 2010).

Segundo MAREK e BOEHNLEIN (2010), uma cirurgia eminente pode causar ansiedade devido à não familiarização com as rotinas perioperatórias, ao medo do desconhecido, ao medo da dor, à espera pela cirurgia, às alterações na imagem corporal, aos tratamentos, ao medo de não estar a dormir durante o procedimento cirúrgico, à alteração de funções, à perda de controlo e ao receio da morte. Perante isto, o enfermeiro deve explorar mecanismos de *coping* eficazes, sendo o ensino ao doente e à família a ação de enfermagem mais relevante. Nesta fase o enfermeiro deve fornecer informações que abordem as necessidades de aprendizagem individuais, promova a segurança, aumentem o conforto psicológico, envolvam o doente e família nos cuidados e promovam a adesão ao regime terapêutico. Deve também dar tempo para responder a perguntas e abordar as preocupações do doente e família. Segundo LONG (2003, p.464) *“a investigação tem revelado que o ensino pré-operatório ajuda a diminuir a ansiedade do doente, a alterar actividades desfavoráveis, a influenciar a recuperação pós-operatória e a promover a eficácia dos cuidados”*.

O ensino deve ser efetuado logo desde o início da fase pré-operatória, antes do internamento, por ser considerado mais eficaz para a aprendizagem. O ensino nas 24 horas antes da cirurgia é menos eficaz (LONG, 2003), pois os níveis de ansiedade influenciam a aprendizagem. Enquanto níveis ligeiros de ansiedade são benéficos, níveis moderados caracterizam-se por falta de atenção seletiva e níveis graves de ansiedade podem impedir completamente a capacidade do individuo entender a informação (MAREK e BOEHNLEIN, 2010).

Com o exposto é perceptível a importância de uma intervenção de enfermagem no período pré-operatório. Ao iniciar a preparação pré-operatória precocemente, preparando a pessoa e família de acordo com as suas necessidades para o procedimento cirúrgico, reduzem-se os níveis de ansiedade e medo, promove-se a aquisição de mais conhecimentos e maior autocontrolo, melhorando os resultados e a eficácia das intervenções de enfermagem realizadas no período

de internamento. A transição só pode acontecer se a pessoa está consciente das alterações que estão a decorrer (CHICK e MELEIS, 2010), isto significa que a consciencialização é uma premissa necessária para a existência de transição, sendo que a consciencialização passa pelo ensino e informação.

A educação de técnicas no pré-operatório para reduzir potenciais complicações da cirurgia ajuda a reduzir a ansiedade a alguns doentes e permite-lhes participarem nos seus próprios cuidados. Reduzir a incidência de complicações pós-operatórias permite a redução da duração do internamento e ajuda a recuperação (DAWSON, 2003).

O mesmo autor sugere que o ensino deve ser iniciado dez a catorze dias antes da cirurgia, dando tempo para a pessoa/família reter a informação e proporcionando oportunidade para que surjam dúvidas e que estas possam ser esclarecidas.

1.4 A Pessoa com Ostomia

O sistema digestivo é constituído pela cavidade oral, glândulas salivares, faringe, esófago, estômago, glândulas anexas (fígado, vesícula biliar e pâncreas), intestino delgado e intestino grosso. Sendo as suas funções a ingestão, mastigação, propulsão e mistura dos alimentos ao longo da sua progressão no tubo digestivo. As secreções, que vão sendo adicionadas, lubrificam, liquefazem e digerem os alimentos; os nutrientes, água e eletrólitos são absorvidos; as substâncias não absorvidas são eliminadas através do ânus (SEELEY, et al., 2011).

Quando existe patologia no aparelho digestivo, como obstrução por tumor, presença de neoplasia, doença inflamatória ou traumatismo, poderá ser necessário a construção de uma ostomia.

O termo estoma, provém do grego “*stóma*” que significa “boca”. Ostomia, por sua vez, “é o termo usado para designar a abertura criada por intervenção cirúrgica, cujo objetivo é criar um novo trajeto para a saída de fezes ou urina (MARQUES, 2013, p.17).

As ostomias podem ser classificadas quanto à sua localização, função (alimentação, eliminação ou respiração), quanto à sua duração (temporárias ou definitivas) e quanto à sua construção cirúrgica (ostomia em ansa, terminal ou em “cano de espingarda”).

Quando situadas a nível do sistema digestivo temos uma ostomia digestiva, que pode ser de alimentação (gastrostomias e jejunostomias) ou de eliminação (ileostomia ou colostomia). O termo associado à ostomia refere a sua localização, por exemplo, porção do intestino exteriorizada.

As urostomias são ostomias de eliminação que podem ser classificadas em temporárias (cistostomias, nefrostomias e ureterostomias) ou definitivas (ureterostomias cutâneas, ureterossigmoidostomia ou ureteroileostomias). Podem também ser classificadas em continentes (bolsa Kock e de Camey I) ou não-continentes (ureterossigmoidostomia, ureterostomias cutâneas tipo Bricker e ureterostomia cutânea).

A Estomaterapia é “... *uma área diferenciada de cuidados de saúde, que integra o saber científico-técnico, princípios de relação de ajuda e que, através da informação, do ensino e do aconselhamento, permite à pessoa que irá ser ou foi submetida a uma ostomia prosseguir a nível pessoal, familiar, profissional e social, com as necessárias “modificações” o mais rápido possível, concretizando objetivos e metas*” (site APECE, 2010).

A necessidade da existência de consulta de enfermagem em estomaterapia surge pela mudança na realidade sociodemográfica e a prevalência de doenças crónicas no nosso país, nomeadamente, pelo aumento da esperança média de vida e aumento das doenças oncológicas, que são as principais causas de construção de ostomia. Estas pessoas necessitam que se garanta uma restituição da capacidade de autocuidado após a cirurgia (SANTOS, 2013).

Em 1973, em Inglaterra o “*cuidado dos estomas*” foi reconhecido como especialidade clínica de Enfermagem, pela *Joint Board of Clinical Nursing Shedies*. Em 1978, foi criado o WCET, que tem como objetivo promover a identidade da estomaterapia no mundo e o intercâmbio entre os especialistas. Tendo, em 1980, definindo a estomaterapia como especialidade, sendo o estomaterapeuta o seu especialista. O *European Council of Enterostomal Therapy* (ECET) foi fundado em 2003.

Os ostomizados enfrentam problemas específicos, que acrescem aos gerais do doente cirúrgico, tais como, constrangimentos sociais (saída de gases e saída de fezes ou urina mediante a inexistência de controle voluntário, e pela falha na segurança e qualidade da bolsa coletora), o que provoca o medo da exposição em público. Os problemas podem ser compreendidos sob as dimensões física, psicológica, social e espiritual (MENDONÇA et al., 2007).

Quando a pessoa recebe a informação pelo médico que será submetida a cirurgia com provável construção de ostomia, a reação imediata poderá ser choque ou descrença. É difícil para a pessoa aceitar a ostomia, mesmo que seja temporária, não sendo invulgar sentimentos de tristeza e depressão (LONG e ROBERTS, 2003).

Citando MELEIS (2010), a transição ocorre quando a realidade atual de uma pessoa é interrompida, obrigando-a a mudar, opcional ou forçosamente, o que resulta na necessidade de constituir uma nova realidade. Na fase pré-operatória, a pessoa inicia um processo de transição saúde-doença, este caracteriza-se por ser referente a uma mudança súbita de papel, que resultam da transição de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou crônica.

A pessoa que se encontra na iminência de ficar ostomizada, apresenta um nível muito significativo de vulnerabilidade, pois, essa hipótese, traduz-se na possibilidade de se ver confrontada com a necessidade de viver com um estoma, de ter de manipular as suas fezes e de perder o controlo sobre a eliminação destas. Todas estas situações têm uma representação muito negativa para a pessoa, com implicações determinantes na sua vida, designadamente, alterações psicológicas e emocionais severas (CESARETTI e LEITE, 2005).

As pessoas quando confrontadas com a necessidade de submeter-se a um procedimento cirúrgico para eliminar urina e/ou conteúdo fecal através da parede abdominal, rompendo com o seu padrão de eliminação, geralmente enfrentam dificuldades psicológicas e experimentam um sentimento repugnante em relação a si mesmo (NASCIMENTO et al., 2011), ocorrendo um grande abalo na sua vida, fazendo com que o período pré-operatório seja uma etapa de extrema importância, na qual os enfermeiros podem marcar a diferença (MENDONÇA et al., 2007).

Após decisão de se submeter a cirurgia com possível construção de ostomia, a aceitação da ostomia tem uma amplitude gigantesca, uma vez que terá um grande impacto na auto-imagem e estilo de vida, devendo-se iniciar o processo de reabilitação no pré-operatório (CESARETTI e LEITE, 2005). Por isso, após a pessoa ser informada sobre o diagnóstico e procedimento cirúrgico deve ser integrada num plano de preparação pré-operatória, prévio ao internamento.

A consulta de estomaterapia no pré-operatório deve ser sistematizada, para orientar a pessoa, de forma a possibilitar uma melhor compreensão da ostomia e tratamento; marcar o local ideal para construção da ostomia; e estimular o auto-cuidado, prevenindo complicações (MENDONÇA et al., 2007).

Uma vez que o sucesso das transições é condicionado pelo nível de planeamento que ocorre antes e durante a transição (SHUMACHER E MELEIS, 2010), a consulta pré-operatória facilita o processo de transição saúde-doença.

Preconiza-se como intervenções de enfermagem pré-operatórias o apoio psicológico no pré-operatório; realizar ensinamentos sobre patologia, cirurgia e ostomia; esclarecer dúvidas e mitos, de forma a reduzir a ansiedade e medo. A marcação do local do estoma deve ser realizada na véspera da cirurgia, promove a adaptação, o autocuidado e reduz complicações resultantes de uma localização inadequada do estoma, pois a escolha do local é efetuada de acordo com critérios, que visam a adaptação do saco e o envolvimento da pessoa no processo de seleção do local.

Segundo PERSON et al. (2012), diversos autores reconhecem a extrema importância da correta marcação do estoma pré-operatoriamente, enquanto estratégia de prevenção de complicações pós-operatórias; de otimização da independência do utente, e de promoção da qualidade de vida do mesmo, defendendo a prática como recomendável a todos os utentes.

Para BAYKARA et al. (2014) a marcação do estoma é considerada como a primeira fase de adaptação à ostomia, uma vez que o processo de marcação permite obter informações sobre o estoma, cuidados e produtos a serem utilizados, promovendo a adaptação e reduzindo a ocorrência de complicações do estoma e pele peristomal e assim melhorar a qualidade de vida da pessoa com ostomia. Um estoma mal localizado pode afetar muito a qualidade de vida da pessoa, induzindo ansiedade e medo (de sair de casa, de comer), para além do trauma cutâneo provocado pelo contacto do efluente com a pele (CRONIN, 2014).

Para que seja efetuado um planeamento eficaz é necessário compreender e identificar os problemas, preocupações e necessidades das pessoas durante a transição, sendo essencial para tal, uma comunicação eficaz (MELEIS, 2010).

2 Projeto de Intervenção em Serviço

No âmbito do estágio no Serviço de Cirurgia Geral (SCG) do Centro Hospitalar X (CHX), foi proposta a realização de um PIS no local de trabalho, onde decorreram os estágios I, II e parte do III, com recurso à utilização de metodologia de projeto. Uma vez que se trata de um trabalho de investigação, cada estudante a partir de um problema identificado promove a sua resolução e conseqüente melhoria dos cuidados, envolvendo o grupo, que será a equipa de profissionais do serviço. O PIS orienta-se para responder ao objetivo de estágio de aquisição/aprofundamento das competências comuns e específicas do Enfermeiros Especialista, como definido no guia orientador do 4º MEMC.

Este capítulo inicia-se com a descrição física e funcionamento do SCG do CHX, onde decorreram os estágios e realização do PIS. Os subcapítulos seguintes referem-se às Fases da Metodologia de Projeto.

Segundo FORTIN (1999, p.18) *“a investigação aplicada a uma disciplina consiste na utilização do processo científico no estudo de problemas específicos, com vista a introduzir mudanças nas situações onde se apresentam estes problemas”*.

“A Metodologia de Projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (NUNES, et al., 2010, p.2).

As mesmas autoras referem que, a metodologia de projeto constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.

O projeto é assim um plano de trabalho que se organiza para resolver/estudar um problema que preocupa os intervenientes. Sendo uma metodologia, consiste na aplicação de um conjunto de técnicas e procedimentos para estudar o aspeto da realidade social identificado, permitindo prever, orientar e preparar o caminho durante a realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (LEITE, MALPIQUE e SANTOS, 2001).

Aproximando-se da investigação ação, *“estabelece-se uma dinâmica entre teoria e a prática em que o investigador interfere no próprio campo da investigação, estando directamente ligado às consequências da sua acção e intervenção”* (NUNES, et al, 2010, p.4).

A metodologia de projeto contempla cinco etapas: Elaboração do Diagnóstico de Situação; Planeamento das atividades, meios e estratégias; Execução das atividades planeadas, Avaliação e Divulgação dos Resultados (NUNES, et al; 2010).

“O trabalho de projeto é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de acções práticas” (NUNES, et al 2010, p.5).

2.1 Contextualização Organizacional

Para o entendimento da elaboração do PIS, em todas as suas fases, é necessário conhecer a realidade do contexto em que se insere.

O CHX foi criado em Dezembro de 2005, por Decreto-lei, sendo composto por duas unidades hospitalares, sendo uma dirigida essencialmente para cuidados ortopédicos. Abrange na sua área de influência o distrito onde se insere e, em determinadas especialidades, outros concelhos.

O CHX *“[p]retende diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente, assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde”* (site CHX, 2011). Assume como missão *“a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores”* (site do CHX, 2011).

O CHX organiza-se na prestação de serviços de ação médica por departamentos, onde se inclui o Departamento Cirúrgico, constituído pelo SCG, serviço de Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, cirurgia Plástica e Maxilo-facial e de Estomatologia.

O SCG tem como missão, *“a resolução no melhor tempo útil, de todas as patologias consideradas do foro de Cirurgia Geral, Electivas e de Urgência, com Qualidade e Humanização consentâneas com um serviço moderno e em evolução, otimizando os recursos*

humanos e materiais, com o apoio, entre outros, dos modernos meios de tecnologia de informação. Caracteriza-se pela organização em Grupos de Trabalho com os seguintes objetivos: Cirurgia do Andar Supra- Mesocólico, Infra-Mesocólico, Senologia, Endocrinologia, Laparoscopia Avançada e Cirurgia Bariátrica e Metabólica” (site do CHX, 2011).

O SCG constitui-se por duas alas, serviço homens e serviço mulheres. Têm adjacente uma área técnica comum. Cada ala é composta por treze quartos de enfermaria, tendo uma lotação de vinte e quatro camas. Existindo uma Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) em cada ala, com lotação de quatro camas, destinada a doentes críticos. Nesta unidade os cuidados são assegurados por um enfermeiro por turno e um Assistente Operacional (AO); o apoio médico é efetuado pelos médicos responsáveis dos doentes internados e /ou pelo médico de urgência interna.

A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira chefe e 47 enfermeiros. Apesar de cada serviço ter uma equipa específica, os elementos são distribuídos pelos dois serviços, quando necessário.

A distribuição habitual na enfermaria (24 camas) é, nas Manhã de semana, de quatro enfermeiros e quatro AO, na Tarde de dois enfermeiros e duas AO e na Noite dois enfermeiros e uma AO (este também está distribuído para a UCIC). Nas Manhãs de fim-de-semana e feriados são três enfermeiros na enfermaria.

Dentro da equipa de enfermagem existem grupos de trabalho sobre diversos temas, Apoio à mulher Mastectomizada, Pé diabético, Feridas e Apoio à Pessoa com ostomia. Estes grupos têm como objetivo avaliar as necessidades específicas de cada tema no serviço e desenvolver projetos para colmatar as necessidades identificadas.

O Grupo de Apoio à Pessoa com ostomia existe desde 1993, tendo sido criado após a identificação da necessidade de prestar cuidados diferenciados a estes utentes. Em 1998, iniciou-se a realização de atendimento em consulta de enfermagem a estes utentes, após alta, realizada pelos elementos que constituíam o grupo.

Neste momento, o grupo de apoio à pessoa com ostomia é constituído por seis enfermeiros. Sendo a consulta de estomaterapia uma atividade do serviço, que é realizada às quintas-feiras,

das 8h às 17h. Dos seis enfermeiros que constituem o grupo, três enfermeiras possuem curso avançado em estomaterapia, sendo a consulta realizada por duas enfermeiras, num gabinete no SCG.

Anualmente são realizadas cerca de 376 consultas, destas 88 são atendimentos urgentes e 288 consultas agendadas, com integração de cerca de 45 novas pessoas ostomizadas por ano (dados referentes à média dos últimos 3 anos).

2.2 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação constitui a primeira fase da metodologia de projeto, segundo NUNES, et al (2010), consiste na elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar. Tem quatro etapas: identificação dos problemas existentes no seio da população em estudo; estudo da evolução prognóstica dos problemas; estudo da rede de causalidade dos problemas e determinação das necessidades.

A realização do diagnóstico de situação teve como suporte a “ficha tipo” da ESS (Apêndice 1).

Perante a necessidade de construção de ostomia, em que se inicia um processo de transição saúde-doença, o papel do enfermeiro é facilitar o processo de transição, promovendo uma transição saudável. Os indicadores de uma transição saudável são, no caso da pessoa com ostomia, adaptação à ostomia/ qualidade de vida, autocuidado (mestria de papel), conhecimento e participação nas decisões sobre o seu estado de saúde/doença (*empowerment*) e bem-estar das relações.

Perante o evento crítico (doença, cirurgia e/ou construção de ostomia), os cuidados de enfermagem pré-operatórios procuram identificar os aspetos que influenciam o processo saúde-doença. No pré-operatório, a realização da colheita de dados, a avaliação do estado emocional, avaliação física e social, assim como a identificação de aspetos que interferem na forma como a pessoa vivência a sua situação saúde-doença (aspetos culturais, religiosos, experiências anteriores, mitos e medos), permite identificar os fatores que facilitam ou inibem a transição, para posteriormente definir diagnósticos e intervenções de enfermagem que a facilitam. Um aspeto importante é perceber o significado que a construção da ostomia tem para a pessoa, podendo ser considerada de forma neutra (mal necessário), negativa (o pior que podia acontecer) ou positiva (se tem má qualidade de vida antes da ostomia, esta pode vir a melhorar).

Os dados recolhidos na consulta pré-operatória permitem identificar as características da transição que a pessoa vivência, pois só assim é possível estabelecer um plano de cuidados com vista à promoção da qualidade de vida futura da pessoa e família.

Tendo estes aspetos em consideração, foi desenvolvido o PIS tendo como objetivo último promover uma transição saudável, pela preparação pré-operatória com a pessoa com ostomia.

Problemas Identificados

O primeiro aspeto considerado foi a identificação do problema. A escolha do tema geral foi efetuada por método dedutivo, uma vez, que conhecíamos a teoria sobre a importância da preparação pré-operatória, que foi explorada em contexto académico durante a realização de um trabalho de grupo (dos cinco elementos, quatro pertenciam ao SCG, onde se desenvolve o projeto). Durante a realização do trabalho, em que se pretendia a reflexão sobre um incidente e neste caso o abandono da técnica de marcação de estoma, que é uma intervenção de enfermagem pré-operatória, foram vários os momentos em que o grupo refletiu sobre este problema e seu impacto na qualidade de vida da pessoa com ostomia. No entanto, a preparação pré-operatória da pessoa com ostomia é muito mais que a marcação do local do estoma.

Por outro lado, pela experiência profissional, ao longo dos sete anos que realizamos consultas de estomaterapia, de forma indutiva percebemos a preparação pré-operatória como uma “mais-valia” para a adaptação da pessoa à ostomia e impacto na prevenção de complicações, que promove uma transição saúde-doença saudável.

Na pesquisa bibliografia inicial procurámos evidência existente sobre as vantagens de intervir na fase pré-operatória, estudos que relacionassem a realização de preparação pré-operatória com a melhoria de qualidade de vida da pessoa ostomizada e redução de complicações. Desta forma, procurámos perceber a pertinência do projeto, procurando fundamentação teórica que suportasse o tema escolhido.

Após esta pesquisa, definimos como problema geral: Preparação pré-operatória à pessoa ostomizada não sistematizada.

Como refere NUNES, et al (2010), um projeto envolve a realização de um plano de trabalho com vista a resolução de um problema e que acarreta um trabalho em grupo. Segundo as autoras,

“ o trabalho de projeto tem como objetivo central a análise e a resolução de problemas em equipa” (NUNES, et al, 2010, p.4), determinando as ações a serem adotadas em grupo.

O envolvimento da equipa do serviço e a necessidade de determinar a pertinência sentida do projeto é fundamental. Tendo este aspeto em consideração, foram selecionados e aplicados instrumentos de diagnóstico.

Segundo FORTIN (1999, p.245), “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

Na entrevista não dirigida o participante é convidado a exprimir as suas ideias sobre o tema (FORTIN, et. al., 2009). Tendo sido selecionado este método de colheita de dados, dirigido a alguns participantes (enfermeira orientadora, enfermeira chefe, diretora do serviço e elementos da equipa médica do andar inframesocólico), com o objetivo de validar a pertinência do projeto. Da análise dos dados colhidos nestas entrevistas concluímos que o projeto é sentido como importante e pertinente.

Optou-se por realizar entrevista dirigida à equipa de enfermagem, pois para além da necessidade de explorar a pertinência do projeto, também procurou-se perceber o nível de conhecimentos sobre a técnica de marcação de estoma. No início da entrevista efetuou-se a apresentação sumária do contexto e tema do projeto, de seguida foram colocadas quatro questões, duas referentes à pertinência do projeto e duas referentes à técnica de marcação do local do estoma. A equipa é composta por 47 enfermeiros, tendo-se efetuado entrevista a 27 enfermeiros (61% da equipa), para tal foi utilizado um guião de entrevista (Apêndice 2).

Todos os enfermeiros entrevistados consideraram a realização de consulta pré-operatória de estomaterapia uma componente importante na preparação pré-operatória, sendo optimizadora do plano de ensino realizado durante o internamento (Anexo I).

Relativamente à importância da realização de marcação do local do estoma, 24 enfermeiros consideraram importante, 2 enfermeiros não responderem por desconhecimento e 1 respondeu que não considerava importante. Os 24 enfermeiros que consideraram importante a realização de marcação do local do estoma, também consideram que a realização de uma preparação pré-

operatória, em consulta de estomaterapia antes do internamento, é facilitadora da técnica de marcação de estoma na véspera da cirurgia (em contexto de internamento).

A exploração do tema específico, de marcação do local de estoma, deveu-se ao facto de esta técnica ter estado implementada no serviço anteriormente, no entanto foi abandonada. Várias foram as razões que motivaram esta ocorrência e que foram alvo de reflexão em trabalho de grupo. Dos aspetos analisados, esteve presente o facto de que, quando os enfermeiros da equipa abordavam este tema, na véspera da cirurgia, deparavam-se com pessoas com níveis de ansiedade elevada, o que dificultava a realização não da técnica propriamente dita, mas da preparação, uma vez que o tempo necessário para abordar o tema, esclarecer dúvidas e posteriormente realização da marcação do local do estoma, na grande maioria das vezes é muito limitado pela necessidade do enfermeiro responder às necessidades dos utentes internados e solicitações do serviço durante os turnos. Daí a necessidade de explorar este assunto com maior detalhe junto da equipa de enfermagem.

A análise SWOT (Apêndice 3) foi realizada com o objetivo de identificar as forças (*Strengths*), fraquezas (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*). Esta é uma metodologia muito utilizada em investigação social (NUNES, et al, 2010). Esta ferramenta permite analisar o ambiente externo (oportunidades e ameaças) e ambiente interno (forças e fraquezas), de forma a identificar as prioridades do projeto. A análise SWOT “*é uma técnica sintetizadora e simplificadora de linhas de análise, assim como, de diagnóstico*” (SANTOS, et. al., 2007, p.7).

Foram identificadas como forças do projeto:

- Necessidade das pessoas em serem integradas na consulta de estomaterapia no pré-operatório;
- Equipa multidisciplinar motivada;
- Promoção da melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados;
- Benefícios podem ser percecionados pela equipa multidisciplinar durante o internamento da pessoa: otimização do ensino;
- Aprovação da chefia, direção do serviço e da equipa de Enfermagem.

Como Fraquezas, identificou-se:

- Escassez de recursos;
- Risco de doentes não serem referenciados pela equipa médica.

As oportunidades identificadas foram:

- Não existência de outras consultas de estomaterapia no concelho;
- Existência de estudos que demonstram a importância de um atendimento de enfermagem em estomaterapia, que deve ser iniciado no período pré-operatório;
- O atendimento pré-operatório ser um direito consagrado na carta dos direitos dos ostomizados (IOA).

Por último, as ameaças do projeto são:

- Inexistência de políticas Nacionais na área de estomaterapia;
- Risco de não ser possível distribuir um enfermeiro para a consulta de estomaterapia.

Desta análise foi possível determinar os aspetos negativos do projeto, nomeadamente os internos, onde podemos atuar para reduzir as fraquezas do projeto. Por outro lado, uma vez que o projeto tem mais aspetos positivos que negativos, torna-o viável.

O problema ajuda a identificar e descrever, avaliar a pertinência e precisar o objetivo, devendo ser concreto e real (ALMEIDA e FREIRE, 2007).

Após definição geral do problema foram identificados os problemas parcelares e determinadas as prioridades.

Problemas Parcelares:

- Necessidade de aprofundar/atualizar conhecimentos;
- Necessidade de construir os objetivos da consulta pré-operatória de estomaterapia e intervenções de enfermagem a realizar;
- Reformular documento de registos de Enfermagem para a consulta pré-operatória;
- Necessidade de encaminhamento médico para consulta de estomaterapia todos os utentes que serão submetidos a cirurgia em que é previsível a construção de ostomia.

Prioridades:

- Desenvolver competências no atendimento pré-operatório em estomaterapia;
- Construir procedimento de preparação pré-operatória à pessoa ostomizada;
- Envolver equipa multidisciplinar;
- Construir documento de registos de consulta de enfermagem pré-operatória.

Objetivos

O objetivo de uma investigação deve indicar de forma clara o fim que o investigador persegue, explicita as variáveis-chave, a população e o verbo de ação orienta a investigação (FORTIN, et al., 2009).

Na metodologia de projeto, o objetivo geral deve descrever os resultados esperados, enquanto os objetivos específicos “*são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo*” (NUNES, et al, 2010).

O objetivo geral definido para o PIS foi Implementar a Consulta Pré Operatória com a Pessoa com Ostomia.

Foram considerados os seguintes objetivos específicos:

- Uniformizar os Procedimentos de Preparação Pré-operatória à Pessoa com ostomia;
- Promover a continuidade de Cuidados de Enfermagem;
- Validar/Consolidar conhecimentos com enfermeiro perito na área de estomaterapia;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância em referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomia para a consulta de estomaterapia;
- Monitorizar a referenciação das pessoas à consulta de estomaterapia;
- Monitorizar a realização da marcação do local do estoma.

2.3 Planeamento/Execução e Avaliação

Neste subcapítulo optamos por apresentar as fases de planeamento, execução e avaliação em conjunto, por facilitar a leitura e a compreensão do realizado num todo. A partir do diagnóstico de situação, mais especificamente dos objetivos específicos, foram planeadas atividades/estratégias, que posteriormente foram executadas e avaliadas.

O planeamento do projeto foi efetuado a partir do diagnóstico de situação, mais especificamente pelos objetivos específicos, para tal utilizámos “ficha tipo” disponibilizada pela ESS, que convidamos à sua leitura por sintetizar o percurso definido, assim como apresenta o cronograma estabelecido para este projeto (Apêndice 4).

De seguida apresentamos cada um dos objetivos específicos, analisados individualmente.

Uniformizar os Procedimentos de Preparação Pré-operatória à Pessoa Ostomizada

A primeira atividade planeada foi a realização de pesquisa bibliográfica narrativa, uma vez que esta metodologia é ampla e tem como objetivo “*promover o enfoque multidisciplinar ou clarificar ideias*” (RAMALHO, 2005, p.30). Realizamos pesquisa em bases de dados científicas (EBSCO, B-on e Scielo), utilizando as palavras-chave: *ostomy* e *preoperative phase*. Para tal, o promotor do projeto recorreu a computador com internet e acesso a bases de dados. Uma vez que não se verificou um número elevado de publicações, foi possível selecionar os artigos pelos títulos e leitura dos resumos. Foram consultadas associações nacionais (APECE e APO) e internacionais (WCET, ECET e IOA), assim como *guidelines*, produzidas com base em evidência científica por entidades reconhecidas, AHRQ, RNOA e WCET. A bibliografia existente na ESS também foi um recurso utilizado.

Os procedimentos de enfermagem procuram orientar a prática de cuidados, estabelecendo princípios norteadores, constituem uma ferramenta que procura garantir a uniformização, pelo que como indicador de resultado para este objetivo específico, definimos a elaboração do procedimento hospitalar de preparação pré-operatória à pessoa com ostomia de eliminação.

Após seleção, leitura e análise dos documentos elaborámos o procedimento de preparação pré-operatória.

Posteriormente e após discussão/validação com enfermeiro perito em estomaterapia, foram redigidos dois procedimentos: Preparação pré-operatória à pessoa com ostomia (Apêndice 5) e Marcação do local do estoma (Apêndice 6).

Uma vez identificada a necessidade de incluir como indicador de resultado a elaboração de procedimento de marcação do local de estoma, foram redefinidas atividades/estratégias, nomeadamente: Conhecer as Orientações existentes, com base em evidência, para a realização da Marcação do local do estoma e definir objetivos e intervenções de Enfermagem a desenvolver no período pré-operatório (consulta de estomaterapia pré-operatória e internamento).

Na construção destes procedimentos, também a teoria foi orientadora, uma vez que durante o processo de transição existem três medidas de enfermagem que podem ser aplicadas:

- Avaliação e prontidão, na consulta de pré-operatório é efetuada uma avaliação da pessoa e/ou família, procurando-se identificar o tipo, padrão e propriedades da transição, os fatores que facilitam ou inibem a transição e apresentação/integração da pessoa/família na consulta de estomaterapia.

- A preparação para a transição e suporte de papéis, é efetuada pela realização de ensinamentos sobre a doença, cirurgia e ostomia, esclarecimento de dúvidas, marcação do local do estoma, identificação e desconstrução de medos e mitos, apresentação dos materiais e pela identificação do papel social e familiar da pessoa, de forma a preparar para as alterações e minimizar o seu impacto.

- As intervenções terapêuticas são as intervenções de enfermagem planeadas após a formulação dos diagnósticos.

Estes procedimentos foram sofrendo alterações no decorrer do projeto, de acordo com sugestões da equipa, nomeadamente da enfermeira orientadora e equipa de enfermagem a quem foi solicitada a colaboração/envolvimento, no sentido de avaliar a sua perceção após leitura, uma vez que os procedimentos devem ser claros de forma a poderem ser aplicados por quem os consulta.

Para este objetivo específico foram identificados dois indicadores de resultado: Elaborar procedimento de Preparação pré-operatória e elaborar procedimento de marcação do local do estoma. O objetivo específico foi atingido pela consecução dos indicadores definidos.

Ambos os procedimentos revelaram grande utilidade para a toda a equipa, o passo seguinte será a sua aprovação como procedimento setorial. No momento de realização desta avaliação, os procedimentos estão a ser analisados pela equipa médica, uma vez que esta é responsável pela referenciação/sinalização do doente, assim como a marcação do local do estoma constitui uma ação interdependente. Por conseguinte, foram planeadas atividades futuras.

Durante o ano de 2014 existiram mudanças significativas na equipa multidisciplinar, o que exigiu redefinição de estratégias, uma vez que se verificou a saída de Enf.^a chefe, Diretora de serviço e chefe de equipa do inframesocólico. Foi apresentado o projeto ao diretor de serviço que também é diretor de departamento cirúrgico, assim como à Enf.^a chefe, que aceitaram e reconheceram a sua pertinência. No entanto, só em Dezembro de 2014 foi nomeado o chefe da equipa do inframesocólico, sendo uma equipa essencial para a viabilidade deste projeto. Nesta altura e após reunião com o chefe de equipa, foi nomeado um elemento da equipa médica que ficou responsável por dar apoio à consulta de estomaterapia e responsável pela implementação dos procedimentos de preparação pré-operatória e marcação do local do estoma, servindo de elemento de ligação entre a equipa de enfermagem e equipa médica.

Promover a Continuidade dos Cuidados de Enfermagem

Após definição do procedimento de preparação pré-operatória, onde se preconiza a realização de consulta pré-operatória de estomaterapia, foi realizada pesquisa e análise dos documentos, com validade científica, com o intuito de identificar as vantagens de existência de consulta pré-operatória, assim como os seus objetivos e intervenções de enfermagem que devem ser realizadas. Tendo-se traçado como indicadores de resultado os documentos de registos e intervenções de enfermagem no período pré-operatório à pessoa com ostomia.

Esta atividade responde ao definido pela OE (2001^a, p.18) nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “*na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem*”, sendo um elemento importante “*a existência de um sistema de registos que incorpore, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de*

enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001^a, p.18).

O Sistema de Classificação para a prática de Enfermagem é uma Taxonomia, que utiliza uma Linguagem Classificada da Profissão. A Linguagem Classificada através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) surge pelo projeto do Conselho Internacional de Enfermagem para responder à necessidade de “*criar sistemas de classificação da prática profissional que sumarizassem e descrevessem os dados mínimos para a prática de enfermagem*” (CUBAS, et al., 2010). A CIPE visa uniformizar conceitos e catalogar Diagnósticos de Enfermagem, Resultados e Intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros.

A CIPE permite avaliar os resultados dos Cuidados de Enfermagem prestados através dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, “*Os resultados dos cuidados prestados aos doentes ou clientes podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de Enfermagem, de modo a que aquilo que os Enfermeiros fazem e aquilo que faz diferença nos resultados do doente ou cliente possa ser avaliado quantitativamente e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo*” (CONSELHO INTERNACIONAL ENFERMEIROS, 2011).

A CIPE melhora os Registos de Enfermagem que contribuem para o desenvolvimento de uma Linguagem Própria e, conseqüentemente para o desenvolvimento da disciplina (LEAL, 2006).

O primeiro documento elaborado foi o da avaliação inicial (Apêndice 7), elaborado de acordo com o que está em utilização no sistema de registos do SCLinic/SAPE. Apesar de ainda não serem realizados registos pelo SAPE ambulatório na consulta de estomaterapia, contamos que venha a ser uma realidade num futuro breve, e desta forma poderemos colaborar na parametrização dos registos para esta consulta.

Por esse motivo foi construída uma folha de registo de atividade a realizar, tipo check-list (Apêndice 8), e foram também identificados os focos principais, diagnósticos e intervenções de enfermagem a realizar durante a consulta pré-operatória de estomaterapia (Apêndice 9).

Na construção dos documentos foram tidos em conta os objetivos para a consulta pré-operatória. Assim, o documento de avaliação inicial procura reunir a informação pertinente para

caracterizar a natureza e o processo de transição que a pessoa vivência, assim como avaliar as condições pessoais, comunitárias e sociais, que influenciam a transição.

A experiência de uma transição depende não só do tipo e padrões das transições, como também é influenciada pelas propriedades da transição. Estas são a consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da mudança e eventos e acontecimentos críticos.

As intervenções de enfermagem realizadas no pré-operatório incluem os ensinamentos e informação (breve explicação da anatomia e fisiologia do aparelho digestivo, breve descrição da técnica cirúrgica, conceitos relacionados com ostomia, fornecimento de documentação informativa e esclarecimento de dúvidas). Estas atividades promovem a consciencialização e por conseguinte o empenhamento, uma vez que o nível de consciencialização influencia o nível de empenhamento.

Uma vez que as transições ocorrem ao longo do tempo, a mudança e diferença devem ser exploradas, sendo necessário entender os significados que a pessoa lhe atribui (percepção, crenças, cultura, religião, mitos, expectativa).

A realização da consulta pré-operatória, através da descrição sucinta dos procedimentos pré e pós-operatórios, da descrição física e funcionamento da consulta de estomaterapia, envolvimento da pessoa significativa, de promover o contacto com o material de ostomia e envolvimento da pessoa no processo de marcação do local do estoma, promove o sentir-se ligado aos profissionais de saúde, a interação, a localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e *cooping*, ou seja os indicadores do processo de transição.

A preparação pré-operatória pelos ensinamentos e marcação do local do estoma promove o autocuidado e previne complicações, facilitando o processo de transição.

A continuidade dos cuidados de enfermagem é um pilar dos cuidados, esta necessidade desencadeou o objetivo da sua promoção. Com base nos documentos consultados, elaborámos documento de registos de enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia. Pela concretização dos indicadores definidos, o objetivo foi atingido.

Validar/Consolidar conhecimentos com enfermeiro perito na área da estomaterapia

O Enfermeiro Perito tem uma enorme experiência, *“compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e*

diagnósticos estéreis (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (BENNER, 2001, p.58).

Uma vez que no CHX não existe enfermeiro perito na área de estomaterapia, o promotor do projeto propôs-se a realizar estágio de observação participante na consulta de estomaterapia do IPOX, com orientação de Enfermeira perita na área de estomaterapia, que também é presidente da APECE e tem um enorme trabalho desenvolvido na área da estomaterapia. Durante a realização deste estágio de 35h, pretendeu-se ainda discutir e colher contributos sobre o procedimento de preparação pré-operatória e documentos do processo de enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia elaborados e recolher as sugestões. Como indicador de resultado para a avaliação deste objetivo definiu-se a realização de relatório de estágio (Apêndice 10).

Durante a realização deste estágio foi possível concretizar os objetivos propostos:

- Conhecer o procedimento da Consulta Pré-operatória de Estomaterapia, através da consulta do procedimento do gabinete de estomaterapia do IPOX e discussão com enfermeira orientadora sobre este;

- Observar o funcionamento desta; houve oportunidade de observar durante o estágio a realização de quatro consultas pré-operatórias e consultar as normas de atuação e procedimentos;

- Reconhecer possíveis obstáculos/dificuldades na sua execução e forma de os ultrapassar. Através de entrevista informal, em que a enfermeira orientadora narrou a sua experiência ao implementar o gabinete de estomaterapia, dificuldades sentidas e formas encontradas para ultrapassar obstáculos. Tivemos oportunidade de apresentar o meu projeto, procedimento e documentos de registo de enfermagem. Pela experiência da enfermeira orientadora, foram diversos os contributos, pelo que os documentos sofreram alterações. Foram também sugeridas estratégias. Uma das sugestões foi a realização do procedimento de marcação do local do estoma.

O indicador relativo à validação/consolidação de conhecimentos com enfermeiro perito na área da estomaterapia encontra-se refletido não só na realização do relatório de estágio, como na construção dos documentos e planeamento do projeto, pela partilha de conhecimento, não só

em relação à estomaterapia, como em todos os aspetos relacionados com a promoção de um projeto.

Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância em referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomia, para a consulta de estomaterapia.

A metodologia de projeto abrange um grupo, população onde se centra o projeto, que se prolonga num período de tempo, associando-se à ideia de cooperação interdisciplinar. Esta metodologia determina as ações a serem adotadas, ou seja implica uma intervenção num grupo, com objetivo de resolução de um problema identificado (NUNES, et al, 2010).

Tendo em consideração a necessidade de envolvimento da equipa, foram definidas atividades com o objetivo de promover o seu envolvimento no projeto. Para tal, planeámos a realização de reuniões, com entrevistas não dirigidas, com a Enf.^a chefe, Enf.^a Orientadora, Diretora do serviço e Chefe de Equipa médica do Inframesocólico ao longo do projeto, para apresentar o projeto e sua evolução; apresentar o procedimento de preparação pré-operatória e documentos do processo de enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia; recolher sugestões; apresentar o projeto à equipa multidisciplinar; realizar entrevistas não dirigidas e informais à equipa médica, de forma a perceber dificuldades e obstáculos à referenciação das pessoas para a consulta pré-operatória em estomaterapia; e recolher sugestões.

Na procura do envolvimento de uma equipa num projeto, é fundamental determinar o que motiva cada um dos seus elementos, uma vez o resultado final depende do papel individual de cada um.

Na metodologia de projeto, uma vez que se aproxima de um tipo de investigação ação, os profissionais que colaboram, tornam-se mais comprometidos com a mudança desejada, estando mais dispostos a implementarem a mudança na sua prática, de modo permanente (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

As ações planeadas foram realizadas e procuraram a articulação com a equipa médica. Houve necessidade de realizar nova reunião com o Diretor do serviço, uma vez que existiu substituição da diretora anterior, que tinha aprovado a realização do projeto no serviço. Este validou e reconheceu a pertinência do projeto, tendo delegado no chefe da equipa do grupo do

inframesocóloco a responsabilidade de colaborar na validação dos procedimentos. Foi realizada reunião com o chefe de equipa do grupo do inframesocólico, que reconheceu a pertinência e mostrou-se disponível. Tendo-lhe sido solicitado, a apresentação dos procedimentos elaborados à equipa médica, em reunião do grupo e posterior *feedback*.

Durante a implementação do PIS, foram realizadas entrevistas informais à equipa médica, no sentido de apresentar o objetivo geral do projeto e necessidade de articulação/envolvimento, tendo existido recetividade. No entanto, e devido às alterações que ocorreram na equipa multidisciplinar, houve necessidade de redefinir o planeamento e estratégias, pela necessidade de recuperação deste objetivo.

Como tal, foi planeada nova reunião com o chefe da equipa médica do inframesocólico, no sentido de determinar novas estratégias, nomeadamente pela marcação de reunião com o promotor do projeto, no início ou final de uma reunião de equipa, definindo data mediante ausências por férias, uma vez que a equipa reúne todas as quintas-feiras. Esta atividade ficou inicialmente planeada para a segunda quinzena do mês de Setembro. No entanto devido às alterações na equipa esta reunião teve de ser adiada, tendo só acontecido em Janeiro de 2015, após ter sido nomeado o novo chefe da equipa médica do inframesocólico, o que aconteceu em dezembro de 2014.

Com o objetivo de envolver a equipa de enfermagem, foi planeada e realizada uma sessão de formação, dirigida à equipa de enfermagem.

A formação profissional visa a aquisição de conhecimentos fundamentais, capacidades práticas, atitudes e formas de comportamento que contribuem para o aperfeiçoamento das práticas profissionais (FIALHO, et al; 2013), no caso dos enfermeiros na procura da excelência dos cuidados.

O mesmo autor refere que a formação em contexto profissional é uma modalidade da formação contínua, em que as ações surgem dos problemas concretos dos serviços, “... *uma formação estruturada no e sobre o exercício do trabalho conduz à apropriação de competências do domínio técnico e cognitivo, mas também no domínio social e relacional.*” (FIALHO, et al; 2013, p.118).

Como objetivo geral da sessão foi definido: Uniformizar procedimentos de preparação pré-operatória e de marcação do local de estoma. Os objetivos específicos definidos foram, os formandos são capazes de, no final da sessão: Identificar benefícios de realizar a preparação pré-operatória com a pessoa com ostomia; Conhecer os procedimentos de preparação pré-operatória e de marcação do local do estoma; Identificar os aspetos a considerar na realização da marcação do local do estoma; Identificar benefícios na marcação do local do estoma; e Realizar a marcação do local do estoma em manequim. Para tal foi elaborado plano de sessão (Apêndice 11).

A sessão teve duração de 90 min, na primeira parte foram apresentados os conteúdos teóricos (apresentação do tema, PIS e procedimentos), e na segunda parte foi realizado exercício prático, onde cada formando realizou a marcação do local do estoma, este momento também foi utilizado para avaliação. Optou-se pelo método expositivo, interrogativo e ativo, utilizando técnica expositiva, questões orais, dinâmica de grupo e *role-playing*.

Na sessão de formação recorreremos: ao método expositivo com o objetivo de transmitir conhecimentos; ao método interrogativo, em que se promove a aquisição de conhecimentos pela colocação de questões em que o formando é colocado numa situação ativa de respostas; e ao método ativo, nomeadamente pela técnica de *role-playing*, que tem como objetivo o treino num comportamento, tomada de consciência e mudança de atitudes (MEIGNANT, 2003).

Este exercício baseou-se na interpretação de um papel, por parte do formando, representando o enfermeiro no momento da realização da marcação de estoma. Enquanto iniciava o exercício prático ao doente (figurante, representado umas vezes pelo formador outras por formandos voluntários), solicitou-se que identificasse dois benefícios da preparação pré-operatória, três intervenções a realizar durante a preparação pré-operatória e dois benefícios decorrentes da marcação de estoma. De seguida, o formando realizou a marcação de estoma, identificando quatro aspetos a serem considerados durante a marcação.

Este exercício serviu também como momento de avaliação da formação, tendo sido utilizado para o efeito uma grelha de avaliação (Apêndice 12), com pontuação de 0 a 20 valores.

A formação foi replicada em 4 sessões, tendo sido possível abranger 63% da equipa de enfermagem. Como resultado da avaliação todos os formandos tiveram pontuação igual ou superior a 16 valores.

Para avaliação geral da formação, foi utilizado outro documento (Apêndice 13). O programa e o funcionamento da sessão foram avaliados entre o Bom e o Muito Bom; todos os participantes consideraram que a sessão teve impacto positivo; avaliando a sessão na sua globalidade como Muito Bom. Foram considerados os contributos dos participantes colhidos das sugestões escritas e verbalizadas durante a sessão de formação. Os resultados desta avaliação são apresentados com maior pormenor no Apêndice 14.

Pela análise dos documentos de avaliação através da grelha de observação e avaliação escrita da sessão de formação, os resultados foram bastante positivos, tendo-se atingido os objetivos identificados para a sessão, nomeadamente os objetivos específicos. A avaliação do impacto da formação no que reporta à uniformização dos procedimentos, terá que ser realizado com algum distanciamento temporal em relação à formação, e que foi inicialmente planeado para Dezembro de 2014, foi depois adiado para março de 2015.

Posteriormente à formação, foi elaborado um Fluxograma de referenciação à consulta de estomaterapia, como documento de consulta rápida (Apêndice 15), que após a realização da formação foi afixado na sala de enfermagem de ambos os serviços (Homens e Mulheres).

Na enciclopédia livre *Wikipédia*, Fluxograma “*é um tipo de diagrama, e pode ser entendido como uma representação esquemática de um processo, muitas vezes feito através de gráficos que ilustram de forma descomplicada a transição de informação entre os elementos que o compõem, ou seja, fluxograma é um gráfico que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo*”. Durante elaboração do fluxograma foram tidos em consideração as características fundamentais (finitude, definição, entradas, saídas e eficiência) assim como os aspetos de complexidade, legibilidade, utilização de técnica de resolução por método cartesiano e de planeamento reverso.

Pela mudança na chefia da equipa de Enfermagem foi necessário alterar o planeamento, prevendo-se a reunião com a enfermeira chefe, com o objetivo de apresentação do projeto e sensibilização para este. A chefia constitui um elemento-chave na consecução do projeto, sendo indispensável o seu envolvimento ativo. Como refere STREUBERT e CARPENTER (2002), a participação do novo elemento da equipa pode não ser voluntária, uma vez que o estudo já se iniciou, resultando no facto de exigir mais tempo e energia do que o previsto.

Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância de referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomia, para a consulta de estomaterapia, é o objetivo específico que consideramos mais ambicioso, sendo ao mesmo tempo o que garante a implementação do projeto. O maior obstáculo à consecução deste objetivo é o facto de estar dependente de todos os elementos da equipa multidisciplinar, equipa de enfermagem e equipa médica. Para este objetivo específico, foram identificados quatro indicadores de avaliação:

- Participação de 70% da equipa de enfermagem na sessão de formação. Este indicador foi conseguido em 63% da equipa de enfermagem, para garantir o envolvimento dos restantes elementos da equipa de enfermagem, planeámos a apresentação do projeto individualmente aos colegas que não assistiram à formação. Em Dezembro de 2014, 98% da equipa de enfermagem conhece o projeto (não foi possível apresentar o projeto aos elementos que se encontram em ausência prolongada);

- 40% da equipa de enfermagem realizou marcação do local do estoma, em dezembro de 2014. Uma vez que os dois elementos que realizam a consulta de enfermagem em estomaterapia encontram-se distribuídos um no serviço homens e um no serviço mulheres em horário fixo, habitualmente quando existe a indicação para realizar marcação do local do estoma estes encontram-se no serviço e são chamados para realizar. No entanto os restantes elementos da equipa de enfermagem são participativos nesta atividade e o enfermeiro responsável pelo doente assiste à realização da marcação, ou é o próprio que realiza com supervisão do enfermeiro da consulta de estomaterapia. Assim 48% da equipa de enfermagem participou na marcação do local do estoma em dezembro de 2014;

- 40% da equipa médica total, em Março de 2015, já referenciou, pelo menos um utente para a consulta de estomaterapia;

- 70% dos médicos das equipas do inframesocólico e equipa cirurgia minimamente invasiva, em Março de 2015, já referenciou, pelo menos um utente para a consulta de estomaterapia;

Os dois indicadores anteriores não foram conseguidos, uma vez que não se verificou o encaminhamento de nenhum utente para a consulta de estomaterapia.

Tendo em consideração estes resultados, o grupo da consulta de estomaterapia tem reunião agendada para discutir ações que promovam a referenciação, por parte da equipa médica, para a consulta pré-operatória de estomaterapia.

Monitorizar a referenciação das pessoas à consulta pré-operatória

De forma a monitorizar a referenciação, definimos como atividades consultar os programas operatórios e verificar quais os doentes que podem ser referenciados à consulta de pré-operatório; Consultar o nº de doentes referenciados à consulta de estomaterapia no pré-operatório; cruzar estes dados e estimar a percentagem de doentes referenciados.

Pela necessidade de redefinir o planeamento do projeto, foi programada esta atividade para Março de 2015. Definimos como indicador de avaliação 70% das pessoas em programa operatório, em que se prevê a construção de estoma, no primeiro trimestre de 2015, foram referenciadas à consulta de pré-operatória de estomaterapia.

Para realizar esta atividade foram consultados semanalmente os programas operatórios, que fornece o nome da pessoa, diagnóstico e cirurgia prevista. Com estes dados foi possível identificar as pessoas que poderiam ter sido referenciadas à consulta pré-operatória.

A consulta dos processos de enfermagem de estomaterapia permite colher dados dos doentes que realizaram consulta pré-operatória. Quando se efetua a consulta pré-operatória, é realizada avaliação inicial e preenchida *checklist*. Estes documentos ficam arquivados em dossier próprio, sendo incluídas no processo do doente, que é aberto após se verificar a construção da ostomia. Os dados colhidos encontram-se em grelha de avaliação (Apêndice 16). Das 34 cirurgias realizadas em que existia possibilidade das pessoas ficarem com ostomia, nenhuma foi referenciada para a consulta pré-operatória. No entanto, 24 tiveram indicação para efetuar marcação do local do estoma, tendo-se realizado consulta na véspera da cirurgia, com as limitações inerentes. De salientar que das 10 pessoas que não tiveram indicação médica para marcação de local do estoma, 9 aconteceram em Janeiro de 2015, antes de reunião com equipa médica do inframesocólico.

O indicador de avaliação não foi atingido, pois não foram referenciados utentes para a consulta pré-operatória de estomaterapia. As consultas realizadas foram efetuadas mediante disponibilidade dos enfermeiros da consulta de estomaterapia, na véspera da cirurgia, após

indicação do cirurgião para efetuar marcação de estoma. Estão planeadas reuniões com equipa médica para promover a referenciação à consulta pré-operatória de estomaterapia, antes do internamento. Assim como, reunião da equipa da consulta de estomaterapia para redefinir estratégias.

Monitorizar a realização da marcação do local do estoma

Sendo a localização do estoma um aspeto determinante para a vida futura da pessoa com ostomia, e uma vez elaborado o procedimento de marcação de estoma, a monitorização da sua realização deve ser efetuada. Pelo que se planeou a consulta dos processos dos doentes da consulta de estomaterapia em Março de 2015, considerou-se como indicador de resultado que em 70% das pessoas submetidas a cirurgia eletiva com possibilidade de construção de ostomia, durante o primeiro trimestre de 2015, a marcação do local do estoma foi realizada na véspera da cirurgia.

Foram consultados os processos das pessoas ostomizadas admitidas na consulta durante o primeiro trimestre de 2015 e apenas foram consideradas as pessoas que realizaram cirurgia eletiva. Durante o primeiro trimestre de 2015 foram admitidos na consulta de estomaterapia 10 pessoas, destas, 7 efetuaram marcação do local do estoma na véspera da cirurgia, que representa 70% das pessoas ostomizadas, tendo-se atingido o indicador de avaliação. A colheita de dados referente a esta monitorização encontra-se detalhada no apêndice 17.

É necessário realizar uma avaliação rigorosa ao longo do projeto, *“Devido à natureza dinâmica, que frequentemente apela à colaboração, a investigação acção não é fácil de implementar. Para resolver o problema da colaboração é necessário tempo e energia, sendo necessário colher dados ao longo do projeto, pois se as soluções não funcionarem é necessário revê-las”* (STREUBERT e CARPENTER, 2002, p. 284).

No segundo semestre de 2014 o projeto ficou estagnado por força das alterações que ocorreram na equipa, no entanto, desde o início do ano de 2015, após definição de estratégias com a equipa médica, o projeto encontra-se em condições de ser melhorado e sedimentado de forma efetiva e com possibilidade de futuramente ser estendido ao departamento cirúrgico. No entanto os resultados conseguidos mostram que é essencial definir estratégias para motivar a equipa, e que passam por demonstrar os resultados da implementação do projeto. Planeamos para o início do

ano de 2016, apresentar os dados de 2015 referentes ao projeto e impacto no tempo de internamento, ocorrência de complicações no pós-operatório e adaptação da pessoa à ostomia.

Para o efeito de colheita de dados sobre o impacto da consulta pré-operatória ao doente ostomizado, pretende-se criar uma grelha que contemple o tipo de cirurgia, tempo de internamento e ocorrência de complicações imediatas e tardias. Após colheita dos dados referentes ao ano de 2015, apresentar à Enf.^a chefe, diretor do serviço e posteriormente à restante equipa.

2.4 Divulgação

A divulgação é uma fase importante na medida em que dá a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema. Possibilitando o conhecimento dos clientes dos esforços realizados na melhoria dos cuidados, fornecimento de informação científica aos clientes e profissionais e servindo de exemplo a outras instituições (NUNES, et al, 2010).

“A divulgação faz parte do desenvolvimento de um projeto e deve ser devidamente planeada” (NUNES, et al, 2010, p.31). Assim, a escolha da forma de divulgação deve considerar o público-alvo, pelo que devem ser planeadas diferentes estratégias mediante os destinatários.

A realização do relatório do trabalho de projeto é uma forma de divulgação dos resultados, consistindo na elaboração de um trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo. Serve o presente trabalho também para garantir a sua divulgação.

Outras formas de divulgação estão planeadas, nomeadamente pelas reuniões agendadas com a equipa e a publicação de um artigo (apêndice 18), a submeter à revista de enfermagem do CHX, garantindo a partilha com outros profissionais da instituição.

3 Competências do Enfermeiro Especialista

A Enfermagem enquanto disciplina e profissão, o seu desenvolvimento passa pelas aprendizagens cognitivas e práticas, que não devem ser dissociadas uma da outra, uma vez que o foco central de atenção para a enfermagem é o cuidar. O conceito de praxis, enquanto esfera articulada da teoria e prática, tem vindo a ser valorizada, assim como o papel de perito.

A decisão n.º 2006/1720/CE de 15 de Novembro de 2006 do Parlamento Europeu (PE) e do Conselho da União Europeia (CUE), estabelece um programa de ação no domínio da Aprendizagem ao Longo da Vida (ALV), tendo como principal objetivo contribuir para o desenvolvimento da Comunidade enquanto sociedade avançada baseada no conhecimento, caracterizada por um crescimento económico sustentável, com mais e melhores empregos e uma maior coesão social, assegurando ao mesmo tempo a proteção adequada às gerações futuras (PE e CUE, 2006).

No mesmo documento, encontra-se definido ALV como *“qualquer forma de ensino geral, de educação e de formação profissionais, de educação não formal e de aprendizagem informal seguida ao longo da vida, que permita melhorar os conhecimentos, aptidões e competências numa perspectiva pessoal, cívica, social e/ou profissional. Inclui a prestação de serviços de orientação e aconselhamento”* (PE e CUE, 2006, p.50).

O Conselho do Parlamento Europeu (CPE) (2008) valoriza a Aprendizagem ao Longo da Vida, por basear-se nos resultados da aprendizagem como as aptidões, competências e conhecimentos, e não na duração dos estudos.

A ALV, através do estabelecimento de sinergia entre os Processos de Aprendizagem: formais, que ocorrem nas instituições; não formais, fora das instituições de educação; e processos de aprendizagem informais, que ocorrem sem que haja intenção de aprendizagem (NUNES, 2007), melhoram os Conhecimentos, Aptidões e Competências, numa perspetiva pessoal, cívica, social e profissional, *“a Comissão e os Estados-Membros definiram a aprendizagem ao longo da vida como toda e qualquer actividade de aprendizagem, com um objectivo, empreendida numa base*

contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências” (COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2000, p.3).

A ALV promove o desenvolvimento profissional pelo desenvolvimento de competências. Segundo o CPE (2008), o conceito de competência relaciona-se com a capacidade para utilizar eficazmente a experiência, os conhecimentos e as qualificações. Para FIALHO et al (2013), pode ser encarada como uma capacidade que seja passível de ser comparada, e que permita a realização de uma tarefa em condições específicas.

O conceito de competência pode estar relacionado com diferentes domínios, competência cognitiva (conhecimento teórico), competências funcionais (conhecimento prático) e competência alargada (conhecimentos pessoais e éticos). Segundo NUNES (2007, p.18), *“considera-se competência profissional a combinação de conhecimentos, saber-fazer, experiências e comportamentos, exercidos num contexto preciso”*.

Enquanto estudante do 4º MEMC, importa refletir e analisar as aprendizagens decorrentes do processo formativo e que conduzem ao reconhecimento de Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como definido pela OE, *“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (OE, 2010, p.2).

No Diário da República, artigo 7.º da Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, o reconhecimento do enfermeiro especialista é efetuado pela atribuição do título, *“O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”*. Sendo o título de enfermeiro especialista *“atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área de especialização, nos termos em que a especialidade vier a ser definida”* (DR, 2009, p.6529).

Nos subcapítulos seguintes pretendemos apresentar e justificar a aquisição de competências, pelas atividades desenvolvidas durante o estágio em articulação com os contributos das Unidades Curriculares (UC) do curso.

“A disciplina de enfermagem abrange componentes que se articulam de forma complexa, conferindo um sentido às práticas profissionais” (ABREU, 2007, p.55). O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de diminuir a lacuna entre evidência e a ação, incorporando na sua praxis o processo de tomada de decisão e a prática baseada na evidência. A prática reflexiva a par do desenvolvimento de competências devem estar presentes em contexto de aprendizagem e em contexto de prestação de cuidados (DEODATO, 2010).

Segundo ABREU (2007), a supervisão de cuidados é um processo cujo objetivo é a análise de situações-problema. A tomada de decisão em enfermagem necessita de ser fundamentada em diversos princípios, daí ser necessário desenvolver uma prática reflexiva, *“O cuidado de enfermagem, materializa-se em actos (ou omissões) que resultam de decisões com fundamentos de diversa natureza”* (DEODATO,2010, p.7). Como tal, a tomada de decisão deve ser suportada em princípios científicos e normas técnicas, fundamentada em princípios éticos, deontológicos e jurídicos que legitimam as escolhas, e a reflexão sobre o realizado revela-se essencial.

A Unidade Temática (UT) de supervisão de cuidados contribuiu para o desenvolvimento de uma prática reflexiva, pela realização de um trabalho com base numa situação real, em que tivemos oportunidade de refletir em grupo, as ações realizadas e justificar as ações que deveriam ser realizadas, fundamentadas nos princípios éticos, deontológicos e do direito à saúde.

Considerando os aspetos descritos, que orientam a aprendizagem e desenvolvimento de competências, nos próximos subcapítulos é realizada uma análise sobre a aquisição de competências durante percurso formativo, nomeadamente pela realização dos estágios.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Independente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de competências comuns, como definido no artigo 2º, alínea a), do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, *“ [o] conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competência dos cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas”* (OE, 2010, p.2).

Neste subcapítulo apresentamos uma reflexão sobre cada uma das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e contributo do desenvolvimento do PIS para a sua aquisição, através da análise de cada um dos domínios de Competência.

As competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica serão desenvolvidas no subcapítulo seguinte.

Competência do Domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A.1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de Intervenção

A.2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Durante a realização do PIS foi necessário cumprir os aspetos éticos relacionados com a realização de um trabalho de investigação. Junto ao serviço de formação do CHX, compilámos os documentos que se mostraram necessários, para realizar o pedido de autorização do projeto (Apêndice 19).

Foram salvaguardados os princípios éticos de investigação, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, que devem orientar todos os trabalhos de investigação.

O problema identificado teve por base as necessidades da população e comunidade em que o estágio se insere, como disposto no art.º 80, alínea a) do código deontológico (OE, 2009).

Segundo MARTINS (2008, p.64), “*A primeira reflexão ética deve surgir aquando da decisão do problema a investigar*”. A escolha do problema tem de ser real, de forma a não sujeitar os participantes a investigação em que os resultados não são relevantes.

A utilização da metodologia de projeto, promove a resolução de problemas específicos da prática, em que os resultados contribuam para a melhoria dos cuidados prestados, “[o] investigador deve partir para um trabalho de investigação com a certeza de que o tema que escolheu pode fazer avançar a ciência, ou então dar resposta a problemas concretos da prática” (MARTINS, 2008, p.64).

Durante a realização do projeto, uma vez que foi necessária a consulta dos processos das pessoas ostomizadas, garantimos a confidencialidade e anonimato, cumprindo o dever do

enfermeiro “*manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for utilizado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados*” (OE, 2009, p.78).

Na fase de colheita de dados foi salvaguardado o direito ao anonimato e o direito de recusa de participação, sem que daí advenham aspetos negativos para a pessoa. Sendo a confidencialidade dos dados colhidos ao longo do processo uma preocupação. O princípio da não maleficência também foi garantido, os participantes não devem sofrer de nada prejudicial pelo facto de participarem na investigação (MARTINS, 2008).

O PIS, procura melhorar os cuidados prestados à pessoa com ostomia, promovendo um conjunto de intervenções de enfermagem, dirigidas a um grupo com necessidades de cuidados específicas, que são as pessoas com ostomia.

São salvaguardados os direitos previstos pela carta dos direitos dos ostomizados (IOA, 2007), nomeadamente: o direito a receber orientação pré-operatória; ter um estoma bem construído, em local apropriado; e receber cuidados de enfermagem no período pré e pós-operatório. Assim como, o direito do utente “...à prestação dos cuidados mais adequados e tecnicamente mais corretos” (DR, 2014, p. 2128).

Garantir o acesso à informação, constitui um direito previsto na Lei de Bases em Saúde, Lei 47/90 de 24 de Agosto, no estatuto dos utentes, “*ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado*”, promovendo desta forma o direito do doente à escolha e à autodeterminação, como previsto no artigo 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, “[a] *autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisão, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada*” e no artigo 6º, referente ao consentimento o mesmo documento diz-nos que “*qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada*” (UNESCO, 2006). Neste sentido e apesar de a informação do enfermeiro ser limitada pelo princípio da autoria dos atos, a informação e ensinamentos realizados no âmbito da preparação pré-operatória, contribuem para a informação e esclarecimento, facilitados pela relação terapêutica. Do ponto de vista ético, deontológico e jurídico, a transmissão de informação diz sempre respeito, à autoria dos atos (DEODATO, 2008), no entanto muitas vezes os enfermeiros funcionam como um descodificador da

informação, verificando-se que, no sentido da sua compreensão, o doente e a família muitas vezes necessitam, mais do que de um veículo, de um mediador (PARENTE, 1998).

Competências do Domínio da Melhoria da Qualidade

B.1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B.2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B.3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Com a realização do PIS estamos a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, respondendo ao estabelecido no art.º 76 do código deontológico, “*exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados*” (OE, 2009, p.72).

Uma característica da “Melhoria Contínua da Qualidade” é o facto não procurar culpados, mas sim identificar “oportunidades de melhoria”. Identificar os processos que devem ser melhorados e ajudar as pessoas envolvidas a abordar esse problema, contribui para a melhoria da qualidade (MEZOMO, 2001). O PIS procura a melhoria contínua de qualidade, uma vez que “*a investigação acção é um método que implica agir para melhorar a prática e estudar simultaneamente os efeitos da acção*” (STREUBERT e CARPENER, 2002).

O Projeto responde aos princípios definidos no caderno Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001^a).

Uma vez que “*os padrões de qualidade, norteando a praxis clínica dos enfermeiros, são dirigidos aos clientes*” (NUNES, 2011, p.93), este projeto procura a satisfação do cliente, nomeadamente pelo estabelecimento de uma parceria com a pessoa ostomizada e pessoa significativa, desde o início do processo. É possibilitada a tomada de decisão, a pessoa é ativa na decisão do local de localização do estoma. Na fase pré-operatória definem-se estratégias com a pessoa, para minimizar o impacto negativo da ostomia na sua qualidade de vida.

As intervenções pré-operatórias procuram também a promoção da saúde, pela “*promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de*

vida, crescimento e desenvolvimento”; e pelo “*fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente*” (OE, 2001^a, p.15).

A preparação pré-operatória tem por objetivo a prevenção de complicações e promoção do bem-estar e autocuidado, pela “*identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis*” (OE, 2001^a, p.15).

A avaliação da pessoa no período pré-operatório procura recolher os dados relevantes, de forma a, conjuntamente com a pessoa ostomizada e pessoa significativa, otimizar as capacidades para o autocuidado, ensino, instrução e treino sobre a adaptação individual, requerida face à readaptação funcional à ostomia. “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde*” (OE, 2001^a, p.17).

Tendo em consideração o problema que as doenças crónicas representam, o autor João Guerra quando enviou o seu contributo para o PNS 2011/2016 redigiu um artigo de opinião “*Para uma Política Nacional de Educação Terapêutica/ Autogestão do Doente Crónico*”, por considerar que a educação terapêutica ou a educação para a autogestão é uma das intervenções com maior potencial de efetividade na melhoria dos resultados, fazendo sentido incluir como estratégia uma política nacional (GUERRA, 2010). Neste contexto a preparação pré-operatória promove: a capacitação do doente, pela educação e ensinamentos; *empowerment*, pela participação ativa nas decisões; adaptação à ostomia; e prevenção de complicações. Por conseguinte promove o autocuidado e autogestão da sua doença e ostomia.

Enquanto promotor do PIS, identificamos oportunidade, estabelecemos prioridades, selecionamos estratégias de melhoria, assim como construímos um referencial de boas práticas, pela elaboração dos procedimentos. Por outro lado também foram desenvolvidas as competências inerentes à liderança do PIS, enquanto programa de melhoria, com inerente supervisão dos processos de melhoria e desenvolvimento da qualidade.

A necessidade de reformular os registos de enfermagem da pessoa ostomizada, nomeadamente pela criação de folha de avaliação inicial e registos de enfermagem, a ser aplicado na consulta pré-operatória de estomaterapia, responde ao objetivo de promover a continuidade dos

cuidados, correspondendo ao padrão de qualidade de organização dos cuidados de enfermagem, nomeadamente pela *“existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”* (OE, 2001^a, p.18).

Os registos de enfermagem constituem uma ferramenta fundamental para a qualidade dos cuidados prestados, pois garante não só a continuidade dos mesmos, como a segurança do doente. A comunicação entre os profissionais é realizada através dos registos e passagem de turno, a utilização da CIPE, enquanto taxonomia permite uma linguagem comum, minimizando os riscos de erro de comunicação.

Competência do Domínio da Gestão de Cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

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

O promotor do projeto, enquanto líder do mesmo, necessita de capacidades de gestão para desenvolver o trabalho. Num projeto é essencial gerir os cuidados, assim como os recursos necessários para a sua implementação e envolver todos os elementos dos quais depende a sua implementação, *“para assegurar o sucesso de um esforço de mudança organizacional, as pessoas-chave numa empresa – desde os executivos de topo às chefias directas – devem liderar o processo de mudança”* (GALPIN, 2000, p.103). Este aspeto foi salvaguardado, uma vez que a chefia e direção do serviço foram envolvidos desde o início, tendo um papel decisivo para a execução deste projeto, sendo-lhes reconhecido o poder de decisão.

O mesmo autor apresenta o Modelo de Gestão do Processo de Mudança, em 9 passos: 1) Estabelecer a necessidade de mudar, 2) Desenvolver e Disseminar a visão de mudança, 3) Diagnosticar/ analisar a situação atual, 4) Elaborar as recomendações, 5) Detalhar as recomendações, 6) Realizar testes piloto, 7) Preparar as recomendações finais, 8) Implementar as mudanças e 9) Medir, reforçar e ajustar mudanças. Os gestores do processo de mudança

devem adquirir e utilizar as competências de que precisam, sendo necessário alterar os seus próprios comportamentos, pois são o elemento referência (GALPIN, 2000).

O promotor do projeto necessita de desenvolver uma liderança eficaz, tendo em conta as necessidades e características da equipa onde o projeto se desenvolve, assim como os recursos necessários, aplicando a legislação, políticas e procedimentos da gestão de cuidados da organização onde o projeto se desenvolve.

Assim, enquanto promotor do projeto desenvolvemos comportamentos de liderança que promoveram a implementação do projeto, tendo em consideração que o tipo de liderança deve adequar-se às características da equipa. Os fatores que influenciam a liderança são a maturidade do líder, o tipo de poder, a motivação (fundamental para envolver a equipa no projeto), a informação/ comunicação e delegação (GALPIN, 2000).

Os conteúdos lecionados na UT Liderança, da UC de Enfermagem, contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Como já referimos anteriormente, o desenvolvimento do PIS constitui um processo de mudança no serviço, enquanto organização. Para que ocorra mudança, o processo tem que ter um líder, que neste caso, é o promotor do projeto.

É essencial que o promotor do projeto faça uma reflexão sobre si, de forma a identificar as características de liderança que pretende desenvolver, sendo a aprendizagem autodirigida o segredo para o desenvolvimento efetivo das competências de liderança (GOLEMAN et al., 2002).

Como tal, o promotor do projeto necessita de desenvolver o autoconhecimento e assertividade para poder ser um líder eficaz, o desenvolvimento de estratégias para conseguir liderar o PIS, contribuiu de forma efetiva para o desenvolvimento desta competência.

É essencial desenvolver o conhecimento teórico-científico para poder conduzir o processo, a aquisição de conhecimentos e competências enquanto profissional na área de desenvolvimento do PIS, para ser reconhecido como referência para os profissionais.

Durante o planeamento do PIS foi identificada a necessidade formativa da equipa de enfermagem, pelo que esta formação foi realizada durante o estágio III. Para a realização da formação, foi necessário diagnosticar as necessidades formativas, escolher métodos e técnicas formativas, de forma a promover a aprendizagem dos formandos e posterior avaliação do impacto desta, como descrito na execução do projeto.

Os formadores em serviço em enfermagem assumem “...um papel relevante na promoção da saúde global da comunidade, no desenvolvimento equilibrada e multidisciplinar, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados e satisfação dos utentes” (DIAS, 2004, p.14).

Os Guias Orientadores de Boa Prática começaram a surgir com o conceito de Prática Baseada na Evidência (PBE), através dos contributos de investigação nos procedimentos utilizados (OE, 2007, p.3). A PBE surge como resposta à necessidade de utilizar a melhor evidência científica, contribuindo para a melhoria dos cuidados e veio colmatar o fosso existente entre a investigação e a prática.

A necessidade de elaborar um Guia Orientador de Boa Prática de Cuidados num determinado domínio, é determinado pela pertinência e existência de necessidade de mudança de prática atual que interfere na saúde dos utentes, a construção dos procedimentos fornecem um contributo neste sentido.

3.2 Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O PAC tem por objetivo orientar a realização do estágio, tendo como finalidade o desenvolvimento da aquisição/aprofundamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica e Situação Crónica e Paliativa.

A organização do PAC tem por base o documento que a ESS forneceu para o efeito (Apêndice 20).

O Decreto-lei n.º35/2011, define competências específicas como as que: *“decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (DR, 2011. p.8649).

3.2.1 Competências do Enfermeiro Especialista à Pessoa em situação Crítica

K1 - Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

No regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, define pessoa crítica como *“... 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”* (DR, 2011, p. 8656), em que *“os cuidados de enfermagem 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 afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total* (DR, 2011, p. 8656).

Para o desenvolvimento desta competência foram definidos como campos de estágio a UCIC do SCG, Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), uma vez que são locais de internamento de doente crítico, mas com diferentes graus de complexidade. Muitas vezes, o mesmo doente crítico, em fases diferentes de gravidade, passa por estes três serviços.

K1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

O SU é caracterizado pela resposta a situações urgentes/emergentes, com maior número de casos de atendimento a pessoas a vivenciar processos complexos e falência multiorgânica, por esse motivo realizamos 38h30 de estágio de observação participante neste contexto.

Este estágio contribuiu para diversas aprendizagens, principalmente nos aspetos de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no SU. No contexto de urgência/emergência é fundamental a tomada de decisão perante diversas situações. Perante a

complexidade do doente crítico, é essencial identificar e responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade.

No SU encontra-se implementada a Triagem de Manchester, que consiste em estabelecer prioridade de atendimento e o respetivo tempo alvo recomendado para observação médica, mediante um sistema que identifica critérios de gravidade, com base em algoritmos.

Desta forma os doentes emergentes que necessitam de observação imediata são colocados na sala de reanimação, e iniciam-se diversas atividades em simultâneo. Atuar de forma pronta, executar cuidados técnicos de alta complexidade, ao mesmo tempo em que se avalia a pessoa e se procura focos de instabilidade, é uma prática que necessita de ser desenvolvida na sala de emergência.

Por outro lado, as pessoas quando admitidas no SU, apresentam queixas que motivam a sua ida, a necessidade de uma triagem passa pela identificação de possíveis focos de instabilidade, assim como a antecipação dos problemas passa pela colheita de dados e historia atual. O enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica, orientador neste campo de estágio, por diversas conversas informais, narrou situações em que é necessário o olhar atento do enfermeiro especialista, pois se há situações em que o doente é admitido de imediato para a sala de emergência com critérios de doente crítico, outras situações existem em que apesar de ainda não apresentar critérios, a sua história atual permite antecipar uma situação de instabilidade.

Os doentes internados na UCIC, apresentam presença ou risco de instabilidade hemodinâmica, pelo que necessitam de cuidados diferenciados, acompanhamento e monitorização permanentes. O doente cirúrgico, apresenta riscos decorrentes da cirurgia realizada (choque hipovolémico, choque séptico), e /ou da sua situação de doença crítica e comorbilidades associadas (patologia cardíaca, patologia respiratória e renal), que descompensa pela existência de fatores desencadeantes (cirurgia, anestesia, fluidoterapia, doença aguda, a contra-indicação de administração de terapêutica habitual, etc.). A atuação especializada neste contexto é essencial, pela mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas, para responder em tempo útil e de forma holística, permitindo identificar e responder perante focos de instabilidade.

É na UCIC onde mais ocorrem situações de descompensação hemodinâmica, em que se desenvolve um quadro de instabilidade e falência orgânica, que motiva acionar a Equipa de

Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) e conseqüente transferência para a UCI. Contudo, apesar da mais-valia destes recursos hospitalares, é necessário atuar até à chegada desta equipa, ou até podem estar indisponíveis, por estarem a assegurar outra situação em outro local. Por vezes, também acontece não existirem vagas na UCI ou unidades satélite, e os doentes submetidos a ventilação invasiva permanecerem na UCIC, com ventilador portátil existente no serviço, até se assegurar vaga em UCI.

Atuar de forma eficaz e eficiente perante estas situações, torna necessário desenvolver competências. Realizámos curso de suporte avançado de vida com duração de 35h no ano de 2011, que confere competências necessárias para atuar na reanimação em contexto hospitalar, após 4 anos foi sentida a necessidade de atualização de conhecimentos. Para tal, procedemos à leitura do documento “*European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation*”, em complemento com a realização de estágio no SU, nomeadamente na sala de reanimação. O enfermeiro orientador também desempenha funções na VMER há vários anos, pelo que o seu contributo para as aprendizagens neste âmbito foram determinantes para o desenvolvimento desta competência.

Na UCI são prestados cuidados técnicos de alta complexidade. A UCI do CHX é uma unidade polivalente, nível III (conforme definido pela DGS), atendem doentes adultos com patologia médica, coronária, cirúrgica e traumatológica. A realização de 31h de estágio de observação participante neste contexto, permitiu colaborar na prestação cuidados de saúde diferenciados a doentes com alterações fisiopatológicas urgentes, potencialmente reversíveis, que põem em risco a função de um ou mais órgãos vitais.

Durante a realização deste estágio, tivemos oportunidade de conhecer e colaborar em técnicas complexas, nomeadamente nas técnicas dialíticas e cuidados à pessoa com ventilação invasiva, assim como na prestação de cuidados de higiene e conforto, uma vez que o enfermeiro “[na] procura permanente da excelência no exercício da profissão, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”(OE, 2011, p.5).

Durante este estágio tivemos também oportunidade de acompanhar a EEMI, quando ativada para uma situação de uma utente com bradicardia com sintomatologia associada, que se dirigia

a consulta de *pacemaker*, colocado há cerca de 1 mês. Após observação e estabilização, esta utente foi encaminhada para o SU.

Os conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida foram promovidas no campo de estágio do SU e UCI, e constituem uma necessidade profissional, sendo sempre necessária uma reciclagem de conhecimentos ao longo do tempo.

“Na procura permanente da excelência no exercício da profissão, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2011, p.5). A tecnologia inerente às UCI, pelo suporte avançado de vida, assim como as características dos doentes internados nestas unidades, tornam os mais suscetíveis a complicações decorrentes do internamento hospitalar assim como das técnicas e tratamentos utilizados.

K1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

O enfermeiro especialista baseia a sua atuação em práticas recomendadas, baseadas em evidência, de forma a promover a prestação de cuidados seguros, visíveis e eficazes. Esta necessidade tem vindo a ser colmatada através da elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados e Normas de Orientação Clínica, *“A Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objectivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos”* (OE, 2007, p.4).

Como contemplado na alínea f) do número quatro do REPE, os enfermeiros *“participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para a administração de tratamentos e medicamentos”* (OE, 1998, p.2).

Durante a realização do estágio na UCI, foi possível conhecer e observar a implementação dos protocolos de insulino-terapia e nutrição entérica, assim como a importância na avaliação, vigilância de complicações e adequação dos mesmos mediante as respostas dos doentes.

O Enfermeiro especialista procura os mais altos padrões de qualidade dos cuidados, pela *“identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para*

evitar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas...” (OE, 2011, p.6).

K1.3- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas

A Dor durante muitos anos foi pouco valorizada nos serviços de saúde, chegando-se a elogiar o doente que “aguenta” a dor e não se apresenta “queixoso”, pelo facto de a dor constituir um fenómeno subjetivo e não visível, tende a ser pouco valorizado. Felizmente esta realidade tem vindo a alterar-se, no entanto, esta área necessita ainda de ser desenvolvida junto dos profissionais de saúde, constituindo uma responsabilidade do enfermeiro especialista, como definido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

“Na procura permanente da excelência no exercício da profissão, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2011, p.6).

A *Internacional Association for the Study of Pain*, define dor como “*uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão*” (DGS, 2008^a, p.7).

A Dor constitui um fenómeno fisiológico de proteção, pois as estruturas nervosas do sistema nociceptivo têm como principal função detetar estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, constitui assim um “sistema de alarme” do organismo, sendo o principal motivo da população recorrer aos cuidados de saúde. No entanto, cumprido o seu papel de alerta, a sua existência contribui para o sofrimento, diminuição da qualidade de vida e alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso (DGS, 2008^a).

Devido à necessidade de intervir perante o fenómeno de dor, e o reconhecimento de que constitui uma prioridade no âmbito dos cuidados de saúde, a DGS passou a reconhecer a Dor

como 5º Sinal Vital, pela circular normativa nº 09/DGCG e desenvolveu o Plano Nacional de Luta Contra a Dor em 2001.

O Programa nacional de controlo da Dor é orientado cinco princípios; Subjetividade da dor; Dor como 5º sinal vital; Direito ao controlo da dor; Dever do controlo da Dor; e Tratamento diferenciado da dor (DGS, 2008^a).

Enquanto profissionais, uma vez que desempenhamos funções há 11 anos no SCG, temos investido na atualização de conhecimentos relacionados com a dor, uma vez que nestes 11 anos tem-se desenvolvido programas de atuação perante a pessoa com dor. Tratando-se de cirurgia geral, a dor aguda pós-operatória é uma realidade, sendo necessária a gestão adequada da dor através da avaliação da dor, implementação de medidas farmacológicas (pelo protocolo de dor agudado CHX, instituído), e não farmacológicas. Perante a pessoa com dor, a primeira abordagem passa pela avaliação da dor e identificação das alterações fisiológicas e emocionais de mau estar, que vão determinar o planeamento das intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor da pessoa.

A OE em parceria com a Associação Portuguesa para o Estudo da dor, elaboraram o Guia Orientador de Boas Práticas na Dor, publicado em 2008. Este Guia constitui um documento de referência para o cuidado à pessoa com dor.

O controlo da Dor constitui um direito do doente, um dever ético e deontológico do enfermeiro.

Devem-se realizar intervenções com objetivo de controlo da dor, o enfermeiro é responsável por agir na promoção de cuidados que eliminem ou reduzam a dor para níveis considerados aceitáveis para a pessoa. O Guia Orientador de Boas práticas recomenda a colaboração com a equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenções para o controlo da dor; contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para seleção de fármacos analgésicos e via de administração; envolver a pessoa/cuidador principal/família na definição e reajustamento do plano terapêutico; Ajustar o plano terapêutico com os resultados da reavaliação e recursos disponíveis; Conhecer as indicações, contra-indicações e as interações medicamentosas dos fármacos utilizados no controlo da dor; Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes; vigiar segurança da terapêutica analgésica; Prevenir e tratar dor decorrente de intervenções de enfermagem e procedimentos; Conhecer as indicações, contra-indicações e efeitos colaterais de intervenções não farmacológicas; Utilizar intervenções não

farmacológica em complementaridade e não em substituição; Selecionar intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, objetivos do tratamento e evidência científica disponível (OE, 2008).

O envolvimento da pessoa no controlo da dor respeita o princípio ético da autonomia (OE, 2008). Devendo-se realizar ensinamentos acerca da dor e medidas de controlo, efeitos colaterais da terapêutica analgésica, mitos que dificultam o controlo da dor, instruir e treinar o auto-controlo na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, instruir sobre medidas de controlo dos efeitos colaterais dos opióides, necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor ou alterações no seu padrão e fornecer informação escrita.

A realização de estágio na UCI e SU contribuiu para o desenvolvimento do nosso conhecimento na área, nomeadamente pela observação de outras realidades. A avaliação da dor, na UCI é efetuada com recurso a escala numérica verbal, em que é questionado ao doente a quantificação da sua dor, de zero (sem dor) a dez (dor de intensidade máxima imaginável), em doentes conscientes. Em doentes inconscientes é utilizada a escala comportamental, que inclui 3 itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória), esta última não é utilizada no serviço de cirurgia geral, que utiliza a escala numérica, pelo que a sua aplicação constituiu um momento de aprendizagem.

No SU foi possível perceber a importância atribuída pela equipa de profissionais à dor, nomeadamente no sistema de triagem de Manchester a presença de dor é um aspeto determinante na atribuição de prioridade (sistema de cor).

A presença de mal-estar quer físico quer emocional é muito frequente no doente hospitalizado, perceber os focos de mal-estar é determinante para intervir adequadamente de forma a potenciar o bem-estar, muitas vezes mais importante que a analgesia é estabelecer uma relação terapêutica e implementar medidas não farmacológicas, pela gestão do ambiente e ruído, musicoterapia, relaxamento, toque terapêutico, escuta ativa e massagem de conforto.

K1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica

K1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

K1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica

Estas três competências serão analisadas em conjunto, por considerarmos que se relacionam de forma estreita, “[na] procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2011, p.3), devendo o enfermeiro especialista em Pessoa em situação crítica: “(...) minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde; a intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica; a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e / ou falência orgânica; a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em situação crítica” (OE, 2011, p.4).

Perante a presença de uma doença em que ocorrem fenómenos fisiopatológicos que originam uma situação crítica e/ou falência orgânica, a pessoa e família desenvolvem perturbações emocionais, que variam mediante aspetos pessoais de cada um. O *stress* e ansiedade relacionado com doenças graves aumentam com a hospitalização, sentimentos de medo, desamparo, vulnerabilidade, insegurança, frustração e depressão estão habitualmente presentes (MEAD, 1998, p.403).

Em colaboração com a família, a enfermeira ajuda os seus membros a definirem objetivos. As intervenções de enfermagem incluem apoio, informação e acompanhamento.

Segundo a CIPE 2 crise é “Tensão temporária, com comunicação ineficiente, dificuldade na resolução de problemas e incapacidades em reconhecer ou aceder a recursos” (ICN, 2011, p.47). Decorrente desta situação, as reações quer da pessoa, quer da família, variam muito.

Perante uma situação crítica, a pessoa e /ou família podem desencadear uma situação de crise, a evolução para uma situação de crise depende da percepção da pessoa sobre o problema, dos suportes situacionais disponíveis e mecanismos de *coping* (HANSON, 1998).

Durante a nossa prática profissional, é frequente o contacto com pessoa e família em situação crítica, com reações emocionais decorrentes da situação. É extremamente importante desenvolver intervenções junto da pessoa e família, de forma a gerir a ansiedade e o medo, para tal é necessário intervir desde o momento da avaliação inicial, na procura de aspetos relevantes que podem condicionar a experiência.

K2 – Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima, da Conceção à Ação

K2.1- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência;

K2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe;

K2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

A catástrofe é definida como, “*um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional*” (DR,2006, p.4649).

A Emergência é a situação resultante da agressão sofrida por um individuo por parte de um qualquer fator que lhe origine a perda de saúde, brusca e violenta e que afetando-lhe, ou podendo potencialmente afetar-lhe, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida (OE, 2011, p.2).

“*A emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.*” (OE, 2011, p.2).

Face a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, o enfermeiro assume o dever deontológico de *“ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de intervenção”* (OE, 2009, p.1).

A principal preocupação, no que se refere à segurança dos Hospitais, *“deve ser a de prevenir a ocorrência de situações indesejáveis, ou, caso estas venham a ocorrer, limitar ao máximo a sua propagação, de modo a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes, com excepção da zona afectada”* (PEI, 2009, p.3). Por este motivo, devem ser planeadas e desenvolvidas ações que visem obter economia de esforços, rapidez de atuação e diminuição de prejuízos. Na Lei 27/2006, de 3 de Julho, no artigo 6.º, alínea 2, encontra-se definido a obrigatoriedade de *“[os] funcionários e agentes do Estado e das pessoas colectivas de direito público, bem como os membros dos órgãos de gestão das empresas públicas, têm o dever especial de colaboração com os organismos de protecção civil”* (DR,2006, p.4697).

A Comissão de Gestão do risco (CGR) do CHX, entre outras atividades promove a elaboração do Plano de Emergência Interno (PEI) e do Plano de Prevenção (PP) programando a atuação de cada hospital do CHX nas situações de maior risco potencial na área do concelho, como também organiza ações de prevenção, informação, formação e sensibilização dos profissionais do CHX, de forma a mobilizá-los nas situações de emergência.

A fim de desenvolver esta competência, para além da aquisição de conhecimentos pela pesquisa bibliográfica, foi proposta a realização de uma atividade prática, que pudesse contribuir para dinamizar um plano de resposta no SCG.

Após entrevista não dirigida com a enfermeira responsável da CGR, decidimos realizar um exercício de evacuação, em cenário de inundação, com recurso a figurantes. Pretendeu-se com este exercício verificar a operacionalização do PEI. Em articulação com a enfermeira responsável pela CGR, que coordena o PEI e PP, realizámos todas as etapas que um exercício desta natureza exige.

A primeira atividade foi a leitura dos documentos existentes, assim como conhecer de forma mais detalhada o PEI e procedimentos hospitalares.

De seguida realizamos o planeamento do exercício, durante esta ação surgiram diversas dúvidas e dificuldades. O planeamento é muito exigente, pois é necessário um conhecimento efetivo do

funcionamento de outros serviços hospitalares, com que necessitamos de articular as atividades, bem como o conhecimento do PEI e procedimentos hospitalares.

Definimos a data a realizar o exercício, o local (UCIC homens) e o tipo de evacuação (horizontal, para o serviço de cirurgia mulheres). Optámos pela utilização de figurantes em vez de doentes, e ao mesmo tempo definimos a caracterização dos doentes (patologias, diagnósticos e necessidades de cuidados e vigilância), uma vez que no momento da evacuação é necessário estabelecer critérios mediante as condições dos doentes.

O PEI classifica o exercício realizado, como uma emergência parcial, uma vez que atinge uma área restrita e facilmente controlada, necessita de intervenção de equipa hospitalar e é necessário evacuar doentes. Sendo necessária a intervenção de equipa de intervenção, equipa de evacuação, equipa de apoio técnico e equipa de apoio médico.

Com estes dados, e após parecer positivo da Enf.^a chefe, iniciámos a construção do documento de planeamento do exercício, no formato utilizado pelo CHX, que se encontra em anexo no relatório do exercício (Apêndice 21).

Durante o planeamento foi necessário articular com diversos profissionais, para assegurar o envolvimento das equipas intervenientes: Diretor de emergência ou substituto; chefe de intervenção ou substituto; Equipa de apoio técnico; central telefónica; equipas de evacuação A e B; vigilantes e agente PSP no Hospital. Assim como definir os observadores e figurantes.

A divulgação do exercício foi realizada à equipa multidisciplinar do serviço, aos doentes internados e família na véspera e no dia do exercício. O envolvimento dos doentes seria indispensável, uma vez que no dia da realização do exercício, pelo facto de não ser possível a realização desta na UCIC, por se encontrar ocupada, retirámos provisoriamente de um quarto de enfermaria dois doentes internados, para “transformarmos” esse espaço na simulação da UCIC (esta situação estava prevista no planeamento). Os doentes e famílias mostraram-se sempre cooperantes e disponíveis.

A realização do exercício foi precedida de reunião com os intervenientes, posteriormente a esta reunião todos foram para os seus locais de trabalho. Após o exercício efetuou-se reunião para análise do exercício, com intervenientes internos, no gabinete da CGR/CQSD.

O momento do exercício foi muito gratificante para toda a equipa, principalmente pela observação do envolvimento, empenho e motivação de todos os intervenientes.

A última atividade foi a realização de relatório do exercício. Este tipo de exercício procura identificar possíveis falhas/aspectos negativos de forma a corrigi-los/ melhorar, promovendo a segurança do doente e profissionais. Os objetivos definidos para o exercício foram, verificar: a atuação das equipas de emergência; a prontidão de resposta das equipas de emergência, perante uma situação de emergência que implique uma evacuação parcial; a adequabilidade dos meios e infraestruturas existentes no SCG; e o grau de eficácia das equipas de emergência. Importa referir dos aspetos a melhorar identificados: a falha nas comunicações, sendo necessário no plano de ação reforçar a necessidade de formação/informação no plano das comunicações; uma vez que os meios de comunicação via rádio foram mais eficazes, deve ser garantida a continuidade dos meios de rádio nas comunicações de emergência; apesar de no PEI ser o operador da central telefónica a avisar o serviço refugio, este contacto foi efetuado pelo coordenador de evacuação, o que favoreceu a rapidez da evacuação, pelo que esta alteração ao PEI deve ser ponderada; outro aspeto identificado foi o fato de, aquando a receção dos doentes no serviço de cirurgia mulheres, estes foram encaminhados para a sala de tratamentos, uma vez que pensávamos que existia uma rampa de oxigénio, como no caso do serviço homens, e apercebemo-nos de que as rampas existentes são diferentes nos dois serviços, o que nos induziu em erro, sendo importante divulgar esta informação a toda a equipa. Neste caso, após receção dos doentes foi necessário encaminhá-los para enfermarias onde existissem rampas de oxigénio que não estivessem em utilização (na inexistência de vagas).

As atividades desenvolvidas permitiram a aquisição da unidade de competência, uma vez que tivemos oportunidade de conceber, em articulação com o nível estratégico (CGR), os planos de catástrofe ou emergência, pelo contributo do exercício para alterações futuras ao PEI. Por outro lado, a leitura dos diversos documentos pela pesquisa bibliográfica, e os contributos da UT seminário de peritos: emergência e catástrofe, contribuiu para um conhecimento favorecedor de planeamento a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe assim como, contribui para gerir os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

De reforçar que atendendo aos aspetos ligados a esta competência, pela sua especificidade, é necessário um trabalho acrescido na procura de oportunidades para continuar a desenvolver e contribuir para este aspeto fundamental, que é a atuação eficaz num incidente desta natureza, principalmente na fase latente da catástrofe, em que devem ser elaborados os planos de emergência adequados às diversas situações.

K3 - Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas

K3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da Infeção para respostas às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

K3.2 - Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções associadas à Prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

As Infeções Associadas aos Cuidados de saúde (IACS) constituem uma problemática a nível mundial, pois têm grande impacto para as pessoas, profissionais e sociedade, com custos associados muito significativos. A organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que estas infeções dificultam o tratamento de doentes em todo o mundo, sendo reconhecida como causa de morbilidade e mortalidade. Através da *World Alliance for Patient Safety* estabeleceu o desafio de reduzir o problema da infeção associada aos cuidados de saúde para 2005/2006, transmitindo a mensagem *Clean Care is Safer Care* (DGS, 2007).

A DGS (2007), comprometida com este desafio, desenvolveu o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS, em que define IACS como “*uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade*” (DGS, 2007, p.4). O Programa tem como objetivo conhecer a realidade nacional e reunir esforços para diminuir a incidência de IACS, promovendo a segurança do doente.

Juntamente com o Programa foi divulgado um manual para operacionalização do Programa e reformulou o enquadramento das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) pelo Despacho da Direção Geral da Saúde, sendo divulgado em Circular Normativa. “*O Plano Operacional de*

Prevenção e Controlo de Infecção [POPCI] surge da necessidade de aplicação e operacionalização do Plano Nacional de Controlo de Infeção [PNCI] nas unidades de saúde, de acordo com a sua especificidade, nomeadamente, localização geográfica, características da população abrangida, tipo de actividades clínicas e número de profissionais” (DGS, 2008^b, p.6).

Os programas acima referidos reconhecem a importância da existência das CCI nas unidades de saúde, definindo os seus objetivos e intervenções.

Para desenvolver esta competência, procedeu-se à leitura da pasta da Comissão de Controlo de Infeção do CHX, disponível na intranet.

Após leitura e entrevista não dirigida com o elemento de ligação da CCI do serviço, foi possível perceber quais as intervenções e atividades que são desenvolvidas nos serviços. O elemento de ligação do serviço é também a enfermeira orientadora, o que possibilitou a realização de um plano de intervenções a desenvolver no serviço e que respondem a esta competência.

Numa primeira fase, foram consultados os documentos da CCI, nomeadamente cartazes de sensibilização (lavagem das mãos, separação de lixo, manipulação de diferentes agentes e documentação sobre os diferentes tipos de isolamento e barreiras de proteção). Uma vez que existiam quatro alunas com a mesma enfermeira orientadora, optámos por desenvolver estas atividades em grupo.

No período em que se desenvolveu esta atividade o SCG encontrava-se em limpeza geral, pelo que foram levantadas as necessidades de afixar e/ou substituir os cartazes expostos no serviço, de acordo com a sua pertinência em relação às áreas em que seriam expostos, se direcionados aos doentes, visitas ou profissionais. Posteriormente, foi efetuado pedido para impressão dos documentos, para serem afixados. Durante esta atividade, foi consultada a Enf.^a coordenadora da CCI, para validação das atividades. Foram também organizadas duas pastas com as informações mais pertinentes da CCI, para consulta rápida por parte dos profissionais, que foram apresentados à equipa e colocada uma pasta no SCG (cirurgia homens e mulheres).

Uma das atividades da CCI relaciona-se com a sensibilização de higienização das mãos, uma vez que é a medida mais eficaz de controlo de infeção. A CCI desenvolveu um programa de formação aos profissionais de saúde, com o objetivo de sensibilização destes para a correta

higienização das mãos. Para avaliar o impacto destas medidas e efetuar um diagnóstico de situação, os elementos de ligação da CCI, em cada serviço devem efetuar um registos de observação, onde são observados os comportamentos dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos.

Ao conhecer este objetivo da CCI, procedemos à leitura do manual de observadores e posteriormente efetuamos, após validação de conhecimentos com enfermeira orientadora, observação no serviço de cirurgia homens.

As IACS assumem uma relevância particular na pessoa em situação crítica, uma vez que as tecnologias cada vez mais avançadas e também mais invasivas, aumentam o risco de infeção. Pelo que, nestes contextos é importante ter uma atenção particular, procurando minimizar a sua ocorrência e impacto.

Devendo o enfermeiro especialista promover na sua prática a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, “ *[na] procura permanente da excelência no exercício da profissão, face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade e à necessidade e múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção* ” (OE, 2011, p.7).

Durante a realização do estágio de observação participante na UCI, foi possível observar as ações que promovem este controlo, nomeadamente a existência de um grupo de profissionais responsáveis pelo Controlo da Infeção, que se articulam com a CCI. Este grupo realiza a Vigilância Epidemiológica da Infeção na UCI, promovem a atualização dos procedimentos de Controlo de Infeção e a sua divulgação e ensino a todos os profissionais. Por rotina, semanalmente, são efetuadas colheitas para exame bacteriológico de amostras de secreções brônquicas, no doente com entubação traqueal ou traqueotomia e urina, no doente algaliado. Efetua-se também rastreio por pesquisa MRSA, por exsudado nasal, a todos os doentes admitidos.

As ações descritas contribuíram para a aquisição da competência, nomeadamente pelo desenvolvimento de conhecimentos do PNCI e das diretivas da CCI, pelo diagnóstico de necessidades no serviço e estabelecimento de estratégias. Assim como os conhecimentos específicos adquiridos na área da higiene hospitalar, nomeadamente pela leitura dos documentos do CHX: Procedimento para controlo de Infeções no circuito da roupa,

Procedimento Limpeza das áreas de doentes e de pessoas, Procedimento para Higienização das mãos, Triagem de Resíduos e acondicionamento de dispositivos médicos esterilizados e contaminados. Assim como as fichas/grelhas de auditorias.

O desenvolvimento das competências específicas da pessoa em situação crítica, pelas atividades descritas anteriormente, foi enriquecido pela realização de estágio nos contextos de SU, serviço de cirurgia geral e UCI, uma vez que permitiu atuar perante o doente crítico com diferentes graus de complexidade e em ambientes diferentes, reforçando a necessidade de o enfermeiro especialista desenvolver competências na tomada de decisão e pensamento crítico. Como refere MORTON et al. (2010, p.5), “[as] enfermeiras de cuidados críticos, além de utilizar as intervenções de enfermagem desse campo de conhecimentos com base em evidência para otimizar a prestação de cuidados aos pacientes graves e às famílias, precisam de ter uma base sólida de conhecimento e habilidades de pensamento crítico”.

De seguida, passamos à análise das competências do enfermeiro especialista da pessoa em situação crónica e/ou paliativa.

3.2.2 Competências do Enfermeiro Especialista da Pessoa em Situação Crónica e/ou Paliativa

O Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa define a área de especialização que *“toma por alvo de intervenção a Pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos projectos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar”* (OE, 2011^b, p.1).

O SCG é caracterizado pela diversidade de patologias e características diversas das pessoas internadas, como a faixa etária, patologias e fase da doença crónica. Os cuidados prestados direccionados à pessoa internada no SCG, divergem pela dimensão holística dos cuidados de enfermagem. As necessidades de intervenção junto a pessoas com internamento por agudização de uma doença crónica, diagnóstico recente de patologia crónica, realização de cirurgia com

consequência na alteração de estilo de vida e pessoas em situação de fim de vida, permite desenvolver um plano de cuidados direcionado para cada situação específica, de forma a promover o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento e dos familiares.

Por outro lado, o desenvolvimento do PIS é direcionado para resolução de um problema de uma população (ostomizados), que maioritariamente têm associada uma doença crónica (doenças neoplásicas ou inflamatórias), e tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida da pessoa ostomizada e família.

A pessoa com doença crónica necessita de um nível de apoio alargado na comunidade, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para liderar e apoiar modelos apropriados de cuidados na doença crónica. Independentemente do modelo de cuidados utilizado, os enfermeiros são cruciais e necessitam de ter os conhecimentos, aptidões e atributos, de forma a contribuir com todo o seu potencial (OE, 2010^b).

A doença crónica é um termo abrangente e inclui doenças de curso prolongado, associadas a um grau de incapacidade variável, geralmente de progressão lenta, com potencial de compensação e com necessidade de adaptação a diferentes níveis (OE, 2011^b).

Como refere SAPETA (2011, p.73), “[a] *Enfermagem é predominantemente paliativa, alivia o sofrimento, ajuda a alcançar autonomia, proporciona bem-estar e conforto*”. Os cuidados às pessoas com doenças crónicas incapacitantes e com doenças incuráveis na fase avançada e no final das suas vidas, assenta numa filosofia centrada na pessoa doente e não na doença, que aceita a morte como uma etapa da vida, sempre que o tratamento curativo falha nos seus objetivos (SAPETA, 2011).

O desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e /ou paliativa, concretiza-se pela confrontação da prática profissional com os conhecimentos científicos e contributo das aprendizagens realizadas no percurso académico, nomeadamente nas UT Cuidados à Pessoa em Fim de Vida e Espiritualidade e cuidados de Enfermagem.

Cuida da Pessoa com Doença Crónica, Incapacitante e Terminal, dos seus Cuidadores e Familiares em Todos os Contextos da Prática Clínica, Diminuindo o seu Sofrimento e Maximizando o seu Bem-estar, Conforto e Qualidade de Vida

L5.1 – Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares.

L5.2 – Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e familiares.

L5.3 – Envolve cuidadores da pessoa com doença crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação de necessidades

L5.4 – Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio

Pelo código deontológico, artigo 76º, os membros efetivos da OE, estão obrigados a “*exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade de vida dos cuidados e serviços de enfermagem*” (OE, 2012, p.72).

A análise do desenvolvimento das unidades de competência irá ser realizada em dois momentos, primeiro pelo acompanhamento do doente crónico no âmbito da consulta de estomatoterapia e posteriormente o acompanhamento ao doente paliativo/cuidados em final de vida, no internamento no SCG.

O acompanhamento à pessoa com ostomia, pela implementação de intervenções de enfermagem, promove a adaptação da pessoa à ostomia, previne complicações e melhora a qualidade de vida, uma vez que “[a] pessoa que foi, ou será submetida a uma intervenção cirúrgica, da qual resultará uma ostomia sofre uma rutura com o seu esquema corporal, alteração de estilo de vida e alterações na sexualidade, com repercussões a nível psicológico, social e familiar” (SANTOS e CESARETTI, 2001).

Na consulta de enfermagem em estomatoterapia é desenvolvido um plano de cuidados individualizado, envolvendo a pessoa e pessoa significativa, frequentemente são traçados objetivos que necessitam ser negociados com os doentes e pessoa significativa, uma vez que, muitas vezes, estes encontram-se em recusa, chegando a negar o contacto visual com o estoma.

Perante o nível de dependência que a pessoa apresenta, procuramos promover estratégias para o autocuidado, por exemplo pela adequação do material de ostomia, de forma a depender de terceiros o mínimo possível, *“a orientação de enfermagem é essencial no processo de reabilitação dos utentes, pois permite a participação dos mesmos no processo de cuidar, a fim de, desenvolver a sua adaptação e independência”* (NASCIMENTO et al., 2010).

Através dos ensinamentos e observações periódicas, é possível prevenir ou atuar em tempo útil em situações de complicações com a ostomia e/ou agudização da doença. A consulta é realizada de forma periódica e é sempre direcionada à pessoa e família, o que permite reavaliar as necessidades e atualizar o plano de cuidados.

A pessoa com doença crónica necessita de um nível de apoio alargado nas suas comunidades, com o objetivo de manterem o melhor estado de saúde, durante tanto tempo quanto possível, para tal *“ [carecem] de aptidões de auto-cuidado para gerir o problema em casa, associadas a um cuidado e tratamento proactivos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer deteriorações no seu estado possam ser rapidamente enfrentados antes de evoluírem para uma situação aguda”* (OE, 2010^b, p.35). O documento *“os enfermeiros na vanguarda do doente crónico”*, identifica o modelo de Cuidados na Doença Crónica, em que a sua abordagem *“consiste na interacção entre um doente informado, participante, e uma equipa de profissionais preparada, proactiva”* (OE, 2010^b, p.36).

As intervenções realizadas durante o acompanhamento à pessoa ostomizada cumprem o definido no REPE relativamente às formas de atuação do enfermeiro, nomeadamente *“c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias; d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro; e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados”* (OE, 2012, p.16).

Num estudo realizado, verificou-se que os utentes que receberam informações e orientações apresentaram maior aceitação do estoma e, por conseguinte, melhor qualidade de vida, e em contrapartida os que não receberam estas informações apresentaram sentimentos de revolta,

tornando visível a necessidade primordial da orientação da equipa multidisciplinar para o autocuidado (NASCIMENTO et al., 2010).

A maioria dos doentes ostomizados, têm como patologia de base neoplasias, em alguns destes casos o seguimento, em determinado momento passa a ser paliativo, por vezes a própria construção de ostomia constitui uma medida paliativa. No entanto, para abordar o doente terminal, optamos por apresentar a experiência do internamento, uma vez que ocorre o internamento de doentes para cuidados em fim de vida.

A OMS (2006) define cuidados paliativos como *“uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam o problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação perfeita e gestão da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”*.

Quando uma pessoa é internada no serviço em fase terminal, a equipa reúne esforços para oferecer condições que permitam a pessoa e a família vivenciar este período com dignidade. Sempre que identificada uma situação, é possibilitado um quarto individual e facilitado o acompanhamento durante 24h, pela(s) pessoa(s) que a pessoa determina, procurando proporcionar conforto e bem-estar. Respeitando o direito ao acompanhamento familiar, disposto no artigo 20º da Lei 15/2014 *“[as] pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada”*(DR, 2014, p.2130).

Como refere SAPETA (2011, XV), *“[a] maioria dos doentes (68%) continua a morrer nos hospitais de agudos, onde a sua situação clínica, a natureza emocional dos cuidados e a rede de variáveis inerentes ao contexto determina um cenário muito complexo e difícil”*.

No serviço ocorreu uma situação que exigiu uma intervenção para garantir o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais, pois consideramos que estes princípios estavam a ser negligenciados. Num determinado turno, ao receber informação na passagem de turno, constatei que numa enfermaria de quatro camas, que estava alocada ao serviço de medicina, duas dessas vagas tinham sido *“emprestadas”* aos cuidados paliativos, para internamento de duas pessoas para cuidados em final de vida. Nesse turno fiquei responsável pelos utentes

internados nessa enfermaria, então deparei-me com uma doente de medicina internada e duas doentes em fase final de vida a partilharem o mesmo espaço físico. Esta situação para além de ser frustrante para nós, enquanto enfermeira que procura prestar cuidados de qualidade, causou um enorme sofrimento às doentes internadas e à família. Na primeira abordagem a explicação foi que não foram colocadas as doentes em quartos individuais por estes estarem alocados à cirurgia e não à medicina, após conversas com os responsáveis do serviço em que foram chamados para visualizarem a situação, apelando ao direito da dignidade da morte, foi possível solucionar o problema, disponibilizando as condições de privacidade, bem-estar e acompanhamento familiar, pela fundamentação ética, deontológica e legal.

O respeito pelo doente terminal, é um dever do enfermeiro que se encontra previsto no artigo 87º do código deontológico, “*o enfermeiro assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda que o acompanhem na fase terminal da vida; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte*” (OE, 2012, p.79).

Os pilares fundamentais dos cuidados paliativos assentam no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos (OE, 2011^b).

O Quadro de referência do catálogo de cuidados paliativos para uma morte digna, tem como objetivos orientar os enfermeiros ao prestarem cuidados paliativos para promover uma morte digna e apoiar a documentação sistemática de cuidados utilizando a CIPE[®]. A leitura deste documento e os contributos das UT controlo de sintomas, e espiritualidade e cuidados de enfermagem contribuíram para a aquisição desta competência.

Estabelece Relações Terapêuticas com Pessoas com doença Crónica, Incapacitante e Terminal, com seus Cuidadores e Familiares, de modo a facilitar o Processo de Adaptação às Perdas sucessivas e à Morte

L6.1 - Promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica, incapacitante ou terminal, cuidadores e família

L6.2 – Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas

L6.3 – Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico

L6.4 – Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crônica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e os outros membros da equipa, e responde de forma eficaz

Estabelecer uma relação terapêutica é fundamental para construir uma parceria com a pessoa/família na gestão da doença crônica, incapacitante e terminal, LAZURE (1994,p.197) afirma que “*A Relação de Ajuda é indissociável das intervenções de Enfermagem de qualidade*”.

O desenvolvimento de uma relação terapêutica no acompanhamento à pessoa ostomizada e família, em que se preconiza um acompanhamento sistematizado e individualizado, os princípios de uma relação terapêutica têm que estar presentes, para se intervir de forma eficaz. É necessário estabelecer parcerias terapêuticas, respeitar a singularidade e autonomia individual e negociar objetivos/metapas de cuidados. A relação terapêutica também está presente no problema identificado para o desenvolvimento do PIS, pelo desenvolvimento de intervenções que visam facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas, relacionadas com o processo de doença e presença de ostomia.

Por outro lado, perante o internamento de pessoas em fim de vida, a relação terapêutica permite promover cuidados holísticos, envolvendo a pessoa e família nas decisões referentes ao plano de cuidados, respeitando os seus desejos, as necessidades multidimensionais, intervindo no controlo de sintomas, promovendo alívio do sofrimento e o conforto, assim como apoio no processo de luto. “*O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; b) Respeitar a integridade bio - psicossocial, cultural e espiritual da pessoa;c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante*” (OE, 2012, p.76).

Considero perante o exposto que as competências do enfermeiro especialista da Pessoa em Situação Crônica e/ou Paliativa foram adquiridas.

4 Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

De acordo com o decreto de Lei 74/2006 de 25 de Março, a ESS estabeleceu como finalidade do curso “*contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da Especialidade*”, como se pode ler no guia do 4º MEMC. Assim, consideram-se 6 competências a desenvolver e a estas acrescem as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, analisadas nos capítulos anteriores deste relatório.

Neste capítulo passamos à análise reflexiva sobre o desenvolvimento e aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, apresentando-as individualmente.

Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

A profissão de enfermagem tem como finalidade o cuidado humano, sendo o cuidado ao outro o objeto do conhecimento em enfermagem (DEODATO, 2010).

Os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas e interdependentes, sendo o seu foco de atenção os projetos de vida de cada pessoa e que ajudam a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde. (OE, 2012).

O processo de enfermagem é “*uma abordagem decisória e lógica de resolução de problemas, que constitui um quadro de referência para a prática de enfermagem. Define o papel do enfermeiro, à medida que ele e o indivíduo determinem, em conjunto, a necessidade de cuidados de enfermagem*” (BOLANDER, 1998, p.144). Como tal, o processo de enfermagem é uma sequência organizada de etapas e ações, que visam a resolução dos problemas e consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A aquisição desta competência foi efetuada por meio de diferentes contributos. A realização do PIS contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e foi desenvolvido pela utilização de uma metodologia de investigação. Por outro lado, o próprio problema

identificado, preparação pré-operatória ao doente ostomizado, incorpora o processo de enfermagem, uma vez que se procura através de uma sequência organizada de etapas e ações, a resolução dos problemas identificados.

Em 1996, a *United Kingdom Central Council for Nursing* descreve a supervisão clínica como “(...) forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais” (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2014).

A supervisão de cuidados é um conceito essencial para fundamentar o agir (DEODATO, 2010), em que se preconiza a reflexão do processo de enfermagem.

A análise reflexiva da práxis à luz da supervisão de cuidados, permite desenvolver conhecimentos, competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica. É central ao processo de aprendizagem e à expansão da prática e deve ser vista como meio de incentivar a autoavaliação e as competências analíticas e reflexivas. Assume um papel de destaque na proteção e segurança nas situações clínicas mais complexas (CUTCLIFFE, 2001).

O percurso académico realizado contribuiu de forma efetiva para o desenvolvimento desta competência, pelos contributos das UT, nomeadamente pela UT supervisão de cuidados, o trabalho de grupo realizado, promoveu a reflexão/treino desta competência; assim como a realização dos estágios I, II e III, também possibilitou momentos de reflexão sobre a observação da prática, tendo como referência a excelência do cuidar. Enquanto enfermeira especialista constitui uma meta a cumprir na minha prática clínica diária.

Integrar, na prática profissional, os princípios que regem a profissão e que foram desenvolvidos durante o curso, os princípios filosóficos, conceptuais, éticos, deontológicos e jurídicos, agora que a maturidade individual e profissional, após 11 anos de experiência, fornecem uma visão concisa em como a enfermagem enquanto disciplina e profissão se deve desenvolver, orientando a minha praxis, enquanto enfermeira especialista e mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica.

Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

O conceito de aprendizagem ao longo da vida relaciona-se com o tempo, em que, enquanto seres humanos fazemos aprendizagens desde que nascemos até morrermos, sendo um conceito muito amplo, uma vez que acontece em diversas etapas do ciclo de vida do indivíduo.

A ALV faz-se através da conjugação dos Processos de Aprendizagem formais, não formais, e processos informais. *“O conhecimento é reflexão sobre a informação, a capacidade de discernir, de hierarquizar, de transferir e de adequar a informação que se possui”* (NUNES, 2007, p.37).

Ao contrario do processo de aprendizagem, que pode ser ou não intencional, o, conhecimento e aquisição de competências só acontece quando existe vontade e empenho da pessoa em desenvolver-se, exigindo um exercício de reflexão crítica. A aquisição de competências descritas enquanto enfermeira especialista e mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, demonstra o percurso realizado durante o processo formal do curso académico, no entanto não se encontra dissociado da prática profissional e muito menos é estanque. A aquisição de competências exige um constante investimento, sendo um processo dinâmico.

Para nos constituirmos enquanto profissionais de referência, que procuram a excelência do cuidar, é essencial um investimento na praxis de enfermagem, o conhecimento e as competências assumem-se como uma responsabilidade profissional, sendo imperativo a sua aplicação/desenvolvimento no contexto profissional, *“ao enfermeiro cabe-lhe um papel único e insubstituível que só pode ser desempenhado por ele. E cabe-lhe desenvolver-se profissionalmente, num cenário modelar que considere e integre, e respeite, o que ele mesmo aprendeu e desenvolveu”* (NUNES, 2007, p.39).

A aquisição desta competência acontece pelo desenvolvimento de conhecimentos e competências durante o CPLEE e MEMC, procurando o desenvolvimento profissional, mas essencialmente pela aplicação das *“ferramentas”* adquiridas em contexto profissional. O enfermeiro é responsável por identificar as suas necessidades formativas e procurar estratégias para desenvolver conhecimento e competências que contribuem para a sua praxis, *ao longo da vida*. Tanto o PIS como o PAC foram orientados por este princípio.

Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

Uma equipa é constituída por um grupo em que os seus elementos se complementam e estão comprometidos com um objetivo comum, trabalham para atingir uma meta específica comum.

Na área da saúde, é fundamental desenvolver trabalho em equipa, pois os profissionais da saúde devem ser capazes de realizar um número cada vez maior de atividades, com melhor qualidade, num ambiente com necessidades complexas e em constante mudança (HOMEN et al., 2007, p.174).

O problema e intervenções identificados pelo PIS, insere-se num contexto alargado dentro da equipa de saúde, sendo necessário para liderar um projeto de mudança mobilizar competências, capacidades e aptidões de trabalho em equipa: *“as mudanças de organização do trabalho tornaram emergente o trabalho em equipa, sendo relevante a sua função estratégica nas organizações na ótica de que, agregando diversas competências e conhecimentos, se obtém maior eficácia nos resultados”* (HOMEN et al., 2007, p. 170).

Esta competência foi amplamente trabalhada durante o PIS, uma vez que abrange a mudança tanto na equipa de enfermagem como na equipa médica, tendo sido necessário desenvolver estratégias e sermos proactivos dentro da equipa multidisciplinar. Para tal, foi necessário mobilizar e desenvolver competências, em que as UT deram o seu contributo, nomeadamente gestão dos cuidados de enfermagem, liderança de equipas e psicossociologia das organizações. Na área do cuidado à pessoa com ostomia somos reconhecidos como peritos e profissionais de referência. Após execução do PIS fomos por diversas vezes consultores dentro da equipa multidisciplinar na unidade hospitalar.

Ainda para a aquisição desta competência, o exercício de simulação de inundação, realizado durante o estágio, permitiu trabalhar com outros profissionais que pertencem à equipa de saúde, mas que nem sempre temos oportunidade para nos articularmos, equipas do Plano de Emergência Interno, assim como a partilha de experiência da enfermeira do CGR/CQSD, enquanto líder nestas atividades, e que possibilitou a articulação a diversos níveis dentro da equipa de saúde da instituição. Traduzindo-se numa experiência muito gratificante e enriquecedora.

Aja no Desenvolvimento da Tomada de Decisão e de raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigoroso

O exercício autónomo é orientado pela tomada de decisão, que incorpora os resultados de investigação na sua prática (OE, 2001).

De forma a identificar os problemas de saúde da pessoa/comunidade e planear as intervenções adequadas, o enfermeiro deve mobilizar os conhecimentos e competências, tendo como orientação os princípios éticos, legais e deontológicos no processo de tomada de decisão. Como refere FIGUEIRA (2014, p.20), *“prestar cuidados é agir em função da circunstancialidade do utente e do contexto; se para agir é necessário tomar decisões conjugando alguns elementos, então competência e aperfeiçoamento profissional, sendo valores a observar na relação profissional, constituem alguns dos elementos a conjugar para a acção”*.

O enfermeiro especialista e mestre na área da especialidade tem a responsabilidade de procurar no seu exercício, a excelência dos cuidados. Segundo DEODATO (2004) a excelência atinge-se quando os cuidados prestados correspondem aos padrões de qualidade definidos e depende das decisões que se tomam, devendo a tomada de decisão ser um processo consciente, sistemático e organizado. Mais que cumprir normas de qualidade é necessário adequá-las à pessoa em concreto, implicando uma reflexão ética e deontológica adequada e fundamentada nos valores pessoais.

O exercício profissional implica uma prática fundamentada suportada pelo processo de decisão, pois só com a construção e aplicação de argumentos rigorosos a enfermagem consegue afirmar-se enquanto profissão e disciplina.

Para a problemática identificada no PIS foram selecionados meios e estratégias, que foram fundamentados pelas *guidelines* existentes, princípios éticos, legais e deontológicos.

O exercício de reflexão inerente ao processo de decisão é um aspeto essencial à prestação de cuidados. Esta competência foi desenvolvida durante o PIS e PAC, assim como, enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica é uma obrigação no exercício profissional.

A avaliação dos resultados em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem pela implementação do PIS ainda não foi efetuada, uma vez que tem um tempo mais longínquo,

apenas foi avaliada a sua implementação e não o impacto na qualidade de vida da pessoa ostomizada (autocuidado, prevenção de complicações, diminuição do tempo de internamento). A implementação da preparação pré-operatória com a pessoa ostomizada, responde a um direito do doente e a um dever profissional.

Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

A Investigação tem-se demonstrado essencial para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e profissão. Com a investigação procura-se *“fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver. Equacionando aquilo que faz, reflectindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que actualmente se debate”*. (MARTINS, 2008, p.63).

Enquanto disciplina, é pela investigação que a enfermagem assegura a produção e renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos (OE, 2006). *“No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”* (OE, 2001, p.12).

A prática baseada na evidência assenta em quatro pilares: Investigação, experiência, preferências e valores dos utilizadores e recursos disponíveis (TORO, 2007).

Perante a identificação de um problema, o enfermeiro deve construir uma pergunta, como ponto de partida, para procurar a melhor evidência, efetuando uma pesquisa bibliográfica sistematizada, que fundamentam a sua atuação. A competência de tomada de decisão é então requerida, sendo necessário integrar a experiência, conhecimentos éticos, legais e deontológicos, assim como a tomada de decisão também será influenciada pelos recursos existentes.

A Enfermagem Baseada na Evidência é um meio de aplicar a melhor investigação clínica publicada, às práticas de enfermagem, facilitando assim a tomada de decisões acerca dos cuidados a prestar a cada utente (FERRITO, 2007).

A mesma autora refere que, é através da utilização da evidência que os enfermeiros podem provar com bases sólidas e credíveis as suas ações, contribuindo deste modo para a implementação de mudanças nas organizações.

A competência em análise foi concretizada pela realização do PIS, em que perante um problema, com recurso a metodologia de projeto, foram integrados os resultados de investigação, pela pesquisa realizada, na prática clínica, nomeadamente pela construção de procedimentos. Assim como a realização do PAC e estágios, contribuíram para o desenvolvimento de uma praxis sustentada pela investigação, que ao longo deste relatório tem sido alvo de reflexão.

“Os enfermeiros têm a responsabilidade de se envolverem na investigação e desenvolver modelos de prestação de cuidados inovadores que contribuam com evidência sobre a eficácia da enfermagem para o planeamento, gestão e desenvolvimento de políticas” (CIE, 2014, p. 45).

Um aspeto essencial, para fundamentar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, são o Resumo Mínimo de Dados (RMD) e indicadores de enfermagem.

Em sequência de um estudo realizado a OE (2010^c), propõe áreas prioritárias de Investigação em Enfermagem, do trabalho de projeto desenvolvido e anteriormente apresentado, respondemos às áreas propostas, nomeadamente Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; Intervenções de Enfermagem; Segurança dos clientes; Capacitação (*empowerment*) dos clientes; Dimensão ética e deontológica do exercício; Processo e estratégias de desenvolvimento e certificação de competências; viver com doença crónica e promover a qualidade de vida.

Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e seus colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Num projeto não estamos sozinhos e enquanto enfermeiros estamos integrados numa equipa de saúde multidisciplinar. Os enfermeiros são o maior grupo de profissionais de saúde, têm responsabilidade de melhorar a saúde da população e contribuir para o desenvolvimento global. Uma força de trabalho mais competente torna-se mais produtiva, tendo a aprendizagem um papel importante para a prestação de serviços com sucesso (ICN, 2014). Além da necessidade

do enfermeiro investir e se comprometer, também são necessárias políticas organizacionais que promovam o desenvolvimento de aprendizagem e competências profissionais.

Enquanto enfermeira especialista e mestranda em EMC somos responsáveis por identificar as necessidades formativas da equipa, dentro da área de especialidade, sendo necessário realizar uma análise diagnóstica, planeamento e avaliação. Durante a realização do PIS e PAC, foram identificadas necessidades formativas na equipa de saúde, e que se encontram descritas na reflexão sobre a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Durante a minha prática profissional como enfermeira especialista em EMC, identifiquei necessidades formativas e propus ações de formação aos pares e colaboradores.

Num processo de mudança é necessário existir um esforço de toda a equipa, sendo necessário compreender os benefícios dessa mudança, este é um processo dinâmico e que exige esforço e dedicação para ultrapassar os obstáculos que vão surgindo. Para que a mudança ocorra é necessário conhecer a equipa da qual ela depende, para se definir estratégias facilitadoras de implementação. Durante o PIS, foi necessário realizar formação em serviço à equipa de enfermagem, as estratégias formativas selecionadas foram de acordo com as características desta e que foram avaliadas, aquando da avaliação da sessão de formação.

5 Conclusão

Neste capítulo apresentamos a síntese do percurso realizado, analisando os objetivos definidos e efetuamos uma reflexão sobre os aspetos facilitadores e constrangedores identificados, deixamos também algumas considerações futuras.

A estrutura do relatório do trabalho de projeto facilitou a exposição do percurso construído. O caminho foi iniciado pelo enquadramento conceptual, em que escolhemos o referencial teórico o que ajudou a prever, planear e avaliar o projeto. A Teoria das Transições de Afaf Meleis foi a escolhida. Este foi um ganho significativo, uma vez que o exercício de reflexão que nos conduziu à escolha da teoria permitiu integrar na nossa prática profissional um aspeto essencial, que muitas vezes é negligenciado, uma vez que *“a concepção que se tem da saúde, de pessoa, de ambiente ou de cuidados de enfermagem balizam e suportam as decisões clínicas”* (NUNES, 2011, p.91). Desta forma, passámos a integrar na prática profissional esta teoria, nomeadamente na consulta de estomatoterapia, em que os cuidados são concebidos e orientados pela teoria das transições.

A reflexão e articulação dos aspetos éticos, deontológicos e legais, conduziu à adequação do PIS de forma a respeitar estes princípios, que são norteadores do processo de tomada de decisão.

Após a apresentação e fundamentação, com bases científicas, do tema que nos propusemos desenvolver no PIS, passámos a apresenta-lo nas suas fases.

O desenvolvimento PIS e metodologia de trabalho de projeto foi muito útil, consideramos que esta metodologia constitui um aspeto facilitador. Sendo o cuidado essencial e nuclear em cada *curriculum* de formação em Enfermagem, independentemente do nível académico ou do contexto em que é realizada (DEODATO, 2010), consideramos que o nosso investimento num percurso académico desta natureza permitiu “testemunhar” os ganhos em saúde, pela melhoria dos cuidados de enfermagem e impacto na qualidade de vida das pessoas ostomizadas.

Outro aspeto que consideramos ter sido facilitador foi o fato de este percurso ter sido efetuado em duas etapas, primeiro pelo curso de EEMC e depois pelo MEMC, o que nos deu mais tempo, permitindo adequar o planeamento de outras atividades, nomeadamente da avaliação do PIS.

Uma vez que a conjugação dos trabalhos académicos, estágios e atividade profissional é muito difícil.

Para o desenvolvimento do PAC foi necessário realizarmos uma autoanálise sobre os conhecimentos e competências que necessitávamos desenvolver, assim como a responsabilidade de planearmos as atividades que favoreceram a sua aquisição. Desta forma podemos contribuir para a mudança sustentável e para a melhoria contínua, em que os enfermeiros têm que aceitar a responsabilidade para aprender e desenvolver a sua prática (CIE, 2014).

Posteriormente analisámos a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, competências do EEMC e competências de Mestre em EMC.

A Enfermagem enquanto profissão e disciplina, com um corpo de conhecimentos específicos, torna a formação um pilar fundamental na prestação de cuidados, como refere COLLIÈRE (1989, p.339) *“seja a formação de base ou a formação permanente, ela desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, porque é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”*.

A realização do MEMC contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados, no serviço onde desempenho funções, quer pela elaboração dos dois procedimentos promotores de *“boa prática”* na prestação de cuidados à pessoa com ostomia, quer pelo desenvolvimento das atividades realizadas para o PAC.

No final desta etapa académica e com o desenvolvimento das competências, o *“olhar”* para a realidade profissional modificou-se, pela capacidade de identificar aspetos que devem ser melhorados e que são promotores da excelência no cuidar. O que me permite concluir que a formação é essencial para promover a praxis de enfermagem, como nos refere NUNES (2003, p.349) *“[a] enfermagem só pode evoluir se houver investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados”*.

Consideramos que o caminho foi iniciado, mas o percurso exige dedicação e empenho, de forma a contribuir para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem autónomas orientadas pela Tomada de Decisão, baseada nos resultados de investigação existente, *“[a] tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica*

e sistemática. (...) No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” (OE, 2012, p.12).

O objetivo geral do trabalho foi atingido, pois conseguimos apresentar e fundamentar a aquisição de competências, assim como o desenvolvimento de uma praxis especializada. A aquisição de competências de prática especializada e de grau académico de mestre, fornece-nos ferramentas para contribuir para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina, que iniciámos com a realização deste trabalho de projeto, mas que assumimos como responsabilidade para o futuro.

Como refere o CIE (2014, p.45), *“Como o maior grupo de profissionais de saúde (...) os enfermeiros têm a grande responsabilidade de melhorar a saúde da população, assim como contribuir para atingir os objetivos de desenvolvimento global”.*

Cabe a cada um de nós fornecer o seu contributo.

Referências Bibliográficas

- ✓ ABREU, Wilson Correia – **Formação e Aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0.
- ✓ AGENCY FOR HELTHCARE RESEARCH AND QUALITY -**National Guideline Clearinghouse - 7974 (2010)**. [Consult. 17 de Maio 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.guideline.gov>>.
- ✓ AGENCY FOR HELTHCARE RESEARCH AND QUALITY - **National Guideline Clearinghouse - 7658 (2009)**. [Consult. 17 de Maio 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.guideline.gov>>.
- ✓ ALMEIDA, Leandro S.; FREIRE, Teresa – **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. 4ª ed. Braga: Psiquilíbrios, 2007. ISBN 978-972-97388-5-2.
- ✓ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS EM ESTOMATERAPIA [APECE] – **Estatutos da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia**. [Em linha]. 2010. [Consult. 17 de Setembro 2013] Disponível em WWW:<URL:<http://apecept.com>>.
- ✓ BAYKARA, Zehra Gocmen [et. al.] – **A Multicenter Retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma Site marking on stomal and peistomal complications** [Em linha]. Ostomy Wound Management. Maio (2014). [Consult. 25 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <URL:<http://ebsohost.com>>.
- ✓ BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- ✓ BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem Peri-operatória. In **Enfermagem Fundamental**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-96610-6-5. p. 1693-1703.
- ✓ BOLANDER, Verolyn et al – Sorensen e Luckman: **Enfermagem Fundamental – abordagem psicofisiológica**. 1ª ed. Lisboa: Lusociência, 1998. ISBN: 972-96610-6-5.

- ✓ CENTRO HOSPITALAR X [CHX] – **Plano de Emergência Interno Hospital Y.** Equipa de Evacuação tipo B. Manual de formação. 2009.
- ✓ CESARETTI, Isabel [et. al.] – O cuidar na Trajetória do Ostimizado: Pré & Trans & Pós-operatórios. In **Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostimizado.** São Paulo: 2005. ISBN 85-7379-318-X. p. 113-131.
- ✓ CESARETTI, Isabel U. R.; LEITE, Maria G. – Bases para o Cuidar em Estomaterapia. In **Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostimizado.** São Paulo: 2005. ISBN 85-7379-318-X. p. 113-131.
- ✓ CHICK, Norma; MELEIS, Afaf – Transitions: a nursing concern. In **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice.** New York: Springer, publishing company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- ✓ COLLIÈRE; M.– **Promover a vida.** Lisboa:Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3.
- ✓ COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida [em linha]. Bruxelas, 2000. [Consultado a 22 de junho de 2013]. Disponível em WWW:<URL http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/policy/memo_pt.pdf>.
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS [ICN] – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2.** 1ª ed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS [CIE] – **Enfermeiros: Uma Força para Mudar. Um recurso vital para a saúde.** [Em linha]. 2014 [Consult. em 20 de Fevereiro de 2015. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit die 2014 vf 2 proteg.p df](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2014_vf_2_proteg.pdf)>.
- ✓ CONSELHO DO PARLAMENTO EUROPEU – Quadro Europeu de Qualificações para a Aprendizagem ao Longo da Vida- [em linha]. 2008. [Consultado em 20 Abril de 2014]. Disponível em: <URL: <http://eur-lex.europa.eu>>.
- ✓ CRONIN, Elaine – **Stoma Siting: Why and how to mark the abdómen in preparation for surgery** [Em linha]. *Gastrointestinal Nursing*. Vol.12, nº 3 (2014). [Consult. 25 Fevereiro de 2015]. Disponível em WWW: <URL:<http://ebscohost.com>>.

- ✓ CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. - **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE): uma revisão de Literatura.** Revista Eletrônica de enfermagem. [Em linha]. 12:1(2010), 186-94. [Consultado a 3 de junho de 2013]. ISSN 15181944. Disponível em WWW:<URL <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>>.
- ✓ CUTCLIFFE, Jonh R. (2001). “An alternative training approach in clinical supervision”. In: CUTCLIFFE, Jonh; BUTTERWORTH, Tony; PROTOR, Brigid. **Fundamental Themes in Clinical Supervision**. London: Routledge Edition.
- ✓ DAWSON, Sarah – Princípios da Preparação Pré-Operatória. In **Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada**. Loures: Lusociência, Lda., 2003. ISBN 972-8383-54-1.
- ✓ Definição Fluxograma – Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Fluxograma>
- ✓ DEODATO, Sérgio – A excelência do exercício: perspectiva ética e deontológica. **Revista OE**. [Em linha] N.º15 (2004), (p.26-30). [Consult. 20 Fevereiro 2015]. Disponível em: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>. ISSN 1153540/00
- ✓ DEODATO, Sérgio - **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: valoração da sociedade**. Coimbra: Edições Almedina. SA., 2008. ISBN 978-972-40-3401-0.
- ✓ DEODATO, Sérgio – **Supervisão de cuidados: uma estratégia curricular em enfermagem**. *Revista Percursos*. N.º18; 2010. p.3-7. ISSN 1646-50-67.
- ✓ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – **Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos**. Setúbal: ESS/IPS, 2011. Documento de Apoio.
- ✓ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - **Guia de Curso: 2º Semestre**. Setúbal: ESS/IPS, Ano letivo 2014/2015. Documento de Apoio ao 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- ✓ DIARIO DA REPUBLICA [DR] - **Lei n.º 48/90: Lei de Bases da Saúde de 24 de Agosto**. [Em linha]. N.º 195 (1990). P. 3452-3459. [Consult. 13 de Abril 2015] Disponível em WWW: <URL: <http://dre.pt>>.
- ✓ DIARIO DA REPUBLICA [DR] -1.ª Série – A - **Decreto-Lei Nº 161/96**. [Em linha]. N.º 205 (1996). P. 2959-2962. [Consult. 13 de Maio 2014] Disponível em WWW: <URL: <https://dre.pt>>.

- ✓ DIARIO DA REPUBLICA [DR] -1.ª Série – A - **Decreto-Lei Nº 104/98**. [Em linha]. N.º 93 (1998). P. 1739-1757. [Consult. 13 de Maio 2014] Disponível em WWW: <URL: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf>>.
- ✓ DIARIO DA REPUBLICA [DR] – 1.ª Série – N.º 126 (03/07/2014) – **Lei n.º 27/2006: Lei de Bases da Protecção Civil** [Em linha]. (2006). 4696-4706. [Consult. a 2 de Maio de 2014]. Disponível em WWW: <URL <http://dre.pt>>.
- ✓ DIARIO DA REPUBLICA [DR] – II Série – N.º 35 (18/02/2011) - **Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Situação Crítica** [em linha]. Diário da República, 2.ª série, n.º 35. 18 Fevereiro 2011. [Consult. a 2 de Junho de 2014]. Disponível em WWW: <URL <http://dre.pt>>.
- ✓ DIARIO DA REPUBLICA [DR] – **Lei n.º 15/2014 de 21 de Março**. [Em linha]. 1ª Série, n.º 57. (2014). [Consult. 13 de Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://dre.pt>>.
- ✓ DIAS, José Manuel – **Formadores: Que desempenho?** 1ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-75-4.
- ✓ DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS] – Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. [em linha]. Lisboa. Março de 2007. [Consult. a 01-12-2014]. Disponível em WWW:<URL <http://www.dgs.pt>>.
- ✓ DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS] (2008^a) – **Plano Nacional de Controlo da Dor** [em linha]. Lisboa. 18 de Junho de 2008. [Consult. a 01-12-2014]. Disponível em WWW: <URL <http://www.dgs.pt>>.
- ✓ DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS] (2008^b) – Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde- Manual de operacionalização**. [em linha]. Lisboa. Fevereiro de 2008. [Consult. a 01-12-2013]. Disponível em WWW: <URL http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf>.

- ✓ DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE [DGS] – **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes** [Em linha]. Lisboa, 2011 [Consult. 1 Junho 2014]. Disponível em WWW: <URL <http://www.dgs.pt>>.
- ✓ FERRITO, Cândida - Enfermagem baseada na Evidência: estudo piloto sobre necessidades de Informação. **Percursos**. [Em linha]. Nº 3 (2007), p. 36 – 41. [Consult. 20 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.ess.ips.pt/percursos/percursos.html>>. ISSN: 1646-5067.
- ✓ FIALHO, Joaquim; SILVA, Carlos Alberto; SARAGOÇA, José – **Formação Profissional: Práticas organizacionais, políticas públicas e estratégias de ação**. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2013. ISBN 972-872-618-713-1.
- ✓ FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. 2ª ed. Loures: Lusociência, Lda., 1999. ISBN 972-8383-10-X.
- ✓ FORTIN, Marie-Fabienne; COTÊ, José; FILION, Françoise. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, Lda, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- ✓ GALPIN, Timothy J. – **O lado Humano da Mudança: Guia Prático para a Mudança Organizacional**. Lisboa: Edições Sílabo, 2000. ISBN 927-618-227-1.
- ✓ GOLEMAN, Daniel; BOYATZIS, Richard; ANNIE, Mckee – **Os Novos Líderes: A inteligência emocional nas organizações**. Lisboa: Gravidia Publicações, Lda, 2002). ISBN 972-662-864-4.
- ✓ GUERRA, João – **Para uma Política Nacional de Educação Terapêutica/Autogestão do Doente Crónico** [Em linha]. 2010. [Consult. 12 Maio de 2014]. Disponível em WWW: < URL <http://pns.dgs.pt>>.
- ✓ HANSON, P. G. – **Stress e Adaptação**. In **Sorensen & Luckmann: Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica**. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5.
- ✓ INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION [IOA] - **Charter of Ostomates' Rights**. 2007. [Consult. Setembro 2014]. Disponível em WWW: <URL: http://ioa2006.site.aplus.net/welcome_charter.html>.

- ✓ LAZURE, Hélène – **Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-95399-5-2
- ✓ LEAL, M. Teresa – **A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidade**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-20-8.
- ✓ LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – **Trabalho de Projeto: Aprender por Projetos Centrados em Problemas**. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamentos, 2001. ISBN: 972-36-0216-4.
- ✓ LOCH, J.A. – **Princípios da Bioética**. [Em linha]. Rio Grande do Sul: [s.d.]. [Consult. 15 Junho 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/jussara/principiosdebioetica.pdf>>.
- ✓ LONG, Barbara C. – Enfermagem no Pré-Operatório. In **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusodidacta, Lda, 2003. ISBN 972-8383-65-7.
- ✓ MAREK, Jane F.; BOEHNLEIN, Mary J. – A Enfermagem Pré-Operatória. In **Phipss Enfermagem Médico-cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença**. 8ª ed. Loures: Lusodidacta, Lda, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2. p. 245-341.
- ✓ MARQUES, Graciete – A Pessoa Submetida a Ostomia de Eliminação. In **Estomaterapia: O saber e o cuidar**. Lisboa: LIDEL, 2013. ISBN: 9789727578818.
- ✓ MARTINS, José C. A. – **Investigação em Enfermagem: Alguns Apontamentos sobre a dimensão Ética**. [Em linha]. Revista Pensar Enfermagem [Consult. 12 Dezembro 2014]. 12:2 (2008) 62-66. Disponível em WWW: <<http://moodle.ess.ips.pt>>.
- ✓ MEAD, Margaret – Família. In **Sorensen & Luckmann: Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5.
- ✓ MEIGNANT, Alain – **A Gestão da Formação**. Lisboa: Dom Quixote, 2003. ISBN 9789722016087.
- ✓ MEISNER, Søren [et. al.] - **Peristomal Skin Complications Are Common, Expensive, and Difficult to Manage: A Population Based Cost Modeling Study**. **PLoS ONE**. [Em linha]. 7:5 (2012). [Consult. 17 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0037813&representation=PDF>>.

- ✓ MELEIS, Afaf I.; et al. –Transition Theory. **In Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer, publishing company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- ✓ MELEIS, Afaf I.& TRANGENSTEIN, P. A. –Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook. [Em linha]. N.º 24 (1994) 255-259. [Consult. 17 Janeiro 2015]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.nursingoutlook.org>>.
- ✓ MENDONÇA, Regiane [et. al.] - **A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. Hospital do Câncer III: Consulta de Enfermagem em Ostomias Intestinais**. Revista Brasileira de Cancerologia [Em linha]. 53:4 (2007) 431-435. [Consult. 17 Janeiro 2015]. Disponível em WWW: <URL: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v04/pdf/artigo5.pdf>.
- ✓ MEZOMO, João Catarin – **Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos**. Tamboré: Editora Manole, 2001. ISBN 85-204-1263-7.
- ✓ MORTON, Patricia G.; FONTAINE, Dorrie K.; HUDAK, Carolyn M. – **Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma abordagem Holística**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA, 2010. ISBN: 978-85-277-1717-5.
- ✓ MOTA, M José – Estomaterapia. **In Estomaterapia: O saber e o cuidar**. Lisboa: LIDEL, 2012. ISBN: 9789727578818.
- ✓ NASCIMENTO, Conceição M. S. [et. al.] – **Vivência do Paciente Estomizado: Uma Contribuição para a Assistência de Enfermagem** [Em linha]. Revista Enfermagem. Vol.3, nº20 (2011), p. 557-5643 ISSN 0104-0707. [Consult. 10 Outubro 2014]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.php>>.
- ✓ NUNES; Lucília – **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN ISBN 978-972-8383-60-2
- ✓ NUNES, Lucília – **Janelas de Aprendizagem ao Longo da Vida**. [Em linha]. 2007. [Consultado em 20 Abril de 2014]. Disponível em WWW: URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n3_Jan2007.pdf>.
- ✓ NUNES, Lucília; et al. – Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. **Percursos**. [Em linha] N.º 15 (2010). [Consult. 20 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: URL: <http://web.ess.ips.pt/percursos/percursos.html>. ISSN 1646-5067.

- ✓ NUNES, Lucília – Significar os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: caminho estratégico de desenvolvimento. **Revista OE**. [Em linha] N.º 38 (2011). [Consult. 20 Fevereiro 2015]. Disponível em: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>. (p.90-95). ISSN 1646-2629.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE] (2001^a) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** [Em linha]. (2001). [Consult. 21 Setembro 2014] Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE] (2001^a) – **Regulamento para a Elaboração de Guias Orientadores de Boas Práticas de Cuidados** [Em linha]. (2001). [Consult. 21 Novembro 2014] Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição**. [Em Linha]. 2006. [Consult. 02 Fevereiro 2015]. Disponível WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores de Boas Práticas de Cuidados** [Em linha]. (2007). [Consult. 21 Fevereiro 2014]. Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE] – **Dor: Guia Orientador de boa Prática** [Em linha]. Cadernos OE. Série I, n.º1 (2008). [Consult. 21 Março 2014] Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE] – **MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem** [Em linha]. Caderno Temático. (Dezembro 2009). [Consult. 21 Março 2014] Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM ENFERMEIROS [OE] (2010^a) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista**. [Em linha]. (2010). [Consult. 1 Junho 2014] Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM ENFERMEIROS [OE] (2010^b) – **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. [Em linha]. (2010). [Consult. 21 Maio 2014]. ISBN: 978-989-96021-9-9. Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE] (2010^c) – **Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal**. [Em linha]. (2010). [Consult. 21 Maio 2014] Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE] (2011^a) – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** [Em linha]. (2011). [Consult. 21 Maio 2014] Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM ENFERMEIROS [OE] (2011^b) – **Regulamento de Padrões de Competências Específicas do Enfermeiro em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**. [Em linha]. (2011). [Consult. 21 Maio 2014] Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE] – **REPE e Estatutos da Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. (2012). [Consult. 21 Setembro 2013]. Disponível em WWW: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.
- ✓ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA [UNESCO] – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Em linha]. 2006. [Consult. 27 de Janeiro 2014]. Disponível em WWW: <URL:<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>.
- ✓ PARENTE, Paulo [et. al.] - **Ética nos Cuidados de Saúde**. Sinais Vitais. 1.^a ed. n.º 3. Coimbra: Editora Formasau, Formação e Saúde Lda, 1998. ISBN 972-8485-04-2.
- ✓ PARLAMENTO EUROPEU [PE] e CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA [CUE] – Decisão 2006/1720/CE de 15 de Novembro de 2006 – Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em WWW: <URL: http://www.proalv.pt/wordpress/wp-content/uploads/2013/10/joce_15_11.pdf>.
- ✓ PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016. **Objectivo para o sistema de saúde – Obter Ganhos em Saúde**. [Em linha]. (2012) [Consult. 30 Abril 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://pns.dgs.pt>>.
- ✓ PERSON, Benjamin [et. al.] - **The Impact of Preoperative Stoma Site Marking on the Incidence of Complications, Quality of Life, and Patient’s Independence. Diseases of the Colon & Rectum** [Em linha]. 55: 7 (2012) 783–787. [Consult. 17 Maio

- 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.wehealny.org/services/bi_colorectalsurgery/forms/Stoma%20Counseling.pdf>.
- ✓ REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO- Ostomy Care and Management. [Em linha]. 2009. [Consult. 16 Janeiro 2015] Disponível em WWW:< URL:< <http://rnao.ca>>.
 - ✓ ROYAL COLLEGE OF NURSING – **Transcultural Health Care Practice: Transcultural clinical supervision in health care practice**. [Em linha]. 2014. [Consult. 13 de Maio 2014]. Disponível em WWW: <URL: http://www.rcn.org.uk/development/learning/transcultural_health/clinicalsupervision>
 - ✓ SANTOS, Célia B. – Nota Introdutória. In **Estomaterapia: O saber e o cuidar**. Lisboa: LIDEL, 2013. ISBN: 9789727578818.
 - ✓ SANTOS, Marcos et. al. – **TEXTO DE APOIO: a Análise SWOT e a Seleção de Prioridades**. Évora: Centro de investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”, 2007.
 - ✓ SANTOS, V; CESARETTI, I – Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001. ISBN 978-857-37-9318-5.
 - ✓ SEELEY, Rod R.; STEPHENS, Trent D.; TATE, Philip – Aparelho Digestivo (Cap24). In **Anatomia e Fisiologia**. 8ª ed. Lusodidacta, Lda, 2011. ISBN 978-972-62-2 p. 895-900.
 - ✓ SHUMACHER, Karen L.; MELEIS, Afaf Ibrahim – Transitions: A central concept in nursing. In **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer, publishing company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
 - ✓ SIMÕES, João F. F.; FONSECA, Mª José; BELO, Ana Paula – Relação de Ajuda: horizontes de existência. **Revista referência**. II serie n.º3. Dezembro 2006.
 - ✓ SMITH, Cristine E. – Cirurgia Gastrointestinal. In **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13ª ed. Loures: Lusodidacta, Lda, 2007. ISBN 978-989-8075-07-9. p. 297-355.

- ✓ STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.
- ✓ TORO, Alberto G. - Enfermería Baseada en la Evidencia: Como incorporar la investigación a la práctica de los Cuidados. 2ª ed. España: Cuardenos metodolodicos Index, 2007. ISBN 84-931966-6-5.
- ✓ WORLD COUNCIL OF ENTEROSTOMAL THERAPIST [WCET] –**International Ostomy Guideline recommendations**. [Em linha]. (2014). [Consultado em 18 de Dezembro de 2014]. Disponível em WWW: <URL:www.wcet.org>

Apêndices

Apêndice 1

Diagnóstico Situação (PIS)



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

3.º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÉDICO – CIRÚRGICA



Definição do Problema

Estudante: Joana Elvira de Abreu Alves Portela
Instituição: Centro Hospitalar de [REDACTED] - Hospital de [REDACTED]
Serviço: Cirurgia Geral
Título do Projeto: Preparação Pré-Operatória à Pessoa Ostomizada
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha: <p>A pessoa com ostomia sofre alterações importantes na sua vida, nas dimensões física, psicológica e social. A intervenção de Enfermagem junto a este grupo de pessoas é de grande importância. Desde 1998, a equipa de Enfermagem por ser sensível aos problemas específicos deste grupo, desenvolveu no serviço um atendimento em consulta de Enfermagem para acompanhar a pessoa com ostomia após a alta. O grupo que realiza as consultas de estomaterapia tem sentido a inexistência de consulta no pré-operatório como uma lacuna.</p> <p>No 1º semestre do 3º CPLEE, na unidade temática de ambientes em saúde, o grupo constituído por 5 elementos (em que 4 pertencem ao serviço de cirurgia geral, eu inclusive) realizou a análise de uma situação problemática. O tema por nós escolhido foi o abandono, por parte da equipa de enfermagem, da prática de realização da marcação de estoma no pré-operatório. A realização deste trabalho possibilitou a análise deste problema e aprofundar conhecimentos nesta área. A marcação do estoma no período pré-operatório é uma intervenção de enfermagem incluída na preparação pré-operatória da pessoa, mas que não se pode estar dissociada de outras intervenções, pelo que a realização de consulta pré-operatória de Estomaterapia torna-se um ponto essencial. Assim, a realização de PIS torna-se uma oportunidade para implementar um atendimento diferenciado no pré-operatório, que tem repercussões na qualidade de vida futura da pessoa ostomizada, assim como na diminuição de complicações no pós-operatório.</p> <p>Em entrevista de carácter exploratório com a Enf.ª Orientadora e Enf.ª Chefe do serviço, foi dado feedback da pertinência do tema e sua importância para o serviço. Posteriormente, durante o estágio I, fui auscultando os colegas para perceber qual a receptividade e pertinência do tema.</p>
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema: <p>Inexistência de preparação pré-operatória à pessoa ostomizada.</p>
Análise do problema: <p>No ano de 2012, foram integrados na consulta de estomaterapia (após alta) 51 novos doentes, destes 27 pessoas foram submetidas a cirurgia eletiva e 24 a cirurgia urgente. Apenas a 2 pessoas foi realizada marcação de estoma no pré-operatório (véspera da cirurgia, durante o internamento).</p> <p>Segundo recomendações da National Guideline Clearinghouse (NGC) - 7658 (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2009) deve ser realizada uma intervenção na fase pré-operatória, que deve incluir: educação pré-operatória a todas as pessoas e familiares que irão ser submetidas a cirurgia geradora de ostomia (nível evidência Ib); deve ser realizada marcação de estoma (nível evidência IIa); explorar possível impacto da ostomia na intimidade e sexualidade da pessoa (nível evidência Ia) e providenciar treino progressivo de relaxamento muscular (nível evidência Ib). Na NGC-7974 (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2010), o ensino sobre a ostomia deve ter uma componente pré e pós-operatória realizada por enfermeira especializada na área de estomaterapia (nível de evidência b); a pessoa com preparação para as mudanças que a ostomia irá trazer em todas as áreas da sua vida apresenta menor período de adaptação à ostomia (nível evidência C).</p> <p>A Carta dos Direitos dos Ostomizados (INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION, 2007), prevê como direito a pessoa ostomizada receber aconselhamento pré-operatório para assegurar que a pessoa conhece os benefícios da cirurgia e ostomia, assim como os factos essenciais sobre o que significa viver com um estoma; ter um estoma bem construído e localizado num sítio apropriado; receber suporte médico experiente e profissional e de enfermeira de estomaterapia no período pré e pós-operatório no hospital e/ou comunidade.</p> <p>Tendo em conta as recomendações internacionais e os estudos nesta área, realizei uma entrevista informal estruturada aos enfermeiros do serviço, em que apresentei o tema do projeto e realizei 4 questões (Apêndice I) para perceber a sua perceção sobre a pertinência do projeto e receptividade da equipa. Dos 44 elementos da equipa de enfermagem, 6 estão ausentes (ferias e atestado), inquiri 27 enfermeiros, tendo uma representação da equipa de 61%. Quando questionados acerca da pertinência de realização de estoma e se está será facilitadora para a autonomia/adaptação da pessoa à ostomia, todos responderam positivamente. Quando questionei se consideravam importante a marcação de estoma, 2 enfermeiros não responderem por desconhecerem a importância da marcação de estoma e 1 respondeu que não considerava importante. Os 24 enfermeiros que responderam sim, também consideraram positiva a abordagem teórica à pessoa sobre a marcação de estoma, facilitaria a marcação de estoma na véspera da cirurgia (em contexto de internamento).</p> <p>Também efetuei entrevista informal não estruturada à equipa médica e diretora do serviço, em que demonstraram considerar</p>



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

3.º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÉDICO –CIRÚRGICA



pertinente e mostraram disponibilidade em colaborar com o projeto. Para a implementação deste projeto é necessário que a equipa multidisciplinar esteja recetiva e envolvida, uma vez que será a equipa médica a referenciar a pessoa para a consulta de estomaterapia.

Realizei análise SWOT (Apêndice II), tendo verificado que o projeto tem mais forças que fraquezas, nomeadamente forças internas (Necessidade das pessoas, motivação equipa multidisciplinar, aprovação da chefia e direção). As fraquezas do projeto prendem-se essencialmente com escassez de recursos humanos e quanto às ameaças estas relacionam-se com a inexistência de políticas Nacionais como ameaça ao projeto.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Analisando o problema identificam-se os seguintes problemas parcelares:

- Necessidade de aprofundar/atualizar conhecimentos;
- Necessidade de construir os objetivos da Consulta de Pré-Operatório de Estomaterapia e intervenções de Enfermagem a realizar;
- Construir documento de registos de Enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia;
- Necessidade de encaminhamento médico para consulta de estomaterapia todos os utentes que serão submetidos a cirurgia em que é previsível a construção de ostomia;

Determinação de prioridades

São definidas como prioridades deste projeto:

- Construir procedimento de preparação pré-operatória à pessoa ostomizada;
- Desenvolver competências no atendimento pré-operatório em estomaterapia;
- Construir um documento com definição de objetivos da consulta pré-operatória de estomaterapia e intervenções de enfermagem a realizar;
- Envolver equipa multidisciplinar.

Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema:

OBJECTIVO GERAL

Implementar a consulta de Estomaterapia no período pré-operatório.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Uniformizar os Procedimentos de Preparação Pré-operatória à Pessoa com ostomia;
- Promover a continuidade de Cuidados de Enfermagem;
- Validar/Consolidar conhecimentos com enfermeiro perito na área de estomaterapia;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância em referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomia para a consulta de estomaterapia;
- Monitorizar a referenciação das pessoas à consulta de estomaterapia.

Referências Bibliográficas (Norma da ESS)

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - National Guideline Clearinghouse- 7658 (2009). [Consult. 17 de Maio 2013] Disponível em WWW:<URL:http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15613_search=ostomy>
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - National Guideline Clearinghouse- 7974 (2010). [Consult. 17 de Maio 2013] Disponível em WWW:<URL:http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15613_search=ostomy>
- INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION - Charter of Ostomates' Rights. [Em linha]. [s.l.]. [s.d.][Consult. 9 de Abril de 2013] Disponível em WWW:<URL:http://ioa2006.site.aplus.net/welcome_charter.html>
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS EM ESTOMATERAPIA – Estatutos da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia. [Em linha]. 2010. [Consult. 17 de Maio 2013] Disponível em WWW:<URL:<http://apecept.com/page.php?conteudo=&tarefa=ver&id=12&item=Estatutos>>

Apêndice 2

Guião de Entrevista



GUIÃO DE INQUÉRITO

Questões

1. Considera facilitadora a realização de consulta de estomaterapia antes do internamento?

Sim Não

2. Considera a realização de consulta de estomaterapia pré-operatória, antes do internamento, benéfica para a otimização da autonomia/adaptação da pessoa à ostomia?

Sim Não

3. Considera importante a realização de marcação de estoma, antes da cirurgia?

Sim Não

4. Considera que, a abordagem teórica relativa ao procedimento de marcação do estoma, realizada no pré-operatório, antes do internamento, facilitaria a execução deste procedimento, antes da cirurgia?

Sim Não

Apêndice 3

Análise SWOT



	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Interno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessidade das pessoas em serem integradas na consulta de estomaterapia no pré-operatório ▪ Não existência de outras consultas de estomaterapia em [REDACTED]; ▪ Equipa multidisciplinar motivada; ▪ Melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados; ▪ Benefícios podem ser percecionados pela equipa multidisciplinar durante o internamento da pessoa: otimização do ensino; ▪ Aprovação da chefia, direção do serviço e de Enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escassez de recursos; ▪ Risco de doentes não serem referenciados pela equipa médica;
Externo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de estudos que demonstram a importância de um atendimento de enfermagem em estomaterapia que se deve iniciar no pré-operatório; ▪ Direito consagrado na carta dos direitos dos ostomizados (International Ostomy association e Associação Portuguesa dos Ostomizados). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inexistência de políticas Nacionais na área de estomaterapia; ▪ Risco de não ser possível distribuir um enfermeiro para a consulta de estomaterapia.

Análise SWOT PIS

Apêndice 4

Planeamento PIS



Planeamento do Projecto

Estudante: Joana Elvira de Abreu Alves Portela	Orientador Docente- Armandina Antunes Enf. ^a MC
Instituição: CHX, Hospital Y – Serviço Cirurgia Geral	Serviço: Cirurgia Geral
Título do Projeto: Preparação pré-operatória com a Pessoa ostomizada	
<p>Objectivos (geral específicos, centrados na resolução do problema). <u>OBJECTIVO GERAL</u></p> <p>Implementar a consulta de Estomaterapia no período pré-operatório.</p> <p><u>OBJECTIVOS Específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Uniformizar os Procedimentos de Preparação Pré-operatória à Pessoa com ostomia; - Promover a continuidade de Cuidados de Enfermagem; - Validar/Consolidar conhecimentos com enfermeiro perito na área de estomaterapia; - Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância em referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomia para a consulta de estomaterapia; - Monitorizar a referenciação das pessoas à consulta de estomaterapia. - Monitorizar a realização da marcação do local do estoma. 	
<p>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</p> <p>Docente Orientadora Prof.^a Armandina Antunes Enf.^a MC (Enfermeira orientadora) Enf.^a Chefe AA Diretora do serviço Dr.^a EVP Diretor do Departamento Cirúrgico: Dr.^o LC Equipa de Enfermagem Equipa médica</p>	



3.º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

Objetivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>- Uniformizar os Procedimentos de Preparação Pré-operatória à Pessoa com ostomia.</p>	<p>- Pesquisa Bibliográfica sobre: Preparação pré-operatória à pessoa com ostomia;</p> <p>- Conhecer as Orientações existentes, com base em evidência, para a preparação pré-operatória à pessoa com ostomia e marcação do local do estoma;</p> <p>- Conhecer as Orientações existentes, com base em evidência, para a realização da Marcação do local do estoma;</p> <p>- Definir objetivos e intervenções de Enfermagem a desenvolver no período pré-operatório (consulta de estomaterapia pré-operatória e internamento);</p>	<p>Promotor do Projeto</p> <p>Enfermeira orientadora</p>	<p>Computador com acesso a internet e base de dados;</p> <p>Impressora</p>	60h	<p>- Elaborar procedimento de preparação pré-operatória à pessoa com ostomia;</p> <p>- Elaborar procedimento de Marcação do local do estoma.</p>
<p>- Promover a continuidade de Cuidados de Enfermagem</p>	<p>- Pesquisa Bibliográfica sobre: vantagens de existência de consulta pré-operatória em estomaterapia, objetivos e intervenções de Enfermagem;</p>	<p>Promotor do Projeto</p> <p>Enfermeira orientadora</p>	<p>Computador com acesso a internet e base de dados;</p> <p>Impressora</p>	30h	<p>-Elaborar documento de registos e intervenções de enfermagem no período pré-operatório à pessoa com ostomia.</p>



3.º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

<p>- Validar/Consolidar conhecimentos com enfermeiro perito na área de estomaterapia;</p> <p>- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância em referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomia, para a consulta de estomaterapia;</p>	<p>- Realizar Estágio de observação participante na consulta de estomaterapia do IPOX, com orientação de Enfermeiro perito na área de estomaterapia.</p> <p>- Discutir procedimento de preparação pré-operatória e documentos do processo de enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia;</p> <p>- Recolher sugestões.</p> <p>- Reunir com Enf.^a chefe, Enf.^a Orientadora, Diretora do serviço e Chefe de Equipa médica do Inframesocólico;</p> <p>- Apresentar procedimento de preparação pré-operatória e documentos do processo de enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia;</p> <p>- Recolher sugestões;</p> <p>- Apresentar o projeto à equipa multidisciplinar;</p> <p>- Realizar entrevistas informais com a equipa médica (perceber dificuldades e obstáculos à referenciação das pessoas para a consulta pré-operatória em estomaterapia)</p> <p>- Realizar sessão de formação, dirigida à equipa de enfermagem, sobre preparação pré-operatória à pessoa com ostomia (apresentação do projeto e procedimento de preparação pré-operatória à pessoa com ostomia); ~</p> <p>- Promover o treino da técnica de marcação de estoma em contexto real, dos elementos da equipa de enfermagem;</p>	<p>Promotor do Projeto</p> <p>Enfermeira orientadora</p> <p>Enfermeira Chefe</p> <p>Diretora do serviço</p> <p>Equipa médica</p> <p>Equipa de Enfermagem</p>	<p>- Computador com programa PowerPoint</p> <p>- Projetor</p> <p>- Impressora</p>	<p>35h (20/01/14 a 24/01/14)</p> <p>95h</p>	<p>- Reconhecer os objetivos e intervenções de Enfermagem da consulta de pré-operatório, identificando-os no relatório de estágio.</p> <p>- Participação de 70% da equipa de enfermagem na sessão de formação;</p> <p>- 40% da equipa médica, total, em Dezembro de 2014 já referenciou, pelo menos 1 utente para a consulta de estomaterapia;</p> <p>- 70% das equipas do inframesocólico e equipa cirurgia minimamente invasiva, em Dezembro de 2014 já referenciou, pelo menos 1 utente</p>
--	--	--	---	---	--



3. ° CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

<p>- Monitorizar a referenciação das pessoas à consulta de estomaterapia.</p> <p>- Monitorizar a realização da marcação do local do estoma.</p>	<p>- Elaborar e afixar Fluxograma de referenciação à consulta de estomaterapia;</p> <p>- Consultar os programas operatórios e verificar quais os doentes que podem ser referenciados à consulta de pré-operatório;</p> <p>- Consultar o nº de doentes referenciados à consulta de estomaterapia no pré-operatório;</p> <p>- Estimar a percentagem de doentes referenciados.</p> <p>- Consultar os processos da consulta de estomaterapia e verificar a quantos doentes foi realizada marcação do local do estoma na véspera da cirurgia.</p>	<p>Promotor do projeto</p> <p>Promotor do projeto</p>	<p>Programas operatórios</p> <p>Processos dos utentes da consulta de estomaterapia</p> <p>Processos dos utentes da consulta de estomaterapia</p>	<p>20h</p> <p>20h</p>	<p>para a consulta de estomaterapia;</p> <p>- 40% da equipa de enfermagem realizou marcação do local do estoma, Dezembro de 2014.</p> <p>- 70% das pessoas em programa operatório, em que se prevê a construção de estoma, são referenciados para a consulta de pré-operatório de estomaterapia.</p> <p>- 70% das pessoas ostomizadas, submetidas a cirurgia eletiva, a marcação do local do estoma foi realizada na véspera da cirurgia</p>
---	--	---	--	-----------------------	--



Cronograma: (em anexo)

Orçamento:

Recursos Humanos: Promotor do projeto, docente responsável, Enf.^a chefe, Enf.^a orientadora do serviço de cirurgia geral, Enf.^a orientadora da consulta de estomaterapia do IPO X, diretora do serviço de cirurgia geral, equipa médica e equipa de enfermagem.

Recursos Materiais: Os recursos materiais associados são um computador com ligação à internet para realizar a pesquisa bibliográfica, envio de email para a orientação do projeto e envio dos documentos finais e computador com acesso à intranet para que seja possível aceder à documentação do hospital (Normas de Orientação Clínica e Procedimentos Sectoriais); impressora com papel e tinteiros para a impressão dos documentos necessário ao projeto. Também é necessário papel e caneta para apontamentos.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Identifiquei como possíveis constrangimentos deste projeto a dificuldade em cumprir os prazos, pelo facto de se tratar também de um trabalho académico e ser necessário cumprir os prazos previstos pela escola, pelo que se torna necessário efetuar um planeamento rigoroso e cumprir cronograma estabelecido; o facto de não existir no CHX enfermeiros com experiência na área de estomaterapia, pelo que defini a realização de estágio no IPOX, com a Enfermeira IM, que é uma referência nacional na área de estomaterapia, para validar os conhecimentos que adquiri através de pesquisa bibliográfica; e por fim, o facto de a realização do projeto depender exclusivamente do seu promotor, por o outro elemento da consulta de estomaterapia se encontrar em baixa prolongada, como forma de ultrapassar este constrangimento pretendo envolver os elementos que pertencem ao grupo de apoio à pessoa com ostomia e se possível integrar pelo menos um elemento na consulta.

Data ___/___/_____

Assinatura: _____

Docente: _____




CRONOGRAMA PIS

	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Junho	Julho Ago	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Pesquisa bibliográfica														
Diagnóstico de Situação														
Reunir com Enf. ^a Chefe Enf. ^a Orientadora, Diretora Serviço e Diretor do Departamento Cirurgia														
Construir Procedimento de Preparação Pré-operatória à Pessoa com Ostomia														
Construir Documento de Registos de Enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia														
Realizar Estágio de Observação participante na Consulta de Estomaterapia do IPOX														
Validar com Enf. ^a perita na área da estomaterapia, os documentos produzidos														
Apresentar o Procedimento de preparação pré-operatória à Equipa multidisciplinar.														
Realizar Sessão de Formação dirigida à equipa de enfermagem														
Treinar a equipa de enfermagem na marcação do local do estoma em contexto real.														
Reunião com Enf. ^a chefe do serviço														
Reunião com equipa Inframesocólico														
Monitorizar a referenciação das pessoas à consulta pré-operatória de estomaterapia														
Monitorizar a realização da marcação de estoma														

Apêndice 5

Procedimento de Preparação pré-operatória à Pessoa com Ostomia

	<i>Preparação Pré-Operatória à Pessoa com Ostomia de Eliminação</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

1. Objectivo

Garantir a existência de um documento que reúna os procedimentos a realizar na preparação pré-operatória à pessoa proposta para cirurgia, em que se preveja a construção de ostomia de eliminação.

2. Campo de aplicação

Todos os enfermeiros do serviço de cirurgia geral.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CHX- Centro Hospitalar X

APECE- Associação portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia.


Estomaterapia- é “ uma área diferenciada de cuidados de saúde, que integra o saber científico-técnico, princípios de relação de ajuda e que, através da informação, do ensino e do aconselhamento, permite à pessoa que irá ser ou foi submetida a uma ostomia prosseguir a nível pessoal, familiar, profissional e social, com as necessárias “modificações” o mais rápido possível, concretizando objetivos e metas” (APECE, 2010).

Ostomia- “é o termo usado para designar a abertura criada por intervenção cirúrgica, cujo objetivo é criar um novo trajeto para a saída de fezes ou urina (MARQUES, 2013, p.17).

Período pré-operatório- “tem início quando a cirurgia é planeada e termina quando o indivíduo é transferido para a mesa operatória no bloco operatório” (BOLANDER, 1994, p.16989).

4. Referências

- AGENCY FOR HELTHCARE RESEARCH AND QUALITY - National Guideline Clearinghouse- 7658 (2009). [Consult. 17 de Setembro 2013] Disponível em WWW:< URL:http://www.guideline.gov>
- AGENCY FOR HELTHCARE RESEARCH AND QUALITY - National Guideline Clearinghouse- 7974 (2010). [Consult. 17 de Setembro 2013] Disponível em WWW:< URL:http://www.guideline.gov>
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS EM ESTOMATERAPIA – Estatutos da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia. [Em linha]. 2010. [Consult. 17 de Setembro 2013] Disponível em WWW:< URL: http://apecept.com>
- BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem Peri-operatória. In **Enfermagem Fundamental**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-96610-6-5. p. 1693-1703.
- CESARETTI, Isabel U. R.; LEITE, Maria G. – Bases para o Cuidar em Estomaterapia. In **Assistência em Estomaterapia : Cuidando do Ostomizado**. São Paulo: 2005. ISBN 85-7379-318-X. p. 113-131.
- INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION - Charter of Ostomates' Rights. [Em linha]. [s.l.] [s.d][Consult. 9 de Outubro de 2013] Disponível em WWW:< URL:<<http://ioa2006.sitel>>
- MENDONÇA, Regiane [et. al.] - A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. Hospital do Câncer III: Consulta de Enfermagem em Ostomias Intestinais. Revista Brasileira de Cancerologia [Em linha]. 53:4 (2007) 431-435. [Consult. 17 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v04/pdf/artigo5>.
- REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO- Ostomy Care and Management. [Em linha]. 2009. [Consult. 16 Novembro 2013] Disponível em WWW:< URL:< <http://rnao.ca>>

	Preparação Pré-Operatória à Pessoa com Ostomia de Eliminação	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

5. Responsabilidades

Enfermeira chefe e Diretor do serviço de cirurgia geral pela sua aprovação e implementação.

Enfermeiros e médicos do serviço de cirurgia geral pelo seu cumprimento.

6. Procedimento

A pessoa ao ser confrontada com a necessidade de viver com um estoma, de ter de manipular as suas fezes e de perder o controlo sobre a eliminação destas, apresenta um nível muito significativo de vulnerabilidade. Produzindo representações negativas para a pessoa, com implicações determinantes na sua vida, designadamente, alterações psicológicas e emocionais severas (CESARETTI e LEITE, 2005).

Segundo MENDONÇA et al. (2007), quando a pessoa recebe a notícia sobre a patologia diagnosticada, a cirurgia proposta, os tipos de tratamentos e a possibilidade de ficar com uma ostomia, ocorre um grande abalo na sua vida, fazendo com que o período pré-operatório seja uma etapa de extrema importância, na qual os enfermeiros podem marcar a diferença.

Consulta de Estomaterapia

Localização: Serviço de Cirurgia Mulheres, Hospital de São Bernardo. 4º Piso, ala nova do Hospital.

Funcionamento: 2as e 5as Feiras, das 8h às 16h30.

Sempre que uma pessoa seja proposta para a realização de cirurgia, com possibilidade de construção de ostomia, esta deve ser referenciada para a consulta de stomaterapia, na fase Pré-operatória.

Circuito e Referenciação:

Consulta Médica de Cirurgia Geral


- Referenciar para consulta de stomaterapia, quando o doente é proposto para cirurgia eletiva, em que se preveja a construção de ostomia de eliminação;
- Preencher impresso de marcação de consulta pré-operatória, com vinheta do doente;
- Orientar o doente para dirigir-se, com esse papel, ao serviço de Cirurgia Mulheres, junto do gabinete de stomaterapia. Entregar o papel à Enfermeira da consulta de stomaterapia ou Enfermeira chefe de equipa;
- A enfermeira da consulta de stomaterapia realiza a marcação da consulta;
- A enfermeira chefe de equipa coloca o papel de marcação de consulta no gabinete de stomaterapia, após confirmar contacto telefónico e informação de consulta pré-operatória. Posteriormente o doente é contactado e efetuada marcação de consulta pela enfermeira da consulta de stomaterapia.

No Internamento

- Quando se detete uma situação em que o utente será submetido a cirurgia em que se preveja a possibilidade de cirurgia com construção de ostomia de eliminação, os médicos ou enfermeiros, por contacto telefónico (ext.4123), referenciam o doente para a enfermeira de stomaterapia.
- O doente é encaminhado, pelo enfermeiro responsável, ao gabinete de consulta de stomaterapia;
- Faz a avaliação da condição clínica, caso o utente não reúna condições físicas, o enfermeiro de stomaterapia dirige-se ao serviço de internamento.

Exceção

Em situações urgentes/emergentes, o médico assistente avalia as condições do doente e a possibilidade de marcação de estoma; é contacto enfermeiro de stomaterapia, para realizar marcação do local do estoma.

	Preparação Pré-Operatória à Pessoa com Ostomia de Eliminação	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

Preparação pré-operatória na Consulta de Estomaterapia

- Avaliação Inicial da pessoa, que engloba avaliação física e avaliação psicológica (Apêndice 1).

- Avaliação Física:

- Identificar alterações a nível sensorial/motora;
- Identificar alterações de capacidades cognitivas;
- Avaliação antropométrica (peso, altura e IMC);
- Avaliação Risco Nutricional;
- Avaliação condições da pele (se existem lesões ou história de alterações cutâneas e alergias);
- Teste de sensibilidade aos hidrocoloides.

- Avaliação Psicológica:

- Reações Emocionais;
- Identificar Medos Presentes;
- Identificar e desmistificar existência de mitos.

- Informação:

- Breve explicação da Anatomia e Fisiologia do Aparelho Digestivo;
- Descrição sucinta da técnica cirúrgica mediante dúvidas do doente;
- Breve descrição dos procedimentos Pré e Pós-Operatórios;
- Descrição física e funcionamento do Serviço de Cirurgia Geral e da Consulta de Estomaterapia;

- Fornecer documentação informativa;
- Responder às expectativas do utente.

- A Enfermeira da Consulta de estomaterapia realiza registos de enfermagem, utilizando o documento de avaliação inicial (Apêndice 1) e registo de intervenções de enfermagem (Apêndice 2).

Preparação pré-operatória no internamento:

- Apoio psicológico;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Marcação do local do estoma (consultar procedimento marcação de estoma).

7. Anexos


Apêndice 1 – Folha de avaliação Inicial para o utente com ostomia de eliminação

Apêndice 2 – Folha de registo de Intervenções de Enfermagem no Pré-Operatório

Elaboração	Revisão	Ratificação
Nome das pessoas que elaboraram o procedimento	Nome de quem irá rever o documento no prazo de 3 anos	Assinatura de quem ratifica
		Data:

Apêndice 6

Procedimento de Marcação do Local do Estoma

	Procedimento de Marcação do Local do Estoma	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

1. Objectivo

Uniformizar o procedimento de marcação de estoma.

2. Campo de aplicação

Todos os enfermeiros do departamento cirúrgico.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CHX Centro Hospitalar X

APECE- Associação portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia

Estomaterapia- é “ uma área diferenciada de cuidados de saúde, que integra o saber científico-técnico, princípios de relação de ajuda e que, através da informação, do ensino e do aconselhamento, permite à pessoa que irá ser ou foi submetida a uma ostomia prosseguir a nível pessoal, familiar, profissional e social, com as necessárias “modificações” o mais rápido possível, concretizando objetivos e metas” (APECE, 2010).

Ostomia- “é o termo usado para designar a abertura criada por intervenção cirúrgica, cujo objetivo é criar um novo trajeto para a saída de fezes ou urina (MARQUES, 2013, p.17).

Período pré-operatório- “tem início quando a cirurgia é planeada e termina quando o indivíduo é transferido para a mesa operatória no bloco operatório” (BOLANDER, 1994, p.16989).


4. Referências

- AGENCY FOR HELTHCARE RESEARCH AND QUALITY - National Guideline Clearinghouse- 7658 (2009). [Consult. 17 de Setembro 2013] Disponível em WWW:< URL:<http://www.guideline.gov>>

-AGENCY FOR HELTHCARE RESEARCH AND QUALITY - National Guideline Clearinghouse- 7974 (2010). [Consult. 17 de Setembro 2013] Disponível em WWW:< URL:<http://www.guideline.gov>>

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS EM ESTOMATERAPIA – Estatutos da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia. [Em linha]. 2010. [Consult. 17 de Setembro 2013] Disponível em WWW: <URL: <http://apecept.com>>

- BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem Peri-operatória. In **Enfermagem Fundamental**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-96610-6-5. P. 1693-1703.

	Procedimento de Marcação do Local do Estoma	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

- INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION - Charter of Ostomates' Rights. [Em linha]. [s.l.] [s.d][Consult. 9 de Outubro de 2013] Disponível em WWW: <URL: <http://ioa2006.site.aplus.net/welcome_charter.html>

- REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO- Ostomy Care and Management. [Em linha]. 2009. [Consult. 16 Novembro 2013] Disponível em WWW: <URL: <<http://rmao.ca/bpg/guidelines/ostomy>>

- SEIÇA, Ana; MORAIS, Isabel – Competências no Cuidar e Tecnologia. **In Estomaterapia: O saber e o cuidar**. Lisboa: LIDEL, 2012. ISBN: 9789727578818

5. Responsabilidades

Enfermeiro chefe do serviço de cirurgia geral pela sua aprovação, implementação e divulgação.
Enfermeiros do serviço de cirurgia geral pelo seu cumprimento.

6. Procedimento

Quando a pessoa é confrontada com o diagnóstico, o tratamento e a necessidade de realizar uma cirurgia com construção de ostomia, inicia um processo de adaptação muito complexo, nomeadamente, na dimensão física, pela alteração da imagem corporal; psicológica, pelo impacto da doença e ostomia no seu quotidiano; e social, pela mudança do seu papel na sociedade e família. De acordo com OLIVEIRA e NAKANO (2005, p. 279) "Ao buscar a cura através do tratamento cirúrgico desencadeia-se, muitas vezes, o trauma resultante de alterações nas funções orgânicas, destacando-se a sensação de mutilação".

Realizar a marcação do local do estoma, aumenta a probabilidade de a pessoa se adaptar e reduz complicações resultantes de uma localização inadequada do estoma, pois a escolha do local é efetuada de acordo com critérios que visem a adaptação do saco, por outro lado o envolvimento da pessoa no processo de seleção do local é facilitador da sua adaptação e autocuidado.


Segundo a National Guideline Clearinghouse-7974, a marcação do local do estoma no pré-operatório reduz a incidência de complicações e melhora o autocuidado (nível de evidência B).

A International Ostomy Association (IOA) defende o reconhecimento mundial da Declaração dos direitos dos Ostomizados e define como direito "Ter um estoma bem feito, em local apropriado, proporcionando atendimento integral e conveniente para o conforto do doente" (INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION, 2007).

Diversos autores apontam para a suprema importância da correta marcação do estoma pré-operatoriamente, enquanto **estratégia de prevenção de complicações pós-operatórias**; de **otimização da independência do utente**, e de **promoção da qualidade de vida do mesmo**, defendendo a prática como recomendável a todos os utentes (PERSON et al, 2012).

Durante o procedimento de marcação do local do estoma, devem ser considerados os seguintes fatores:

- Tipo de cirurgia;
- Músculo reto abdominal;
- Visualização do estoma pelo doente;

 Procedimento de Marcação do Local do Estoma	Data de entrada em vigor:	--/--/--
	Versão ##	--/--/--
	Próxima revisão:	--/--/--
	Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

- Presença de próteses ou de aparelhos ortopédicos que exigem apoio abdominal;
- Pregas cutâneas;
- Cicatrizes de anteriores intervenções;
- Linha natural da cintura;
- Estruturas ósseas vizinhas, como o rebordo costal nas transversostomias;
- Lesões cutâneas;
- Vestuário;
- Atividades laborais e físicas.

Marcação do Local do Estoma:

- A avaliação do local de marcação do estoma deve ser realizado com o doente na posição de deitado, sentado e em pé;
- Deve-se aplicar um saco de ostomia no ponto selecionado, que deve ter uma área livre circundante de 4 a 5 cm, para garantir a aderência do material (ter em consideração a provável localização da sutura operatória);
- O local selecionado deve ser marcado com caneta dermográfica;
- Com o doente deitado, traçam-se 3 linhas imaginárias: espinha ilíaca ântero-superior e o umbigo; outra entre o umbigo e o púbis; e entre a espinha ilíaca e o púbis. A marcação é efetuada no espaço triangular definido pelas 3 linhas (Imagem 1);
- Com o doente na posição de sentado, verificar se a marcação efetuada se encontra em área livre, garantido a adequada aderência do material coletor; verificar se é visível para o doente e tipo de vestuário que utiliza (cintura das calças ou saia);
- Repetir o procedimento anterior com o doente na posição de pé;
- Considerar uma segunda ou mesmo terceira localização alternativa, que será ou não rejeitada durante a cirurgia.

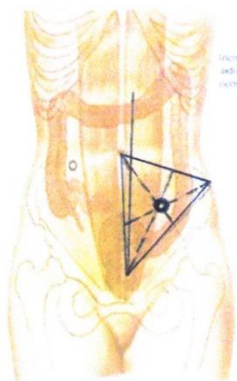


Imagem 1- Seleção do local

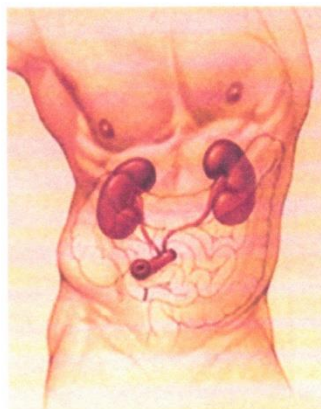
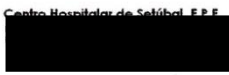


Imagem 2- Urostomia

Centro Hospitalar do Sotúbal, E.P.E. 	Procedimento de Marcação do Local do Estoma	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

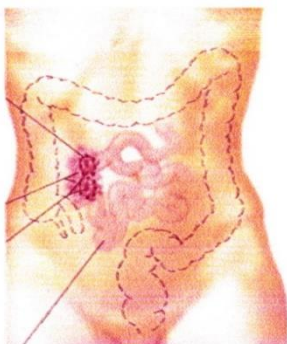


Imagem 3-Ileostomia

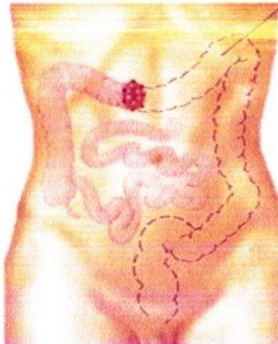


Imagem 4- Transversostomia

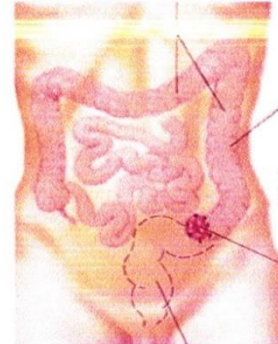


Imagem 5- Colostomia

Na véspera da cirurgia deve ser realizada preparação pré-operatória, de acordo com procedimento de preparação pré-operatória à pessoa com ostomia, que inclui a marcação do local do estoma.

A marcação do local do estoma deve ser efetuada na véspera da cirurgia, preferencialmente por enfermeiro da consulta de estomaterapia. No entanto, na ausência do enfermeiro da consulta de estomaterapia, este procedimento pode ser realizado por qualquer enfermeiro que tenha conhecimentos e esteja treinado na sua realização.

Sempre que seja necessária a realização da marcação do local do estoma, deve ser contactado enfermeiro da consulta de estomaterapia, pela ext. 4121/4123.

7. Anexos

Elaboração Nome das pessoas que elaboraram o procedimento	Revisão Nome de quem irá rever o documento no prazo de 3 anos	Ratificação Assinatura de quem ratifica Data:

Apêndice 7

Avaliação Inicial



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



3.º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO – CIRÚRGICA

Dados Pessoais	N.º Proc. Estomateraiá _____
Nome:	
Idade:	
Profissão:	
Escolaridade:	
Contacto Telefónico:	Email:
Morada:	
Pessoa Significativa:	
Contacto:	Grau Parentesco:
Ambiente Familiar	
Informação dirigida a:	
Antecedentes Pessoais	
<u>Antecedentes Familiares:</u>	
<u>Patologias Associadas:</u>	
<u>Consumos Toxicológicos:</u>	
Hábitos Alcoólicos <input type="checkbox"/>	
Hábitos Tabágicos <input type="checkbox"/>	
Outros <input type="checkbox"/> _____	



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
3.º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO – CIRÚRGICA

Hábitos de Vida	
Atividades Sociais:	
Crenças/Cultura/Religião	
Capacidade sensorial/motora	
Destreza Manual _____	
Visão _____	
Audição _____	
Locomoção _____	
Capacidades Cognitivas	
Memória _____	
Compreensão _____	
Retenção Informação _____	
Reações Emocionais	
Labilidade <input type="checkbox"/>	Recusa <input type="checkbox"/>
Choro <input type="checkbox"/>	Resignação <input type="checkbox"/>
Negação <input type="checkbox"/>	Aceitação <input type="checkbox"/>
Indiferença <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Nutrição/Alimentação	
Hábitos Alimentares:	
Avaliação Antropométrica	
Altura: _____	Risco Nutricional _____
Peso: _____	
IMC: _____	

Data ___ / ___ / _____

Enfermeira _____

Apêndice 8

Atividades Realizadas na Consulta Pré-Operatória de Estomaterapia



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
3.º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO – CIRÚRGICA



(vinheta do utente)

N.º Proc. Consulta Estomaterapia _____

Atividades Consulta Pré-Operatória de Estomaterapia

Avaliação Inicial	
Preencher documento de Avaliação Inicial	
Informação	
Breve Explicação da Anatomia e Fisiologia do Aparelho Digestivo	
Breve Descrição da técnica cirúrgica	
Conceitos: estoma, ostomia, colostomia, ileostomia e urostomia	
Descrição sucinta dos procedimentos Pré e Pós-Operatórios	
Descrição física e funcionamento do Serviço e da Consulta de Estomaterapia	
Fornecer documentação informativa	
Esclarecimento de Duvidas	
Avaliação Física	
Capacidade sensorial/motora	
Capacidades cognitivas	
Avaliação antropométrica (peso, altura e IMC)	
Avaliação Risco Nutricional	
Avaliação condições da pele	
Teste de Sensibilidade aos Hidrocoloides	
Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	
Avaliação Psicológica	
Reações Emocionais	
Identificar Medos Presentes	
Identificar e desmistificar existência de mitos	
Marcação do Local do Estoma	

Enfermeiro _____

Data ____ / ____ / ____

Apêndice 9

Focos CIPE[®]: Focos e Intervenções de Enfermagem no Período
Pré-Operatória em Estomaterapia



Estágio III

Diagnósticos de Enfermagem- CIPE beta 2

Na Consulta de Pré-Operatório a primeira intervenção será sempre a avaliação inicial, posteriormente, com a informação recolhida é então realizado o plano de cuidados.

De seguida são apresentados os diagnósticos de Enfermagem que se verificam na maioria dos casos, utilizando a linguagem CIPE versão beta 2, atualmente em utilização no CHX.

CONHECIMENTO

“Conhecimento é um tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências adquiridas; domínio e reconhecimento da informação” (p.45)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Conhecimento [Período Pré e Pós-Operatório na Cirurgia Intestinal e construção de ostomia] Diminuído	Conhecimento não diminuído ou Diminuído em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os conhecimentos da pessoa sobre o período pré e pós-operatório; - Explicar a Anatomia e Fisiologia do Aparelho digestivo; - Explicar a técnica cirúrgica, mediante dúvidas do doente; - Explicar conceitos: estoma, ostomia, colostomia, ileostomia e urostomia; - Descrever os procedimentos pré e pós-operatórios; - Descrever o funcionamento do serviço e da Consulta de Estomaterapia; - Disponibilizar documentação informativa; - Orientar sobre recursos na comunidade; - Promover o esclarecimento de dúvidas.



Estágio III

APRENDIZAGEM COGNITIVA

“Aprendizagem Cognitiva é um tipo de aprendizagem com as características específicas: aquisição de capacidades de resolução de problemas, associada a inteligência e pensamento consciente” (p.46)

Este diagnóstico deve ser considerado quando, se identificar durante a realização da avaliação inicial, a existência de obstáculos à aprendizagem, por capacidades cognitivas comprometidas (estados demências, doença de alzheimer...)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Aprendizagem Cognitiva [Cuidados à ostomia] comprometida, do doente	Aprendizagem Cognitiva comprometida, em grau reduzido.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o ensino para a pessoa significativa; - Negociar objetivos de aprendizagem com o doente e pessoa significativa; - Planear estratégias promotoras de aprendizagem, mediante capacidades e características pessoais do doente.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Aprendizagem Cognitiva [Cuidados à ostomia] comprometida, da pessoa significativa	Aprendizagem Cognitiva comprometida, em grau reduzido.	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar objetivos de aprendizagem com o doente e pessoa significativa; - Negociar o envolvimento de uma 3ª pessoa, que possa facilitar o processo de aprendizagem; - Planear estratégias promotoras de aprendizagem, mediante capacidades e características pessoais do doente e pessoa significativa;



Estágio III

APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES

“Aprendizagem de Capacidades é um tipo de aprendizagem com as características específicas: aquisição do domínio de atividades práticas associada a treino, prática e exercício” (p.46)

Este diagnóstico enquadra-se quando se trata de doentes com dificuldades na prestação do autocuidado, por exemplo: diminuição da visão, hemiplegias, artroses... em que se torna necessário discutir estratégias para posteriormente promover o autocuidado.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
<p>Aprendizagem de Capacidades [Auto-Cuidado à ostomia] comprometida, do doente</p> <p>Aprendizagem de Capacidades [Auto-Cuidado à ostomia] comprometida, da pessoa significativa</p>	<p>Aprendizagem de Capacidades comprometida, em grau reduzido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar objetivos de aprendizagem com o doente e pessoa significativa, direcionados para o doente. - Planejar estratégias promotoras de aprendizagem, mediante capacidades e características pessoais do doente; - Encorajar o doente; - Explicar ao doente e pessoa significativa a possibilidade de adequar o material às necessidades do doente, que facilitem o processo de aprendizagem do autocuidado; - Promover o envolvimento da pessoa durante a realização da marcação do local do estoma.



Estágio III

MEDO

“Medo é um tipo de Emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo, comportamento agressivo em posição de ataque com os olhos muito abertos ou fuga da fonte do medo “ (p.47)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Medo Presente	Medo Presente, em grau reduzido;	<ul style="list-style-type: none"> - Promover um ambiente calmo e privacidade para que a pessoa possa expressar os seus receios; - Disponibilizar tempo; - Encorajar ativamente a pessoa; - Escutar ativamente os sentimentos que a pessoa verbaliza; - Identificar Medos presentes; - Identificar e desmistificar medos/ mitos; - Orientar a pessoa; - Explicar os procedimentos. - Apoiar a pessoa; - Incentivar auto-controlo: medo.

COPING

“Coping é um tipo de Adaptação com as características específicas: disposição para gerir o stress, eu constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do controlo psicológico.” (P.50)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Processo de coping ineficaz	Processo de coping eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o impacto da ostomia no quotidiano; - Encorajar a comunicação expressiva de emoções; - Avaliar estratégias de coping; - Aconselhar a utilização de mecanismos de coping eficazes; - Promover a adaptação às atividades do quotidiano: sociais, lazer e trabalho.



Estágio III

ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

“Aceitação do Estado de Saúde é um tipo de Aceitação com as características específicas: reconciliação com as circunstâncias de saúde” (P.50)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Aceitação do Estado de Saúde não demonstrado	Aceitação do Estado de Saúde demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o impacto da ostomia no quotidiano; - Identificar existência de experiências ou contacto com pessoas ostomizadas anteriores; - Promover esclarecimento de dúvidas; - Identificar aspetos positivos que advenham do procedimento cirúrgico e construção da ostomia; - Promover o envolvimento da pessoa na seleção do local para construção do estoma; - Promover a interação com outras pessoas que passaram pelo mesmo processo (em estadios mais avançados de aceitação/ maior autonomia); - Promover a esperança.

AUTOCONTROLO

“Autocontrolo é um tipo de Adaptação com as características específicas: disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida” (P.51)

AUTOCONTROLO: MEDO

“Autocontrolo: Medo é um tipo de Autocontrolo com as características específicas: disposições tomadas para dominar em si próprio os sentimentos de alarme por uma fonte identificável pela eliminação e redução dos percussores e das fontes do medo” (P.51)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Auto-controlo: Medo comprometido	Auto-controlo: Medo não comprometido ou Comprometida em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o envolvimento do doente e familiares/ pessoa significativa; - Identificar medos; - Encorajar a comunicação expressiva de emoções; - Promover técnicas de relaxamento (treino de relaxamento corporal progressivo).



Estágio III

AUTO-ESTIMA

“Auto-estima é um tipo de Autoconceito 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 auto-aceitação e de autolimitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva” (P.54)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Auto-estima comprometida	Auto-estima não comprometida ou Comprometida em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a pessoa; - Disponibilizar tempo; - Encorajar a comunicação expressiva de emoções; - Escutar a pessoa; - Promover o envolvimento da pessoa na seleção do local para construção do estoma; - Promover a interação com outras pessoas que passaram pelo mesmo processo (em estadio mais avançado de aceitação/ maior autonomia); - Promover a esperança.

IMAGEM CORPORAL

“Imagem Corporal é um tipo de Autoconceito com as características específicas: imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, das partes do seu corpo e da sua aparência física” (P.54)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Imagem Corporal comprometida	Imagem Corporal não comprometida ou comprometida em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a pessoa; - Escutar ativamente; - Induzir uma mudança da imagem corporal; - Promover o envolvimento da pessoa na seleção do local para construção do estoma; - Promover a interação com outras pessoas que passaram pelo mesmo processo (em estadio mais avançado de aceitação/ maior autonomia).



Estágio III

PROCESSO FAMILIAR

“Processo Familiar é um tipo de fenómeno de Enfermagem da Família com as características específicas: interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família” (P. 65)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Processo Familiar alterado	Processo Familiar não alterado ou alterado em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o suporte familiar; - Apoiar a pessoa; - Encorajar a verbalização de sentimentos com a família; - Facilitar suporte familiar; - Promover o diálogo com a família/ pessoa significativa.

INTERAÇÃO SEXUAL

“Interação Sexual é um tipo de Acção interdependente com as características específicas: expressões comportamentais de desejos, valores, atitudes e actividades sexuais entre indivíduos” (P.64)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Interação Sexual alterada	Interação Sexual não alterada ou alterada em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar potencial impacto na sexualidade; - Encorajar a conversa entre par/cônjuge; - Encorajar a presença de par/cônjuge na consulta; - Escutar ativamente; - Encorajar a conversa franca e aberta na consulta;

MACERAÇÃO PELE PERISTOMAL

“ Maceração é um tipo de Tecido com as características específicas: abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua de humidade e de pele molhada” (P:28)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem
Maceração, risco de	Maceração não presente	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a adequada aderência do dispositivo coletor à pele e estoma (marcação do local do estoma); - Prevenir ocorrência de reações alérgicas (teste de hidrocólóide).



Estágio III

Referências Bibliográficas:

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 972-98149-5-3.

TAVARES, M Joana – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. **In Estomaterapia: O saber e o cuidar**. Lisboa: LIDEL, 2012. ISBN: 9789727578818.

Apêndice 10

Relatório de Estágio de Observação em consulta de Estomaterapia

Relatório de Estágio em Gabinete de estomaterapia

O Gabinete de Estomaterapia da Instituição Hospitalar IPOX existe desde 6 de setembro 1999. Localiza-se no piso 1 do serviço de Consulta Externa deste hospital, tendo como destinatários todos os doentes do centro regional, portadores de qualquer tipo de ostomia: respiratória, digestiva ou urinária. Funciona de 2ª a 6ª feira, das 8h às 16h.

A equipa de Enfermagem é composta por um enfermeiro responsável, 4 enfermeiros colaboradores, 1 enfermeiro que presta assistência e 1 Assistente Operacional. Conta com apoio do serviço social, 1 médico de otorrinolaringologia, urologia e da área digestiva. Sempre que necessário contactam com as especialidades e encaminham o doente. Como funcionam em simultâneo no mesmo local (consulta externa), muitas vezes é possível proceder logo à observação (por exemplo o médico de dermatologia é chamado e vem ao gabinete observar o utente, o que ocorreu com frequência durante esta semana de estágio).

Existe um enfermeiro fixo no gabinete, de 2ª a 6ª feira, que é a enf.ª responsável, e um enfermeiro colaborador em cada dia da semana que pertence a outros serviços (2ª feira- serviço cirurgia cabeça e pescoço e urologia, 4ª feira serviço de radioterapia/internamento, 5ª feira- consulta externa/consulta da Dor e 6ª feira- serviço radioterapia/braquiterapia).

O modelo teórico adotado pelo IPOX é o Modelo de Virgínia Henderson. O Gabinete de Estomaterapia considera três postulados subjacentes à conceção de enfermagem de Virgínia Henderson: Todo o ser humano deseja a independência e tende para ela; o indivíduo é um todo com necessidades fundamentais; e quando uma necessidade não está satisfeita o indivíduo não está completo, inteiro e independente.

Considera que o papel do enfermeiro consiste: Observar os níveis de dependência do doente na sua resposta às necessidades fundamentais; Analisar a situação/qual a ajuda que necessita; Organizar as respostas supletivas e Analisar os resultados.

No Gabinete de Estomaterapia, a prestação de cuidados à pessoa que vai ser ou foi submetida a uma ostomia é o centro das atenções.

A atividade do Gabinete de Estomaterapia engloba quatro grandes áreas: Assistencial, Gestão e acessoria, Formação e Investigação.

O Gabinete de Estomaterapia passou, à semelhança de todo o IPOX, pelo Programa de Acreditação Internacional para Organizações, tendo uma pasta organizada com documentos produzidos e atualizados em Abril de 2013. Tive oportunidade de consultar os documentos, onde constatei o longo e extenso trabalho que tem vindo a ser realizado. Esta pasta encontra-se dividida em quatro Normas: Norma referente à Gestão do Serviço, mão-de-obra e trabalho de equipa (organograma, Regulamento Interno ou descrição de funções no gabinete de estomaterapia e Normas e Protocolos de Atuação do Gabinete de Estomaterapia); Norma de Planeamento e objetivos do serviço; Norma de Ambiente do Serviço; e Norma com o título, Trabalhar com funções administrativas clínicas.

Nas normas de atuação existem 12 procedimentos e nos protocolos de atuação existem 19 procedimentos.

Os enfermeiros do gabinete de estomaterapia dão apoio aos serviços de internamento.

No primeiro dia de estágio foi-me apresentado o gabinete e funcionamento. Tendo sido explicado o “circuito” de referenciação da pessoa ao gabinete. O médico assistente encaminha o doente no pré-operatório, sendo efetuada a primeira consulta sempre que a construção de ostomia seja previsível.

Todas as semanas as enfermeiras consultam o plano operatório, percebendo quais e quando os utentes são admitidos para cirurgia eletiva. Os utentes antes de serem encaminhados para o serviço de internamento, sempre que possível, vão ao gabinete de estomaterapia, onde se realiza uma consulta voltada para o ensino, esclarecimento de dúvidas e realização da marcação de estoma. Quando não é possível os utentes se deslocarem ao gabinete, os enfermeiros vão aos serviços onde efetuam estas intervenções.

A forma de referenciação passa apenas pelo contacto telefónico de outro profissional de saúde, o utente passa no gabinete e é realizada consulta, sendo efetuado sempre registo administrativo, apenas tem que ter o cartão da Instituição.

Os enfermeiros do gabinete de estomaterapia dão apoio aos serviços de internamento. Possuem uma pasta com os processos de todos os doentes ostomizados internados nos serviços do hospital, todos os dias contactam os serviços para atualizarem a informação e questionarem se existe alguma situação problemática. Sempre que necessário os enfermeiros dos internamentos solicitam a colaboração do gabinete de estomaterapia. Todos os dias, passam pelos serviços para realizarem visita aos doentes ostomizados, no período pós-operatório, vão conversando, observando as necessidades, recursos e apoio familiar e combinam, quando o doente reúne condições físicas, ida ao gabinete de estomaterapia para realizar ensino de autocuidado.

Os processos dos doentes ainda são todos manuais, estando-se a iniciar agora em alguns serviços da Instituição hospitalar, a introdução ao registo CIPE/SAPE.

A realização de trabalhos de investigação é uma atividade dos enfermeiros do gabinete de estomaterapia, que tentam não descorar e reconhecem-lhe a importância na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Existem diversos trabalhos desenvolvidos pelo gabinete de estomaterapia.

A Enf.^a IM, enf.^a orientadora do estágio é a coordenadora do gabinete e Enfermeira chefe do serviço de consultas externas. A Enf.^a IM é também presidente da APECE, sendo uma referência nacional, pelo trabalho que tem desenvolvido nesta área de conhecimento, sendo responsável por diversos cursos de formação nesta área. Reconhecida como perita na área de estomaterapia, com vários trabalhos de investigação realizados.

No primeiro dia de estágio, foi possível acompanhar a Enf.^a IM na realização de consultas de voluntariado na Liga Portuguesa contra o cancro. Trata-se de um programa, Movimento de Apoio à Pessoa Ostomizada, criado a

pensar nas pessoas ostomizadas de outras instituições, e que não têm apoio especializado na área da estomaterapia.

Existe uma cooperação entre a Liga Portuguesa Contra o cancro e o gabinete de estomaterapia, uma vez que o Núcleo Regional do Centro- Liga Portuguesa contra o cancro, financia o gabinete de estomaterapia, pela aquisição de materiais específicos, fundamentais para a qualidade de vida da pessoa com ostomia respiratória. Estes materiais são fornecidos gratuitamente a todos os ostomizados com ostomia respiratória, que o solicitem, e é efetuado registo, em folha própria, com a identificação do doente, tipo e quantidade de material oferecido. Uma vez que os materiais de ostomia respiratória não são comparticipados, a sua compra tem que ser suportada pelos utentes, sendo estes materiais caros.

Em relação aos materiais de ostomia de eliminação estes são fornecidos pelo gabinete de estomaterapia durante o período de seleção de material, posteriormente o doente compra o material e trata do reembolso junto do centro de saúde de referência ou subsistema de saúde

Durante a realização deste estágio foi possível concretizar os objetivos a que me propus.

- Conhecer o procedimento da Consulta Pré-operatória de Estomaterapia, pela consulta do procedimento do gabinete de estomaterapia do IPOX e discussão com enfermeira orientadora sobre este;

- Observar o funcionamento desta; tive a oportunidade de observar durante o estágio a realização de quatro consultas pré-operatórias e consultas as normas de atuação e procedimentos;

- Reconhecer possíveis obstáculos/dificuldades na sua execução e forma de os ultrapassar. Através de entrevista informal, em que a enfermeira orientadora narrou a sua experiência ao implementar o gabinete de estomaterapia, dificuldades sentidas e formas encontradas para ultrapassar obstáculos. Tive oportunidade de apresentar o meu projeto, procedimento e documentos de registo de enfermagem. Pela experiência da enfermeira orientadora, foram diversos os contributos e a construção dos documentos

sofreram diversas alterações, tendo sido sugeridas várias estratégias. Uma delas passa pela realização de procedimento de marcação de estoma.

Sendo a Enf.^a IM uma referência nacional na área da estomaterapia, conhece os trabalhos de investigação que vão sendo realizados, tendo também partilhado o seu conhecimento sobre outras realidades nacionais, projetos em desenvolvimento e dificuldades dos diferentes contextos.

Apêndice 11

Plano de Sessão de Formação



Estágio III

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

TEMA: Preparação Pré- operatória à pessoa com ostomia

FORMADOR: Joana Portela

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do serviço de cirurgia geral

DATAS: 05/05/2014 e 07/05/2014

DURAÇÃO: 90 min

OBJETIVO GERAL

Uniformizar procedimentos de preparação pré-operatória e de marcação do local de estoma

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar benefícios de realizar a preparação pré-operatória à pessoa com ostomia;
Conhecer os procedimentos de preparação pré-operatória e de marcação do local do estoma;
Identificar os aspetos a considerar na realização da marcação do local do estoma;
Identificar benefícios na marcação do local do estoma;
Realizar a marcação do local do estoma em manequim.

RECURSOS NECESSÁRIOS

Computador portátil, videoprojector, manequim (abdominal), caneta dermográfica e sacos de ostomia.

PLANO DE SESSÃO

Documento Realizado por: Joana Portela; Prof.^a orientadora: Armandina Antunes; Enf.^a orientadora: MC



Estágio III

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TEMA	RECURSOS DIDÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	TEMPO	AValiação
INTRODUÇÃO No final da introdução os formandos deverão ser capazes de: - Demonstrar oralmente o interesse pela temática.	- Apresentação do formador; - Apresentação do tema e pertinência enquanto PIS; - Comunicação dos objetivos da sessão; - Apresentação do índice.	- Apresentação Power Point®	- <u>Método</u> : expositivo e interrogativo. - <u>Técnica</u> : expositiva e questões orais.	2 min	<u>Avaliação Diagnóstica</u> - Formulação de questões orais, observação.
DESENVOLVIMENTO No final do desenvolvimento os formandos deverão ser capazes de: - Reconhecer a importância e impacto do período pré-operatório na pessoa com ostomia; - Reconhecer a preparação pré-operatória como um direito (IOA); - Identificar as orientações internacionais referentes à preparação pré-operatória; - Conhecer o procedimento de preparação pré-operatória; - Conhecer o procedimento de Marcação de estoma;	- Período Pré-operatório na Pessoa com ostomia; - Preparação pré-operatória: Carta dos direitos da pessoa com ostomia (IOA); - Orientações Internacionais (AHRQ e RCAO); - Apresentação do Procedimento de Preparação Pré-operatória; - Apresentação do Procedimento de Marcação de Estoma.	Apresentação Power Point® Apresentação de vídeo	- <u>Método</u> : expositivo e interrogativo. - <u>Técnica</u> : expositiva e questões orais. - <u>Método</u> : expositivo, interrogativo e demonstrativo. - <u>Técnica</u> : expositiva, vídeo e questões orais.	58 min (15 min) (4 min) (4 min) (15 min) (20 min)	<u>Avaliação Formativa</u> - Formulação de questões orais, observação.
CONCLUSÃO/ AVALIAÇÃO Os formandos deverão: - Realizar, com aproveitamento, a avaliação prática e conhecer o resultado; - Esclarecer dúvidas com o formador.	- Grelha de Observação - Esclarecimento de dúvidas	- Manequim de Abdómen; - Caneta dermatográfica; - Saco de ostomia.	- <u>Método</u> : expositivo, interrogativo e ativo. - <u>Técnica</u> : expositiva, questões orais, dinâmica de grupo e role-playing.	30 min.	<u>Avaliação Sumativa</u> - Técnica de observação (grelha de observação).

Apêndice 12

Grelha de Avaliação da sessão de formação



Após a formação o formando realiza um exercício prático, pela técnica de role-playing, em que efetua a técnica de marcação de estoma. Em simultâneo serão realizadas questões orais. A avaliação é realizada pela observação e registo na grelha de avaliação.

Sessão: Dia _____ Hora _____

Formandos	Pontuação											
Itens de Avaliação												
O formando identifica, pelo menos, dois benefícios decorrentes da preparação pré-operatória à pessoa com ostomia <ul style="list-style-type: none"> • reduz incidência de complicações • promove autocuidado • menor período de adaptação 	2											
O formando refere, pelo menos, três intervenções a realizar durante a preparação pré-operatória à pessoa com ostomia <ul style="list-style-type: none"> • avaliação física • avaliação psicológica (identificar medos presentes, desmistificar mitos) • informação (anatomia e fisiologia do aparelho digestivo, esclarecimento de duvidas, apoio psicológico) • marcação do local do estoma 	3											
Identifica dois benefícios decorrentes da marcação de estoma <ul style="list-style-type: none"> • reduz incidência de complicações • promove autocuidado • menor período de adaptação 	2											
Realiza a marcação de estoma pela identificação dos três pontos <ul style="list-style-type: none"> • espinha ilíaca ântero-superior e o umbigo; • entre o umbigo e o púbis; • entre a espinha ilíaca e o púbis. 	3											



Formandos	Pontuação												
Itens de Avaliação													
Realiza a marcação de estoma no espaço triangular definido pelas 3 linhas	3												
Realiza a marcação de estoma na posição de deitado, sentado e em pé	3												
Identifica 4 aspetos que devem ser considerados durante a marcação de estoma <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de cirurgia; • Musculo reto abdominal; • Cicatrizes anteriores; • Linha natural da cintura; • Lesões cutâneas • Visualização do estoma pelo doente; • Pregas cutâneas; • Estruturas ósseas vizinhas; • Vestuário; • Presença de próteses ou aparelhos ortopédicos que exigem apoio abdominal; • Atividades Laborais e físicas. 	4												
Pontuação Final	20												

O formando recebe pontuação de acordo com a grelha apresentada (de 0 a 20 pontos), deve ter classificação igual ou superior a 15.

Apêndice 13

Documento de Avaliação Geral da Formação



Estágio III

FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO				
Designação da Sessão:				
Data:		Horário:		
ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO				
1 – Insuficiente	2 – Suficiente	3 – Bom	4 – Muito Bom	
Considerando a escala de classificação apresentada, realize a sua apreciação relativa a cada um dos pontos a seguir discriminados na presente ficha:				
2. PROGRAMA DA SESSÃO (assinalar com X)				
Parâmetros	1	2	3	4
Objetivos da sessão				
Conteúdos da sessão				
Estrutura				
Utilidade do Tema				
Cumprimento do horário				
3. FUNCIONAMENTO DA SESSÃO (assinalar com X)				
Parâmetros	1	2	3	4
Instalações				
Equipamentos e Meios Audiovisuais				
Documentação				
4. APRECIÇÃO GLOBAL DA SESSÃO				
Considera que a sessão de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?				
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, de que forma? _____				

Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	(assinalar com X)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Pontos fortes		Oportunidades de melhoria		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
Sugestões e observações				



Estágio III

5. INTERVENÇÃO DO FORMADOR

	1	2	3	4
A. Domínio do tema e conteúdos abordados				
B. Clareza da linguagem utilizada				
C. Capacidade para esclarecimento de dúvidas				
D. Capacidade de motivação/ relacionamento com os formandos				
E. Utilização de meios didáticos (powerpoint, vídeos e filmes...)				
F. Cumprimento de horários				

Observações:

NOME (facultativo) _____

Muito obrigada pela sua Colaboração

Apêndice 14

Avaliação Geral da formação



Relatório de Avaliação de Sessão de Formação

Elaborado por:

Joana Portela

Relatório de Avaliação de Sessão de Formação

Com o objetivo de envolver a equipa de enfermagem, foi planeada e realizada uma sessão de formação, dirigida à equipa de enfermagem.

A formação profissional visa a aquisição de conhecimentos fundamentais, capacidades práticas, atitudes e formas de comportamento que contribuem para o aperfeiçoamento das práticas profissionais (FIALHO, et al; 2013), no caso dos enfermeiros na procura da excelência dos cuidados.

O mesmo autor refere que a formação em contexto profissional é uma modalidade da formação contínua, em que as ações surgem dos problemas concretos dos serviços, “... *uma formação estruturada no e sobre o exercício do trabalho conduz à apropriação de competências do domínio técnico e cognitivo, mas também no domínio social e relacional.*” (FIALHO, et al; 2013, p.118).

Como objetivo geral da sessão foi definido: Uniformizar procedimentos de preparação pré-operatória e de marcação do local de estoma. Os objetivos específicos definidos foram, os formandos são capazes de, no final da sessão: Identificar benefícios de realizar a preparação pré-operatória à pessoa com ostomia; Conhecer os procedimentos de preparação pré-operatória e de marcação do local do estoma; Identificar os aspetos a considerar na realização da marcação do local do estoma; Identificar benefícios na marcação do local do estoma; e Realizar a marcação do local do estoma em manequim. Para tal foi elaborado plano de sessão (Apêndice 1).

A sessão teve duração de 90 min. Na primeira parte foram apresentados os conteúdos teóricos com recurso a *power point* (Apêndice 2)). Na segunda parte foi realizado exercício prático, onde cada formando realizou a marcação do local do estoma, servindo este momento de avaliação da formação. Para tal, optou-se pelo método expositivo, interrogativo e ativo, utilizando técnica expositiva, questões orais, dinâmica de grupo e *role-playing*.

Como refere MEIGNANT (2003), a formação contempla métodos e técnicas que procuram facilitar a transmissão de conhecimentos, aprendizagem de saber-fazer,

desenvolvimento pessoal e evolução de comportamentos. Sendo, muitas vezes determinante para o resultado da formação, o método escolhido.

Na sessão de formação recorremos: ao método expositivo com o objetivo de transmitir conhecimentos; ao método interrogativo, em que se promove a aquisição de conhecimentos pela colocação de questões em que o formando é colocado numa situação ativa de respostas; e ao método ativo, nomeadamente pela técnica de *role-playing*, que tem como objetivo o treino num comportamento, tomada de consciência e mudança de atitudes (MEIGNANT, 2003).

Este exercício baseou-se na interpretação de um papel, por parte do formando, representando o enfermeiro no momento da realização da marcação de estoma. Enquanto iniciava o exercício prático ao doente (figurante, representado umas vezes pelo formador outras por formandos voluntários), solicitou-se que identificasse dois benefícios da preparação pré-operatória, três intervenções a realizar durante a preparação pré-operatória e dois benefícios decorrentes da marcação de estoma. De seguida, o formando realizou a marcação de estoma, identificando quatro aspetos a serem considerados durante a marcação.

A equipa de enfermagem total é de 47 enfermeiros, sendo que 1 é o promotor do projeto e 4 encontram-se de baixa prolongada (o projeto terá que ser apresentado posteriormente, quando regressarem ao serviço), perfaz o total de 42 elementos de enfermagem na equipa ativa.

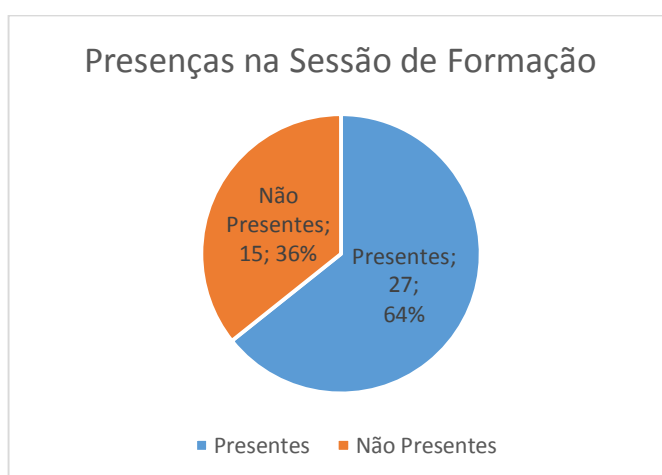


Gráfico 1 – Presenças na Sessão de Formação

A formação foi replicada em 4 sessões, tendo sido possível abranger 63% da equipa de enfermagem. Além da equipa de enfermagem, participaram na formação estudantes de enfermagem.

A realização do exercício, anteriormente descrito, serviu também como momento de avaliação da formação, tendo sido utilizado para o efeito uma grelha de avaliação (Apêndice 3), com pontuação de 0 a 20 valores. Como resultado da avaliação todos os formandos tiveram pontuação igual ou superior a 16 valores.

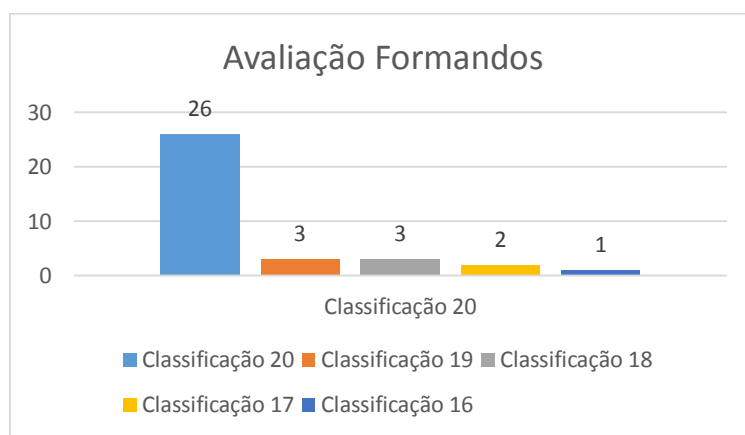


Gráfico 2 – Avaliação dos Formandos

Para avaliação geral da formação, foi utilizado outro documento (Apêndice 4), apresentando-se os resultados em seguida.

Relativamente ao Programa da Sessão, que avalia os objetivos, conteúdos, estrutura utilidade do tema e cumprimento do horário, os formandos atribuíram classificação de Muito Bom, apenas 3 formandos classificaram como Bom o conteúdo da sessão e cumprimento de horário, 2 formandos classificaram como Bom a estrutura.

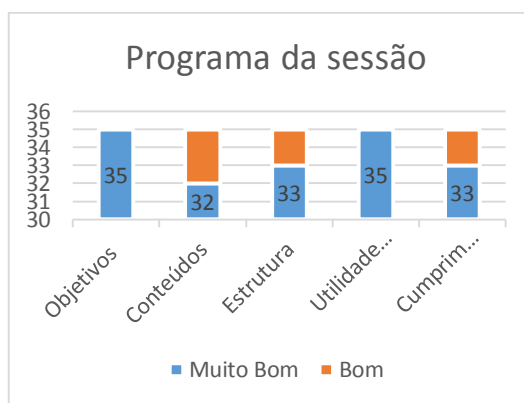


Gráfico 3 – Avaliação do Programa da Sessão de Formação

O Funcionamento da sessão, que considera as instalações, equipamentos e meios audiovisuais e documentação a avaliação efetuada, oscilou entre o Bom e Muito Bom.

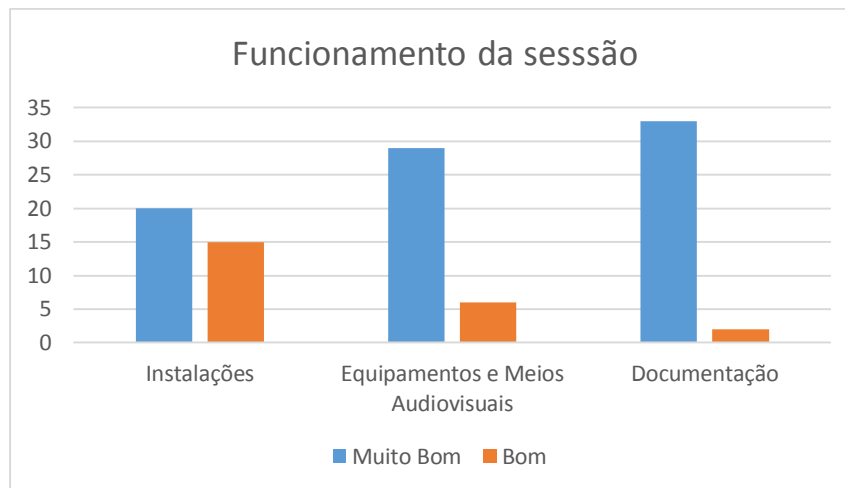


Gráfico 4 – Funcionamento da Sessão de Formação

Todos os formandos consideraram que a formação teve impacte positivo, e especificaram de que forma, em que referiram: Melhoria na prestação de cuidados à pessoa com ostomia; aquisição de conhecimentos; promoção da autonomia e qualidade de vida da pessoa com ostomia; melhoria da prática com base em evidência; aprendizagem da técnica de marcação de estoma; uniformização dos cuidados prestados à pessoa com ostomia e prevenção de complicações na pessoa com ostomia. Estes dados são importantes para avaliar a integração dos contributos para cada um dos formandos, os aspetos que consideraram beneficiar no final da sessão.

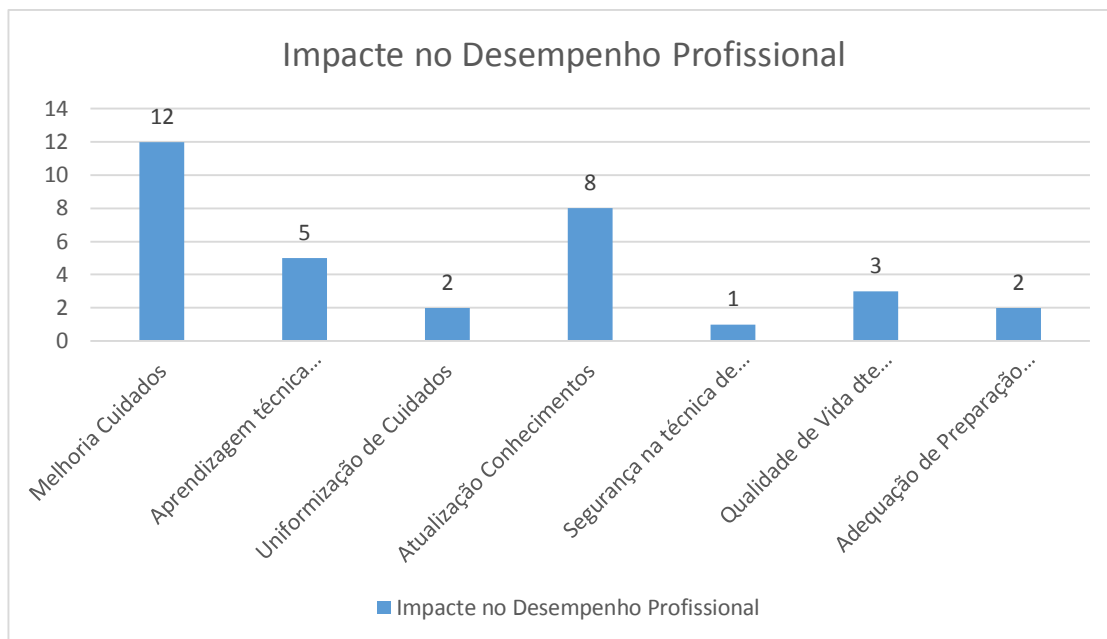


Gráfico 5 – Impacte Positivo da Sessão no Desempenho

A globalidade da sessão foi avaliado por todos os formandos com Muito Bom, exceto 3 classificações de Bom.

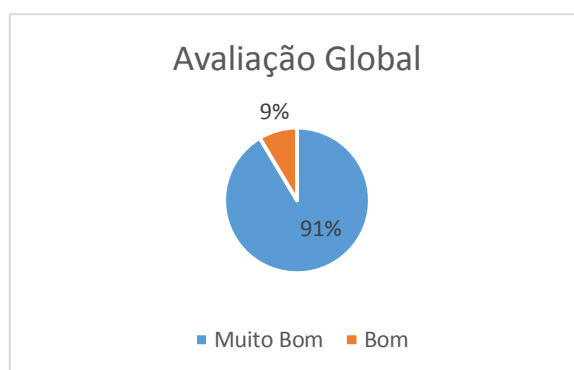


Gráfico 6 – Avaliação Global da Sessão de Formação

Relativamente aos pontos fortes identificados, apenas 15 formandos responderam e identificaram os seguintes aspetos: componente prática da formação; material disponível; domínio do tema; importância do tema; pertinência e objetivos da sessão; disponibilidade do formador para esclarecer dúvidas; interação entre formando e formador; clareza na informação transmitida.

Não foram identificadas oportunidades de melhoria pelos formandos.

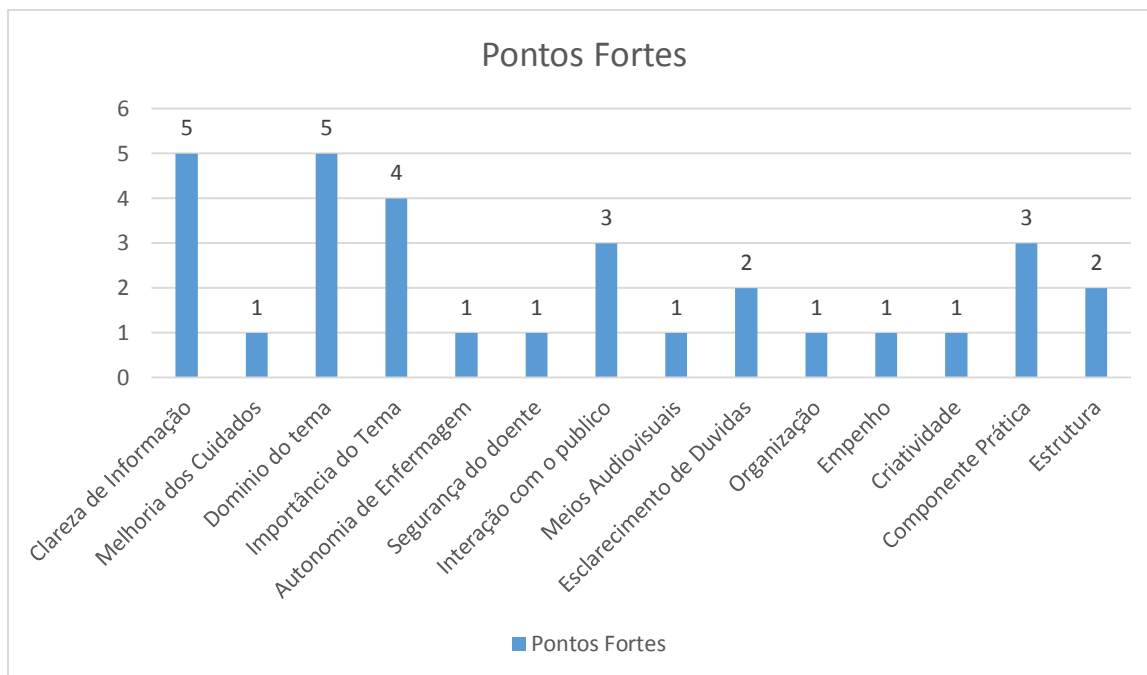


Gráfico 7 – Pontos fortes

A intervenção do formador é o ultimo campo de avaliação, em que avalia o domínio do tema, clareza da linguagem utilizada, capacidade para esclarecimento de dúvidas, capacidade de motivação/relacionamento com os formandos, utilização dos meios didáticos e cumprimento de horário. Neste item todos os formandos atribuíram Muito Bom, apenas existiram 4 classificações de Bom no cumprimento de horários, 3 Bom na utilização de meios audiovisuais e 3 de capacidade de motivação/ relacionamento com os formandos.

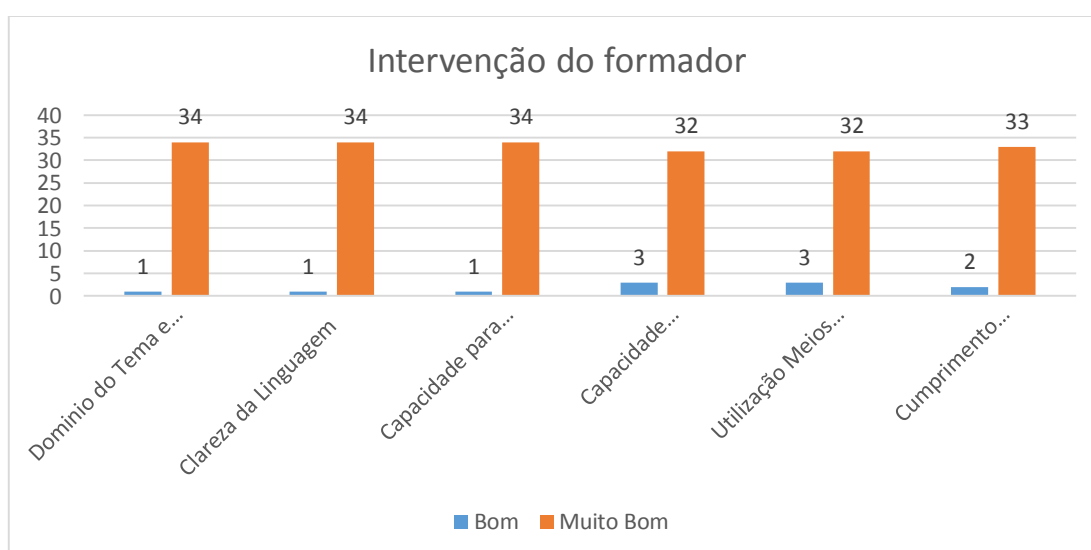


Gráfico 8 – Avaliação da Intervenção do Formador

Pela análise dos documentos de avaliação através da grelha de observação e avaliação escrita da sessão de formação, os resultados foram bastante positivos, tendo-se atingido os objetivos identificados para a sessão, nomeadamente os objetivos específicos.

No final da Sessão foram distribuídos pelos formandos cartão de bolso, para consulta rápida, com informação sobre marcação do local do estoma (Apêndice 5).

Referências Bibliográficas

- ✓ AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - **National Guideline Clearinghouse - 7658** (2009). [Consult. 17 de Maio 2014]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)>.
- ✓ FIALHO, Joaquim; SILVA, Carlos Alberto; SARAGOÇA, José – **Formação Profissional: Práticas organizacionais, políticas públicas e estratégias de ação**. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2013. ISBN 972-872-618-713-1.
- ✓ INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION [IOA] - **Charter of Ostomates' Rights**. 2007. [Consult. Setembro 2013]. Disponível em WWW: < URL: http://ioa2006.site.aplus.net/welcome_charter.html>.
- ✓ MEIGNANT, Alain – **A Gestão da Formação**. Lisboa: Dom Quixote, 2003. ISBN 9789722016087.
- ✓ REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO- Ostomy Care and Management. [Em linha]. 2009. [Consult. 16 Novembro 2013] Disponível em WWW:< URL:< <http://rno.ca>

Apêndices

Apêndice 2

Power Point da Sessão de formação

Preparação Pré-operatória à pessoa com ostomia

Elaborado por Enf.^a Joana Portela, 3^o CPLEEMC

Orientado por: Prof.^a Armandina Antunes

Enf.^a Marta Costa



Plano de Formação

- A importância e impacto do período pré-operatório na pessoa com ostomia;
- Preparação pré-operatória como um direito (IOA);
- Orientações internacionais referentes à preparação pré-operatória;
- Apresentar o procedimento de preparação pré-operatória;
- Apresentar o procedimento de Marcação de estoma;
- Realizar a marcação de estoma em manequim.

Objetivos da Formação

- **Objetivo Geral:**
 - Uniformizar procedimentos de preparação pré-operatória e de marcação do local de estoma
- **Objetivos Específicos:**
 - Identificar benefícios de realizar a preparação pré-operatória à pessoa com ostomia;
 - Conhecer os procedimentos de preparação pré-operatória e de marcação do local do estoma;
 - Identificar benefícios na marcação do local do estoma;
 - Identificar os aspetos a considerar na realização da marcação do local do estoma;
 - Realizar a marcação do local do estoma em manequim.

Preparação pré-operatória

- **Período pré-operatório**
 - "O período pré-operatório tem início quando a cirurgia é planeada e termina quando o indivíduo é transferido para a mesa operatória no bloco operatório" (BOLANDER, 1994, p.16789)
 - O ensino deve ser efetuado logo desde o início da fase pré-operatória, antes do internamento, por ser considerado mais eficaz para a aprendizagem. O ensino nas 24 horas antes da cirurgia é menos eficaz (LONG, 1995)

Preparação pré-operatória

- **Período pré-operatório**
 - A especificidade de transição começa assim que um evento ou alteração é antecipado (MELEIS, 2010).
 - O enfermeiro é o prestador de cuidados que prepara o doente para as transições difíceis e que facilitam o processo de aprendizagem e de novas capacidades relacionadas com a experiência saúde/doença (MELEIS, 2010)
 - O processo inerente à transição é tanto mais facilitador quanto maior for a envolvimento da pessoa e da informação recebida

Preparação pré-operatória

• A Pessoa com ostomia

- Quando a pessoa recebe a notícia sobre a patologia diagnosticada, a cirurgia proposta, os tipos de tratamentos e a possibilidade de ficar com uma ostomia, ocorre um grande abalo na sua vida, fazendo com que o período pré-operatório seja uma etapa de extrema importância, na qual os enfermeiros podem marcar a diferença (Mendonça et al, 2007).

Preparação pré-operatória

• A construção de estoma

- Alteração da estrutura e funcionamento do corpo;
- Perda do controle esfinteriano;
- "Diferente" dos elementos do seu grupo (familiar, social);
- Dependência de dispositivos.



- Alteração auto-imagem, auto-estima;
- Alterações na relação familiar e social;
 - Mudanças profissionais
- Medos (diagnóstico/prognóstico, mudança estilo de vida, rejeição pelo meio social...)

Preparação pré-operatória

• O serviço de cirurgia geral

Consultas Estomaterapia anuais: 450

42 consultas urgentes;

408 consultas agendadas;

55 novas pessoas ostomizadas por ano.

(dados referentes à média dos últimos 3 anos)

Preparação pré-operatória à pessoa com ostomia

• Reconhecido na carta de direitos da Pessoa Ostomizada

- receber aconselhamento pré-operatório, para assegurar que a pessoa conhece os benefícios da cirurgia e ostomia, assim como os factos essenciais sobre o que significa viver com um estoma;
- ter um estoma bem construído e localizado num sítio apropriado; receber suporte médico experiente e profissional e de enfermagem de stomaterapia no período pré e pós-operatório no hospital e/ou comunidade.

(International Ostomy Association, 2007)

Preparação pré-operatória à pessoa com ostomia

• Recomendações da Registered Nurses Association of Ontario (RNAO, 2009):

- A educação pré-operatória deve ser efetuada a todas as pessoas e famílias que irão ser submetidas a cirurgia com construção de ostomia (nível de evidência Ib);
- Deve ser efetuada marcação do local do estoma a todas as pessoas que serão submetidas a cirurgia com construção de estoma (nível de evidência IIa);
- Deve-se explorar o impacto da ostomia na intimidade e sexualidade da pessoa/companheiro (nível de evidência Ia);
- Deve ser efetuada Treino de Relaxamento Muscular Progressivo como parte da rotina de cuidados (nível de evidência Ib).

Preparação pré-operatória à pessoa com ostomia

- * A Agency for Healthcare Research and Quality (2010), na Guideline 7974 - Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians, recomenda que:
 - * O ensino deve ter uma componente pré e pós-operatória;
 - * O ensino na fase pré-operatória deve englobar uma breve explicação da anatomia e fisiologia do aparelho gastro-intestinal, Procedimento cirúrgico; Demonstrar a aplicação de sistemas de uma e de duas peças; Descrever alterações ao estilo de vida; Focar a intervenção na preparação psicológica (nível de evidência B);
 - * A marcação do local do estoma, reduz a incidência de complicações e promove o autocuidado (nível de evidência B);
 - * A pessoa quando bem preparada para as alterações decorrentes da construção cirúrgica do estoma, em todos os atos da sua vida, apresenta um menor período de adaptação (nível de evidência C).

Procedimento de preparação pré-operatória à pessoa com ostomia

- * **Objetivos**
 - * Uniformizar os Procedimentos de Preparação Pré-operatória à Pessoa com ostomia;
 - * Promover a continuidade de Cuidados de Enfermagem;
 - * Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância em referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomas para a consulta de estomatoterapia;

Procedimento de preparação pré-operatória à pessoa com ostomia

Preparação pré-operatória na Consulta de Estomatoterapia

- * **Avaliação Inicial**
 - * **Avaliação Física:** Capacidades sensorial/motora; Capacidades cognitivas; Avaliação antropométrica; Avaliação condições da pele (se existem lesões ou história de alterações cutâneas e alergias); Teste de sensibilidade aos hidrocolóides.
 - * **Avaliação Psicológica (Reações Emocionais):** Identificar Medos Presentes; Identificar e desmistificar existência de mitos.

Procedimento de preparação pré-operatória à pessoa com ostomia

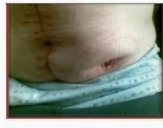
- * **Informação:**
 - * Breve explicação da Anatomia e Fisiologia do Aparelho Digestivo;
 - * Descrição sucinta da técnica cirúrgica mediante dúvidas do doente;
 - * Breve descrição dos procedimentos Pré e Pós Operatórios;
 - * Descrição física e funcionamento do Serviço de Cirurgia Geral e da Consulta de Estomatoterapia;
 - * Fornecer documentação informativa;
 - * Responder às expectativas do utente.

Procedimento de preparação pré-operatória à pessoa com ostomia

Preparação pré-operatória no Internamento

- * Apoio psicológico;
- * Esclarecimento de dúvidas;
- * Marcação do local do estoma (procedimento marcação de estoma).

Complicações decorrentes de uma localização inadequada



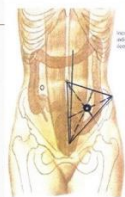
Marcação do local do estoma

- A avaliação do local de marcação do estoma deve ser realizado com o doente na posição de deitado, sentado e em pé;
- Aplicar um saco de ostomia no ponto selecionado, que deve ter uma área livre circundante de 4 a 5 cm, para garantir a aderência do material (ter em consideração a provável localização da sutura operatória);
- Com o doente deitado, traçam-se 3 linhas imaginárias:
 - espinha ilíaca antero-superior e o umbigo;
 - entre o umbigo e o púbis;
 - entre a espinha ilíaca e o púbis.



Marcação do local do estoma

- A marcação é efetuada no espaço triangular definido pelas 3 linhas;
- Com o doente na posição de sentado, verificar se:
 - a marcação efetuada se encontra em área livre, garantindo a adequada aderência do material coletor;
 - verificar se é visível para o doente e tipo de vestuário que utiliza (cintura das calças ou saia);
- Repetir o procedimento anterior com o doente na posição de pé;
- Considerar uma segunda ou mesmo terceira localização alternativa, que será ou não rejeitada durante a cirurgia.



Marcação do local do estoma

- **Considerar os seguintes fatores:**
 - Tipo de cirurgia;
 - Musculo reto abdominal;
 - Cicatrizes anteriores;
 - Linha natural da cintura;
 - Lesões cutâneas;
 - Visualização do estoma pelo doente;
 - Pregas cutâneas;
 - Estruturas ósseas vizinhas;
 - Vestuário;
 - Presença de próteses ou aparelhos ortopédicos que exigem apoio abdominal;
 - Atividades Laborais e físicas.



Referências Bibliográficas

- * AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *National Guidelines Clearinghouse*. - 79ª (2010). [Consult: 17 de Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=13613> search=ostomy>
- * BOLLINGER, Valéria Rati. - *Enfermagem Pós-operatória*. In: *Enfermagem Fundamental*. Lutas. Londrina, 1994. ISBN 972-96610-6-5. p. 1693-1703. MELEIS, 2010
- * INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION - *Charta of Ostomies' Rights*. 2007. [Consult: Setembro 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iao.org/ostomy/charta.html>>
- * LONG, Barbara C. - *Enfermagem Pós-Operatória*. In: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 2ª edição. Lutas: Londrina, Lds, 1995. ISBN 972-96610-0-8
- * MELEIS, Afl J. - *Transitions in a Nursing Theory: In Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer, publishing company; 2010. ISBN: 978-0-8261-6533-6
- * MENDONÇA, Regiane [et al.] - *A Importância da Consulta de Enfermagem em Pós-operatório de Ostomias Intestinais*. Hospital do Câncer III. *Consulta de Enfermagem em Ostomias Intestinais: Revista Brasileira de Oncologia* [Em linha]. 33:4 (2007): 413-415. [Consult: 17 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.rbcn.org.br/abc_n_33_1054.pdf Acesso: 2013>
- * REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO - *Ostomy Care and Management*. [Em linha]. 2009. [Consult: 16 Novembro 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ona.on.ca/guidelines/ostomy-care-management/>>

Apêndice 5

Cartão Informativo: Marcação Local Estoma

PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Referenciar para consulta de Estomaterapia no Pré-operatória

Intervenções de Enfermagem no Internamento:

Apoio psicológico; Esclarecimento de dúvidas; Marcação do local do estoma.

Marcação do Local do Estoma:

- A avaliação do local de marcação do estoma deve ser realizado com o doente na posição de deitado, sentado e em pé;
- Deve-se aplicar um saco de ostomia no ponto selecionado, que deve ter uma área livre circundante de 4 a 5 cm, para garantir a aderência do material:
- O local selecionado deve ser marcado com caneta demográfica;
- Com o doente deitado, traçam-se 3 linhas imaginárias: espinha ilíaca ântero-superior e o umbigo; outra entre o umbigo e o púbis; e entre a espinha ilíaca e o púbis. A marcação é efetuada no espaço triangular definido pelas 3 linhas;
- Com o doente na posição de sentado, verificar se a marcação efetuada se encontra em área livre, garantido a adequada aderência do material coletor; verificar se é visível para o doente e tipo de vestuário que



IPS Instituto Português de Saúde

ser considerados os seguintes fatores:

tipo de Cirurgia;

Visualização do estoma pelo doente;

Cicatrizes anteriores;

Lesões cutâneas;

Musculo reto abdominal;

Pregas cutâneas;

Linha natural da cintura;

Estruturas ósseas vizinhas;

Presença de próteses ou de aparelhos



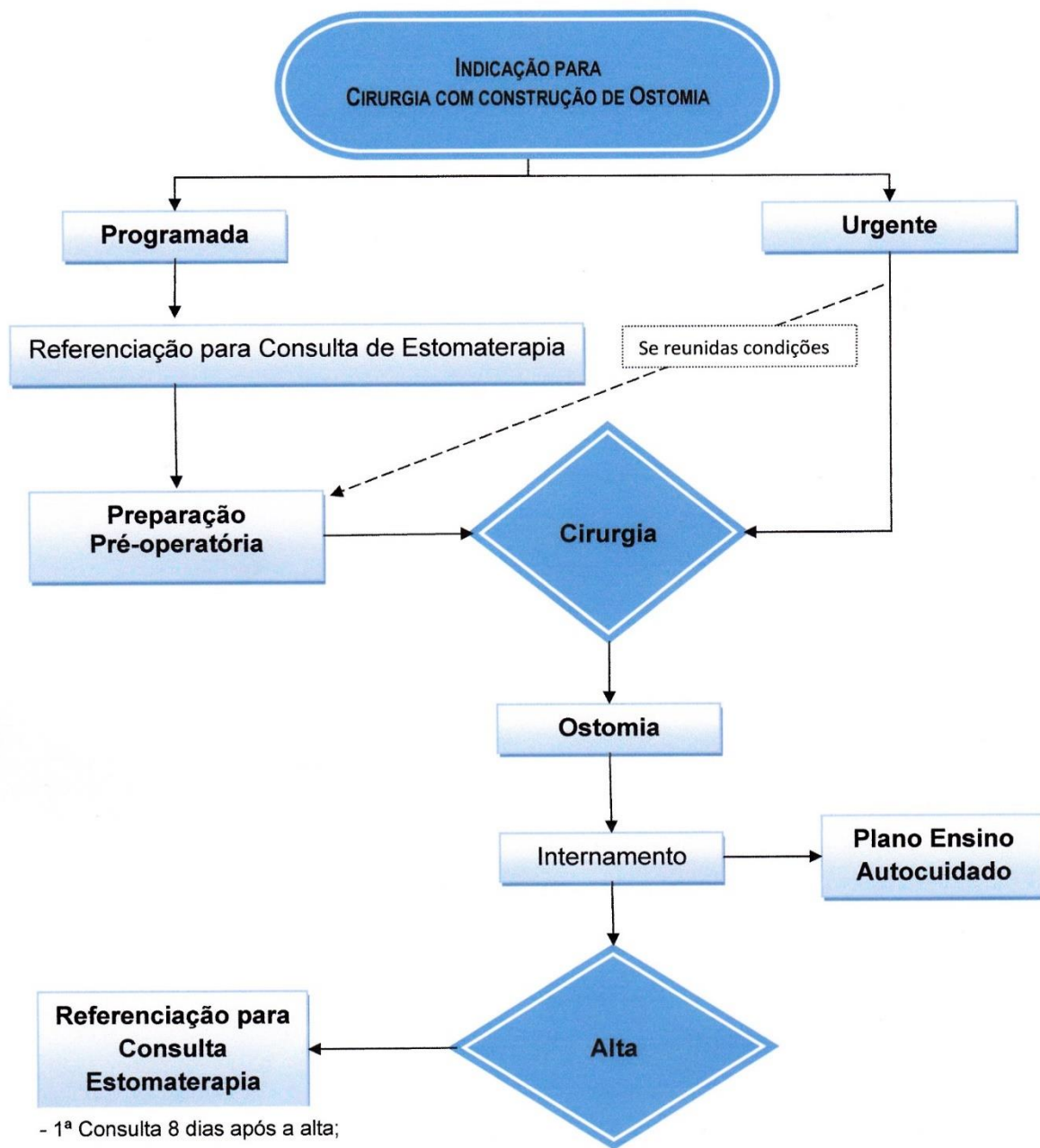
Documento elaborado no âmbito do 2º CPLEEMC por Ent.ª Joana Portela, Orientado por: Prof.ª Amândine Antunes e Ent.ª MC BEIÇA, Ana; MORAIS, Isabel – Competências no Cuidar e Tecnologia. In Estomaterapia: O saber e o cuidar. Lisboa: UDEL, 2012. ISBN: 9789727578818.



Apêndice 15

Fluxograma

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM OSTOMIA



- 1ª Consulta 8 dias após a alta;
- 15 dias após;
- 15 dias após 2ª consulta;
- 1 mês após 3ª consulta;
- 6 meses após data da cirurgia;
- 1 ano após cirurgia.

Consultas seguintes anuais

Referências Bibliográficas:

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - National Guideline Clearinghouse- 7658 (2009). [Consult. 17 de Setembro 2013] Disponível em WWW:<URL:<<http://www.guideline.gov>>
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - National Guideline Clearinghouse- 7974 (2010). [Consult. 17 de Setembro 2013] Disponível em WWW:<URL:<<http://www.guideline.gov>>
- REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO- Ostomy Care and Management. [Em linha]. 2009. [Consult. 16 Novembro 2013] Disponível em WWW:<URL:<<http://rnao.ca/bpg/guidelines/ostomy-care-management>>



Apêndice 16

Dados referentes à Monitorização da Referenciação à
Consulta Pré-Operatória de Estomaterapia



**Monitorização da Referenciação à Consulta Pré-
Operatória de Estomaterapia**

Elaborado por:

Joana Portela

Abril de 2015

Monitorização da Referenciação à Consulta Pré-Operatória de Estomaterapia

Pela necessidade de redefinir o planeamento do projeto, foi programada esta atividade para Março de 2015. Definimos como indicador de avaliação 70% das pessoas em programa operatório, em que se prevê a construção de estoma, no primeiro trimestre de 2015, foram referenciadas à consulta de pré-operatória de estomaterapia.

De forma a monitorizar a referenciação pela equipa médica à consulta pré-operatória em estomaterapia, definimos as seguintes atividades:

- Consultar os programas operatórios semanalmente e verificar quais os doentes com cirurgia programada, com possibilidade de construção de ostomia. Uma vez, que no programa operatório podemos consultar o diagnóstico e cirurgia programada.
- Consultar os processos de estomaterapia, iniciados em consulta pré-operatória.

Uma vez que não verificamos o encaminhamento de nenhum doente para a consulta pré-operatória, optámos por, após identificação dos doentes com possibilidade de construção cirúrgica pela consulta do programa operatório, colher os seguintes dados do processo do doente:

- Doentes em que o médico prescreveu nas atitudes não medicamentosas, marcação do local do estoma. Acrescentamos a informação de onde se verificou a construção efetiva de estoma após a cirurgia.

Os dados recolhidos são apresentados na tabela 1

Tabela 1 – Dados de Referenciação Pré-operatória à consulta de estomaterapia

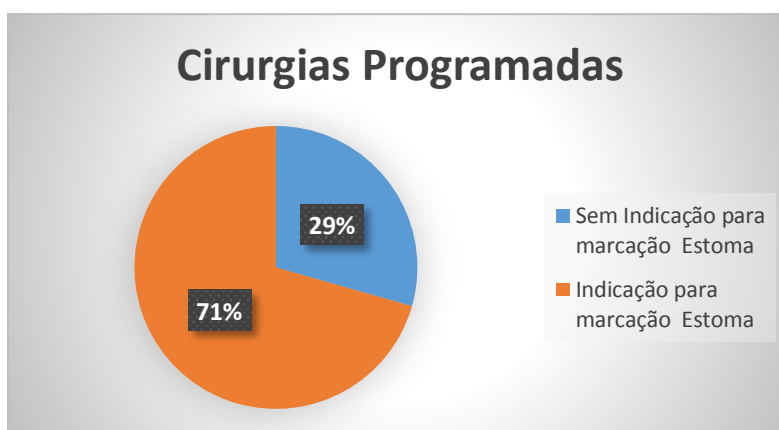
Data	Nome	Cirurgia Programada	Equipa	Consulta Pré-Operatório	Marcação Local de Estoma	Estoma
6/1/2015	DC	RAR VL	Inframesocólico	Não	Não	Sim
6/1/2015	ASR		Mínimamente Invasiva	Não	Não	Sim
7/1/2015	JF	Totalização de colectomia	Inframesocólico	Não	Não	Não
13/1/2015	LG	RAR VL	Inframesocólico	Não	Não	Sim
14/1/2015	MLV	Hemicolectomia Esq.	Inframesocólico	Não	Não	Não

14/1/2015	FA	Hemicolectomia dta.	Inframesocólico	Não	Não	Não
20/1/2015	AD	Hemicolectomia dta.	Inframesocólico	Não	Não	Não
20/1/2015	IF	Hemicolectomia dta.	Inframesocólico	Não	Não	Não
21/1/2015	PC	Sigmoidectomia	Inframesocólico	Não	Sim	Não
21/1/2015	AC	Hemicolectomia dta	Inframesocólico	Não	Não	Não
27/1/2015	GP	RAR + Colotomia	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
4/2/2015	AP	RAR	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
11/2/2015	NG	RAR	Inframesocólico	Não	Sim	Não
11/2/2015	AC	Sigmoidectomia	Inframesocólico	Não	Sim	Não
17/2/2015	JR	Sigmoidectomia	Inframesocólico	Não	Sim	Não
18/2/2015	TG	Hemicolectomia dta	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
18/2/2015	MS	RAR	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
24/2/2015	AP	Hemicolectomia Esq.	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
25/2/2015	AT	AAP	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
3/3/2015	JM	Sigmoidectomia	Inframesocólico	Não	Sim	Não
4/3/2015	MS	RAR/AAP	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
4/3/2015	MP	Hemicolectomia dta	Inframesocólico	Não	Sim	Não
10/3/2015	AC	Colectomia ST	Inframesocólico	Não	Sim	Não
10/3/2015	FP	sigmoidectomia	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
11/3/2015	MC	Hemicolectomia Esq	Inframesocólico	Não	Sim	Não
11/3/2015	CN	Hemicolectomia Esq	Inframesocólico	Não	Sim	Não
17/3/2015	AR	AAP	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
17/3/2015	MD	Sigmoidectomia	Inframesocólico	Não	Sim	Não
18/3/2015	MS	Hemicolectomia Esq	Minimamente Invasiva	Não	Sim	Não
18/3/2015	DN	Sigmoidectomia	Inframesocólico	Não	Sim	Não
18/3/2015	LC	Sigmoidectomia	Inframesocólico	Não	Sim	Não

24/3/2015	MP	Hemicolectomia dta	Inframesocólico	Não	Sim	Não
24/3/2015	VR	RAR	Inframesocólico	Não	Sim	Sim
27/3/2015	ER	Sigmoidectomia	Minimamente Invasiva	Não	Não	Não

Após análise dos dados colhidos apesar de não se ter verificado a referenciação de nenhum doente à consulta de estomaterapia pré-operatória, podemos constatar que a indicação para realização de marcação do local do estoma foi realizada a 34 doentes, tendo-se verificado que a partir de 27 de janeiro, com exceção de um doente, todos os doentes com cirurgia programada ao intestino tiveram indicação para marcação de local de estoma.

Gráfico 1 – Relação entre cirurgias realizadas e marcação estoma



Importa referir que dos 24 doentes em que se efetuou a marcação do local de estoma, este foi construído cirurgicamente em 13 dos casos. Assim como, dos 10 doente em que não se realizou marcação de local do estoma, 3 pessoas ficaram com ostomia após o procedimento cirúrgico.

Das 34 cirurgias realizadas em que existia possibilidade das pessoas ficarem com ostomia, nenhuma foi referenciada para a consulta pré-operatória. No entanto, 24 tiveram indicação para efetuar marcação do local do estoma, tendo-se realizado consulta na véspera da cirurgia, com as limitações inerentes. De salientar que das 10 pessoas que não tiveram indicação médica para marcação de local do estoma, 9 aconteceram em Janeiro de 2015, antes de reunião com equipa médica do inframesocólico.

Apêndice 17

Dados referentes à Monitorização da Realização da Técnica
de Marcação do local do Estoma



**Monitorização da Realização da Marcação do local do
Estoma**

Elaborado por:

Joana Portela

Abril de2015

Monitorização da Realização de Marcação de Local do Estoma

Sendo a realização da marcação de estoma um aspeto determinante para a vida futura da pessoa com ostomia, e uma vez elaborado o procedimento de marcação de estoma, a monitorização da sua realização deve ser realizada. Pelo que se planeou a consulta dos processos dos doentes da consulta de estomaterapia em Março de 2015, considerando-se como indicador de resultado que em 70% das pessoas submetidas a cirurgia eletiva com possibilidade de construção de ostomia, durante o primeiro trimestre de 2015, a marcação do local do estoma foi realizada na véspera da cirurgia.

Os dados foram colhidos através da consulta dos processos da consulta de enfermagem em estomaterapia. Foram considerados os processos iniciados durante o primeiro trimestre de 2015.

Durante este período foram admitidos na consulta de estomaterapia 22 doentes, destes 14 foram submetidos a cirurgia eletiva, não tendo sido consideradas as cirurgias de urgência. Foram também excluídos os 3 utentes operados em outros serviços e/ou hospitais, assim como o utente operado em Junho do ano anterior.

Assim, 10 doentes foram operados em tempo eletivo, tendo sido construída ostomia. Nenhum destes utentes foi referenciado a consulta pré-operatória. A marcação do local do estoma foi realizada a 7 utentes, após indicação médica na véspera da cirurgia. A 6 utentes foi possível realizar a marcação por uma das enfermeiras da consulta de estomaterapia, em gabinete, tendo-se realizado algumas atividades da consulta pré-operatória (breve explicação sobre conceitos de estoma, ostomia..., esclarecimento de dúvidas, apoio emocional, desmistificação de mitos, medos), com as limitações inerentes.

Os dados colhidos são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Dados referentes à marcação do local do estoma.

Proc.	Cirurgia		Data	Marcação estoma	Consulta Pré-operatória
	Eletiva	Urgente			
593/15		X		---	---
594/15		X		---	---
595/15	X			OUTRO HOSPITAL	
596/15		X	30/12/2012	---	---
597/15	X		6/01/2015	Não	Não
598/15	X		9/01/2015	Não	Não
599/15		X	20/01/2015	---	---
600/15	X		14/01/2015	Não	Não
601/15	X		4/02/2015	Sim	vespera
602/15		X		---	---
603/15	X		10/12/2014	OUTRO SERVIÇO	
604/15		X		---	---
605/15	X		4/06/2014	----	----
606/15	X		25/11/2014	Sim	Não
607/15		X	12/02/2015	---	---
608/15	X		25/02/2015	Sim	vespera
609/15		X	25/02/2015	---	---
610/15	X			OUTRO HOSPITAL	
611/15	X		5/03/2015	Sim	vespera
612/15	X		5/03/2015	Sim	vespera
613/15	X		5/03/2015	Sim	vespera
614/15	X		5/03/2015	Sim	vespera
Total	10			7	6

Dos dados colhidos é de ressaltar o fato de os três utentes em que não se realizou a técnica de marcação do local do estoma, terem sido submetidos a cirurgia no início do trimestre, tendo-se desenvolvido estratégias durante o mês de Janeiro com a equipa médica (reuniões), o que valida as estratégias adotadas.

Apêndice 18

Artigo de divulgação

PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA COM A PESSOA COM OSTOMIA

Joana Portela

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Serviço de Cirurgia Geral do CHX, EPE; Mestranda do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Setúbal.

joanap80@gmail.com

Armandina Antunes

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica docente no Instituto Politécnico de Setúbal.

armandina.antunes@gmail.com

RESUMO

Durante o período pré-operatório, a pessoa e família experimentam sentimentos de medo e ansiedade relacionados não só com o procedimento cirúrgico e anestesia, como também em relação ao diagnóstico. Perante a possibilidade de construção de ostomia, a pessoa apresenta níveis significativos de vulnerabilidade, uma vez que a ostomia representa profundas alterações a nível da autoimagem, perda do controlo esfíncteriano e que tem repercussões pessoais, familiares, profissionais, sociais e culturais.

O processo de transição inicia-se assim que um evento é antecipado, e é facilitado pela envolvimento da pessoa, nível de conhecimentos, meio envolvente, planeamento e bem-estar emocional e físico.

Os ensinamentos de Enfermagem representam uma componente essencial da preparação pré-operatória, devendo-se iniciar dez a catorze dias antes da cirurgia. Promover o apoio

psicológico no pré-operatório, realizar ensinamentos sobre a patologia, a ostomia e procedimento cirúrgico e esclarecer dúvidas e mitos, reduzir a ansiedade e medo. Por outro lado, a marcação do local do estoma promove a adaptação e reduz complicações.

A intervenção de enfermagem de estomaterapia, no período pré-operatório à pessoa com ostomia é recomendado pela World Council of Enterostomal Therapist (WCET), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) e Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e constitui um direito consagrado na carta dos direitos dos Ostomizados [International Ostomy Association (IOA), 2007].

Reconhecendo a inexistência de um atendimento sistematizado e individualizado de estomaterapia no pré-operatório, como uma lacuna nos cuidados, o projeto de implementação no serviço de cirurgia geral, de preparação pré-operatória com a pessoa com ostomia, é identificado como importante e pertinente.

Após o diagnóstico de situação e definição de objetivos, planeamos intervenções que foram ajustadas/adequadas perante alterações e obstáculos que foram surgindo, ao longo da fase de implementação, encontrando-se ainda nesta fase.

Palavras-chave: Ostomia, preparação pré-operatória, transição, projeto, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

During the preoperative phase, the person and family experience feelings of fear and anxiety related not only with surgery and anesthesia, as well as in the diagnosis. Faced

with the possibility of building ostomy, the person has significant levels of vulnerability, since the ostomy is profound changes in self-image, loss of sphincter control and has personal implications, family, professional, social and cultural.

The transition process starts as soon as an event is anticipated, and is facilitated by the involvement of the person, level of knowledge, surrounding environment, planning and emotional and physical well-being.

Nursing teachings are an essential component of the preoperative preparation and should be started ten to fourteen days before surgery. Promote psychological support preoperatively, perform teaching on pathology, and ostomy surgery and answer questions and myths, reduces anxiety and fear. Moreover, the marking of the stoma site promotes adaptation and reduce complications.

The stomatherapy nursing intervention, in preoperative period is recommended by the World Council of Enterostomal Therapist (WCET), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) and Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and is a right enshrined in the charter of Ostomy [International Ostomy Association (IOA), 2007].

Recognizing the lack of a systematic and individualized care stomatherapy preoperatively, as a gap in care, the implementation project in the general surgery service, preoperative preparation to people with ostomy, is identified as important and relevant.

After the diagnosis of the situation and definition of objectives, we planned interventions according to schedule. However, during the project execution planning had to be adjusted / appropriate before changes and obstacles that have emerged, over time, not meeting finalized.

Keywords: Ostomy, preoperative phase, transition, project, nursing care.

INTRODUÇÃO

Segundo Meleis (2010), uma transição ocorre quando a realidade atual de uma pessoa é interrompida, obrigando-a a mudar, opcional ou forçosamente, o que resulta na necessidade de constituir uma nova realidade. Definindo transição como uma passagem de um estado bastante estável para outro estado relativamente estável.

Na fase pré-operatória, a pessoa inicia um processo de transição saúde-doença. Os ostomizados enfrentam problemas específicos, que acrescem aos gerais do doente cirúrgico, tais como, constrangimentos sociais (saída de gases e saída de fezes ou urina mediante a inexistência de controle voluntário, e pela falha na segurança e qualidade da bolsa coletora), o que provoca o medo da exposição em público. Os problemas podem ser compreendidos sob as dimensões física, psicológica, social e espiritual (MENDONÇA et al., 2007).

A pessoa quando recebe informação sobre o diagnóstico e possível construção de ostomia, deve ser integrada num plano de preparação pré-operatória, prévio ao internamento. O acompanhamento deve ser feito por enfermeiro com formação na área, integrado num plano de cuidados.

Uma vez que o sucesso das transições é condicionado pelo nível de planeamento que ocorre antes e durante a transição (SHUMACHER E MELEIS, 2010), a consulta de enfermagem pré-operatória constitui-se um fator facilitador do processo de transição saúde-doença.

Promover o apoio psicológico no pré-operatório, realizar ensinamentos sobre patologia, cirurgia, ostomia, esclarecer dúvidas e mitos, reduz a ansiedade e medo. Para Baykara et al. (2014), a marcação do estoma é considerada como a primeira fase de adaptação à ostomia, uma vez que o processo de marcação permite obter informações sobre o estoma, cuidados e produtos a serem utilizados, promovendo a adaptação e reduzindo a ocorrência de complicações do estoma e pele peristomal e assim, melhorar a qualidade de vida da pessoa com ostomia. Um estoma mal localizado pode afetar muito a qualidade de vida da pessoa, induzindo ansiedade e medo (de sair de casa, de comer), para além do trauma cutâneo provocado pelo contacto do efluente com a pele (CRONIN, 2014).

A International Ostomy Association (IOA) (2007) reconhece na carta de direitos do ostomizado o direito da pessoa ostomizada em: receber aconselhamento pré-operatório; ter um estoma bem construído e localizado num sítio apropriado; receber suporte médico experiente e profissional, e de enfermagem de estomaterapia no período pré e pós-operatório no hospital e/ou comunidade.

A RNAO recomenda, relativamente ao período pré-operatório: que se realize educação pré-operatória a todas as pessoas e famílias que irão ser submetidas a cirurgia

com construção de ostomia; efetuar a marcação do local do estoma; explorar o impacto da ostomia na intimidade e sexualidade da pessoa/companheiro; e efetuar Treino de Relaxamento Muscular Progressivo como parte da rotina de cuidados (RNAO, 2009). Estas recomendações são reconhecidas e implementadas pela AHRQ (2009), na National Guideline Clearinghouse 7658 – Ostomy Care and Management.

O WCET (2014) publicou recomendações no acompanhamento à pessoa com ostomia, sendo a preparação pré-operatória um componente essencial.

No âmbito do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi proposta a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) no local de trabalho, onde também decorreram os estágios I, II e III, com recurso à utilização de metodologia de projeto. Uma vez que se trata de uma metodologia científica, cada estudante a partir de um problema identificado, promove a sua resolução e conseqüente melhoria dos cuidados, envolvendo a equipa de profissionais do serviço.

METODOLOGIA

“A Metodologia de Projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (RUIVO e FERRITO, 2010, p.2). A

metodologia de projeto contempla cinco etapas: Elaboração do Diagnóstico de Situação; Planeamento das atividades, meios e estratégias; Execução das atividades planeadas, Avaliação e Divulgação dos Resultados (RUIVO e FERRITO; 2010).

O primeiro aspeto considerado foi a identificação do problema. A escolha do tema geral foi efetuada por método dedutivo, uma vez que conhecíamos a teoria sobre a importância da preparação pré-operatória. Por outro lado, a experiência profissional, ao longo dos sete anos que realizamos consultas de estomaterapia, de forma indutiva percebemos a preparação pré-operatória como uma “mais-valia” para a adaptação da pessoa à ostomia e impacto na prevenção de complicações.

Na pesquisa bibliografia inicial procurámos evidência existente sobre as vantagens de intervir na fase pré-operatória, estudos que relacionassem a realização de preparação pré-operatória com a melhoria de qualidade de vida da pessoa ostomizada e redução de complicações. Desta forma, procurámos perceber a pertinência do projeto, procurando fundamentação teórica que suportasse o tema escolhido.

Após esta pesquisa, definimos como problema geral: Inexistência de preparação pré-operatória sistematizada à pessoa ostomizada.

Como refere Ruivo e Ferrito (2010), um projeto envolve a realização de um plano de trabalho com vista a resolução de um problema e que acarreta um trabalho em grupo.

O envolvimento da equipa do serviço e a necessidade de determinar a pertinência sentida do projeto é fundamental. Tendo este aspeto em consideração, foram selecionados e aplicados instrumentos de diagnóstico.

Optou-se por realizar entrevista dirigida à equipa de enfermagem, além da necessidade de explorar a pertinência do projeto, também se procurou perceber o nível de conhecimentos sobre o tema. No início da entrevista efetuou-se a apresentação sumária do contexto e tema do projeto, de seguida foram colocadas quatro questões, duas referentes à pertinência do projeto e duas referentes à técnica de marcação do local do estoma. A equipa é composta por 47 enfermeiros, tendo-se efetuado entrevistas a 27 enfermeiros (61% da equipa), sob orientação de um guião elaborado para o efeito.

Todos os enfermeiros entrevistados consideraram a realização de consulta pré-operatória de estomaterapia uma componente importante na preparação pré-operatória, sendo optimizadora do plano de ensino realizado durante o internamento. Relativamente à importância da realização de marcação do local do estoma, 24 enfermeiros consideraram importante, 2 enfermeiros não responderem por desconhecimento e 1 respondeu que não considerava importante. Os 24 enfermeiros que consideraram importante a realização de marcação do local do estoma, também consideraram a realização de uma preparação pré-operatória, em consulta de estomaterapia antes do internamento, facilitadora do processo de transição e da realização da técnica de

marcação de estoma na véspera da cirurgia (em contexto de internamento).

A análise SWOT, sendo uma metodologia muito utilizada em investigação social (RUIVO E FERRITO, 2010) foi também realizada. Desta análise foi possível determinar os aspetos negativos do projeto, nomeadamente os internos, onde podemos atuar para reduzir as fraquezas do mesmo. Por outro lado, uma vez que o projeto tem mais aspetos positivos que negativos, torna-o viável.

Após definição geral do problema foram identificados os problemas parcelares e determinadas as prioridades.

O **Objetivo Geral** definido para o PIS foi a Implementação de Consulta Pré Operatória com a Pessoa com Ostomia.

Foram considerados os seguintes **Objetivos Específicos**:

- Uniformizar os Procedimentos de Preparação Pré-operatória à Pessoa com ostomia;
- Promover a continuidade de Cuidados de Enfermagem;
- Validar/Consolidar conhecimentos com enfermeiro perito na área de estomaterapia;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância em referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomia para a consulta de estomaterapia;
- Monitorizar a referenciação das pessoas à consulta de estomaterapia;
- Monitorizar a realização da marcação do local do estoma.

PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O planeamento do projeto foi efetuado a partir do diagnóstico de situação, para cada objetivo específico foram planeadas as atividades/estratégias a desenvolver, assim como a previsão da necessidade de recursos e indicadores de resultado, assim como a sua calendarização.

Uniformizar os Procedimentos de Preparação Pré-operatória à Pessoa ostomizada.

Os procedimentos de enfermagem constituem uma ferramenta que procura garantir a uniformização, pelo que como indicador de resultado para este objetivo específico, definimos a elaboração do procedimento hospitalar de preparação pré-operatória à pessoa com ostomia de eliminação. As atividades planeadas para responder a este objetivo específico foram a realização de pesquisa bibliográfica e análise dos documentos selecionados, assim como as orientações internacionais.

No decorrer do PIS, considerámos também pertinente a elaboração do procedimento de marcação do local de construção do estoma, tendo-se incluído como indicador de resultado para este objetivo.

Promover a Continuidade dos Cuidados de Enfermagem

Após pesquisa e análise dos documentos, pretende-se elaborar documento de registos de enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia. O primeiro documento foi o de avaliação inicial, elaborado de acordo com o que está em utilização no sistema de registos do SClinic/SAPE, tendo-se acrescentado os aspetos relevantes para a avaliação em

estomaterapia. Apesar de ainda não serem realizados registos pelo SAPE ambulatório na consulta de estomaterapia, contamos que venha a ser uma realidade num futuro breve.

Por esse motivo foi construída uma folha de registo de atividade a realizar (tipo check-list), e foram também identificados os focos principais, diagnósticos e intervenções de enfermagem a realizar durante a consulta pré-operatória de estomaterapia.

Validar/Consolidar conhecimentos com enfermeiro perito na área de estomaterapia

O promotor do projeto propôs-se a realizar estágio de observação participante na consulta de estomaterapia do IPOX, com orientação de Enfermeira perita na área de estomaterapia. Durante a realização deste estágio de 35h, foram discutidos os procedimentos de preparação pré-operatória, procedimento de marcação do local do estoma e documentos do processo de enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia elaborados, foram recolhidas as sugestões e posteriormente, elaborados e apresentados os documentos finais.

Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância em referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomia, para a consulta de estomaterapia

Tendo em consideração a necessidade de envolvimento da equipa, foram definidas atividades com o objetivo de promover o seu envolvimento no projeto. Para tal, planeámos a realização de reuniões, com entrevistas não dirigidas, com a Enf.^a chefe, Enf.^a

Orientadora, Diretor do serviço e Chefe de Equipa médica do Inframesocólico ao longo do projeto, para o apresentar assim como a sua evolução; apresentar os procedimentos de preparação pré-operatória e marcação do local do estoma, e os documentos do processo de enfermagem para a consulta pré-operatória de estomaterapia; recolher sugestões, de forma a perceber dificuldades e obstáculos à referenciação das pessoas para a consulta pré-operatória em estomaterapia.

Fez também parte do planeamento, realizar sessão de formação, dirigida à equipa de enfermagem, sobre preparação pré-operatória à pessoa com ostomia. Assim como, promover o treino da técnica de marcação de estoma em contexto real, dos elementos da equipa de enfermagem.

Após as atividades acima referidas, identificou-se a necessidade de elaborar e afixar Fluxograma de referenciação à consulta de estomaterapia, como documento de consulta rápida.

Monitorizar a referenciação à consulta pré-operatória de estomaterapia

De forma a monitorizar a referenciação, definem-se como atividades consultar os programas operatórios e verificar quais os doentes que podem ser referenciados à consulta de pré-operatório; Consultar o nº de doentes referenciados à consulta de estomaterapia no pré-operatório; cruzar estes dados e estimar a percentagem de doentes referenciados. Assim definiu-se como indicador de resultado que em Março de 2015, 70% das pessoas em programa operatório, em que se prevê a construção de estoma, são

referenciados para a consulta de pré-operatória de estomaterapia.

Monitorizar a realização da marcação do local do estoma

Sendo a realização da marcação de estoma um aspeto determinante para a vida futura da pessoa com ostomia, e uma vez elaborado o procedimento, a monitorização da sua realização deve ser efetuada. Foi planeada a consulta dos processos dos doentes da consulta de estomaterapia em Março de 2015, considerando-se como indicador de resultado que 70% das pessoas submetidas a cirurgia eletiva, a marcação do local do estoma foi realizada na véspera da cirurgia.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A avaliação deve ser realizada em diferentes momentos do projeto. Durante a fase de execução do projeto são efetuadas as primeiras críticas e efetuados ajustes necessários, que advém da avaliação intermédia/depuração.

Segundo Carvalho et al (2001), citado por RUIVO e FERRITO (2010), uma avaliação permanente permite a redefinição da análise da situação, reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados, fornecendo elementos com vista a melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia do projeto.

Ao longo do decorrer do projeto houve necessidade de realizar alterações/ajustes relativamente às intervenções, planeamento e cronograma.

Dois dos indicadores traçados respondem a uma necessidade de pesquisa e análise dos

documentos orientadores, acerca das práticas recomendadas para o período pré-operatório à pessoa com ostomia, assim como em relação à realização de marcação do local do estoma. Ambos os indicadores foram conseguidos e revelaram-se de grande utilidade para toda a equipa; o passo seguinte será a sua aprovação como procedimento setorial. No momento de realização desta avaliação, os procedimentos estão a ser analisados pela equipa médica, uma vez que esta é responsável pela referência/sinalização do doente, assim como a marcação do local do estoma constitui uma ação interdependente, pois a construção do estoma e consequente respeito pelo local marcado, é da responsabilidade da equipa médica.

Durante o ano de 2014 existiram mudanças significativas na equipa multidisciplinar, o que exigiu redefinição de estratégias. Em Janeiro de 2015 foi nomeado um elemento da equipa médica que ficou responsável por dar apoio à consulta de estomaterapia e responsável na implementação dos procedimentos de preparação pré-operatória e marcação do local do estoma, servindo de elo de ligação entre a equipa de enfermagem e equipa médica, por esse motivo a avaliação dos indicadores da referência foram adiados para Março de 2015.

O indicador relativo à **validação/consolidação de conhecimentos com enfermeiro perito na área de estomaterapia** encontra-se refletido não só no relatório de estágio, como na construção de todos os documentos e planeamento do projeto, pela partilha de conhecimento e experiência em relação à estomaterapia e em relação aos

aspectos relacionados com as estratégias de promoção do projeto.

Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância em referenciar as pessoas com cirurgia programada, em que é previsível a construção de ostomia, para a consulta de estomaterapia, é o objetivo específico que considerámos mais ambicioso, sendo ao mesmo tempo o que garante a implementação do projeto. O maior obstáculo à consecução deste objetivo é o facto de estar dependente de todos os elementos da equipa multidisciplinar. Para este objetivo específico, foram identificados quatro indicadores de avaliação:

Participação de 70% da equipa de enfermagem na sessão de formação. Este indicador foi conseguido em 63% da equipa de enfermagem. Para garantir o envolvimento dos restantes elementos da equipa de enfermagem, apresentámos o projeto individualmente aos colegas que não assistiram à formação. Em Dezembro de 2014, 98% da equipa de enfermagem conhece o projeto.

40% da equipa de enfermagem realizou marcação do local do estoma, em Dezembro de 2014. Uma vez que os dois elementos que realizam a consulta de enfermagem em estomaterapia encontram-se distribuídos um no serviço homens e um no serviço mulheres em horário fixo, habitualmente quando existe a indicação para realizar marcação do local do estoma estes encontram-se e são chamados para a efetuar. No entanto, os restantes elementos da equipa de enfermagem são participativos nesta atividade e o enfermeiro responsável pelo doente assiste à realização da marcação, ou é o próprio a executá-la com

participação do enfermeiro da consulta de estomaterapia. Tendo em consideração o anterior, 48% da equipa de enfermagem participou na marcação do local do estoma.

40% da equipa médica total, em Março de 2015 já referenciou, pelo menos um utente para a consulta de estomaterapia;

70% dos médicos das equipas do inframesocólico e equipa cirurgia minimamente invasiva, em Março de 2015 já referenciou, pelo menos um utente para a consulta de estomaterapia;

Os dois indicadores anteriores não foram conseguidos, uma vez que não se verificou o encaminhamento de nenhum utente para a consulta de estomaterapia.

Foi definido como objetivo específico monitorizar a referenciação dos utentes, tendo-se definido como indicador a referenciação de 70% das pessoas em programa operatório, em que se prevê a construção de estoma, para a consulta de pré-operatório de estomaterapia, em Março de 2015. Este objetivo não foi atingido, pois não foram referenciados utentes. As consultas pré-operatórias realizadas foram efetuadas mediante disponibilidade dos enfermeiros da consulta de estomaterapia, na véspera da cirurgia, após indicação do cirurgião para efetuar marcação de estoma. Estão planeadas reuniões com equipa médica para promover a referenciação à consulta pré-operatória de estomaterapia, antes do internamento.

Monitorizar a realização da marcação do local do estoma, foi o último objetivo específico definido, tendo sido atingido o indicador de resultado:

Em 70% das pessoas ostomizadas, submetidas a cirurgia eletiva, a marcação do local do estoma foi realizada na véspera da cirurgia, em Março de 2015. Durante o primeiro trimestre de 2015, foram admitidos na consulta de estomaterapia 10 pessoas com ostomia operadas em tempo eletivo: destas 7 efetuaram marcação do local do estoma na véspera da cirurgia, o que representa 70% das pessoas ostomizadas. Destas, 6 pessoas realizaram consulta pré-operatória, com as limitações inerentes ao fato de ser realizada na véspera da cirurgia.

CONCLUSÃO

O projeto desenvolvido contribuiu para a sistematização do atendimento pré-operatório à pessoa ostomizada, no entanto é necessário manter uma avaliação contínua e inerente adequação de estratégias, uma vez que ao longo do tempo vão ocorrendo alterações que podem ser de diversas naturezas (constituição de equipa, instituição, políticas).

Verificou-se que durante o segundo semestre de 2014 o projeto ficou estagnado por força das alterações que ocorreram na equipa, no entanto, desde o início do ano de 2015, após definição de estratégias com a equipa médica, o projeto encontra-se em condições de ser incrementado de forma efetiva. No entanto os resultados conseguidos mostram que é essencial definir estratégias para motivar a equipa, e que passam por demonstrar os resultados da implementação do projeto.

Apesar da equipa multidisciplinar reconhecer a importância e vantagens da preparação pré-operatória à pessoa com ostomia, é

necessário monitorizar a implementação do projeto. Assim, estão planeadas reuniões da equipa da consulta de estomaterapia, de forma a redefinir estratégias para promover a referência à consulta de enfermagem pré-operatória e, para o início do ano de 2016, apresentar os dados de 2015 referentes ao projeto e impacto no tempo de internamento, ocorrência de complicações no pós-operatório e adaptação da pessoa à ostomia.

Da mesma forma é necessário manter a monitorização da realização da técnica de marcação do local do estoma, realizada pela equipa de enfermagem na véspera da cirurgia.

“Devido à natureza dinâmica, que frequentemente apela à colaboração, a investigação acção não é fácil de implementar. Para resolver o problema da colaboração é necessário tempo e energia, sendo necessário colher dados ao longo do projeto, pois se as soluções não funcionarem é necessário revê-las” (STREUBERT e CARPENTER, 2002, p. 284).

A elaboração deste artigo responde à última etapa da metodologia de projeto, que visa a sua divulgação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - **National Guideline Clearinghouse - 7658** (2009). [Consult. 17 de Maio 2013]. Disponível em WWW:<[URLhttp://www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)>.
- BAYKARA, Zehra Gocmen [et. al.] – **A Multicenter Retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma Site marking on stomal and peristomal complications** [Em linha]. Ostomy Wound Management. Maio (2014). [Consult. 25 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <URL: <http://ebscost.com>>.

- CRONIN, Elaine – **Stoma Siting: Why and how to mark the abdomen in preparation for surgery** [Em linha]. Gastrointestinal Nursing. Vol.12, nº 3 (2014). [Consult. 25 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <URL: <http://ebscobhost.com>>.
- INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION [IOA] - **Charter of Ostomates' Rights**. 2007. [Consult. Setembro 2013]. Disponível em WWW: < URL: http://ioa2006.site.aplus.net/welcome_charter.html>.
- MELEIS, Afaf I. –Transitions as a Nursing Theory. In **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer, publishing company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MENDONÇA, Regiane [et. al.] - **A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. Hospital do Câncer III: Consulta de Enfermagem em Ostomias Intestinais**. Revista Brasileira de Cancerologia [Em linha]. 53:4 (2007) 431-435. [Consult. 17 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v04/pdf/artigo5.pdf>.
- SHUMACHER, Karen L.; MELEIS, Afaf Ibrahim – Transitions: A central concept in nursing. In **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer, publishing company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- WORLD COUNCIL OF ENTEROSTOMAL THERAPIST [WCET] – **International Ostomy Guideline recommendations**. [Em linha]. (2014) [Consultado em 18 de Dezembro de 2014]. Disponível em WWW: <URL: www.wcet.org>.
- REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO- Ostomy Care and Management. [Em linha]. 2009. [Consult. 16 Novembro 2013] Disponível em WWW:< URL:< <http://rnao.ca>>.
- RUIVO, Alice; FERRITO, Candida, et al. **Revista Percursos**. nº 17. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Julho – setembro, 2010. ISSN: 1646-5067.
- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0

Apêndice 19

Pedido de Autorização para realização do PIS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
3.º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO – CIRÚRGICA



Exma. Sra. Enfermeira Diretora
Do Centro Hospitalar [REDACTED]
Sr. Enf. [REDACTED]

Chamo-me Joana Elvira de Abreu Alves Portela, sou estudante do 3º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Enfermeira deste hospital desde 2003 no Serviço de Cirurgia Geral, com o nº mecanográfico [REDACTED].

No âmbito deste curso, encontro-me a realizar Estágio no Serviço de Cirurgia Geral, tendo-me proposto a desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço cujo tema é “Preparação pré-operatória à pessoa com ostomia”, que irá decorrer até Junho de 2014. Para desenvolver este projeto irei recorrer à Metodologia de Projeto, orientado pela Professora Armandina Antunes e, no serviço, pela Enfermeira Especialista MC

O Objetivo Geral é “Implementar a Consulta de estomaterapia no período pré-operatório”

Eu, enquanto promotora do projeto, asseguro que serão cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes a um estudo deste tipo, nomeadamente no respeito pelo sigilo e anonimato das fontes, salvaguardo dos participantes e consentimento informado. Durante a realização deste projeto, prevejo a necessidade de consultar os planos operatórios e processos de alguns utentes, pelo que o efetuarei, respeitando o supramencionado.

Deixo o meu contacto telefónico para qualquer esclarecimento adicional: [REDACTED],
email: joanap80@gmail.com.

Agradeço, desde já, a atenção despendida e a toda a celeridade neste processo.

Com os melhores cumprimentos

Joana Portela

Apêndice 20

PAC



FORMANDO Joana Elvira de Abreu Alves Portela N.º 120514014

ENFERMEIRO ESPECIALISTA MC ORIENTADOR Sra. Enfermeira MC

INSTITUIÇÃO CHX - HY SERVIÇO / UNIDADE DE ESTÁGIO Serviço de Cirurgia Geral

DIMENSÃO B – PROJECTO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)

Esta dimensão do instrumento de avaliação do Estágio do mestrado em Enfermagem MC destina-se a avaliar o desenvolvimento do Projecto de Aprendizagem Clínica/Competências (PAC) em cada estágio. Permite para além disso evidenciar a evolução das aprendizagens do formando ao longo dos vários estágios realizados.

Uma vez que o PAC é definido em ligação ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros, o seu preenchimento beneficiará da consulta dos “Critérios de Avaliação” presentes no documento citado.

Para o processo de avaliação, o formando deverá preencher este instrumento e entregá-lo ao orientador. O orientador, na sua avaliação, poderá assim contar também com a apreciação realizada pelo formando.

O campo dos COMENTÁRIOS/OBSERVAÇÕES poderá ser utilizado pelo orientador para justificar as suas percepções quanto às aprendizagens do formando, bem como a avaliação que o formando faz delas. Poderão ser utilizadas mais folhas.

COMPETÊNCIA 1

CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA.

Unidade de Competência

Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

APRECIÇÃO DO FORMANDO

O SU é caracterizado pela resposta a situações urgentes/emergentes, com maior número de casos de atendimento a pessoas a vivenciar processos complexos e falência multiorgânica, por esse motivo realizei 38h30 de estágio de observação participante neste contexto.

Este estágio contribuiu para diversas aprendizagens, principalmente nos aspetos de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no SU. No contexto de urgência/emergência é fundamental a tomada de decisão perante diversas situações, perante a complexidade do doente crítico, é essencial identificar e responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade.

No SU está implementada a Triagem de Manchester, que consiste em estabelecer prioridade de atendimento e o respetivo tempo alvo recomendado para observação médica, mediante um sistema que identifica critérios de gravidade, com base em algoritmos.

Desta forma os doentes emergentes que necessitam de observação imediata são de colocados na sala de reanimação, e iniciam-se diversas atividades em simultâneo. Atuar de forma pronta, executar cuidados técnicos de alta complexidade ao mesmo tempo em que se avalia a pessoa e se procura focos de instabilidade, é uma prática que necessita de ser desenvolvida na sala de emergência.

Por outro lado, as pessoas quando admitidas no serviço de urgência, apresentam queixas que motivam a sua ida, a necessidade de uma triagem passa pela identificação de possíveis focos de instabilidade,



assim como a antecipação dos problemas passa pela colheita de dados e história atual. O enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica, orientador deste campo de estágio, por diversas conversas informais, narrou situações em que é necessário o olhar atento do enfermeiro especialista, pois se há situações em que o doente é admitido de imediato para a sala de emergência com critérios de doente crítico, outras situações existem em que apesar de ainda não apresentar critérios, a sua história atual permite antecipar uma situação de instabilidade.

Na UCIC, encontram-se internados doentes cirúrgicos com instabilidade ou com risco, sendo uma unidade de cuidados intermédios os doentes internados possuem menores critérios de gravidade em relação aos internados UCI.

Os doentes internados na UCIC, apresentam presença ou risco de instabilidade hemodinâmica, pelo que necessitam de cuidados diferenciados, acompanhamento e monitorização permanentes. O doente cirúrgico, apresenta riscos decorrentes da cirurgia realizada (choque hipovolémico, choque séptico), e /ou da sua situação de doença crítica e comorbilidades associadas (patologia cardíaca, patologia respiratória e renal), que descompensa pela existência de fatores desecadeantes (cirurgia, anestesia, fluidoterapia, doença aguda, a contra-indicação de administração de terapêutica habitual, etc). A atuação especializada neste contexto é essencial pela mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas, para responder em tempo útil e de forma holística, de forma a identificar e responder perante focos de instabilidade.

É na UCIC onde mais ocorrem situações de descompensação hemodinâmica, em que se desenvolve um quadro de instabilidade e falência orgânica, que motiva acionar a equipa de equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) e consequente transferência para a UCI. Contudo, apesar da mais-valia destes recursos hospitalares, é necessário atuar até à chegada desta equipa, ou até podem estar indisponíveis, estarem a assegurar outra situação em outro local. Por vezes, também acontece não existirem vagas na UCI ou unidades satélite, e os doentes com ventilação invasiva ficarem na UCIC, com ventilador portátil existente no serviço, até se assegurar vaga em UCI. Atuar de forma eficaz e eficiente perante estas situações, torna necessário desenvolver conhecimentos e habilidades.

Na UCI são prestados cuidados técnicos de alta complexidade. A UCI do CHX é uma unidade polivalente, nível III (conforme definido pela DGS), atendem doentes adultos com patologia médica, coronária, cirúrgica e traumatológica A realização de 31h de estágio de observação participante neste contexto, permitiu colaborar na prestação cuidados de saúde diferenciados a doentes com alterações fisiopatológicas urgentes, potencialmente reversíveis, que põem em risco a função de um ou mais órgãos vitais.

Durante a realização deste estágio, tive oportunidade de conhecer e colaborar em técnicas complexas, nomeadamente nas técnicas dialíticas e cuidados à pessoa com ventilação invasiva. Tive também oportunidade de acompanhar a EEMI, quando ativado para uma situação de uma utente com bradicardia com sintomatologia associada, que se dirigia a consulta de pacemaker, colocado há cerca de 1 mês. Após observação e estabilização, esta utente foi encaminhada para o SU.

Os conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida foram promovidas no campo de estágio do SU e UCI, e constituem uma necessidade profissional, sendo sempre necessária uma reciclagem de conhecimentos ao longo do tempo.

“Na procura permanente da excelência no exercício da profissão, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2011, p.5). A tecnologia inerente às UCI, pelo suporte avançado de vida, assim como as características dos doentes internados nestas unidades, torna-os mais suscetíveis a complicações decorrentes do internamento hospitalar assim como das técnicas e tratamentos utilizados.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTO-AVALIAÇÃO (FORMANDO)				



HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				
-------------------------------	--	--	--	--

COMPETÊNCIA 2

DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI -VÍTIMA, DA CONCEPÇÃO À ACCÇÃO.

Unidades de Competência

Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi -vítima ou catástrofe; Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

APRECIÇÃO DO FORMANDO

A principal preocupação, no que se refere à segurança dos Hospitais, “*deve ser a de prevenir a ocorrência de situações indesejáveis, ou, caso estas venham a ocorrer, limitar ao máximo a sua propagação, de modo a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes, com exceção da zona afectada*” (PEI, 2009, p.3). Por este motivo, devem ser planeadas e desenvolvidas ações que visem obter economia de esforços, rapidez de atuação e diminuição de prejuízos. Na Lei 27/2006, de 3 de Julho, no artigo 6.º, alínea 2, encontra-se definido a obrigatoriedade de “[os] funcionários e agentes do Estado e das pessoas colectivas de direito público, bem como os membros dos órgãos de gestão das empresas públicas, têm o dever especial de colaboração com os organismos de protecção civil” (DR,2006, p.4697).

A CGR do CHX, entre outras atividades promove a elaboração do Plano de Emergência Interno (PEI) e do Plano de Prevenção (PP) programando a atuação de cada hospital do CHX nas situações de maior risco potencial na área do concelho, como também organiza ações de prevenção, informação, formação e sensibilização dos profissionais do CHX, de forma a mobilizá-los nas situações de emergência.

A fim de desenvolver esta competência, para além da aquisição de conhecimentos pela pesquisa bibliográfica, foi proposta a realização de uma atividade prática, que pudesse contribuir para dinamizar um plano de resposta no serviço de Cirurgia Geral.

Após entrevista não dirigida com a enfermeira responsável da Comissão Gestão de Risco (CGR), decidimos realizar um exercício de evacuação, em cenário de inundação, com recurso a figurantes.

Pretende-se com este exercício verificar a operacionalização do PEI.

Em articulação com a enfermeira responsável pela CGR, que coordena o PEI e PP, realizamos todas as etapas que um exercício desta natureza exige.

A primeira atividade foi a leitura dos documentos existentes, assim como conhecer de forma mais detalhada o PEI e procedimentos hospitalares.

De seguida realizamos o planeamento do exercício, durante esta ação surgiram diversas dúvidas e dificuldades. O planeamento é muito exigente, pois é necessário um conhecimento efetivo do funcionamento de outros serviços hospitalares, com que necessitamos de articular as atividades, bem como o conhecimento do PEI e procedimentos hospitalares.

Definimos a data a realizar o exercício, o local (UCIC homens) e o tipo de evacuação (horizontal, para o serviço de cirurgia mulheres). Optámos pela utilização de figurantes em vez de doentes, e ao mesmo tempo definimos a caracterização dos doentes (patologias, diagnósticos e necessidades de cuidados e vigilância), uma vez que no momento da evacuação é necessário estabelecer critérios mediante as condições dos doentes.

A última atividade foi a realização de relatório do exercício. Este tipo de exercício procura identificar possíveis falhas/aspectos negativos de forma a corrigi-los/ melhorar, promovendo a segurança do doente e profissionais. Os objetivos definidos para exercício foram, verificar: a atuação das equipas de emergência; a prontidão de resposta das equipas de emergência, perante uma situação de emergência que implique uma evacuação



parcial; a adequabilidade dos meios e infraestruturas existentes no serviço de Cirurgia Geral; e o grau de eficácia das equipas de emergência. Importa referir dos aspetos a melhorar identificados: a falha nas comunicações, sendo necessário no plano de ação reforçar a necessidade de formação/informação no plano das comunicações; uma vez que os meios de comunicação via rádio foram mais eficazes, deve ser garantida a continuidade dos meios de rádio nas comunicações de emergência; apesar de no PEI ser o operador da central telefónica a avisar o serviço refugio, este contacto foi efetuado pelo coordenador de evacuação, o que favoreceu a rapidez da evacuação, pelo que esta alteração ao PEI deve ser ponderada; outro aspeto identificado foi o facto de, aquando a receção dos doentes no serviço de cirurgia mulheres, estes foram encaminhados para a sala de tratamentos, uma vez que pensávamos que existia uma rampa de oxigénio, como no caso do serviço homens, e apercebemo-nos de que as rampas existentes são diferentes nos dois serviços, o que nos induziu em erro, sendo importante divulgar esta informação a toda a equipa.

As atividades desenvolvidas permitiram a aquisição da unidade de competência, uma vez que tivemos oportunidade de conceber, em articulação com o nível estratégico (CGR), os planos de catástrofe ou emergência, pelo contributo do exercício para alterações futuras ao PEI. Por outro lado, a leitura dos diversos documentos pela pesquisa bibliográfica, e os contributos da UT seminário de peritos: emergência e catástrofe, contribuiu para um conhecimento favorecedor de planeamento a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe assim como, contribui para gerir os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

De reforçar que os aspetos ligados a esta competência, pela sua especificidade, é necessário um trabalho acrescido na procura de oportunidades para continuar a desenvolver e contribuir para este aspeto fundamental, que é a atuação eficaz num incidente desta natureza, principalmente na fase latente da catástrofe, em que devem ser elaborados os planos de emergência adequados às diversas situações.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTO-AVALIAÇÃO (FORMANDO)				19
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

COMPETÊNCIA 3

MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS.

Unidades de Competência

Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

APRECIÇÃO DO FORMANDO

As Infecções Associadas aos Cuidados de saúde constituem uma problemática a nível mundial, pois têm grande impacto para as pessoas, profissionais e sociedade, pois acarretam custos muito significativos. A OMS reconhece que estas infeções dificultam o tratamento de doentes em todo o mundo, sendo reconhecida como causa de morbilidade e mortalidade. Através da World Alliance for Patient Safety estabeleceu o desafio



de reduzir o problema da infeção associada aos cuidados de saúde para 2005/2006, transmitindo a mensagem Clean Care is Safer Care (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2007).

A DGS (2007), comprometida com este desafio, desenvolveu o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), em que a define como “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”. O Programa tem como objetivo conhecer a realidade nacional e reunir esforços para diminuir a incidência de IACS, promovendo a segurança do doente (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2007).

Juntamente com o Programa foi divulgado um manual para operacionalização do Programa e reformulou o enquadramento das CCI pelo Despacho da Direção Geral da Saúde (Diário da República II Série, nº 246 de 23 de Outubro de 1996), sendo divulgado em Circular Normativa. “O Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção (POPCI) surge da necessidade de aplicação e operacionalização do PNCI nas unidades de saúde, de acordo com a sua especificidade, nomeadamente, localização geográfica, características da população abrangida, tipo de actividades clínicas e número de profissionais” (DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, 2008, p.6).

Os programas acima referidos, reconhecem a importância da existência das CCI nas unidades de saúde, definindo os seus objetivos e intervenções.

Para desenvolver esta competência, procedeu-se à leitura da pasta da Comissão de Controlo de Infeção do CHX, disponível na intranet.

Após leitura e conversa com o elemento de ligação da CCI do serviço, foi possível perceber quais as intervenções e atividades que são desenvolvidas nos serviços. O elemento de ligação do serviço é também a enfermeira orientadora, o que possibilitou a realização de um plano de intervenções a desenvolver no serviço e que respondem a esta competência.

Numa primeira fase foram consultadas os documentos da CCI, nomeadamente cartazes de sensibilização (lavagem das mãos, separação de lixos, manipulação de diferentes agentes e documentação sobre os diferentes tipos de isolamento e barreiras de proteção). Uma vez que existem quatro alunas deste CPLEE, que têm a mesma enfermeira orientadora, optou-se por desenvolver estas atividades em grupo.

Uma vez que os serviços encontravam-se a realizar limpeza geral, foram levantadas as necessidades de afixar e/ou substituir os cartazes expostos no serviço, de acordo com a sua pertinência em relação às áreas em que seriam expostos, se direcionados aos doentes, visitas ou profissionais. Posteriormente foi efetuado pedido para impressão dos documentos, para serem afixados. Durante esta atividade, foi consultada a Enf.^a coordenadora da CCI, para validação das atividades. Foram também organizadas duas pastas com as informações mais pertinentes, para consulta rápida por parte dos profissionais, posteriormente serão apresentados à equipa e colocada uma pasta em cada serviço (cirurgia homens e mulheres).

Uma das atividades da CCI relaciona-se com a sensibilização da higienização das mãos, uma vez que é a medida mais eficaz de controlo de infeção. A CCI desenvolveu um programa de formação aos profissionais de saúde, com os objetivos de sensibilização para a correta higienização das mãos. Para avaliar o impacto destas medidas e efetuar um diagnóstico de situação, os elementos de ligação da CCI, em cada serviço devem efetuar um registo de observação, onde são observados os comportamentos dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos.



Ao conhecer este objetivo da CCI, procedi à leitura do manual de observadores e posteriormente efetuei, após validação de conhecimentos com enfermeira orientadora, observação no serviço de cirurgia homens.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTO-AVALIAÇÃO (FORMANDO)				
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

COMPETÊNCIA L5

CUIDA DA PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA, INCAPACITANTE E TERMINAL, DOS SEUS CUIDADORES E FAMILIARES, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA, DIMINUINDO O SEU SOFRIMENTO, MAXIMIZANDO O SEU BEM ESTAR, CONFORTO E QUALIDADE DE VIDA.

Unidades de Competência

Identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia, os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística, da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua Dignidade, a maximizar a sua qualidade de Vida e diminuir o seu sofrimento.

APRECIÇÃO DO FORMANDO

A análise do desenvolvimento das unidades de competência irá ser realizada em dois momentos, primeiro pelo acompanhamento do doente crónico no âmbito da consulta de estomaterapia e posteriormente o acompanhamento ao doente paliativo/cuidados em final de vida, no internamento na cirurgia geral.

A doença crónica não se constitui como uma entidade nosológica em si; é um termo abrangente que inclui doenças prolongadas, frequentemente associadas a um variável grau de incapacidade, de curso prolongado e geralmente de progressão lenta, com potencial de compensação e que implica a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual) (OE, 2011^b, p.1).

O acompanhamento à pessoa com ostomia, pela implementação de intervenções de enfermagem, promove a adaptação da pessoa à ostomia, previne complicações e melhora a qualidade de vida.

Na consulta de enfermagem em estomaterapia é desenvolvido um plano de cuidados individualizado, envolvendo a pessoa e pessoa significativa, frequentemente são traçados objetivos que necessitam ser negociados com os doentes e pessoa significativa, uma vez que, na maioria das vezes, a pessoa encontra-se em recusa, chegando a negar o contacto visual com o estoma. Através dos ensinamentos e observações periódicas, é possível prevenir ou atuar em tempo útil em situações de complicações com a ostomia e/ou agudização da doença. A consulta é realizada de forma periódica e é sempre direcionada à pessoa e família permite reavaliar as necessidades e atualizar o plano de cuidados.

As pessoas com doença crónica necessitam de um nível de apoio alargado nas suas comunidades, com o objetivo de manterem o melhor estado de saúde, durante tanto tempo quanto possível, para tal “*[carecem] de aptidões de auto-cuidado para gerir o problema em casa, associadas a um cuidado e tratamento proactivos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer deteriorações no seu estado possam ser rapidamente enfrentados antes de evoluírem para uma situação aguda*” (OE, 2010^b, p.35).

As intervenções realizadas durante o acompanhamento à pessoa ostomizada, cumprem o definido no REPE relativamente às formas de atuação do enfermeiro, nomeadamente “c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias; d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de



outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro; e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados” (OE, 2012, p.16).

A maioria dos doentes ostomizados, têm como patologia de base neoplasias, em alguns destes casos o seguimento, em determinado momento passa a ser paliativo e em alguns casos a própria construção de ostomia constitui uma medida paliativa. No entanto, para abordar o doente terminal, opto por apresentar a experiência do internamento, em que por vezes temos doentes que são internados para cuidados em fim de vida.

Quando uma pessoa é internada no serviço em fase terminal, a equipa reúne esforços para oferecer condições que permitam a pessoa e a família vivenciar este período com dignidade. Sempre que identificada uma situação, é possibilitado um quarto individual e facilitado o acompanhamento durante 24h, pela (s) pessoa (s) que a pessoa determina, procurando proporcionar conforto e bem-estar.

O respeito pelo doente terminal, é um dever do enfermeiro que se encontra previsto no artigo 87º do código deontológico, “o enfermeiro assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda que o acompanhem na fase terminal da vida; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (OE, 2012, p.79).

Os pilares fundamentais dos cuidados paliativos assentam no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos (OE, 2011^b, p.1).

O Quadro de referência do catálogo de cuidados paliativos para uma morte digna, tem como objetivos orientar os enfermeiros ao prestarem cuidados paliativos para promover uma morte digna e apoiar a documentação sistemática de cuidados utilizando a CIPE®. A leitura deste documento e os contributos das UT controlo de sintomas, e espiritualidade e cuidados de enfermagem contribuíram para a aquisição desta competência.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTO-AVALIAÇÃO (FORMANDO)				19
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

COMPETÊNCIA L6

ESTABELECE RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM PESSOAS COM DOENÇA CRÓNICA, INCAPACITANTE E TERMINAL, COM OS SEUS CUIDADORES E FAMILIARES, DE MODO A FACILITAR O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ÀS PERDAS SUCESSIVAS E À MORTE.

Unidades de Competência

Optimiza resultados de Cuidados Paliativos para indivíduos com doença crónica, incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar. Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, é possível de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo, assim como adaptável a diversos contextos.

APRECIÇÃO DO FORMANDO

Estabelecer uma relação terapêutica é fundamental para construir uma parceria com a pessoa/família na gestão da doença crónica, incapacitante e terminal, LAZURE (1994, p.197) afirma que “A Relação de Ajuda é indissociável das intervenções de Enfermagem de qualidade”.



O desenvolvimento de uma relação terapêutica no acompanhamento à pessoa ostomizada e família, em que se preconiza um acompanhamento sistematizado e individualizado, os princípios de uma relação terapêutica têm que estar presentes, para se intervir de forma eficaz. É necessário estabelecer parcerias terapêuticas, respeitar a singularidade e autonomia individual e negociar objetivos/metastados de cuidados. A relação terapêutica também está presente no problema identificado para o desenvolvimento do PIS, pelo desenvolvimento de intervenções que visam facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas, relacionadas com o processo de doença e presença de ostomia.

Por outro lado, perante o internamento de pessoas em fim de vida, a relação terapêutica permite promover cuidados holísticos, envolvendo a pessoa e família nas decisões referentes ao plano de cuidados, respeitando os seus desejos, as necessidades multidimensionais, intervindo no controlo de sintomas, promovendo alívio do sofrimento e o conforto, assim como apoio no processo de luto.

Considero perante o exposto que as competências do enfermeiro especialista da Pessoa em Situação Crónica e/ou Paliativa foram adquiridas.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTO-AVALIAÇÃO (FORMANDO)				
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

Apêndice 21

Relatório de Exercício de Evacuação



RELATÓRIO FINAL DO 1º EXERCÍCIO DE SIMULAÇÃO DE INUNDAÇÃO

Comissão de Gestão do Risco (CGR)

DATA: 19/05/2014

Estudantes do 3º CPLEEMC da ESS - IPS: Cláudia Coelho, Joana Portela, Nara Batalha, Nina Teixeira.

Orientação: Professora Armandina Antunes (ESS), Enfermeira Especialista MC (CHX)

LISTA DE ABREVIATURAS

AO - Assistente Operacional

CA - Conselho de Administração

CHX - Centro Hospitalar X

CGR - Comissão de Gestão de Risco

CPLEEMC – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

CQSD - Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

DEM - Diretor de Emergência

EAT - Equipa de Apoio Técnico

EI - Equipa de Intervenção

EE – A- Equipa de Evacuação – A

EE – B - Equipa de Evacuação – B

ESS – Escola Superior de Saúde

HY – Hospital Y

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

PEI - Plano de Emergência Interno

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

SSO - Serviço de Saúde Ocupacional

UCIC - Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

EQUIPAS INTERVENIENTES

Diretor de Emergência (Substituto)	- SP	Cargo: Elemento da CGR/CQSD
Chefe de Intervenção (Substituto)	- FC	Cargo: Elemento da CGR/SSO
Equipa de Intervenção	- FC	Cargo: Elemento do SIE
Equipa de Apoio Técnico	- AE	Cargo: Responsável do SIE do HY
	- FC	Cargo: Elemento do SIE
Central Telefónica	- CSR	Cargo: Elemento da Central Telefónica
Equipa de Evacuação A	- CS	Cargo: Assistente Operacional
	- LM	Cargo: Assistente Operacional
Equipa de Evacuação B	- MC (Coordenadora)	Cargo: Enfermeira
	- CC	Cargo: Enfermeira
	- JN	Cargo: Cirurgião
	- MJN	Cargo: Enfermeira
	- MA	Cargo: Enfermeira
	- VG	Cargo: Enfermeira
Vigilantes	- ML	Cargo: Chefe da Prestibel
Agente da PSP no HY	- AC	Cargo: Agente da PSP

OBSERVADORES DO Hospital

1 – Sola SP– Diretor de Emergência e Operador da Central telefónica

Cargo: Elemento da CGR/CQSD

2 - JR – Chefe de Intervenção, Equipa de Intervenção, Equipa de Apoio Técnico, Chefe dos Vigilantes, Agente da PSP

Cargo: Responsável do SIE do HZ/ elemento da CGR

3 - EC – Coordenador de Evacuação, Equipa de Evacuação A, Equipa de Evacuação B

Cargo: Assistente Operacional da Portaria

4 – CB – Chegada dos utentes ao Serviço de refúgio – Serviço de Cirurgia Geral Mulheres

Cargo Assistente Técnica das Comissões

FIGURANTES CHX

Doentes:

- Cadeiras de Rodas:

JP..... Cargo: Estudante 3º CPLEEMC,
Enfermeira

- Cama:

NB..... Cargo: Estudante 3º CPLEEMC,
Enfermeira

NT.....Cargo: Estudante 3º CPLEEMC,
Enfermeira

DIRETOR DO SERVIÇO: Dr.º LC

ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO: Enf.^a AA

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio III, do 3.º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior do Instituto Politécnico de Setúbal, foi-nos proposta a realização de um exercício de simulação na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, numa situação de emergência a definir, com o objetivo de contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais perante este tipo de situação.

Esta proposta foi entendida pelo grupo de estudantes, do supra mencionado curso, como uma oportunidade de promover a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista, em Enfermagem Médico-cirúrgica, em Situação de Emergência e Catástrofe. Pelo que foi planeado e desenvolvido o presente exercício, com o contributo dos elementos da Comissão de Gestão de Risco, assim como dos profissionais do Serviço de Cirurgia Geral.

Considerando os possíveis cenários em contexto de emergência e catástrofe, passíveis de recriar, bem como a sua pertinência, atendendo às especificidades do serviço em causa, optou-se por simular uma situação de inundação. De forma a responder a esta solicitação, formulou-se como objetivos para a realização do exercício: planear a resposta dos elementos das equipas perante uma situação de inundação; treinar as equipas intervenientes perante este cenário; contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais; construir um documento orientador da atuação dos profissionais, no âmbito do exercício de treino e simulação, em situação de inundação.

Deste modo, com a realização deste exercício, pretende-se verificar a operacionalização do PEI, nomeadamente no que se refere:

- à atuação das equipas de emergência;
- à prontidão de resposta das equipas de emergência, perante uma situação de emergência que implique uma evacuação parcial;
- à adequabilidade dos meios e infraestruturas existentes num serviço de Internamento;

- ao grau de eficácia das equipas de emergência.

Foi elaborado um guião (Apêndice I) para a execução das ações a serem desenvolvidas no decurso do exercício.

Este exercício foi realizado no dia 19 de maio de 2014, no Serviço Cirurgia Geral Homens, com início às 11h. Foi evidente a grande disponibilidade e empenho das chefias, dos profissionais do Serviço, das equipas de emergência e dos elementos que participaram quer como observadores, quer como figurantes.

Foram efetuadas reuniões com os vários intervenientes no exercício, como os elementos das equipas de emergência, os observadores e os figurantes.

Foi dada informação acerca do exercício aos doentes internados e seus familiares, como forma de os tranquilizar.

Este relatório será apresentado na CGR, enviado aos responsáveis do Serviço e ao CA.

OBJECTIVOS DO SIMULACRO

Verificar:

1. a atuação das equipas de emergência;
2. a prontidão de resposta das equipas de emergência, perante uma situação de emergência que implique uma evacuação parcial;
3. a adequabilidade dos meios e infraestruturas existentes no serviço de Cirurgia Geral;
4. o grau de eficácia das equipas de emergência.

RESULTADOS

Fita do tempo

11h00min.

Às 11h00min do dia **19 de maio de 2014**, surge uma inundação, por rutura de cano de água fria, na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC), do Serviço de Cirurgia Geral, localizado no 4.º Piso do edifício novo.

A enfermeira responsável pela prestação de cuidados aos doentes internados na UCIC, verifica a saída de uma grande quantidade de água, proveniente do cano situado sobre o lavatório.

Dá o alarme e chama por ajuda da equipa do serviço, que se encontra na enfermaria.

11h01min.

A AO ajuda a conter a água com a colocação de cobertores no chão, baldes e esfregona.

O coordenador de evacuação, dá o alarme por telefone à Central Telefónica, pelo ☎ **3333**, identificando-se e informando o operador da central de telefónica do tipo de sinistro e local da ocorrência.

11h02min.

O Operador da Central de Telefónica interrompe todas as comunicações, não relacionadas com a gestão da emergência.

11h03min.

O Operador da Central Telefónica executa as ações previstas nas Instruções Especiais de Segurança.

EMITE O ALARME RESTRITO POR TELEFONE

Convoca para o local do sinistro Cirurgia Homens a/o:

Chefe de Intervenção;

Equipa de Intervenção;

Equipa de Apoio Técnico (Canalizador).

O coordenador da evacuação informa as Equipas de Evacuação A e B do serviço afetado e do serviço de refúgio (Cirurgia Mulheres).

O coordenador da evacuação dá indicação de Evacuação da UCIC.

11h04min.

O Operador da Central Telefónica convoca para o local do sinistro Cirurgia Homens a/o:

Eng.^a AE – telefone serviço (não consegue falar);

Informa o Diretor de Emergência ou substituto.

O substituto do chefe de intervenção comunica via rádio com o Chefe dos vigilantes e Agente da PSP a situação de Emergência, e solicita que se dirijam ao local.

O substituto do chefe de intervenção chega ao Serviço do Sinistro, inteira-se da situação comanda as equipas de emergência no local.

Os elementos da Equipa de Evacuação A:

Colaboram com os elementos da EE-B, na evacuação dos doentes.

A Equipa de Intervenção chega ao local do sinistro e inicia o controlo e encerramento da válvula de corte da água fria e de água quente.

A EAT chega ao local e verifica as condições de segurança.

Os elementos da Equipa de Evacuação B, da Cirurgia Geral (Homens), iniciam a evacuação dos doentes internados (Figurantes):

Decidem, em função do conhecimento que possuem, da capacidade de locomoção de cada doente, do seu serviço, quais os doentes que poderão mover-se autonomamente, em cadeira de rodas ou não, e quais os que necessitam de apoio para serem evacuados;

Decidem qual a técnica de movimentação adequada para cada um dos doentes limitados nas suas capacidades de mobilidade;

Iniciam a Evacuação dos doentes no sentido do nó horizontal (Cirurgia Geral Mulheres);

Solicitam todo o apoio necessário, ao pessoal de saúde do serviço mais próximo;

Um elemento desta Equipa faz o registo dos doentes Evacuados (utiliza a folha impressa com o registo de todos os doentes internados).

11h05min.

O Operador da Central Telefónica convoca para o local do sinistro Cirurgia Homens a:

Eng.^a AE - telefone pessoal (não consegue falar).

As EE-A e EE-B preparam os doentes internados na UCIC, mediante avaliação e necessidades que apresentam, para se efetuar a evacuação (monitorização, garrafa de O2)

As EE-A e EE-B organizam-se e iniciam de imediato a evacuação da UCIC.

Chegada dos primeiros doentes ao serviço de refúgio - Cirurgia Geral Mulheres.

11h06min.

O Operador da Central Telefónica convoca para o local do sinistro Cirurgia Homens a:

Eng.^a AE - telefone fixo (consegue falar).

O substituto do Diretor de Emergência dirige-se para a sala de Emergência, avalia a situação e mantém contacto com o Chefe de Intervenção para troca de informações.

No final da evacuação um elemento da EE-A efetua uma ronda à UCIC, certificando-se que não fica ninguém no local e faz marcação da porta.

Fim da evacuação parcial – Cirurgia Geral Homens.

11h07min.

Um dos elementos da Equipa de Evacuação A ou B informa o Coordenador da evacuação, que a Evacuação do serviço está concluída.

O coordenador da evacuação informa o Chefe de Intervenção que a Evacuação do serviço está concluída.

11h08min.

O elemento da EAT informa o Chefe de Intervenção que controlou a situação de inundação.

11h10min.

O substituto do chefe de intervenção contacta o substituto do DEM e informa da finalização da evacuação parcial do Serviço de Cirurgia homens e do controlo da inundação.

11h11min.

O substituto do DEM declara o Fim da Emergência.

11h15min.

Reunião de todos os intervenientes, para análise do exercício, na sala de reuniões das comissões/CGR.

Descrição do objetivo	Evidência da conformidade	Plano de Ação	Responsável
<p>Verificar a atuação das equipas de emergência</p>	<p>Detetada a origem da inundação e tentativa de contenção da água;</p> <p>Contacto telefónico pelo nº de emergência interno 3333;</p> <p>Identificado e contactado o serviço de refúgio;</p> <p>Falha de informação nas comunicações, nomeadamente : validação de local e tipo de incidente pela operadora da central telefónica; incorreta identificação do exercício nas comunicações estabelecidas pela operadora da central telefónica.</p>	<p>Manter a informação do 3333, e do serviço de refúgio em caso de necessidade de evacuação no plano de integração dos profissionais.</p> <p>Reforçar a necessidade de formação/informação no plano das comunicações.</p>	<p>Enf. Chefe do Serviço</p> <p>Responsável pela Central Telefónica</p> <p>Diretor de Emergência</p>
<p>Verificar a prontidão de resposta das equipas de emergência, perante uma situação de emergência que implique uma evacuação parcial</p>	<p>Feita evacuação parcial, na horizontal para o serviço de refúgio, com boa articulação pelo Coordenador da evacuação, de forma rápida e ordenada.</p>	<p>Definição em todas as equipas de enfermagem de quem deve coordenar a implementação da evacuação de doentes</p>	<p>Diretor e Enf. Chefe do Serviço</p> <p>Diretor de Emergência</p>

<p>Verificar a adequabilidade dos meios e infraestruturas existentes no serviço de Cirurgia Geral</p>	<p>Bom contato via rádio entre substituto do DEM e o substituto do Chefe de Intervenção.</p> <p>Realizadas comunicações entre o substituto do chefe de intervenção, agente da PSP e chefe dos vigilantes, de forma rápida e eficaz;</p> <p>Contacto rápido via telefone com o serviço de refúgio, efetuado pelo coordenador de evacuação.</p> <p>Não se verificou a existência de obstáculos físicos à intervenção da Equipa de Intervenção nem à realização da evacuação.</p>	<p>Garantir a continuidade dos meios de rádio nas comunicações de emergência.</p> <p>Ponderar estabelecer que a comunicação com o serviço de refúgio seja efetuado pelo coordenador de evacuação, no sentido de aumentar a rapidez do processo de evacuação.</p>	<p>Diretor de Emergência</p> <p>CGR</p>
<p>Verificar o grau de eficácia das equipas de emergência</p>	<p>As Equipas de Evacuação A e B do serviço atuaram com eficácia e rapidez na evacuação dos doentes.</p> <p>O serviço de vigilância foi rápido e eficaz.</p> <p>O agente da PSP atuou com eficácia.</p> <p>O substituto do Diretor de emergência atuou com rapidez e eficácia.</p>	<p>Manter atualizada a listagem de contatos de todos os intervenientes nas equipas de emergência, a localizar na Central telefónica.</p> <p>Reforçar a necessidade de formação respeitante ao PEI, a todos os profissionais.</p>	<p>Responsável pela Central Telefónica</p> <p>Diretor de Emergência</p> <p>CGR</p>

CONCLUSÕES

Reforça-se o facto de que todos os profissionais do Serviço mostraram grande disponibilidade e empenho na realização do exercício, tendo colaborado em todas as etapas da sua realização.

Obteve-se um elevado grau de satisfação imediata, demonstrado por todos os profissionais, tendo sido considerada uma atividade de grande utilidade pelos intervenientes.

Os profissionais do serviço demonstraram vontade em participar em mais ações similares, que incluía treino dos profissionais.

O exercício permitiu identificar no Serviço as necessidades nesta área fulcral na segurança do doente e tão importante nas unidades de saúde.

Este exercício permitiu também identificar oportunidades de melhoria de atuação e procedimentos.

Todos os profissionais que fazem parte das equipas de emergência do PEI devem tomar consciência do seu papel e terem conhecimento efetivo das suas responsabilidades perante uma situação de emergência, no âmbito do PEI.

Agradecimento a todos os profissionais envolvidos que fizeram um bom trabalho.

Apêndices

Apêndice I – Guião do Exercício

**EXERCÍCIO NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL HOMENS –
CENÁRIO DE INUNDAÇÃO**

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio III, do 3.º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior do Instituto Politécnico de Setúbal, foi-nos proposta a realização de um exercício de simulação na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, numa situação de emergência a definir, com o objetivo de contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais perante este tipo de situação.

Esta proposta foi entendida pelo grupo de estudantes, do supra mencionado curso, como uma oportunidade de promover a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista, em Enfermagem Médico-cirúrgica, em Situação de Emergência e Catástrofe. Pelo que foi planeado e desenvolvido o presente exercício, com o contributo dos elementos da Comissão de Gestão de Risco, assim como dos profissionais do Serviço de Cirurgia Geral.

Considerando os possíveis cenários em contexto de emergência e catástrofe, passíveis de recriar, bem como a sua pertinência, atendendo às especificidades do serviço em causa, optou-se por simular uma situação de inundação.

De forma a responder a esta solicitação, formulou-se como objetivos para a realização do exercício: planejar a resposta dos elementos das equipas perante uma situação de inundação; treinar as equipas intervenientes perante este cenário; contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais; construir um documento orientador da atuação dos profissionais, no âmbito do exercício de treino e simulação, em situação de inundação.

Localização do Hospital/Serviço



CARATERIZAÇÃO DO ÂMBITO DO EXERCÍCIO

LOCAL	Serviço de cirurgia Geral (Homens) – 4º Piso, edifício novo
DATA	19 de Maio de 2014
HORA	11h 00 (período diurno)
NOME DO EXERCÍCIO	“MC1”
TIPO DE EMERGÊNCIA	Inundação na sala de Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC- Homens)
TIPO DE INTERVENÇÃO	Evacuação da UCIC- Homens no 4º piso do edifício novo (com figurantes). Tentativa de controlo e resolução da inundação
OCUPAÇÃO DO EDIFÍCIO	Ocupação normal – Pessoal afeto ao serviço, doentes internados e acompanhantes.

MEIOS INTERVENIENTES

Meios Internos

Intervenientes no PEI	Identificação	Serviço/ Função	Contacto	
			Ext.	Telm.
Diretor de Emergência	[REDACTED]	Presidente do CA/CGR	3601	927950917
Substituto do Diretor de Emergência	[REDACTED]	CGR/CQSD	4009	939775248
Chefe de Intervenção	Enf.ª [REDACTED]	CGR/CQSD	4009	939775248
Substituto do Chefe de Intervenção	Dr. [REDACTED]	CGR/SSO	4159	962247619
Central Telefónica		Operador da Central Telefónica	3333	

Equipa de Evacuação A	1.	AO	4221	
	2.	AO	4221	
Equipa de Evacuação B	Enf. ^a (Coordenadora de Evacuação)	Serviço de Cirurgia Geral	4122	
Equipa de Evacuação B	Dr.	Diretor do Serviço de Cirurgia Geral	4120	
	Dr.			
	Enf. ^a	Serviço de Cirurgia Geral	4122	
	Enf.	Serviço de Cirurgia Geral	4122	
	Enf. ^a	Serviço de Cirurgia Geral	4122	
	Enf. ^a	Serviço de Cirurgia Geral	4122	
	Enf.	Serviço de Cirurgia Geral	4122	
	Enf. ^a	Serviço de Cirurgia Geral	4122	
	Enf. ^a	Serviço de Cirurgia Geral	4122	
Equipa de Intervenção	AO	SIE	2277	924102277
Equipa de Apoio Técnico	Eng. ^a	Responsável do SIE	7379 2571	926808753
	AO	SIE	2277	924102277
Serviço de Vigilância	Chefe J	Segurança	8210	
Agente da PSP		Urgência Geral	2523	961960629

Abreviaturas Utilizadas

ABREVIATURAS UTILIZADAS	
AO	Assistente Operacional
CA	Conselho de Administração
CHX	Centro Hospitalar X, EPE
CGR	Comissão de Gestão de Risco
CQSD	Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
DEM	Diretor de Emergência
EAT	Equipa de Apoio Técnico
EI	Equipa de Intervenção
EE - A	Equipa de Evacuação – A
EE - B	Equipa de Evacuação – B
PEI	Plano de Emergência Interno
SSO	Serviço de Saúde Ocupacional

UCIC	Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos
------	--

Meios Externos

Por se tratar de um exercício de simulação e treino, não se contempla a necessidade de mobilizar meios externos.

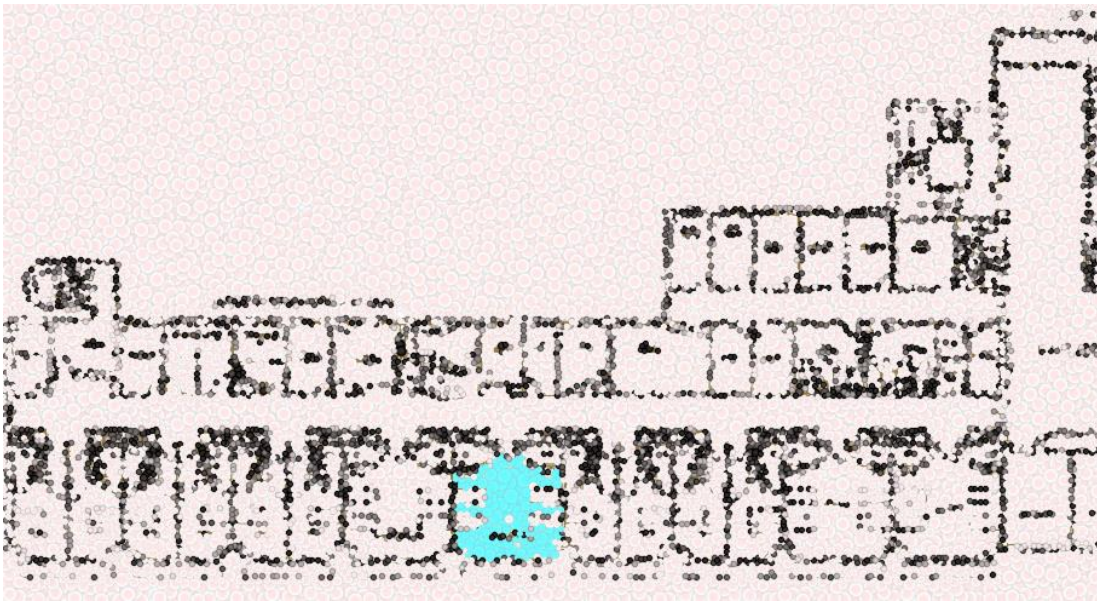
EXECUÇÃO DO EXERCÍCIO

Enquadramento

Durante o período normal de funcionamento, ocorre rutura de cano de canalização de água fria, originando inundação, na sala de UCIC- Homens, no serviço de Cirurgia Geral (Homens), no 4º Piso, do edifício novo.

Face ao sucedido o Diretor de Emergência toma a decisão de proceder à evacuação parcial do serviço de Cirurgia Geral (Homens) no 4º piso do edifício novo.

Planta do Serviço



Sequência de ações

As horas apresentadas devem ser consideradas apenas como indicativas da duração estimada das etapas do procedimento. O registo da hora em que as ações foram executadas será efetuado pelos observadores.

Hora	Local/ Interveniente	Descrição
11h00m	Enfermeira do Serviço de Cirurgia Geral (Homens)	Às 11h00m do dia 19 de Março de 2014, surge uma inundação, por rutura de cano de água fria, na Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos, do Serviço de Cirurgia Geral, localizado no 4.º Piso do edifício novo.
11h...m	Enfermeira do Serviço de Cirurgia Geral (Homens)	A enfermeira responsável pela prestação de cuidados aos doentes internados na UCIC, verifica a saída de uma grande quantidade de água, proveniente do cano situado sobre o lavatório. Dá o alarme e chama por ajuda da equipa do serviço, que se encontra na enfermaria.
11h...m	AO do Serviço de Cirurgia Geral (Homens)	A AO ajuda a conter a água com a colocação de cobertores no chão, baldes e esfregona.
11h...m	Coordenador de evacuação do Serviço de Cirurgia Geral (Homens)	Dá o alarme por telefone à Central Telefónica, pelo 3333 identificando-se e informando o operador da central de telefónica do tipo de sinistro e local da ocorrência.
11h...m	Operador da Central Telefónica	O Operador da Central Telefónica: Interrompe todas as comunicações, não relacionadas com a gestão da emergência.
11h...m	Operador da Central Telefónica	Às 11h...m, o Operador da Central Telefónica executa as ações previstas nas Instruções Especiais de Segurança. EMITE O ALARME RESTRITO POR TELEFONE Convoca para o local do sinistro Cirurgia Homens) a/o: Chefe de Intervenção Equipa de Intervenção Equipa de Apoio Técnico (Canalizador) Informa o Diretor de Emergência ou substituto
11h...m	Coordenador de Evacuação	Informa as Equipas de Evacuação A e B do serviço afetado e do serviço de refúgio (Cirurgia Mulheres). Dá indicação de Evacuação da UCIC.

11h...m	Chefe de Intervenção ou substituto	Comunica via rádio com o Chefe dos vigilantes e Agente da PSP a situação de Emergência, e solicita que se dirijam ao local.
11h...m	Chefe de Intervenção	O Chefe de Intervenção chega ao Serviço do Sinistro, inteira-se da situação comanda as equipas de emergência no local.
11h...m	Diretor de Emergência	O Diretor de Emergência dirige-se para a sala de Emergência, avalia a situação e mantém contacto com o Chefe de Intervenção para troca de informações.
11h...m	Equipas de Evacuação A e B	Preparam os doentes internados na UCIC, mediante avaliação e necessidades que apresentam, para se efetuar a evacuação (monitorização, garrafa de O ₂) As EE-A e EE-B organizam-se e iniciam de imediato a evacuação da UCIC.
11h...m	Equipa de Evacuação A	Os elementos da Equipa de Evacuação A: Iniciam a evacuação das “visitas/acompanhantes” que eventualmente se encontrem no serviço, e ainda de todo o pessoal do serviço não essencial na gestão de emergências; Informam os ocupantes de que se irá iniciar a evacuação; Encaminham e acompanham os ocupantes no sentido do nó horizontal do edifício (sala de espera). No final da evacuação um elemento da EE-A efetua uma ronda à UCIC, certificando-se que não fica ninguém no local e faz marcação da porta.
11h...m	Equipa de Intervenção	A Equipa de Intervenção chega ao local do sinistro e inicia o controlo e encerramento da válvula de corte da água fria.
11h...m	EAT	A EAT chega ao local e verifica as condições de segurança.
11h...m	Equipa de Evacuação B	Os elementos da Equipa de Evacuação B, da Cirurgia Geral (Homens), iniciam a evacuação dos doentes internados (FIGURANTES): Decidem, em função do conhecimento que possuem, da capacidade de locomoção de cada doente, do seu serviço, quais os doentes que poderão mover-se autonomamente, em cadeira de rodas ou não, e quais os que necessitam de apoio para serem evacuados; Decidem qual a técnica de movimentação adequada para cada um dos doentes limitados nas suas capacidades de mobilidade; Iniciam a Evacuação dos doentes no sentido do nó horizontal (Cirurgia Geral Mulheres); Solicitam todo o apoio necessário, ao pessoal de saúde do serviço mais próximo; Um elemento desta Equipa faz o registo dos doentes Evacuados (utiliza a folha impressa com o registo de todos os doentes internados).

11h...m	Equipas de Evacuação A e B	Chegada dos primeiros doentes ao serviço de refúgio - Cirurgia Geral Mulheres.
11h...m	Equipas de Evacuação A e B	Fim da evacuação parcial – Cirurgia Geral Homens.
11h...m	Equipas de Evacuação	Um dos elementos da Equipa de Evacuação A ou B informa o Coordenador da evacuação, que a Evacuação do serviço está concluída.
11h...m	Coordenador da Evacuação	Informa o Chefe de Intervenção que a Evacuação do serviço está concluída.
11h...m	EAT (Equipa de Apoio Técnico)	O elemento da EAT informa o Chefe de Intervenção que controlou a situação de inundação.
11h...m	Chefe de Intervenção	Contacta o DEM e informa da finalização da evacuação parcial do Serviço de Cirurgia homens e do controlo da inundação.
11h...m	DEM	Declara o Fim da Emergência
--/--	--	Reunião para análise do exercício, com intervenientes internos, no gabinete da CGR/CQSD.

Equipamento a Utilizar

Chefe de Intervenção

- Rádio Portátil
- Telemóvel

Equipa de Intervenção

- Coletes de Identificação

Os elementos da **Equipa de Intervenção** devem proceder à manobra de encerramento da válvula de corte de água.

Equipa de Evacuação A

Coletes de Identificação – Amarelo

Diretor de Emergência

- Rádio Portátil
- Telemóvel
- Telefone fixo

ALTERAÇÕES AO FUNCIONAMENTO NORMAL

A realização do exercício de treino, bem como todas as alterações ao funcionamento normal do Serviço de Cirurgia Geral devem ser divulgadas junto de todos os elementos implicados, com antecedência suficiente.

Tendo em conta o cenário proposto, existe a necessidade de aviso prévio de todos os doentes que se encontrem internados no serviço de realização do exercício de treino, no serviço de refúgio, e aos que se dirijam a ambos os serviços.

IDENTIFICAÇÃO DE PONTOS SENSÍVEIS

Reações negativas por parte dos Doentes

Poderá ocorrer uma reação desfavorável, por parte dos Doentes, ao condicionamento imposto pelo pessoal do serviço.

Assim, recomenda-se que todos os doentes presentes sejam informados do exercício que irá decorrer, sendo solicitada a sua colaboração.

Durante o exercício, devem ser destacados alguns elementos com função exclusiva de explicar o que está em curso.

ACIDENTES REAIS NO DECORRER DA EVACUAÇÃO

Durante a evacuação parcial do serviço não é de excluir a hipótese de ocorrência de acidentes reais, como a queda ou outro tipo de acidentes, etc...

Para tal o Hospital deverá garantir o alerta da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, para atuar prontamente em caso de uma **emergência real**.

EMERGÊNCIA REAL

Todas as comunicações efetuadas durante o âmbito do exercício serão **obrigatoriamente** precedidas do nome do exercício ("MC1).

A ocorrência de uma situação de **emergência real**, durante a realização do exercício de treino interrompe-o automaticamente. A partir desse momento, todas as comunicações efetuadas no âmbito do controlo do sinistro deixarão de ser precedidas do nome do exercício e passarão a ser seguidas, obrigatoriamente, da frase: **“isto não é um exercício”**.

CONTROLO DO EXERCÍCIO

O controlo da atuação dos diversos intervenientes no exercício será efetuado do seguinte modo:

Observadores do Centro Hospitalar X

Os Observadores do CHX (identificados mediante a utilização de uma fita amarela no Braço) irão efetuar o controlo dos pontos-chave para avaliação dos resultados do exercício.

O exercício vai ser cronometrado com o objetivo de reconstruir a “fita do tempo” e conhecer os tempos de resposta dos diversos intervenientes no PEI.

ANEXOS

ANEXO I

Plano de Ensino para o Autocuidado

Centro Hospitalar [REDACTED]

Serviço de Cirurgia **GERAL**

PLANO DE ENSINO DA PESSOA OSTOMIZADA

ETIQUETA

SALA: _____

CAMA: _____

1ª FASE DE ENSINO

Demonstração da técnica de prestação dos cuidados ao estoma
(como se retira a bolsa, como se limpa, lava e seca o estoma e a pele circundante, a medição do estoma, recorte e adaptação da bolsa)

Enf.º: _____
Data: _____

Entrega do guia da pessoa ostomizada

Enf.º: _____
Data: _____

Explicar, enquanto a pessoa ostomizada observa, que:
a) O rubor do estoma é normal e resulta de uma boa circulação
b) O edema é comum, devido à manipulação cirúrgica e que este tende a diminuir ao fim de uma semana.

Enf.º: _____
Data: _____

Obs.: _____

2ª FASE DE ENSINO

Com a ajuda da pessoa ostomizada prepara-se o material necessário para a prestação dos cuidados ao estoma

Enf.º: _____
Data: _____

Explicar as complicações que possam surgir no estoma e na pele circundante e como resolver

Enf.º: _____
Data: _____

Responder a dúvidas

Enf.º: _____
Data: _____

Obs.: _____

3ª FASE DE ENSINO

A pessoa ostomizada reúne todo o material e efectua os cuidados ao estoma

Enf.º: _____
Data: _____

Conversar sobre alimentação, fezes e odores

Enf.º: _____
Data: _____

Conversar sobre a manutenção do equilíbrio hídrico-electrolítico

Enf.º: _____
Data: _____

Conversar sobre as actividades diárias de higiene, vestuário, actividades recreativas, sociais e viagens

Enf.º: _____
Data: _____

Conversar sobre os recursos materiais/sociais

Enf.º: _____
Data: _____

Obs.: _____

ALTA CLÍNICA

Avaliação dos procedimentos executados pela pessoa ostomizada (a pessoa ostomizada efectua toda a técnica ensinada)

Enf.º: _____
Data: _____

Esclarecimento de dúvidas

Fornecimento de bolsas (quando necessário) e respectiva receita médica e declaração

Enf.º: _____
Data: _____

Marcação da consulta de enfermagem - 6ª feira seguinte

Enf.º: _____
Data: _____

Obs.: _____

