

**Cuidados de Enfermagem ao Utente com Ostomia  
Respiratória  
Avaliação de conhecimentos**

Petra Samanta Pires de Freitas Pereira

Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Escola Superior de  
Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadoras: Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

**Bragança, outubro de 2022**

Pereira, Petra Samanta Pires de Freitas. (2022). Cuidados de Enfermagem ao Utente com Ostomia Respiratória, Avaliação de conhecimentos. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

Os resultados da investigação foram submetidos para publicação (artigo):

Pereira, P. S. P. de F.; Martins, M. D. da S. & Correia, T. I. G. (2022). Cuidados de Enfermagem ao Utente com Ostomia Respiratória, Avaliação de conhecimentos. *Revista Servir*. Lisboa. Portugal.

The screenshot displays the 'Servir' submission system interface. The top navigation bar includes the 'Servir' logo, a 'Tarefas' (Tasks) indicator with a '0' count, and user information: 'Português', 'Ver Site', and the user ID '291174'. The main content area shows the submission details for article ID '28438' by 'Pires de Freitas Pereira et al.' on the topic 'Cuidados de Enfermagem ao Utente com Ostomia Respiratória'. A 'Biblioteca Submissão' button is visible in the top right. The workflow is divided into two main sections: 'Fluxo de trabalho' (Workflow) and 'Publicação' (Publication). Under 'Fluxo de trabalho', the 'Submissão' (Submission) step is active, with other steps being 'Revisão' (Review), 'Edição de cópia' (Copy editing), and 'Produção' (Production). The 'Ficheiros Submissão' (Submission Files) section contains a search bar and a table of files:

Ficheiros Submissão		Pesquisar	
▶	119661-1 291174, Cuidados de Enfermagem ao Utente com Ostomia Respiratória.pdf	Outubro 31, 2022	Texto do Trabalho
▶	119662-1 291174, Ficha de autores.pdf	Outubro 31, 2022	Outro

A 'Download Todos Ficheiros' (Download All Files) button is located at the bottom of the file list.

Aos meus... pela presença, paciência e persistência...  
por estarem sempre para...  
...e por mim!

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização da presente investigação, os meus agradecimentos.

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, ao corpo docente do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela qualidade dos conteúdos lecionados e por me permitirem a conclusão de mais um percurso académico.

Agradeço ainda às orientadoras da presente investigação, Professora Doutora Matilde Martins e Professora Doutora Teresa Correia pelo seu apoio, encorajamento, dedicação e empenho na concretização de mais esta etapa académica.

Um agradecimento especial à minha família, aos meus amigos e colegas de trabalho pela colaboração, apoio e compreensão demonstrada.

Ao Pedro, meu companheiro, agradeço por todo o amor, paciência, compreensão e apoio.

À minha filha, Rita Paixão, agradeço pela força que sempre me incutiu para não desistir e concluir mais um percurso académico.

Obrigada por me ajudarem a chegar ao dia de hoje!

## RESUMO

**Enquadramento:** A ostomia respiratória é comumente realizada eletivamente nos serviços de medicina intensiva em utentes críticos que necessitam de assistência ventilatória prolongada, sendo o procedimento cirúrgico realizado com mais frequência em utentes graves entubados. Apesar de vários estudos indicarem os benefícios deste procedimento, surgem frequentemente complicações decorrentes do mesmo e que carecem de enfermeiros devidamente formados e capazes de responder adequadamente perante situações críticas.

**Objetivos:** Identificar os procedimentos em que os enfermeiros apresentam maior *deficit* de conhecimentos no cuidado a utentes com ostomia respiratória; Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem na manutenção de utentes com ostomia respiratória; Analisar a relação entre os conhecimentos dos enfermeiros e as suas variáveis sociodemográficas.

**Métodos:** Foi realizado um estudo observacional transversal e analítico, aplicando-se o instrumento de recolha de dados a 85 enfermeiros dos Serviços de Medicina Intensiva e Serviços de Internamento, através do preenchimento de um questionário. A análise estatística dos dados recolhidos foi efetuada a partir do *software* SPSS.

**Resultados:** A maioria da amostra pertence à faixa etária dos 31-40 anos, são do sexo feminino, exercem funções há mais de 18 anos, maioritariamente no SMI, em que os que possuem Especialidade indicam que a área mais prevalente é a de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Concluiu-se que os procedimentos em que os enfermeiros apresentam maior *deficit* de conhecimentos no cuidado a utentes com ostomia respiratória são os que se relacionam com a identificação do local específico para a realização das diferentes ostomias respiratórias, com a frequência de limpeza da cânula interna, de troca do penso do estoma e com a pressão que deve ser mantida no *cuff*. A amostra apresenta níveis médios e altos de conhecimentos sobre a temática, embora se saliente que uma pequena minoria ainda apresenta conhecimentos mínimos. Relativamente à relação entre os conhecimentos dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas e profissionais, concluiu-se que existe relação estatística significativa entre a idade, o local adequado para a realização da ostomia respiratória, os parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição; entre o sexo e a aspiração de secreções, a limpeza da cânula e a alimentação do utente; entre o tempo de exercício profissional e a humidificação das vias aéreas e o método de aspiração de secreções; entre o Serviço em que desempenha funções e a técnica da ostomia respiratória, a aspiração de secreções, a limpeza da cânula, os cuidados ao estoma e a pressão do *cuff* e entre a Especialidade e os parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição, a alimentação do utente e a comunicação do utente.

**Conclusão:** O investimento na formação profissional e especializada dos enfermeiros, com respetiva atualização periódica de procedimentos e protocolos ajustados a cada procedimento, com o propósito de uniformizar e garantir procedimentos especializados de alta qualidade, resultará em benefícios para os utentes sujeitos a ostomias respiratórias e, em consequência para as instituições de saúde protocoladas.

**Palavras-chave:** Ostomia respiratória; Cuidados de Enfermagem; Protocolos de assistência; Conhecimentos.

## **ABSTRACT**

**Background:** Respiratory ostomy is commonly performed electively in intensive care units in critical patients who need prolonged ventilatory assistance, and the surgical procedure is performed more frequently in severely intubated patients. Although several studies indicate the benefits of this procedure, complications often arise from it and that lack of properly trained nurses capable of responding adequately to critical situations.

**Objectives:** To identify the procedures in which nurses present a greater deficit of knowledge in the care of users with respiratory ostomy; To evaluate nurses' knowledge about nursing care in the maintenance of patients with respiratory ostomy; To analyze the relationship between nurses' knowledge and their sociodemographic variables.

**Methods:** A cross-sectional and analytical observational study was carried out, applying the data collection instrument to 85 nurses from the Intensive Care Services and Inpatient Services, by completing a questionnaire. Statistical analysis of the collected data was performed using the SPSS software.

**Results:** Most of the sample belongs to the age group of 31-40 years old, are female, have been working for more than 18 years, mostly in the SMI, in which those with a Specialty indicate that the most prevalent area is Medical Nursing-Surgical. It was concluded that the procedures in which nurses present a greater deficit of knowledge in the care of users with respiratory ostomy are those related to the identification of the specific place to perform the different respiratory ostomies, with the frequency of cleaning the internal cannula, of changing the stoma dressing and with the pressure that must be maintained in the cuff. The sample has medium and high levels of knowledge on the subject, although it should be noted that a small minority still has minimal knowledge. Regarding the relationship between nurses' knowledge and sociodemographic and professional variables, it was concluded that there is a statistically significant relationship between age, the appropriate place for performing the respiratory ostomy, swallowing, hydration and nutrition parameters; between sex and aspiration of secretions, cleaning the cannula and feeding the user; between the time of professional practice and the humidification of the airways and the method of aspiration of secretions; between the service in which it performs its functions and the technique of respiratory ostomy, aspiration of secretions, cleaning the cannula, care of the stoma and the pressure of the cuff and between the Specialty and the parameters of swallowing, hydration and nutrition, feeding the user and user communication.

**Conclusion:** Investment in professional and specialized training of nurses, with the respective periodic updating of procedures and protocols adjusted to each procedure, with the purpose of standardizing and guaranteeing high quality specialized procedures, will result in benefits for users undergoing respiratory ostomies and, consequently for the protocolized health institutions.

**Keywords:** Respiratory ostomy; Nursing care; Assistance protocols; knowledge.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	15
1. ESTADO DA ARTE.....	16
1.1. Ostomia Respiratória .....	16
1.1.1. <i>Do conceito de Traqueostomia ao conceito de Ostomia Respiratória</i> .....	16
1.2. Indicações para a realização de ostomia respiratória.....	18
1.2.1. <i>Riscos e complicações</i> .....	19
1.3. Cuidados de enfermagem ao utente com ostomia respiratória.....	20
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	26
1. METODOLOGIA .....	27
1.1. Tipo de estudo .....	27
1.2. População e amostra .....	28
1.3. Instrumentos de recolha de dados.....	28
1.4. Procedimentos de recolha de dados.....	29
1.5. Objetivos e Variáveis em estudo .....	29
1.6. Procedimentos de análise de dados .....	31
1.7. Considerações éticas .....	31
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	33
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	43
4. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	55
ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	55
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO .....	56
ANEXO III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS AO UTENTE COM OSTOMIA RESPIRATÓRIA .....	57
ANEXO IV – RELATÓRIO DE ESTÁGIO .....	60

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição da amostra segundo a sua caracterização sociodemográfica e profissional. ....	34
<b>Tabela 2</b> - Distribuição da amostra segundo os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados a serem prestados a utentes sujeitos a ostomias respiratórias.....	36
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da amostra segundo a escala global de conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados a serem prestados a utentes sujeitos a ostomias respiratórias .....	37
<b>Tabela 4</b> - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e a idade .....	37
<b>Tabela 5</b> - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e a idade .....	38
<b>Tabela 6</b> - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o sexo .....	38
<b>Tabela 7</b> - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e o sexo .....	39
<b>Tabela 8</b> - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional .....	39
<b>Tabela 9</b> - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional.....	40
<b>Tabela 10</b> - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o Serviço em que desempenha funções .....	40
<b>Tabela 11</b> - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e o Serviço em que desempenha funções .....	41
<b>Tabela 12</b> - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e a sua Especialidade .....	42
<b>Tabela 13</b> - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e a sua Especialidade .....	42

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**ESSa** - Escola Superior de Saúde

**EUA** - Estados Unidos da América

**IPB** - Instituto Politécnico de Bragança

**SMI** - Serviço de Medicina Intensiva

**SPSS** - *Statistical Program for the Social Sciences*

**SU** - Serviço de Urgência

**SUB** - Serviço de Urgência Básica

**SUMC** - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

**TPD** - Traqueostomia Percutânea Dilatacional

**UCI** - Unidade de Cuidados Intensivos

**UHB** - Unidade Hospitalar de Bragança

**ULSNE** - Unidade Local de Saúde do Nordeste

**WCET** - World Council of Enterostomal Therapists

## INTRODUÇÃO

No decorrer da prática diária o profissional de enfermagem confronta-se com o contínuo emergir de progressos científicos que ditam uma atualização quase constante e o desenvolvimento de competências aptas a dar resposta às necessidades dos utentes. O Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro no artigo nº 4 alínea 3 – Regime Jurídico do Exercício de Enfermagem, reconhece ao enfermeiro especialista competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados na área em que se especializa (DL nº 161/96).

A elaboração do presente relatório tem origem nos módulos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde (ESSa) do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), pretendendo-se com o mesmo gerar um documento que descreva as atividades desenvolvidas para a sua elaboração bem como as reflexões e competências adquiridas ao longo da realização dos estágios. A aprovação do presente relatório, conforme o enquadramento legal do curso, confere o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento nº 140/2019, publicado no Diário da República, define como competência comum do Enfermeiro Especialista, basear a prática clínica distinta em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, suportados quer pela prática clínica na investigação como no enquadramento teórico inerente à especialidade. O Enfermeiro Especialista deve, assim, identificar falhas de investigação, colaborar em estudos clínicos, interpretar, organizar e divulgar dados relevantes e provenientes dos estudos/ensaios clínicos que realiza.

A insuficiência respiratória aguda subordinada à ventilação mecânica é extremamente comum no âmbito das doenças respiratórias. Os avanços progressivos nas tecnologias e na prestação de cuidados ao utente crítico culminaram num aumento do número de utentes que permanecem dependentes de ventilação mecânica por longos períodos de tempo (Cheung & Napolitano, 2014).

A ostomia respiratória surgiu com o objetivo de melhorar o conforto do utente, reduzir a necessidade de sedação e a resistência das vias aéreas e, conseqüentemente, facilitar o seu cuidado e manutenção e consiste na abertura da traqueia com a colocação

de uma cânula no seu interior, promovendo a comunicação entre a primeira e o meio externo, com o propósito principal de manter a permeabilidade das vias aéreas. A maioria das ostomias respiratórias é eletiva e restrita aos utentes que necessitam de uma via aérea alternativa, prolongada ou permanente, com a finalidade de evitar as complicações decorrentes da entubação orotraqueal prolongada. O recurso a esta técnica verifica-se com maior frequência em utentes críticos com necessidade de ventilação mecânica prolongada, no entanto dadas as vantagens associadas à ostomia respiratória, a sua utilização tem vindo a ser alargada a outros serviços e patologias (Mitchell, Hussey, Setzen, Jacobs, Nussenbaum, Dawson, Brown, Brandt, Deakins, Hartnick & Merati, 2013).

Profissionais de enfermagem com experiência e formação adequadas na técnica da ostomia respiratória, capazes de lidar com as mais diversas complicações decorrentes do procedimento, devem integrar serviços de saúde específicos e equipas multidisciplinares, capazes de dar resposta às necessidades dos utentes e dos seus familiares, nomeadamente nos diversos cuidados a prestar ao utente com ostomia respiratória e de responder adequadamente a situações críticas que possam surgir (Lai, Tseng, Wang & Wang, 2021; DGS, 2016).

A Direção Geral de Saúde (2016) afirma que aplicar os protocolos na prática assistencial apresenta-se como um desafio para estes profissionais de enfermagem, uma vez que a sua utilização deve permitir a avaliação contínua da assistência prestada e a criação de metas terapêuticas claras. Tais protocolos devem ser dinâmicos e implementados em conjunto com a equipa de saúde, de modo a promover motivação para a sua implementação, dando continuidade à qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, foi realizado um estudo empírico intitulado “Cuidados de Enfermagem ao Utente com Ostomia Respiratória, Avaliação de conhecimentos”.

A escolha do tema resulta da perceção de protocolos padronizados e publicados pela DGS, a serem implementados na grande maioria dos serviços de saúde, acerca dos cuidados de enfermagem a utentes sujeitos a ostomias respiratórias, que requerem mais clareza e especificidade, respeitando as características individuais dos utentes mas não esquecendo o contexto clínico.

Ao longo da presente investigação, será usado o termo ostomia respiratória como referente a uma abertura traqueal, com ligação à superfície da pele. No entanto, de acordo

com a DGS (2016), existe uma diferença entre os conceitos de traqueotomia e traqueostomia. A traqueotomia é referente a qualquer procedimento que envolva uma **abertura temporária da traqueia** e a traqueostomia é um procedimento cirúrgico mais complexo que pressupõe uma abertura cirúrgica, seguida de sutura do orifício cutâneo subjacente à pele, sendo sempre de **caráter definitivo**.

Contudo, é vulgar a utilização apenas do termo traqueostomia para caracterizar todos os procedimentos, sendo englobados recentemente pela DGS (2016) num só conceito abrangente, **a ostomia respiratória**.

O presente relatório pretende ser mais do que uma exposição dos conhecimentos adquiridos ao longo do estágio, englobando uma análise dos conhecimentos inerentes aos cuidados de enfermagem prestados ao nível do utente crítico com ostomia respiratória. Paralelamente, pretende-se descrever os resultados obtidos com o estudo levado a cabo, bem como demonstrar as capacidades adquiridas na área da investigação científica.

Considerando os desafios identificados, o presente trabalho pretendeu responder à seguinte questão de investigação: **Quais os conhecimentos dos enfermeiros relativamente aos cuidados a prestar ao utente com ostomia respiratória?**

Para a prossecução do objetivo principal estabelecido, foram definidos objetivos adjacentes à questão de investigação:

Objetivo Geral: Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os cuidados aos utentes com ostomia respiratória.

Objetivos Específicos: - Identificar os procedimentos em que os enfermeiros apresentam maior *deficit* de conhecimentos no cuidado a estes utentes; - Avaliar os conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem na manutenção de utentes com ostomia respiratória; - Analisar a relação entre os conhecimentos dos enfermeiros e as suas variáveis sociodemográficas.

O estudo destas variáveis foi efetuado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e unidades de internamento da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) no período de tempo entre 1 e 31 de julho de 2019, através de uma metodologia quantitativa de caráter transversal e analítico, com a aplicação de um instrumento de recolha de dados elaborado pela equipa de investigação, com base nas diretrizes da DGS (2016), a 85 profissionais de enfermagem.

O presente estudo encontra-se dividido em quatro partes fundamentais que se relacionam mutuamente. A primeira parte corresponde à contextualização do estudo com o estado da arte, no qual são abordados e discutidos conceitos pertinentes para a consecução do enquadramento teórico do tema em estudo, suportado pela análise e observação de diversos autores. Na segunda parte é descrita a metodologia levada a cabo para a realização deste estudo, onde são analisadas as variáveis em estudo: tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, as variáveis do estudo, as considerações éticas, os procedimentos de análise de dados. Na terceira parte são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos. Na quarta parte estão incluídas as conclusões do estudo, as suas implicações práticas e perspetivas futuras.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. ESTADO DA ARTE**

O enquadramento teórico permite identificar o objeto da pesquisa pela seleção e recolha de publicações convenientes e atualizadas, com o propósito de descrever os conhecimentos mais recentes acerca da temática.

De acordo com Pais Ribeiro (2014) o enquadramento teórico permite fundamentar a ação do investigador em todas as fases da investigação, tendo como base publicações anteriores sobre a temática, garantindo uma seleção de publicações que permita ao investigador apresentar o estado da arte recente e direcioná-lo para a temática em estudo, garantindo a sua qualidade e coerência.

Pais Ribeiro (2014) indica ainda que o estado da arte permite ao investigador selecionar publicações com informação base acerca da temática, promovendo a sua análise crítica, uma classificação coerente, eficaz e aplicável à investigação que se pretende realçar, simplificando e sintetizando os conhecimentos no sentido de garantir uma exposição clara, consistente sucinta e abrangente.

Assim, o estado da arte apresenta a definição de conceitos relacionados com as ostomias respiratórias, de acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada e seguindo a legislação mais recente e publicado pela DGS (2016).

### **1.1. Ostomia Respiratória**

#### *1.1.1. Do conceito de Traqueostomia ao conceito de Ostomia Respiratória*

De acordo com dados históricos pesquisados por Cheung, Lena e Napolitano (2014) a traqueostomia aparece descrita pela primeira vez no ano 3600 AC, em pedras egípcias que relatavam a intervenção de Alexandre, o Grande, usando a sua espada para abrir o acesso às vias respiratórias de um soldado que tinha um osso na garganta e estava a sufocar.

Posteriormente, o termo aparece na Grécia, descrevendo o procedimento utilizado por Askle no ano 100 DC. A traqueostomia aparece ainda descrita na história Islâmica medieval, como uma técnica utilizada pelos médicos da época (Cheung, Lena & Napolitano, 2014). No entanto, a primeira descrição científica considerada adequada ao

procedimento de uma traqueostomia bem-sucedida aparece apenas em 1546, sendo documentada pelo médico que a utilizou, Antonio Musa Brassavola, como uma técnica de alívio das vias aéreas, na presença de obstrução por inflamação das amígdalas. De 1546 a 1833, apenas 28 traqueostomias foram registadas como uma técnica eficaz de alívio às vias aéreas superiores quando obstruídas (Cheung, Lena & Napolitano, 2014). A este respeito Vilar-Puig, Cortés-Cisneros, Chavolla-Magaña e Molina-Ramírez (2016) referem que apenas em 1718 o cirurgião Lorenz Heister, denominou a cirurgia de alívio das vias aéreas superiores como traqueostomia.

No início do século XX, a traqueostomia é revista e melhorada, todos os procedimentos foram refinados e descritos detalhadamente por Chevalier Jackson, cirurgião que investigou a técnica no sentido de a melhorar, acompanhando a evolução científica e aconselhando o seu uso em outras patologias, como a ventilação mecânica prolongada (Vilar-Puig *et al.*, 2016; Cheung, Lena & Napolitano, 2014; Freeman, Stwalley, Lambert, Edler, Morris, Medvedev, Hohmann, & Kymes, 2013).

Em 1950 surgiu nos Estados Unidos da América a Estomaterapia, uma área de prestação de cuidados a utentes ostomizados, que englobava todos os tipos de estomas, incluindo-se a partir desta altura a traqueostomia e a traqueotomia no grupo mais alargado das ostomias respiratórias, dentro da área de cuidados ao estoma e em 1980, a Estomaterapia é reconhecida pelo “*World Council of Enterostomal Therapists*” (WCET) como uma especialidade inerente e exclusiva dos enfermeiros (Vilar-Puig *et al.*, 2016; Cheung, Lena & Napolitano, 2014; Freeman *et al.*, 2013; Miranda, 2013).

Segundo Vilar-Puig *et al.* (2016), Cardoso, Simoneti, Camacho, Lucena, Guerra e Rodrigues (2014), Cheung, Lena & Napolitano (2014), Freeman *et al.* (2013) e Miranda (2013) a Estomaterapia, é reconhecida em vários países como uma área fundamental para a qualidade de vida dos utentes ostomizados, após se terem identificado as necessidades da pessoa portadora de ostomia e a importância do enfermeiro como elemento principal nos cuidados prestados a estes utentes, responsável não só pelo cuidado ao estoma, mas também pela promoção do autocuidado e prestação de apoio à pessoa ostomizada e aos seus familiares, tornando-se um elo de ligação entre todos os elementos da equipa.

A Associação Portuguesa de Ostomizados (APO) refere que em 2010, existiam no nosso país cerca de 10 a 12 mil utentes portadores de ostomias de todos os tipos, com uma incidência de população ostomizada de 0,12%, ou seja, aproximadamente 1/1000 e

que atualmente o valor aumentou para aproximadamente 20 mil utentes que necessitam cuidados específicos e especializados ao longo de todo o processo de concretização da ostomia (APO, 2021).

De acordo com a DGS (2016), as ostomias respiratórias podem ser de carácter provisório ou definitivo, conforme indicação clínica, a necessidade de dispositivos de suporte à pessoa portadora de ostomia respiratória depende da indicação clínica para a realização deste procedimento, das comorbilidades, da idade e do tipo de ostomia, se é realizada numa criança ou adulto, se a ostomia é provisória ou definitiva ou se é uma traqueotomia ou traqueostomia, temática que se aprofunda de seguida.

## **1.2. Indicações para a realização de ostomia respiratória**

O recurso à ostomia respiratória verifica-se maioritariamente em utentes em estado crítico, no entanto, esta realidade torna-se cada vez mais frequente nos restantes serviços de saúde em utentes que padecem de outras patologias (DGS, 2016).

De acordo com Cheung, Lena e Napolitano (2014) as indicações gerais para a ostomia respiratória incluem insuficiência respiratória aguda com a necessidade esperada de ventilação mecânica prolongada, representando dois terços de todos os casos, obstrução das vias aéreas superiores, dificuldade nas vias aéreas e secreções copiosas.

O motivo mais comum da escolha das ostomias respiratórias no Serviço de Cuidados Intensivos é fornecer acesso para ventilação mecânica prolongada, estudos observacionais documentam que 10% dos utentes com ventilação mecânica prolongada necessitam de ostomia respiratória, mas há variabilidade significativa em relação ao momento e seleção ideal dos utentes (Cheung, Lena & Napolitano, 2014).

Para Cardoso *et al* (2014) no seu estudo sobre os resultados da implementação de um protocolo para a realização de traqueostomia em utentes críticos indicam que a implementação do protocolo melhorou a indicação da traqueostomia e o procedimento contribuiu para a redução da mortalidade nesse grupo de pacientes. O acompanhamento tardio desses pacientes poderá comprovar também uma esperada melhora da morbidade e a manutenção do protocolo, um progressivo aumento das indicações da traqueostomia.

Assim, segundo a DGS (2016), a realização de ostomias respiratórias no adulto deve ser considerada em determinadas condições clínicas, em presença de doença

inflamatória aguda ou edema angioneurótico; doença inflamatória crónica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio); traumatismos faciais ou cervicais; presença de corpos estranhos laringofaríngeos; estenose laríngea (glótica ou subglótica) e estenose traqueal; controlo da ventilação em cirurgia de cabeça/pescoço; insuficiência respiratória crónica; entubação traqueal por mais de 5 dias (permanências longas em ventilador, quando há previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de entubação oro-traqueal, ou sendo indispensável a sedação da pessoa); síndrome de apneia obstrutiva do sono; obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas; paralisia bilateral das cordas vocais; patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares; edema pós-radioterapia; tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos (malignos/benignos; intrínsecos/extrínsecos).

A DGS (2016) indica ainda que em idade pediátrica, a realização de ostomias respiratórias deve ser analisada nas situações de necessidade de ventilação prolongada (conceito amplo de 2-134 dias de acordo com a patologia), designadamente, nas situações clínicas de prematuridade; doenças neuromusculares; malformações congénitas.

Para Khammas e Dawood (2018) a ostomia respiratória é geralmente indicada para utentes críticos que necessitam de ventilação mecânica prolongada apresentando como benefícios o aumento da capacidade mecânica pulmonar, a diminuição da necessidade de estímulos laríngeos ou nociceptivos traqueais, menor necessidade de sedativos e analgésicos, higiene oral e nutrição mais fáceis.

Devem ainda ser indicados para cirurgia de emergência, os utentes que apresentam obstrução da via aérea sem possibilidade de obtenção de outra via respiratória, em particular, de causa traumática, tumoral ou corpo estranho (DGS, 2016).

Salienta-se que a ostomia respiratória, embora tenha evoluído de forma gradual e apresente benefícios para a qualidade de vida dos utentes, também apresenta, *per se*, riscos e complicações que, de seguida se identificam, resumidamente.

### *1.2.1. Riscos e complicações*

Após a padronização e aperfeiçoamento da técnica cirúrgica da ostomia respiratória, ocorreu uma redução significativa na mortalidade relacionada com este procedimento (Khammas e Dawood, 2018; DGS, 2016; Cheung, Neiva e Napolitano, 2014).

Para Khammas e Dawood (2018) as complicações associadas à ostomia respiratória incluem complicações imediatas, como hemorragia, danos estruturais da traqueia, falhas no procedimento, aspiração, embolismo, perda da via aérea, morte, hipoxemia, hipercarbia.

Os mesmos autores (2018) referem ainda que como complicações de curto e médio prazo, podem ocorrer hemorragias, deslocação do tubo, pneumotórax, pneumomediastino, enfisema subcutâneo, infeção gástrica, úlcera gástrica, decanulação acidental e disfagia.

Já como complicações tardias ou a longo prazo, Khammas e Dawood (2018) indicam estenose traqueal, tecido granulado, traqueomalácia, pneumonia, ocorrência de aspiração, fístula traqueoarterial, fístula traqueoesofágica, decanulação acidental e disfagia.

A prevalência das morbilidades decorrentes da ostomia respiratória varia entre 4-10% e a mortalidade apresenta taxas menores que 1%, sendo que a complicação mais comum é a hemorragia observada no pós-operatório imediato, seguida pela obstrução da cânula por secreções e o seu deslocamento (Khammas e Dawood, 2018; DGS, 2016; Cheung, Neiva e Napolitano, 2014).

### **1.3. Cuidados de enfermagem ao utente com ostomia respiratória**

As ostomias, de uma forma geral e segundo Neiva, Nogueira e Pereira (2020), Castro *et al* (2014) e Miranda (2013) defletem parte ou a totalidade do órgão interno para o exterior, causando alterações físicas que influenciam de forma direta a imagem corporal do utente, podendo contribuir para o aparecimento de perturbações psicológicas e emocionais, alterações do estilo de vida, das relações sociais, familiares e laborais.

No sentido de contribuir para a manutenção da qualidade de vida do paciente ostomizado, Neiva, Nogueira e Pereira (2020), Castro *et al.* (2014) e Miranda (2013) aconselham à implementação de cuidados especializados e específicos durante todo o processo de decisão da realização da ostomia, envolvendo todos os profissionais de enfermagem, o utente e a família para uma recuperação eficaz, minimizando riscos associados às alterações físicas decorrentes da ostomia.

Neste contexto, os cuidados específicos de enfermagem a utentes com ostomia respiratória, segundo Lai *et al.* (2021), Oliveira *et al.* (2020), Neiva, Nogueira e Pereira (2020) e a DGS (2016), apresentam-se como fundamentais para promover e garantir a qualidade de vida do utente, intervindo em todo o processo enquanto profissionais de enfermagem de proximidade e maior contato com o utente.

No nosso país, os cuidados de enfermagem específicos a utentes com ostomia respiratória seguem as diretrizes da DGS que reviu e atualizou as orientações em 2016, indicando que as grandes áreas de intervenção se prendem com a humidificação das vias aéreas, a aspiração de secreções, a limpeza da cânula interna, a troca do penso protetor, a manutenção do *Cuf*, a deglutição, hidratação e nutrição.

Segundo a DGS (2016) a intervenção de enfermagem da pessoa a ser submetida a ostomia respiratória deve ser efetuada nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiros com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, nos cuidados hospitalares, nos cuidados domiciliários, nas unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos.

A intervenção de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória deverá incluir, segundo as diretrizes da DGS (2016) a prestação de cuidados ao estoma e pele, pelo menos, 2 vezes por dia e sempre que o penso está húmido, de acordo com as condições clínicas da pessoa e com o dispositivo selecionado (DGS, 2016).

Segundo a DGS (2016) o enfermeiro deverá promover cuidados de higienização das cânulas (rígidas – interna e externa; silicone) de manhã, à noite e sempre que está obstruída de secreções; substituição da cânula externa, de acordo com protocolo definido a nível local e a indicação de periodicidade definida pelo fabricante ou por indicação clínica; garantir que o material de fixação da cânula externa seja trocado sempre que está molhado, com perda de integridade ou impregnado de secreções e/ou conteúdo hemático; avaliar a permeabilidade da cânula de 4 em 4h; observar a permeabilidade das vias aéreas; detetar sinais e sintomas de dificuldade respiratória; manter a cabeceira da cama em semi-sentado; realizar aerossolterapia com dispositivo específico (secreções espessas e/ou hemáticas) para prevenção de rolhão mucoso; promover o seguimento para reavaliação do autocuidado, prevenção e deteção de complicações da pele peri-estoma e do estoma e avaliação da adaptação aos acessórios de ostomias, introduzindo as alterações, sempre que necessário.

De acordo com a DGS (2016), apenas a cânula interna na traqueotomia deve ser removida e, na traqueostomia, a cânula rígida interna e externa ou silicone. A limpeza da cânula deve ser realizada com um escovilhão apropriado, água e sabão líquido neutro e a cânula passada por uma solução estéril (ambiente hospitalar). Após estes procedimentos, a cânula interna é seca e reintroduzida.

A DGS (2016) considera ainda que deve ser removido o dispositivo de proteção do estoma (cânulas rígidas, de silicone, placas adesivas), realizada a higiene brônquica e a limpeza da prótese fonatória com escovilhão apropriado (caso exista), com a cânula externa devidamente fixada, o penso protetor retirado e a pele peri-estoma lavada e seca. Por fim, deve ser aplicado um creme hidratante hidrossolúvel e colocado um penso protetor entre a cânula e a pele e quando necessário, um dispositivo de proteção (DGS 2016).

De acordo com a DGS (2016) o enfermeiro deverá intervir na alimentação do utente, garantindo que adota o posicionamento sentado durante a alimentação e manter uma alimentação variada e equilibrada, mastigando bem os alimentos; garantir e promover o reforço hídrico diário individualizado à pessoa, água, chá ou sumos naturais à temperatura ambiente; avaliar a presença de alterações na deglutição, quando se verifica saída de alimentos/líquidos, deve-se suspender de imediato a alimentação oral e contactar um médico assistente e avaliar a necessidade de adequar a consistência dos alimentos conforme o grau de deglutição e tolerância alimentar da pessoa; a alimentação deve ser realizada por via entérica, até indicação médica e, após esta fase, dever-se-á vigiar o início da alimentação oral (risco de fístula), adotar o posicionamento correto durante a alimentação variada e equilibrada, mastigando bem os alimentos, promover o reforço hídrico diário individualizado à pessoa e atendendo à temperatura ambiente, alertar que poderão apresentar alterações do paladar.

A intervenção de enfermagem deverá ainda incluir ensinamentos relativamente à comunicação com o utente com ostomia respiratória garantindo que a pessoa com cânula sem *cuff* insuflado, deve ser ensinada e treinada a comunicar com cânula; e à pessoa com cânula com *cuff* insuflado, deverão ser ensinadas técnicas alternativas de comunicação, linguagem gestual, mímica facial, escrita (DGS, 2016; Ferreira *et al.*, 2017).

O enfermeiro deverá ainda promover o seguimento pelo terapeuta da fala para reaprender e escolher a técnica de voz mais adequada para o utente, voz esofágica, voz traqueoesofágica, prótese fonatória e laringe eletrónica (DGS, 2016).

A educação para a saúde dirigida à pessoa com ostomia respiratória e/ou representante legal e/ou cuidador, deve incluir um plano detalhado sobre a preparação da alta (da unidade de internamento na fase pós-ostomia e alta hospitalar), respeitando as normas emanadas pela DGS (2016) que orientam no sentido de garantir que o enfermeiro preste ensinamentos, instrua, treine, supervisione e apoie no desenvolvimento de habilidades de autocuidado da ostomia respiratória, incluindo o reencaminhamento para reavaliação do autocuidado, prevenção e deteção de complicações da pele peri-estoma e do estoma e avaliação da adaptação aos acessórios de ostomias, introduzindo alterações, sempre que necessário.

Castro *et al.* (2014) no estudo sobre a educação em saúde na atenção ao paciente traqueostomizado: perceção de profissionais de enfermagem e cuidadores, a intervenção educativa dos profissionais de enfermagem está presente nas atribuições da equipa de enfermagem, mas revela-se desestruturada e não sistematizada, contribuindo para que os conteúdos dos ensinamentos não sejam uniformes para os utentes e cuidadores, demonstrando-se receosos com o grau de insuficiência da educação para o cuidado no domicílio.

McCormick, Ward, Roberson, Shah, Stachler e Brenner (2015) no seu estudo sobre as perspetivas do utente e família após traqueostomia em relação ao ensino, transição e às equipas multidisciplinares, nos Estados Unidos da América, indicam que apenas 48% dos cuidadores referiram estar “muito” preparados no momento da alta e 11% não receberam ensinamentos para atuar em situações de emergência. Referiram ainda falta de perícia da equipa de saúde que presta apoio no domicílio, exercendo os próprios cuidadores supervisão sobre os cuidados que os profissionais prestam ao doente.

No estudo de Medeiros (2015) sobre a intervenção educativa do enfermeiro na adaptação do doente oncológico à ostomia de eliminação intestinal, observou-se que os registos de enfermagem apresentam informação sobre “o que é uma ostomia”, “complicações” e “avaliação do ensino” com taxas de 0%, ficando os “direitos e acessibilidade” com 42%, os cuidados com “alimentação” foi de 62% sendo os “cuidados com o estoma e pele periestomal” e “trocar a placa e saco” de 75% e 83% respetivamente, tendo sido planificada e implementada formação à equipa de enfermagem, e realizado

um folheto para os direitos e a acessibilidade, e após a formação concluiu-se que houve melhoria nas intervenções educativas ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, sendo clara a importância da especialização e formação contínua ao longo do percurso profissional do enfermeiro.

O estudo de Góes, Silva e Lima (2017) sobre a visão do enfermeiro acerca da traqueostomia na unidade de cuidados intensivos indica que os enfermeiros (re)conhecem adequadamente as indicações e os benefícios para a realização da traqueostomia, porém as complicações e os riscos ainda necessitam melhores esclarecimentos. Constatou-se, e reafirmou-se que a educação em saúde é uma ferramenta de grande valia para sistematizar a assistência de enfermagem ao paciente traqueostomizado e que o cuidado e acompanhamento que deve ser individualizado, holístico e multidisciplinar, sob a perspectiva da humanização na assistência.

Medeiros, Silva, Lucena, Sena, Mesquita e Silva (2017), no seu estudo sobre as evidências sobre as atividades propostas para intervenção de enfermagem nos cuidados com a ostomia indica que a atividade “Orientar o paciente/pessoa importante quanto ao uso de dispositivo/cuidados de ostomia” é a mais frequente (60,9%), verificando-se ainda que as ações mais frequentes realizadas pelos enfermeiros se referem às orientações de manuseamento do ostoma com a inclusão do cuidador e que há necessidade de mais estudos com melhores níveis de evidência nessa temática.

No estudo de Miranda, Carvalho e Paz (2018) sobre a relação entre a Qualidade de Vida (QV) e os cuidados prestados na consulta de enfermagem de estomaterapia, concluíram que existe relação estatística entre QV, o tipo de ostomia e participação na consulta de enfermagem de estomaterapia, demonstrando a influência positiva dos cuidados de Enfermagem para o ostomizado. O estudo reforça a importância dessa consulta para a adaptação de ostomizados à nova condição e melhoria da sua QV.

O estudo de Abreu, Marinho e Cardoso (2019) sobre a validação de tecnologia educativa para os cuidadores de pacientes submetidos a traqueostomia indica que a tecnologia educativa auxilia na tomada de decisão quotidiana do cuidador relativamente à gestão dos cuidados ao utente, tendo sido considerada válida e aconselhada a ser usada enquanto recurso complementar para os cuidadores dos pacientes traqueostomizados.

Medeiros, Sassi, Lirani-Silva e Andrade (2019) no seu estudo sobre o levantamento bibliográfico a respeito da decanulação da traqueostomia para verificar os fatores e

protocolos utilizados em estudos internacionais, concluíram que as intervenções mais citadas na decanulação foram a avaliação da deglutição; treino de oclusão; avaliação da permeabilidade de passagem do ar; habilidade de manipulação de secreção e troca de cânula; desinsuflação do cuff e treino de tosse; uso de válvula de fala.

Anjos (2020) na sua investigação sobre a satisfação dos cuidadores com o planeamento do regresso a casa dos utentes com ostomia respiratória, apresenta conclusões que indicam que existe um nível de satisfação dos cuidadores consideravelmente baixo, em relação à prestação de informações sobre medicação, existência de estruturas de apoio e capacitação para o autocuidado, realçando a necessidade do desenvolvimento de um programa estruturado de intervenções de enfermagem, com base na evidência científica que permita ir ao encontro das necessidades específicas dos familiares cuidadores, com a finalidade de facilitar a transição saudável para o papel de cuidador.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## **1. METODOLOGIA**

Considerando que a metodologia de investigação pretende planear e organizar de forma coerente a investigação, passou por diversas etapas que permitem ao investigador responder de forma válida às questões de investigação ou hipóteses formuladas (Vaz Freixo, 2013).

Partindo deste pressuposto, a presente investigação foca-se essencialmente, na observação da investigadora relativamente às práticas de enfermagem aplicadas no contexto profissional diário, questionando-se acerca da aplicabilidade prática do protocolo de intervenção nas ostomias respiratórias, com o objetivo essencial de identificar quais os conhecimentos dos enfermeiros acerca desta temática.

Apresenta-se de seguida a estratégia prática realizada para dar a conhecer e explicar os fenómenos, responder a questões previamente identificadas e utilizar métodos e técnicas específicos para obter resultados que permitam ao investigador atingir determinadas conclusões cumprindo no processo, os critérios de racionalidade, objetividade, explicabilidade e verificabilidade (Reis, 2018).

### **1.1. Tipo de estudo**

Atendendo à temática em estudo e aos objetivos definidos para a mesma, foi desenvolvido um estudo transversal analítico e quantitativo.

Pais Ribeiro (2014), Carmo e Ferreira (2015), Vaz Freixo (2013) e Reis (2018) referem que esta metodologia permite recolher dados no sentido de se analisar e compreender o fenómeno, com o objetivo de observar um conjunto de indivíduos em relação a uma conceção específica.

Realiza-se num único momento, permite apresentar resultados quantificáveis, através da recolha sistemática de dados numéricos e observáveis, fornecendo respostas para a questão de investigação formulada inicialmente (Pais Ribeiro, 2010; Vaz Freixo, 2013 & Reis, 2018).

Contribui para o desenvolvimento e validação de conhecimentos, possibilitando ainda a generalização dos resultados, realizar prognósticos e controlar ocorrências (Pais Ribeiro, 2010; Vaz Freixo, 2013 & Reis, 2018).

## **1.2. População e amostra**

A população incluída neste estudo engloba todos os enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva e dos serviços de internamento, Ortopedia, Especialidades, Cirurgia e Medicina Interna da ULSNE, num total de 100 enfermeiros.

A amostra foi selecionada considerando como critérios de inclusão a participação informada e voluntária no estudo, o preenchimento integral do questionário e estar em exercício efetivo no momento de aplicação do questionário, nos serviços identificados.

Desta forma, foram considerados válidos 85 questionários, tendo sido excluídos 15 questionários por não cumprirem os critérios de inclusão. Dos 15 questionários não validados, 10 foram excluídos por não preenchimento integral e 5 foram excluídos porque os participantes não se encontravam em exercício efetivo no momento de aplicação do questionário.

## **1.3. Instrumentos de recolha de dados**

No sentido de fornecer respostas aos objetivos propostos foi elaborado um instrumento de recolha de dados pela equipa de investigação com base na norma atualizada a 03/03/2016 da DGS – “Indicações clínicas e intervenção em ostomias respiratórias em idade pediátrica e no adulto” e incluiu questões plasmadas na norma e que permitem identificar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às ostomias respiratórias.

O instrumento de recolha de dados apresenta numa primeira parte questões fechadas que permitem descrever a caracterização sociodemográfica e profissional da população em estudo, nomeadamente idade, sexo, tempo de exercício profissional, serviço em que desempenha funções, tempo de exercício profissional no atual serviço, se é enfermeiro especialista e em que área.

A segunda parte do instrumento de recolha de dados é constituída por questões dicotómicas (de resposta única - SIM/NÃO), que pretendem identificar os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados prestados a utentes com ostomia respiratória (Anexo III), são de resposta fechada e englobam: a questão 1 e 2 direcionam-se para os conhecimentos e formação dos participantes relativamente às ostomias respiratórias; a questão 4 e 5 relacionam-se com a localização da incisão; as questões 6 e 7 traduzem-se

no conhecimento dos participantes acerca da manutenção das vias aéreas; as questões 8 e 9 direcionam-se para a aspiração das secreções; as questões 10, 11 e 12 relacionam-se com a limpeza das cânulas; as questões 13 e 14 traduzem o conhecimento dos participantes relativamente aos cuidados ao estoma; as questões 15 e 16 direcionam-se para o conhecimento dos participantes relativamente ao *cuff* de pressão; as questões 17 e 18 direcionam-se para o conhecimento dos participantes relativamente à alimentação e as questões 19 e 20 relacionam-se com os conhecimentos dos participantes relativamente à comunicação.

#### **1.4. Procedimentos de recolha de dados**

Após autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e do Conselho de Administração da instituição e da respetiva Comissão de Ética, parecer nº 2019/01004 (Anexo I) e contacto prévio com os responsáveis dos serviços implicados no estudo, foi agendado um dia para a entrega do instrumento de recolha de dados em envelopes fechados, a cada responsável dos respetivos serviços que assumiram a responsabilidade de entregar o envelope fechado aos enfermeiros, referindo que deveriam preencher individualmente os documentos e voltar a introduzi-los no envelope, devolvendo-o posteriormente ao responsável pelo serviço.

Após 15 dias, os envelopes com o instrumento de recolha de dados foram recolhidos pela investigadora, que se deslocou a cada um dos serviços envolvidos no estudo.

#### **1.5. Objetivos e Variáveis em estudo**

Para a concretização da presente investigação definiu-se como objetivo Geral: Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os cuidados aos utentes com ostomia respiratória.

Cumprindo o mesmo propósito foram definidos os seguintes Objetivos Específicos:

- Identificar os procedimentos em que os enfermeiros apresentam maior *deficit* de conhecimentos no cuidado a utentes com ostomia respiratória;

- Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem na manutenção de utentes com ostomia respiratória;

- Analisar a relação entre os conhecimentos dos enfermeiros e as suas variáveis sociodemográficas.

Neste sentido, foram consideradas as seguintes variáveis no estudo em causa:

**Variável dependente** – conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados a serem prestados a utentes sujeitos a ostomias respiratórias;

**Variáveis independentes** - idade, sexo, tempo de exercício profissional, serviço em que desempenha funções, se é enfermeiro especialista e em que área.

De modo a proceder a uma interpretação correta dos dados recolhidos, bem como da sua análise, procedeu-se à categorização das variáveis bem como à sua operacionalização. Assim:

### **Variável dependente**

Conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados a serem prestados a utentes sujeitos a ostomias respiratórias.

Para a operacionalização da variável dependente foi construída uma escala por intervalos em que para o item “Sem conhecimentos” - *score* de 0 a 25 pontos, “Conhecimentos mínimos” - *score* de 25 a 50 pontos, “Conhecimentos médios” - *score* de 50 a 75 pontos, “Conhecimentos altos” - *score* de 75 a 100 pontos (DGS, 2016)

### **Variáveis Independentes**

Idade, inicialmente variável de resposta aberta, posteriormente categorizada em uma escala por intervalos em que 1-20-30 anos, 2-31-40 anos, 3-41-50anos, 4->50 anos.

Sexo, variável de resposta fechada, dicotomizada em dois grupos 1- masculino, 2- feminino.

Tempo de exercício profissional, inicialmente variável de resposta aberta, posteriormente categorizada em 1-< 5 anos, 2-6-11 anos, 3-12-17 anos, 4-> 18 anos.

Serviço de Saúde em que desempenha funções variável aberta, posteriormente categorizada em 1-Serviço de Medicina Intensiva, 2-Serviço de Ortopedia, 3-Serviço de Especialidades, 4-Serviço de Cirurgia, 5-Serviço de Medicina Interna.

Se é enfermeiro especialista, variável de resposta fechada, dicotomizada em 2 grupos (SIM/NÃO) e em qual das especialidades, 1-Especialização em Enfermagem

Médico-Cirúrgica, 2-Especialização em Enfermagem de Reabilitação, 3-Especialização em Enfermagem Comunitária, 4-Especialização em Enfermagem Psiquiátrica, 5-Especialização em Enfermagem Materna e Obstétrica.

## **1.6. Procedimentos de análise de dados**

Após a recolha de dados procedeu-se ao seu tratamento estatístico, os dados foram inseridos e analisados usando para o efeito o *software* informático *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS®), construindo-se uma base de dados que permitiu o cálculo das frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central e de dispersão.

Pela aceitação do Teorema do Limite Central em que se pressupõe normalidade quando  $n > 30$ , a presente investigação utilizou o Teste T-Student, para verificar a relação entre duas amostras independentes e o teste ANOVA, para verificar a relação entre três ou mais amostras independentes.

A organização final dos dados foi definida de acordo com o instrumento de recolha de dados e ilustrada através de tabelas e gráficos.

## **1.7. Considerações éticas**

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo, dirigido aos enfermeiros dos serviços de saúde anteriormente indicados, salvaguarda o direito à autodeterminação, à intimidade, anonimato, confidencialidade e a um tratamento justo e equitativo na utilização dos dados recolhidos (Anexo III).

No sentido de serem salvaguardados os referidos direitos, foi incluído no instrumento de recolha de dados o consentimento informado para preenchimento voluntário dos participantes (Anexo II). O consentimento informado garante o respeito pelo Regulamento Geral da proteção de Dados que inclui a não divulgação de qualquer dado de identificação dos participantes, autorizando a avaliação dos dados obtidos, garantindo a possibilidade de recusa na participação da pesquisa.

Os questionários não apresentavam qualquer campo de identificação pessoal, a não ser os dados sociodemográficos, garantindo que o sigilo era preservado, já que foram preenchidos pelos participantes em qualquer momento, após receberem o instrumento de recolha de dados. Na entrega dos instrumentos de recolha de dados, após preenchimento,

foram apenas considerados os questionários, tendo sido o consentimento informado arquivado separadamente e apenas para garantir a autorização de inclusão no estudo.

Deste modo, foram cumpridos os procedimentos éticos pressupostos a qualquer trabalho de investigação, respeitando a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

## 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados apresentada realizou-se, respeitando os objetivos definidos para o presente estudo.

Os dados descritos na Tabela 1 indicam que, para uma amostra de  $n=85$ , 39 profissionais de enfermagem pertencem à faixa etária dos 31-40 anos (45,9%), 25 profissionais de enfermagem pertencem à faixa etária dos 41-50 anos (29,4%), 12 profissionais de enfermagem pertencem à faixa etária com idades superiores a 50 anos (14,1%) e 9 profissionais de enfermagem pertencem à faixa etária dos 20-30 anos (10,6%), situando-se a média de idades nos 39,99 anos com um desvio-padrão de 8,66 anos, uma variância de 75,15, valor mínimo apresentado de 23 anos e máximo de 62 anos.

Relativamente ao sexo, 65 dos profissionais de enfermagem envolvidos no estudo são do sexo feminino (76,5%) e 20 são do sexo masculino (23,5%). A moda calculada encontra-se no item Feminino.

Na totalidade da amostra em estudo 29 profissionais de enfermagem indicam exercer funções há mais de 18 anos (34,1%), 24 profissionais de enfermagem indicam exercer funções entre 12-17 anos (28,2%), 20 profissionais de enfermagem indicam exercer funções entre 6-11 anos (23,5%) e 12 profissionais de enfermagem indicam exercer funções há menos de 5 anos (14,1%). Quando calculadas as medidas de dispersão e tendência central temos o resultado da média de 15,20 anos, desvio-padrão de 8,82 anos, variância de 77,82, com um valor mínimo de tempo de serviço de 1 ano e valor máximo de tempo de serviço de 38 anos.

Já no que diz respeito ao serviço em que desempenham funções, 21 profissionais de enfermagem exercem funções no SMI (24,7%), 14 profissionais de enfermagem exercem funções no serviço de medicina mulheres (16,5%), 12 profissionais de enfermagem exercem funções no serviço de medicina homens (14,1%) 10 profissionais de enfermagem exercem funções no serviço de cirurgia mulheres (11,8%), 9 profissionais de enfermagem exercem funções no serviço de cirurgia homens (10,6%) e 8 profissionais de enfermagem exercem funções no serviço de ortopedia (9,4%). A moda encontra-se no item SMI.

Adicionalmente, 56 profissionais de enfermagem responderam não possuir especialidade (65,9%). A moda calculada encontra-se no item “Não tem”.

Dos restantes 29 profissionais de enfermagem que responderam possuir especialidade, 13 responderam possuir especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (15,2%) e 10 profissionais de enfermagem responderam possuir Especialidade em Reabilitação (11,8%), 5 profissionais de enfermagem responderam possuir Especialidade em Saúde Comunitária (5,9%) e 1 profissional de enfermagem respondeu possuir Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica (1,2%).

**Tabela 1** - Distribuição da amostra segundo a sua caracterização sociodemográfica e profissional.

		n	(%)	Medidas de dispersão e tendência central
Idade (anos)	20-30 anos	9	10,6	<b>Média</b> = 39,99 <b>Desvio Padrão</b> =8,66 <b>Variância</b> =75,15 <b>Min</b> =23 <b>Max</b> =62
	31-40 anos	<b>39</b>	<b>45,9</b>	
	41-50anos	25	29,4	
	>51 anos	12	14,1	
Sexo	Masculino	20	23,5	<b>Moda</b> =Feminino
	Feminino	<b>65</b>	<b>76,5</b>	
Tempo de exercício profissional (anos)	< 5 anos	12	14,1	<b>Média</b> = 15,20 <b>Desvio Padrão</b> =8,82 <b>Variância</b> =77,82 <b>Min</b> =1 <b>Max</b> =38
	6-11 anos	20	23,5	
	12-17 anos	24	28,2	
	> 18 anos	<b>29</b>	<b>34,1</b>	
Serviço em que desempenha funções	Ortopedia	8	9,4	<b>Moda</b> =SMI
	SMI	<b>21</b>	<b>24,7</b>	
	Medicina Mulheres	14	16,5	
	Medicina Homens	12	14,1	
	Cirurgia Mulheres	10	11,8	
	Cirurgia Homens	9	10,6	
Especialidade	Médico-Cirúrgica	<b>13</b>	<b>15,2</b>	<b>Moda</b> =Não tem
	Reabilitação	10	11,8	
	Saúde Comunitária	5	5,9	
	Psiquiátrica	0	0,0	
	Saúde Materna e Obstétrica	1	1,2	
	Não tem	<b>56</b>	<b>65,9</b>	

Para a concretização do objetivo específico “Identificar os procedimentos em que os enfermeiros apresentam maior *deficit* de conhecimentos no cuidado a utentes com ostomia respiratória”, foi considerada a segunda parte do questionário aplicado aos 85 profissionais de enfermagem, conforme se ilustra na Tabela 2.

A maioria dos enfermeiros admite não só conhecer a anatomia da traqueia (98,8%) bem como a técnica de ostomia respiratória (89,4%). Apesar destes resultados, verificou-se adicionalmente que 88,2% dos enfermeiros não obteve formação específica para a realização de ostomias respiratórias, embora conheçam a técnica. Relativamente ao procedimento de ostomia respiratória com utilização da traqueostomia, cerca de 74,1% dos enfermeiros responderam corretamente acerca do sítio específico da traqueia em que

deve ser realizada. Apesar desta elevada percentagem, ainda cerca de 75,3% dos enfermeiros em estudo responderam *não* quando se refere que o local específico de realização da traqueotomia seria entre o terceiro e o quarto anéis traqueais, revelando um conhecimento errado da norma da DGS, que indica que no caso específico deste procedimento, relativamente à traqueotomia deverá ser escolhido o local entre o terceiro e quarto anéis traqueais.

Já no que respeita à humidificação das vias aéreas, 95,3% dos enfermeiros responderam corretamente, respondendo que se deve realizar recorrendo ao aporte de oxigénio humidificado e aerosoloterapia, não sendo por isso reveladas lacunas significativas neste parâmetro.

Também relativamente à aspiração de secreções, a grande maioria dos enfermeiros (92,9%) replicou o procedimento correto a adotar em utentes com ostomias respiratórias.

Quanto à limpeza da cânula interna, apesar de 95,3% dos enfermeiros responder corretamente, indicando que a mesma deve ser lavada 2x por dia e com recurso a soro fisiológico e escovilhão, na questão seguinte cerca de 24,7% dos enfermeiros responderam que a cânula apenas deve ser lavada 1x por dia, revelando uma discordância de resultados entre alguns dos inquiridos.

Do mesmo modo contraditório, relativamente aos cuidados ao estoma, 84,7% dos enfermeiros responde acertadamente ao facto do penso dever ser trocado cerca de 2x por dia ou sempre que o mesmo estiver húmido; paralelamente a estes resultados, na questão seguinte 40% dos enfermeiros responde que o penso deve ser trocado apenas 1x por dia todos os dias, acentuando mais uma vez uma divergência nas respostas.

Quanto à pressão que deve ser mantida no *cuff*, apesar de a maioria dos inquiridos (70,6%) indicar que esta deve ser mantida entre os 20-30 cmH<sub>2</sub>O, ainda um número significativo de enfermeiros admite valores diferentes para esta variável (27,1%).

Por fim e nas questões relativas aos parâmetros de deglutição, hidratação, nutrição e comunicação, a grande maioria dos enfermeiros envolvidos no estudo demonstraram conhecer os procedimentos adequados a adotar em cada uma das variáveis.

**Tabela 2** - Distribuição da amostra segundo os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados a serem prestados a utentes sujeitos a ostomias respiratórias

Questões	Sim		Não	
	n	%	n	%
Tem conhecimentos acerca da técnica de ostomia respiratória	<b>76</b>	<b>89,4</b>	9	10,6
Realizou formação específica sobre ostomias respiratórias	10	11,8	<b>75</b>	<b>88,2</b>
Conhece a anatomia da traqueia	<b>84</b>	<b>98,8</b>	1	1,2
A traqueostomia deve ser realizada entre o segundo e o terceiro anéis da traqueia	<b>63</b>	<b>74,1</b>	22	25,9
A traqueotomia deve ser realizada entre o terceiro e o quarto anéis da traqueia	21	24,7	<b>64</b>	<b>75,3</b>
Relativamente à humedificação das vias aéreas deve-se recorrer ao aporte de oxigénio humidificado e aerosoloterapia	<b>81</b>	<b>95,3</b>	4	4,7
A humedificação das vias aéreas deve ser realizada através do aporte de oxigénio não humidificado	2	2,4	<b>83</b>	<b>97,6</b>
No que respeita à aspiração de secreções, esta deve ser realizada de modo asséptico, nomeadamente pelo uso de luvas esterilizadas, recorrendo ao uso de uma cânula flexível/sonda de aspiração e realizada de forma rápida e precisa	<b>79</b>	<b>92,9</b>	6	7,1
A aspiração de secreções deve ser realizada recorrendo ao uso de uma cânula rígida	7	8,2	<b>78</b>	<b>91,8</b>
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 2x vezes por dia, sempre que se encontre obstruída e através do uso de soro fisiológico e escovilhão	<b>81</b>	<b>95,3</b>	4	4,7
A limpeza da cânula interna deve ser efetuada recorrendo ao uso de betadine dérmico	3	3,5	<b>82</b>	<b>96,5</b>
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 1x vezes por dia	21	24,7	<b>64</b>	<b>75,3</b>
Relativamente aos cuidados no estoma, devem ser utilizadas compressas, soro ou sabão neutro, trocado o penso 2x por dia e sempre que húmido e a fixação da cânula sempre que molhada com secreção ou conteúdo hemático	<b>72</b>	<b>84,7</b>	13	15,3
Os cuidados ao estoma devem ser efetuados 1x por dia, todos os dias	34	40,0	<b>51</b>	<b>60,0</b>
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 20-30 cmH <sub>2</sub> O	<b>60</b>	<b>70,6</b>	25	29,4
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 10-20 cmH <sub>2</sub> O.	23	27,1	<b>62</b>	<b>72,9</b>
Em relação aos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição deve ser realizada um maior reforço hídrico, vigiar o início da alimentação via oral e recurso a sonda nasogástrica para alimentação entérica	<b>83</b>	<b>97,6</b>	2	2,4
A alimentação do utente deve ser feita na posição deitada e por via oral sem necessidade de indicação médica	5	5,9	<b>80</b>	<b>94,1</b>
Quanto à comunicação do utente com ostomia respiratória, esta deve ser promovida através de linguagem escrita, imagens, seguimento por terapeuta da fala para reaprender a técnica de voz mais adequada	<b>83</b>	<b>97,6</b>	2	2,4
A comunicação do utente deve ser forçada	6	7,1	<b>79</b>	<b>92,9</b>

Considerando o objetivo específico “Identificar os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem na manutenção de utentes com ostomia respiratória”, verificou-se que 87,1% dos enfermeiros apresentam conhecimentos altos, que 10,6% dos

enfermeiros apresentam conhecimentos médios e que 2,4% dos enfermeiros apresentam conhecimentos mínimos quando questionados sobre os cuidados a serem prestados a utentes sujeitos a ostomias respiratórias. Salienta-se que a amostra não apresenta resultados para o item “Sem conhecimentos”, embora sejam ainda preocupantes os resultados obtidos no item “Conhecimentos mínimos” (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição da amostra segundo a escala global de conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados a serem prestados a utentes sujeitos a ostomias respiratórias

<b>Conhecimentos dos enfermeiros</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sem conhecimentos (0-25 pts)	0	0,0
Conhecimentos mínimos (25-50 pts)	2	2,4
Conhecimentos médios (50-75 pts)	9	10,6
Conhecimentos altos (75-100 pts)	<b>74</b>	<b>87,1</b>
Total	85	100,0

Uma vez analisadas as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos dos enfermeiros em estudo relativamente aos cuidados a serem prestados aquando da ostomia respiratória de utentes e a sua manutenção, interessa analisar a relação entre os conhecimentos dos enfermeiros e as suas variáveis sociodemográficas.

Os resultados relativos a esta análise relacional encontram-se expressos nas tabelas seguintes, onde se apresentam os valores dos testes ANOVA, T-Student e a análise de variância ( $p$ ), considerando que existe relação estatisticamente significativa entre variáveis quando  $p \leq 0,05$ .

Assim, através dos resultados obtidos verifica-se que na escala de intervalo dos conhecimentos globais dos enfermeiros não existe relação estatística significativa com a idade (Tabela 4).

**Tabela 4** - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e a idade

<b>Conhecimentos globais dos enfermeiros</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Teste ANOVA</b>	<b>p</b>	
Idade (anos)	20-30 anos	9	7,6	1,381	0,255
	31-40 anos	39	33,15		
	41-50 anos	25	21,25		
	> 50 anos	12	14,1		

Quando calculado o teste ANOVA considerando os valores para cada questão sobre os conhecimentos e a sua relação com os valores de respostas aberta da idade dos enfermeiros envolvidos concluiu-se que existe relação estatística significativa entre a idade e as questões “A traqueostomia deve ser realizada entre o segundo e o terceiro anéis

da traqueia.” (p=0,011); “A traqueostomia deve ser realizada entre o terceiro e o quarto anéis da traqueia.” (p=0,005) e “Em relação aos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição deve ser realizada um maior reforço hídrico, vigiar o início da alimentação via oral e recurso a sonda nasogástrica para alimentação entérica” (p=0,000) (Tabela 5).

**Tabela 5** - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e a idade

<b>Relação entre os conhecimentos e a idade</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Tem conhecimentos acerca da técnica de ostomia respiratória	0,989	0,504
Realizou formação específica sobre ostomias respiratórias	1,432	0,123
Conhece a anatomia da traqueia?	0,249	1,000
A traqueostomia deve ser realizada entre o segundo e o terceiro anéis da traqueia	2,029	0,011
A traqueotomia deve ser realizada entre o terceiro e o quarto anéis da traqueia	2,221	0,005
Relativamente à humidificação das vias aéreas deve-se recorrer ao aporte de oxigénio humidificado e aerosoloterapia.	1,436	0,121
A humidificação das vias aéreas deve ser realizada através do aporte de oxigénio não humidificado.	1,095	0,378
No que respeita à aspiração de secreções, esta deve ser realizada de modo asséptico, nomeadamente pelo uso de luvas esterilizadas, recorrendo ao uso de uma cânula flexível/sonda de aspiração e realizada de forma rápida e precisa.	0,647	0,905
A aspiração de secreções deve ser realizada recorrendo ao uso de uma cânula rígida.	0,555	0,961
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 2x vezes por dia, sempre que se encontre obstruída e através do uso de soro fisiológico e escovilhão.	0,273	1,000
A limpeza da cânula interna deve ser efetuada recorrendo ao uso de betadine dérmico.	0,245	1,000
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 1x vezes por dia	0,989	0,503
Relativamente aos cuidados no estoma, devem ser utilizadas compressas, soro ou sabão neutro, trocado o penso 2x por dia e sempre que húmido e a fixação da cânula sempre que molhada com secreção ou conteúdo hemático.	1,163	0,309
Os cuidados ao estoma devem ser efetuados 1x por dia, todos os dias.	1,282	0,209
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 20-30 cmH2O.	1,270	0,218
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 10-20 cmH2O.	1,016	0,470
Em relação aos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição deve ser realizada um maior reforço hídrico, vigiar o início da alimentação via oral e recurso a sonda nasogástrica para alimentação entérica.	<b>4,722</b>	<b>0,000</b>
A alimentação do utente deve ser feita na posição deitada e por via oral sem necessidade de indicação médica.	0,508	0,978
Quanto à comunicação do utente com ostomia respiratória, esta deve ser promovida através de linguagem escrita, imagens, seguimento por terapeuta da fala para reaprender a técnica de voz mais adequada.	0,914	0,601
A comunicação do utente deve ser forçada.	0,745	0,812

Da análise da Tabela 6, quando relacionada a relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o sexo, verifica-se que não existe relação estatística significativa entre ambas as premissas.

**Tabela 6** - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o sexo

<b>Conhecimentos dos enfermeiros</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Teste T-Student</b>	<b>P</b>
Sexo	Masculino	20	23,5	-1,177	0,243
	Feminino	65	76,5		

Analisando a Tabela 7, quando calculado o teste T-Student considerando os valores para cada questão sobre os conhecimentos e a sua relação com o sexo dos enfermeiros envolvidos concluiu-se que existe relação estatística significativa entre o sexo e as questões “A aspiração de secreções deve ser realizada recorrendo ao uso de uma cânula rígida.” (p=0,020); “Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 2x vezes por dia, sempre que se encontre obstruída e através do uso de soro fisiológico e escovilhão.”

( $p=0,013$ ); “A limpeza da cânula interna deve ser efetuada recorrendo ao uso de betadine dérmico.” ( $p=0,001$ ) e “A alimentação do utente deve ser feita na posição deitada e por via oral sem necessidade de indicação médica.” ( $p=0,002$ ).

**Tabela 7** - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e o sexo

Relação entre os conhecimentos e o sexo	t	p
Tem conhecimentos acerca da técnica de ostomia respiratória	1,569	0,121
Realizou formação específica sobre ostomias respiratórias	-0,508	0,613
Conhece a anatomia da traqueia?	-0,552	0,582
A traqueostomia deve ser realizada entre o segundo e o terceiro anéis da traqueia.	-0,681	0,498
A traqueostomia deve ser realizada entre o terceiro e o quarto anéis da traqueia.	1,146	0,255
Relativamente à humedificação das vias aéreas deve-se recorrer ao aporte de oxigénio humidificado e aerosoloterapia.	0,070	0,944
A humedificação das vias aéreas deve ser realizada através do aporte de oxigénio não humidificado.	0,787	0,433
No que respeita à aspiração de secreções, esta deve ser realizada de modo asséptico, nomeadamente pelo uso de luvas esterilizadas, recorrendo ao uso de uma cânula flexível/sonda de aspiração e realizada de forma rápida e precisa.	-0,407	0,685
A aspiração de secreções deve ser realizada recorrendo ao uso de uma cânula rígida.	<b>-2,226</b>	<b>0,029</b>
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 2x vezes por dia, sempre que se encontre obstruída e através do uso de soro fisiológico e escovilhão.	<b>2,551</b>	<b>0,013</b>
A limpeza da cânula interna deve ser efetuada recorrendo ao uso de betadine dérmico.	<b>-3,347</b>	<b>0,001</b>
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 1x vezes por dia	-0,622	0,536
Relativamente aos cuidados no estoma, devem ser utilizadas compressas, soro ou sabão neutro, trocado o penso 2x por dia e sempre que húmido e a fixação da cânula sempre que molhada com secreção ou conteúdo hemático.	0,662	0,510
Os cuidados ao estoma devem ser efetuados 1x por dia, todos os dias.	0,517	0,607
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 20-30 cmH <sub>2</sub> O.	-1,624	0,108
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 10-20 cmH <sub>2</sub> O.	0,806	0,422
Em relação aos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição deve ser realizada um maior reforço hídrico, vigiar o início da alimentação via oral e recurso a sonda nasogástrica para alimentação entérica.	0,887	0,378
A alimentação do utente deve ser feita na posição deitada e por via oral sem necessidade de indicação médica.	<b>-3,215</b>	<b>0,002</b>
Quanto à comunicação do utente com ostomia respiratória, esta deve ser promovida através de linguagem escrita, imagens, seguimento por terapeuta da fala para reaprender a técnica de voz mais adequada.	0,887	0,378
A comunicação do utente deve ser forçada.	-1,590	0,116

Considerando a análise da Tabela 8, verifica-se que não existe relação estatística significativa entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional.

**Tabela 8** - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional

Conhecimentos dos enfermeiros		n	%	Teste ANOVA	P
Tempo de exercício profissional (anos)	< 5 anos	12	14,1	0,853	0,469
	6-11 anos	20	23,5		
	12-17 anos	24	28,2		
	> 18 anos	29	34,1		

Analisando a Tabela 9, verifica-se que quando calculado o teste ANOVA, para a relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e o seu tempo de exercício profissional, existe relação estatística significativa entre o tempo de exercício profissional e as questões “Relativamente à humedificação das vias aéreas deve-se recorrer ao aporte de oxigénio humidificado e aerosoloterapia.” ( $p=0,011$ ); “A

humidificação das vias aéreas deve ser realizada através do aporte de oxigénio não humidificado.” (p=0,000) e “No que respeita à aspiração de secreções, esta deve ser realizada de modo asséptico, nomeadamente pelo uso de luvas esterilizadas, recorrendo ao uso de uma cânula flexível/sonda de aspiração e realizada de forma rápida e precisa.” (p=0,031).

**Tabela 9** - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional

<b>Relação entre os conhecimentos e o tempo de exercício profissional</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Tem conhecimentos acerca da técnica de ostomia respiratória	0,736	0,810
Realizou formação específica sobre ostomias respiratórias	1,379	0,152
Conhece a anatomia da traqueia?	0,635	0,904
A traqueostomia deve ser realizada entre o segundo e o terceiro anéis da traqueia	1,401	0,141
A traqueotomia deve ser realizada entre o terceiro e o quarto anéis da traqueia	1,134	0,336
Relativamente à humidificação das vias aéreas deve-se recorrer ao aporte de oxigénio humidificado e aerosoloterapia.	<b>2,066</b>	<b>0,011</b>
A humidificação das vias aéreas deve ser realizada através do aporte de oxigénio não humidificado.	<b>5,812</b>	<b>0,000</b>
No que respeita à aspiração de secreções, esta deve ser realizada de modo asséptico, nomeadamente pelo uso de luvas esterilizadas, recorrendo ao uso de uma cânula flexível/sonda de aspiração e realizada de forma rápida e precisa.	<b>1,795</b>	<b>0,031</b>
A aspiração de secreções deve ser realizada recorrendo ao uso de uma cânula rígida.	1,140	0,331
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 2x vezes por dia, sempre que se encontre obstruída e através do uso de soro fisiológico e escovilhão.	0,731	0,815
A limpeza da cânula interna deve ser efetuada recorrendo ao uso de betadine dérmico.	0,835	0,693
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 1x vezes por dia	0,949	0,548
Relativamente aos cuidados no estoma, devem ser utilizadas compressas, soro ou sabão neutro, trocado o penso 2x por dia e sempre que húmido e a fixação da cânula sempre que molhada com secreção ou conteúdo hemático.	1,496	0,100
Os cuidados ao estoma devem ser efetuados 1x por dia, todos os dias.	0,806	0,729
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 20-30 cmH2O.	0,940	0,560
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 10-20 cmH2O.	0,785	0,754
Em relação aos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição deve ser realizada um maior reforço hídrico, vigiar o início da alimentação via oral e recurso a sonda nasogástrica para alimentação entérica.	0,467	0,985
A alimentação do utente deve ser feita na posição deitada e por via oral sem necessidade de indicação médica.	0,596	0,931
Quanto à comunicação do utente com ostomia respiratória, esta deve ser promovida através de linguagem escrita, imagens, seguimento por terapeuta da fala para reaprender a técnica de voz mais adequada.	0,467	0,985
A comunicação do utente deve ser forçada.	1,070	0,405

Da análise da Tabela 10, verifica-se que quando calculado o teste ANOVA, existe relação estatística significativa entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o Serviço em que desempenha funções já que p=0,002.

**Tabela 10** - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o Serviço em que desempenha funções

<b>Conhecimentos dos enfermeiros</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Teste ANOVA</b>	<b>p</b>
Serviço em que desempenha funções	Ortopedia	8	9,4		
	SMI	21	24,7		
	Medicina Mulheres	14	16,5		
	Medicina Homens	12	14,1		
	Cirurgia Mulheres	10	11,8		
	Cirurgia Homens	9	10,6		

Quando analisada a Tabela 11, verifica-se que o cálculo do teste ANOVA indica que existe relação estatística significativa entre o serviço em que desempenha funções e as questões “Tem conhecimento da técnica de ostomia respiratória?” ( $p=0,022$ ); “A traqueostomia deve ser realizada entre o segundo e o terceiro anéis da traqueia.” ( $p=0,000$ ); “A traqueostomia deve ser realizada entre o terceiro e o quarto anéis da traqueia.” ( $p=0,000$ ); “A aspiração de secreções deve ser realizada recorrendo ao uso de uma cânula rígida.” ( $p=0,014$ ); “Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 2x vezes por dia, sempre que se encontre obstruída e através do uso de soro fisiológico e escovilhão.” ( $p=0,000$ ); “A limpeza da cânula interna deve ser efetuada recorrendo ao uso de betadine dérmico.” ( $p=0,018$ ); “Relativamente aos cuidados no estoma, devem ser utilizadas compressas, soro ou sabão neutro, trocado o penso 2x por dia e sempre que húmido e a fixação da cânula sempre que molhada com secreção ou conteúdo hemático.” ( $p=0,000$ ); “Os cuidados ao estoma devem ser efetuados 1x por dia, todos os dias.” ( $p=0,000$ ); “O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 20-30 cmH<sub>2</sub>O.” ( $p=0,000$ ) e “O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 10-20 cmH<sub>2</sub>O.” ( $p=0,000$ ).

**Tabela 11** - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e o Serviço em que desempenha funções

<b>Relação entre os conhecimentos e o Serviço em que desempenha funções</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Tem conhecimentos acerca da técnica de ostomia respiratória	<b>2,638</b>	<b>0,022</b>
Realizou formação específica sobre ostomias respiratórias	1,821	0,106
Conhece a anatomia da traqueia?	1,453	0,206
A traqueostomia deve ser realizada entre o segundo e o terceiro anéis da traqueia	9,391	0,000
A traqueotomia deve ser realizada entre o terceiro e o quarto anéis da traqueia	8,430	0,000
Relativamente à humificação das vias aéreas deve-se recorrer ao aporte de oxigénio humidificado e aerosoloterapia.	0,694	0,655
A humificação das vias aéreas deve ser realizada através do aporte de oxigénio não humidificado.	0,706	0,646
No que respeita à aspiração de secreções, esta deve ser realizada de modo asséptico, nomeadamente pelo uso de luvas esterilizadas, recorrendo ao uso de uma cânula flexível/sonda de aspiração e realizada de forma rápida e precisa.	1,277	0,278
A aspiração de secreções deve ser realizada recorrendo ao uso de uma cânula rígida.	<b>2,887</b>	<b>0,014</b>
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 2x vezes por dia, sempre que se encontre obstruída e através do uso de soro fisiológico e escovilhão.	<b>4,929</b>	<b>0,000</b>
A limpeza da cânula interna deve ser efetuada recorrendo ao uso de betadine dérmico.	<b>2,749</b>	<b>0,018</b>
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 1x vezes por dia	1,641	0,147
Relativamente aos cuidados no estoma, devem ser utilizadas compressas, soro ou sabão neutro, trocado o penso 2x por dia e sempre que húmido e a fixação da cânula sempre que molhada com secreção ou conteúdo hemático.	<b>6,426</b>	<b>0,000</b>
Os cuidados ao estoma devem ser efetuados 1x por dia, todos os dias.	<b>6,292</b>	<b>0,000</b>
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 20-30 cmH <sub>2</sub> O.	<b>17,795</b>	<b>0,000</b>
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 10-20 cmH <sub>2</sub> O.	<b>14,063</b>	<b>0,000</b>
Em relação aos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição deve ser realizada um maior reforço hídrico, vigiar o início da alimentação via oral e recurso a sonda nasogástrica para alimentação entérica.	0,906	0,495
A alimentação do utente deve ser feita na posição deitada e por via oral sem necessidade de indicação médica.	1,938	0,085
Quanto à comunicação do utente com ostomia respiratória, esta deve ser promovida através de linguagem escrita, imagens, seguimento por terapeuta da fala para reaprender a técnica de voz mais adequada.	1,170	0,331
A comunicação do utente deve ser forçada.	0,750	0,611

Quando analisada a Tabela 12, verifica-se que o cálculo do teste ANOVA indica que não existe relação estatística significativa entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e a sua Especialidade.

**Tabela 12** - Relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e a sua Especialidade

Conhecimentos dos enfermeiros		n	%	Teste ANOVA	p
Especialidade	Médico-Cirúrgica	13	15,2	0,495	0,740
	Reabilitação	10	11,8		
	Saúde Comunitária	5	5,9		
	Psiquiátrica	0	0,0		
	Saúde Materna e Obstétrica	1	1,2		
	Não tem	56	65,9		

Analisando a Tabela 13, verifica-se que o cálculo do teste ANOVA indica que existe relação estatística significativa entre a Especialidade dos enfermeiros e as questões “Em relação aos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição deve ser realizada um maior reforço hídrico, vigiar o início da alimentação via oral e recurso a sonda nasogástrica para alimentação entérica.” (p=0,000); “A alimentação do utente deve ser feita na posição deitada e por via oral sem necessidade de indicação médica.” (p=0,001) e “Quanto à comunicação do utente ostomizado, esta deve ser promovida através de linguagem escrita, imagens, seguimento por terapeuta da fala para reaprender a técnica de voz mais adequada.” (p=0,000).

**Tabela 13** - Relação entre as questões sobre os conhecimentos dos enfermeiros e a sua Especialidade

Relação entre os conhecimentos e a Especialidade	Z	p
Tem conhecimentos acerca da técnica de ostomia respiratória	0,249	0,909
Realizou formação específica sobre ostomias respiratórias	0,169	0,953
Conhece a anatomia da traqueia?	0,124	0,973
A traqueostomia deve ser realizada entre o segundo e o terceiro anéis da traqueia	0,373	0,828
A traqueotomia deve ser realizada entre o terceiro e o quarto anéis da traqueia	0,416	0,797
Relativamente à humidificação das vias aéreas deve-se recorrer ao aporte de oxigénio humidificado e aerosoloterapia.	1,010	0,407
A humidificação das vias aéreas deve ser realizada através do aporte de oxigénio não humidificado.	0,752	0,559
No que respeita à aspiração de secreções, esta deve ser realizada de modo asséptico, nomeadamente pelo uso de luvas esterilizadas, recorrendo ao uso de uma cânula flexível/sonda de aspiração e realizada de forma rápida e precisa.	0,987	0,420
A aspiração de secreções deve ser realizada recorrendo ao uso de uma cânula rígida.	0,147	0,964
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 2x vezes por dia, sempre que se encontre obstruída e através do uso de soro fisiológico e escovilhão.	0,320	0,863
A limpeza da cânula interna deve ser efetuada recorrendo ao uso de betadine dérmico.	0,298	0,879
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 1x vezes por dia	0,285	0,887
Relativamente aos cuidados no estoma, devem ser utilizadas compressas, soro ou sabão neutro, trocado o penso 2x por dia e sempre que húmido e a fixação da cânula sempre que molhada com secreção ou conteúdo hemático.	1,707	0,157
Os cuidados ao estoma devem ser efetuados 1x por dia, todos os dias.	1,304	0,276
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 20-30 cmH2O.	0,585	0,675
O cuff deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 10-20 cmH2O.	0,962	0,433
Em relação aos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição deve ser realizada um maior reforço hídrico, vigiar o início da alimentação via oral e recurso a sonda nasogástrica para alimentação entérica.	<b>19,769</b>	<b>0,000</b>
A alimentação do utente deve ser feita na posição deitada e por via oral sem necessidade de indicação médica.	<b>5,016</b>	<b>0,001</b>
Quanto à comunicação do utente com ostomia respiratória, esta deve ser promovida através de linguagem escrita, imagens, seguimento por terapeuta da fala para reaprender a técnica de voz mais adequada.	<b>23,399</b>	<b>0,000</b>
A comunicação do utente deve ser forçada.	0,451	0,772

### **3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A discussão dos resultados permite rever os resultados obtidos estatisticamente e enquadrá-los teoricamente.

Na presente investigação, os resultados mais relevantes indicam que 39 profissionais de enfermagem pertencem à faixa etária dos 31-40 anos (45,9%), relativamente ao sexo, 65 dos profissionais de enfermagem envolvidos no estudo são do sexo feminino (76,5%). Os dados obtidos são similares aos resultados estatísticos publicados pela Ordem dos Enfermeiros, a 31 de dezembro de 2018, que indicavam as idades mais prevalentes dos enfermeiros a exercer funções, na faixa etária dos 31 aos 35 anos e o sexo feminino como o mais prevalente.

O serviço mais prevalente foi o SMI com 24,7%, sendo que 65,9% dos profissionais são enfermeiros especialistas e destes 15,2% possuem especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os resultados são também concordantes com a Ordem dos Enfermeiros (2018) que identifica os enfermeiros como profissionais experientes e proficientes na prestação de cuidados e que a especialidade em enfermagem com maior representatividade é a Médico-Cirúrgica.

Relativamente aos conhecimentos acerca dos cuidados a serem prestados a utentes sujeitos a ostomias respiratórias a maioria admite conhecer a anatomia da traqueia (98,8%) e a técnica de ostomia respiratória (98,8%).

Os resultados obtidos vão ao encontro do que referem Cheung e Napolitano (2014) relativamente à necessidade de identificar a melhor técnica de ostomia respiratória, associada aos conhecimentos teórico-práticos sobre a anatomia quer da traqueia quer das estratégias de intervenção desta técnica.

No entanto, verificou-se que 88,2% dos enfermeiros inquiridos na presente investigação não obteve formação específica para a realização de ostomias respiratórias, embora conheça a técnica.

Os resultados obtidos são opostos aos defendidos por organizações de saúde como a WOCN Society ou a DGS (2016) que realçam a importância da formação especializada, particularmente no contexto da ostomia respiratória, na sua realização, acompanhamento

e cuidados antes, durante e após a intervenção. De facto, a DGS (2016) assim como a WOCN Society (2010) apresentam orientações que realçam a importância da formação especializada na implementação dos procedimentos particularmente quando relacionados com a ostomia respiratória.

Relativamente aos cuidados ao estoma, 84,7% dos enfermeiros responde acertadamente ao facto do penso dever ser trocado cerca de 2x por dia ou sempre que o mesmo estiver húmido.

Os resultados obtidos são similares aos que apresentam a DGS (2016), Cardoso *et al.* (2014), Miranda (2013) e APO (2010) quando referem que é uma das responsabilidades do enfermeiro especialista, enquanto elemento principal nos cuidados prestados a estes utentes, o cuidado ao estoma e ainda a sua importância enquanto elo de ligação entre todos os elementos da equipa.

Quanto à pressão que deve ser mantida no *cuff*, a maioria dos inquiridos (70,6%) indica que esta deve ser mantida entre os 20-30 cmH<sub>2</sub>O.

Os resultados obtidos são concordantes com as orientações emanadas pela DGS (2016) e com as publicações de Freeman (2011) que indicam os valores de pressão que devem ser mantidos no *cuff*, com o objetivo de garantir a sua eficácia.

A maioria dos enfermeiros conhece os procedimentos adequados a adotar nos parâmetros de deglutição, hidratação, nutrição e comunicação, relativamente aos cuidados a prestar na ostomia respiratória.

Os resultados são similares aos estudos de DGS (2016), Cheung e Napolitano (2014), Freeman *et al.* (2013) e Oliveira *et al.* (2010), que incluem os procedimentos adequados para suprimir as necessidades relacionadas com os referidos parâmetros, garantindo a recuperação do paciente.

Relativamente aos conhecimentos da amostra sobre os cuidados a serem prestados e considerando os resultados obtidos, verifica-se que 87,1% dos enfermeiros apresentam conhecimentos altos quando questionados sobre os cuidados a serem prestados a utentes sujeitos a ostomias respiratórias.

Os resultados são corroborados pelos estudos de Soares (2016), Tavares (2013), Freeman (2011) e as orientações da DGS (2016), da OE (2011) e da WOCN Society (2010), quando referem que quanto mais elevados e qualificados forem os conhecimentos

sobre as técnicas cirúrgicas da ostomia respiratória, e sobre os cuidados de enfermagem a prestar, mais adequado, célere e bem-sucedido é o procedimento cirúrgico.

Assim, estas práticas contribuirão para uma recuperação mais rápida, equilibrada, eficaz e que garanta a qualidade de vida do paciente, envolvendo todos os agentes da equipa multidisciplinar, realçando o papel fundamental do enfermeiro especialista não só pelas suas competências profissionais, mas também humanas e emocionais (OE, 2011).

Quando analisados os resultados relativamente ao objetivo sobre a relação entre os conhecimentos dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas e profissionais verifica-se que:

Na escala de intervalo dos conhecimentos globais dos enfermeiros não existe relação estatística significativa com a idade. No entanto, quando analisada a relação entre a idade e as questões sobre o conhecimento individualmente, os resultados indicam relação estatística significativa entre a idade e os conhecimentos sobre o local adequado para a realização da ostomia respiratória e o cumprimento dos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição ( $p=0,011$ ;  $p=0,005$ ;  $p=0,000$ ).

Na relação entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o sexo, verifica-se que não existe relação estatística significativa entre ambas as premissas. No entanto, considerando os valores para cada questão sobre os conhecimentos e a sua relação com o sexo dos enfermeiros envolvidos concluiu-se que existe relação estatística significativa entre o sexo e as questões relacionadas com a aspiração de secreções, a limpeza da cânula e a alimentação do utente ( $p=0,020$ ;  $p=0,013$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,002$ ).

Os resultados indicam que não existe relação estatística significativa entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional. Da mesma forma quando analisada a relação entre as questões individuais sobre os conhecimentos dos enfermeiros e o seu tempo de exercício profissional, concluiu-se que existe relação estatística significativa entre o tempo de exercício profissional e as questões relacionadas com a humidificação das vias aéreas e o método de aspiração de secreções ( $p=0,011$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,031$ ).

Os presentes resultados vão ao encontro dos estudos de Soares (2016), Tavares (2013), Freeman (2011) e das orientações da DGS (2016) e da OE (2011) quando referem que a um maior número de anos de experiência profissional deverá, tendencialmente,

corresponder uma maior especialização e qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem especializados.

Os resultados indicam ainda que existe relação estatística significativa entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e o Serviço em que desempenha funções já que  $p=0,002$ , nomeadamente nas questões relacionadas com o conhecimento da técnica da ostomia respiratória ( $p=0,022$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,000$ ); a aspiração de secreções ( $p=0,014$ ); a limpeza da cânula ( $p=0,000$ ;  $p=0,018$ ); os cuidados ao estoma ( $p=0,000$ ;  $p=0,000$ ) e a pressão do *cuff* ( $p=0,000$ ;  $p=0,000$ ).

Os resultados indicam também que não existe relação estatística significativa entre os conhecimentos globais dos enfermeiros e a sua Especialidade. Paralelamente, quando analisada a relação entre a Especialidade dos enfermeiros e as questões, concluiu-se que existe relação estatística significativa entre a Especialidade e as questões relacionadas com os parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição ( $p=0,000$ ); a alimentação do utente ( $p=0,001$ ) e a comunicação do utente ( $p=0,000$ ).

Os presentes resultados são também defendidos por, Cheung e Napolitano (2014), Freeman *et al.* (2013) e Oliveira *et al.* (2010) assim como com as orientações da DGS (2016), que incluem os procedimentos adequados para suprimir as necessidades relacionadas com os referidos parâmetros, garantindo a recuperação do paciente, traduzindo-se na especialização cada vez mais avançada das equipas de enfermagem, particularmente no contexto da área Médico-Cirúrgica, o que tem vindo a ser validado pelo aumento de enfermeiros com a referida especialização, nos últimos anos (OE, 2011).

Os resultados atingidos com a presente investigação permitem (re)conhecer a importância da relação entre a atividade profissional e os conhecimentos teóricos, particularmente no que diz respeito aos cuidados a prestar a utentes com ostomia respiratória, realçados como fator de diferenciação na prestação de cuidados de enfermagem especializados contribuindo diretamente para a garantia da sua qualidade.

De facto, a concretização do objetivo relacionado com os procedimentos em que os enfermeiros apresentam maior *deficit* de conhecimentos no cuidado a utentes com ostomia respiratória permite concluir da necessidade em se apostar na formação contínua sobre esta temática.

A intervenção formativa contínua deverá apostar na clarificação dos termos, conceitos e técnicas de intervenção, garantindo que os protocolos legislados e emanados pelas instituições reguladoras, sejam efetivamente incorporados e assimilados pelas equipas multidisciplinares, adequados aos contextos práticos e revistos regularmente, no sentido de garantir a sua eficácia e eficiência, contribuindo diretamente para a redução de custos humanos, físicos, emocionais e de recursos, na recuperação dos utentes com ostomia respiratória.

Relativamente a limitações relacionadas com o estudo em apreço, destaca-se a elaboração do enquadramento metodológico pela morosidade na concretização de todas as fases da investigação, particularmente pelos efeitos da pandemia por COVID-19 e os consequentes atrasos, a elaboração de um instrumento de recolha de dados que permitisse a sua aplicação neste contexto pandémico, o (re)lembrar dos procedimentos estatísticos da investigação e a limitação temporal da investigadora contribuíram para o atraso na sua concretização. Paralelamente o instrumento de recolha de dados carece de validação e atualização para o termo correto – ostomias respiratórias. Da mesma forma o tamanho reduzido da amostra não permite a extrapolação dos resultados para a população geral.

#### 4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A presença de profissionais de enfermagem com adequada experiência e formação em ostomias respiratórias e capazes de lidar com as mais diversas complicações decorrentes deste procedimento deverá ser fundamental em serviços de saúde específicos, aos quais possam recorrer os utentes que necessitam de cuidados exclusivos neste campo de ação.

Assim, os enfermeiros capazes de dar resposta às necessidades destes utentes e às suas famílias, aquando da necessidade de proceder a cuidados específicos relativos ao procedimento em causa, devem ser formados e treinados para o efeito, uma vez que a ostomia respiratória é um procedimento que necessita de conhecimentos e técnicas específicas (Vallamakundu e Visvanathan, 2011).

O enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica é, de acordo com a OE (2011), dinamizador da educação dos utentes e dos seus pares, de orientação, aconselhamento e liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem.

Neste sentido, o presente estudo pretende contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que vai ao encontro de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados a utentes em situação crítica, nomeadamente na satisfação do utente quanto aos cuidados prestados, na promoção da saúde, prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidado dos utentes, na readaptação funcional dos mesmos à sua nova condição e, por último na organização de cuidados especializados onde vigore uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada (OE, 2011).

Com este estudo concluiu-se especificamente que os objetivos previamente delineados foram concretizados, nomeadamente a caracterização dos participantes indica que a maioria da amostra pertence à faixa etária dos 31-40 anos, são do sexo feminino, exercem funções há mais de 18 anos, maioritariamente no SMI, em que os que possuem Especialidade indicam que a área mais prevalente é a de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Concluiu-se que os procedimentos em que os enfermeiros apresentam maior *deficit* de conhecimentos no cuidado a utentes com ostomia respiratória são os que se relacionam

com a identificação do local específico para a realização das diferentes ostomias respiratórias, segundo a definição da DGS, com a frequência de limpeza da cânula interna, com a frequência de troca do penso do estoma e com a pressão que deve ser mantida no *cuff*. Os referidos resultados são indicadores da necessidade de se apostar na realização de formação especializada e de atualização relativamente a estas temáticas, no sentido de colmatar os *deficits* identificados e melhorar a prestação de cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, a qualidade de vida do paciente.

Relativamente à identificação dos conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem na manutenção de utentes com ostomias respiratórias concluiu-se que a amostra apresenta níveis altos de conhecimentos sobre a temática, embora se saliente que uma pequena minoria ainda apresenta conhecimentos mínimos.

Relativamente à relação entre os conhecimentos dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas e profissionais, concluiu-se que existe relação estatística significativa entre a idade e os conhecimentos sobre o local adequado para a realização da ostomia respiratória e o cumprimento dos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição; entre o sexo e as questões relacionadas com a aspiração de secreções, a limpeza da cânula e a alimentação do utente; entre o tempo de exercício profissional e as questões relacionadas com a humidificação das vias aéreas e o método de aspiração de secreções; entre o Serviço em que desempenha funções e as questões relacionadas com o conhecimento da técnica da ostomia respiratória, a aspiração de secreções, a limpeza da cânula, os cuidados ao estoma e a pressão do *cuff* e entre a Especialidade e as questões relacionadas com os parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição, a alimentação do utente e a comunicação do utente.

Enquanto sugestões para investigações futuras salientam-se as seguintes:

- Alterar o tipo de estudo para um estudo comparativo, alterando a amostra, no sentido de comparar os resultados obtidos com outras instituições de saúde e serviços, permitindo a identificação de boas práticas sobre a temática, adequando o instrumento de recolha de dados ao tipo de estudo, redefinindo variáveis, com o objetivo de comparar resultados.

- Ainda neste contexto, é intenção da investigadora a divulgação dos resultados obtidos, em contexto de formação contínua, no serviço onde exerce funções.

- Pretende ainda a investigadora, sensibilizar a instituição que acolheu a presente investigação, para a futura elaboração, pela equipa multidisciplinar, de um protocolo assistencial de atuação de cuidados de enfermagem que devem ser prestados na manutenção de utentes com ostomias respiratórias, no sentido de promover a qualidade dos cuidados prestados e cumprir a legislação emanada para o efeito.

Considera-se que a presente investigação é relevante, atual e contribuirá para a sensibilização acerca da necessidade da melhoria dos cuidados de enfermagem especializados relativamente aos pacientes com ostomia respiratória, contribuindo para a qualidade dos serviços.

Deste modo, o investimento na formação profissional e especializada dos enfermeiros, com respetiva atualização periódica de procedimentos e protocolos ajustados a cada procedimento, com o propósito de uniformizar e garantir procedimentos especializados de alta qualidade, resultará em benefícios para os utentes sujeitos a ostomias respiratórias e, em consequência para as instituições de saúde protocoladas.

O investimento na formação profissional, com atualização periódica dos procedimentos, caminhando para a sua uniformização ao nível das unidades de saúde só poderá resultar em ganhos de saúde, ou seja, na excelência dos cuidados de enfermagem (DGS, 2016).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A.C.S.; Marinho, D.F. & Cardoso, I.B.P. (2019). Tecnologia Educativa para os Cuidadores de Pacientes Submetidos a Traqueostomia: Estudo de Validação. *Rev. Aten. Saúde*, São Caetano do Sul, v. 17, n. 59, p. 19-32.
- Anjos, V. M. dos (2020). O familiar cuidador da pessoa com ostomia respiratória: satisfação com o planeamento do regresso a casa. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível no URL: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119740/d2019\\_10001822122\\_21716015\\_1.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119740/d2019_10001822122_21716015_1.pdf).
- Associação Portuguesa de Ostomizados (2021). Dados estatísticos. Disponível no URL: <https://www.apostomizados.pt/pt/content/2-associacao/13-apo>.
- Cardoso, L.; Simoneti, F. S.; Camacho, E. C.; Lucena, R. V.; Guerra, A. F. & Rodrigues, J. M. da S. (2014). Intubação Orotraqueal Prolongada e e Indicação de Traqueostomia. *Ver. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 16, n.º 4, p. 170-173.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castro, A., Oikawa, S., Domingues, T., Hortense, F., & Domenico, E. (2014). Educação em saúde na atenção ao paciente traqueostomizado: percepção de profissionais de enfermagem e cuidadores. *Rev. Bras. Cancerol*, 60(4), 305–313. Disponível no URL: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_60/v04/pdf/04-artigo-educacao-em-saude-na-atencao-ao-paciente-traqueostomizado-percepcao-de-profissionais-de-enfermagem-e-cuidadores.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v04/pdf/04-artigo-educacao-em-saude-na-atencao-ao-paciente-traqueostomizado-percepcao-de-profissionais-de-enfermagem-e-cuidadores.pdf).
- Cheung, N. H., & Napolitano, L. M. (2014). Tracheostomy: Epidemiology, Indications, Timing, Technique, and Outcomes Discussion. *Respiratory care*, 59(6), 895-919.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro 1996 (1996). *Ministério da Saúde - Regime Jurídico do Exercício de Enfermagem*. Artigo n.º 4, alínea 3, pp. 8.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2016). Indicações clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em idade Pediátrica e no Adulto. Norma nº 011/2016.

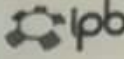
- Freeman, B.D., Stwalley, D., Lambert, D., *et al.* (2013). High resource utilization does not affect mortality in acute respiratory failure patients managed with tracheostomy. *Respiratory Care* 58, 1863-1872.
- Freeman, S. (2011). Care of adult patients with a temporary tracheostomy. *Nursing Standard* 26(2), 49-56.
- Góes, R. S. S. de; Silva, S. O. P da; Lima, C. B. de (2017). Traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva: Visão do Enfermeiro.
- Khammas, A. H., & Dawood, M. R. (2018). Timing of Tracheostomy in Intensive Care Unit Patients. *International archives of otorhinolaryngology*, 22(4), 437–442. Disponível no URL: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1654710>.
- Lai, H. H.; Tseng, P. Y.; Wang, C. Y. & Wang, J. Y. (2021). Long-Term Survival and Medical Costs of Patients with Prolonged Mechanical Ventilation and Tracheostomy: A Nationwide Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10272. Disponível no URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910272>.
- McCormick, M., Ward, E., Roberson, D., Shah, R., Stachler R., & Brenner, M. (2015). life after tracheostomy: patient and family perspectives on teaching, transitions, and multidisciplinary teams. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 1-7. Disponível no URL: <http://otojournal.org>.
- Medeiros, G. C. de; Sassi, F. C.; Lirani-Silva, C. Andrade, C. R. F. de (2019). Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. *CoDAS*, 31(6).
- Medeiros, L. P.; Silva, I. P. da; Lucena, S. K. P.; Sena, J. F. de; Mesquita, E. K. S. de & Silva, D. M. (2017). Atividades da Intervenção de Enfermagem “Cuidados com a Ostomia”. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(Supl. 12):5417-26. Disponível no URL: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22899p5417-5426-2017>.
- Medeiros, C. E. de O. (2015). A adaptação do doente oncológico à ostomia de eliminação intestinal: a intervenção educativa do enfermeiro. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- Miranda, L.S.G.; Carvalho, A. A. de S & Paz, E. P. A. (2018). A importância da consulta de enfermagem de Estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade. *Esc Anna Nery*.
- Miranda, L.S.G. (2013). *A importância da consulta de enfermagem de Estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade*. Tese de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Mitchell, R. B.; Hussey, H. M.; Setzen, G.; Jacobs, I. N.; Nussenbaum, B.; Dawson, C.; Brown, C. A. 3<sup>rd</sup>; Brandt, C.; Deakins, K.; Hartnick, C. & Merati, A. (2013). Clinical consensus statement: tracheostomy care. *Otolaryngology--head and neck surgery. Official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 148(1), 6–20. Disponível no URL: <https://doi.org/10.1177/0194599812460376>.
- Neiva, R. O.; Nogueira, M. C. e Pereira, A. J. (2020). Consulta pré-operatória de enfermagem e o autocuidado do paciente oncológico com estomia respiratória. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, São Paulo, v18, e2920,
- Oliveira, A. M. B.; Filho, L. E, C. de S.; Martins, F. L. P. de S. P; Brasil, R. P.; Pereira, A. B. N.; Carvalho, M. M. da C. & Normando, V. M. F. (2020). Ação educacional na rotina de cuidados aos pacientes oncológicos com cânula metálica de traqueostomia. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 12, e16991210963, Disponível no URL: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.10963>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Dados estatísticos sobre os membros activos. Balcão único.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 1-8. *Lisboa: Ordem dos Enfermeiros*.
- Pais Ribeiro, J. (2014). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo, Editora, Lda.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, II série - N.º 26, Assembleia da República - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

- Reis, F. L. dos (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos – Guia Prático*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Soares, M. de L. M. (2016). *Comportamento Organizacional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Estudo de caso*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Tavares, L.A.F. (2013). Traqueostomia no Paciente Crítico. In: Dias CM, Martins JA. PROFISIO – Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Porto Alegre, RS: Artmed/Panamericana Editora 3(3), 57-98.
- Vallamkondu, V. and Visvanathan, V. (2011). Clinical review of adult tracheostomy. *Clinical Feature* 25 (5) 172-176.
- Vaz Freixo, M. (2013). *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. (4ª edição). Lisboa: Instituto Piaget.
- Vilar-Puig, P.; Cortés-Cisneros, A.; Chavolla-Magaña, R. & Molina-Ramírez, L. (2016). Historia de la traqueostomía. *An Orl Mex*.61(2):163-168. Disponível no URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2016/aom162k.pdf>.
- WOCN Society (2010). *Wound, Ostomy and Continence Nursing Scope & Standards of Practice*. Mt. Laurel, NJ: Author. WOCNCB. (2010). WOCNCB® Examination Handbook.

# ANEXOS

## ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

 INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA  
Escola Superior de Saúde

196 (+351) 473 339 950 e-mail: [essa@ipb.pt](mailto:essa@ipb.pt) <http://www.essa.ipb.pt>  
Av. D. Afonso V. 5300-021 BRAGANÇA, Portugal

*Prof. Helena  
Luz Pereira*

*António  
Pena*


*11.07.2019*

Exmo (a) Senhor(a):  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, EPE  
A/C: Conselho de Administração  
Avenida Abade Baçal  
5300-046 Bragança

Processo n.º 2019/00047 N.º de Registo: 2019/01004 Data de Registo: 2019-06-11  
Secção Secretariado ESSA

Assunto: Aplicação de questionário **003001-19-19**

A Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª colaboração para que a aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica: Petra Sampaia Pires de Freitas Pereira, aplique um questionário aos Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva e Unidades de Internamento da ULSNE, subordinado ao tema "Cuidados de Enfermagem ao utente traqueostomizado - Avaliação de conhecimentos e propostas de estratégias de melhoria".  
Enviamos para o efeito: cópia do projeto, declaração do orientador e cópia do questionário a aplicar.  
Todos os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico pedagógico. Esta Investigação assume os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos, contemplados na Declaração de Helsínquia.  
Com os melhores cumprimentos.

  
Prof.ª Dra. Helena Luz Pereira

*Nada a opor, em nome da escola e instituídas.  
A resposta por parte dos profissionais é  
voluntária. No entanto, solicito o parecer do CE.  
*Luís*  
26.6.2019*

Página 1 de 1

## **ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO**

No âmbito do Curso de **Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica**, da **Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Bragança (IPB)**, pretendo realizar um estudo designado “Cuidados de Enfermagem ao Utente com Ostomia Respiratória”, sob a orientação das Professoras Doutoras Matilde Martins e Teresa Correia.

A população alvo, os Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva e Unidades de internamento da Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Este estudo tem como objetivo analisar quais os conhecimentos dos enfermeiros sobre a manutenção da ostomia respiratória dos utentes.

O questionário é anónimo, e **todos os dados aqui recolhidos são totalmente confidenciais**, e para uso estrito do presente trabalho.

Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas dos outros participantes.

Concordo em participar na presente investigação, autorizando que os meus dados e o preenchimento dos questionários possam contribuir para o estudo e publicação profissional.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir em qualquer altura.

**Nome** \_\_\_\_\_

**Rubrica** \_\_\_\_\_

**Data**

## **ANEXO III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS AO UTENTE COM OSTOMIA RESPIRATÓRIA**

Caro (a) Colega

No âmbito do Curso de **Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica**, da **Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Bragança (IPB)**, pretendo realizar um estudo designado “Cuidados de Enfermagem ao Utente com Ostomia Respiratória”, sob a orientação das Professoras Doutoradas Matilde Martins e Teresa Correia.

A população alvo, os Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva e Unidades de internamento da Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Este estudo tem como objetivo analisar quais os conhecimentos dos enfermeiros sobre a manutenção da ostomia respiratória dos utentes.

O questionário é anónimo, e **todos os dados aqui recolhidos são totalmente confidenciais**, e para uso estrito do presente trabalho.

Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas dos outros participantes.

Tente responder de acordo como a sua prática profissional.

Solicito, que **responda a todas as questões**, para assim poder validar o respetivo questionário.

**A sua colaboração é fundamental.**

Agradeço, antecipadamente a sua disponibilidade e colaboração no preenchimento, e na contribuição para o desenvolvimento deste estudo.

Petra Pereira

Enfermeira Medicina Intensiva

[petra.sam@hotmail.com](mailto:petra.sam@hotmail.com)

## Questionário de Avaliação de Conhecimentos

O questionário está dividido em duas fases. A primeira é de caracterização socioprofissional.

A segunda é referente ao nível do conhecimento das definições padrão.

Assinale com uma **cruz (X)** ou **círculo**, a resposta que o descreve.

### Caraterização da amostra

<b>Idade</b>	_____anos
<b>Sexo</b>	M_____ F_____
<b>Tempo de exercício profissional</b>	_____anos
<b>Serviço em que exerce funções</b>	
<b>Especialidade</b>	

### **Questionário de avaliação de conhecimentos sobre manutenção de ostomias respiratórias**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Tem conhecimento da técnica de ostomia respiratória?		
Realizou formação específica sobre ostomia respiratória?		
Conhece a anatomia da traqueia?		
A traqueostomia deve ser realizada a partir do segundo e o terceiro anéis da traqueia.	X	
A traqueotomia deve ser realizada entre o terceiro e o quarto anéis da traqueia.	X	
Relativamente à humidificação das vias aéreas deve-se recorrer ao aporte de oxigénio humidificado e aerosoloterapia.	X	
A humidificação das vias aéreas deve ser realizada através do aporte de oxigénio não humidificado.		X
No que respeita à aspiração de secreções, deve ser realizada de modo asséptico, nomeadamente pelo uso de luvas esterilizadas, recorrendo ao uso de uma cânula flexível/sonda de aspiração e realizada de forma rápida e precisa.	X	
A aspiração de secreções deve ser realizada recorrendo ao uso de uma cânula rígida.		X

Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 2x vezes por dia, sempre que se encontre obstruída e através do uso de soro fisiológico e escovilhão.	X	
A limpeza da cânula interna deve ser efetuada recorrendo ao uso de betadine dérmico.		X
Quanto à limpeza da cânula interna, deve ser realizada 1x vezes por dia		X
Relativamente aos cuidados no estoma, devem ser utilizadas compressas, soro ou sabão neutro, trocado o penso 2x por dia e sempre que húmido e a fixação da cânula sempre que molhada com secreção ou conteúdo hemático.	X	
Os cuidados ao estoma devem ser efetuados 1x por dia, todos os dias.		X
O <i>cuff</i> deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 20-30 cmH <sub>2</sub> O.	X	
O <i>cuff</i> deve ser mantido a uma pressão controlada a variar entre 10-20 cmH <sub>2</sub> O.		X
Em relação aos parâmetros de deglutição, hidratação e nutrição deve ser realizado um maior reforço hídrico, vigiar o início da alimentação via oral e recurso a sonda nasogástrica para alimentação entérica.	X	
A alimentação do utente deve ser feita na posição deitada e por via oral sem necessidade de indicação médica.		X
Quanto à comunicação do utente com ostomia respiratória, deve ser promovida através de linguagem escrita, imagens, seguimento por terapeuta da fala para reaprender a técnica de voz mais adequada.	X	
A comunicação do utente deve ser forçada.		X

**Obrigada pela sua colaboração**

**ANEXO IV – RELATÓRIO DE ESTÁGIO**



**Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Petra Samanta Pires de Freitas Pereira

Bragança, Maio de 2017

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>AESOP</b>	<b>Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses</b>
<b>AORN</b>	<b>American Association for Operating Room Services</b>
<b>DGS</b>	<b>Direção-Geral da Saúde</b>
<b>EORNA</b>	<b>European Operating Room Nurses Association</b>
<b>HELICS-UCI</b>	<b>Programa de Vigilância da Infecção nas Unidades de Cuidados Intensivos</b>
<b>IACS</b>	<b>Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde</b>
<b>ILC</b>	<b>Infeções do Local Cirúrgico</b>
<b>INEM</b>	<b>Instituto Nacional de Emergência Médica</b>
<b>OE</b>	<b>Ordem dos Enfermeiros</b>
<b>SMI</b>	<b>Serviço Medicina Intensiva</b>
<b>SUMC</b>	<b>Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica</b>
<b>SU</b>	<b>Serviço de Urgência</b>
<b>UCI</b>	<b>Unidade de Cuidados Intensivos</b>
<b>UCPA</b>	<b>Pequena Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos</b>
<b>ULS, NE</b>	<b>Unidade Local de Saúde do Nordeste</b>
<b>VMER</b>	<b>Viatura Médica de Emergência e Reanimação</b>
<i>et al.</i>	<b>e outros</b>
<b>n.º</b>	<b>número</b>
<b>p.</b>	<b>página</b>

# ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	63
<b>1. Caraterização dos locais de estágio</b> .....	65
1.1. Bloco Operatório da ULS – Nordeste – Unidade de Bragança.....	67
1.2. Serviço de Urgência da ULS – Nordeste – Unidade de Bragança .....	70
1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes da CHTMAD .....	73
<b>2. Objetivos, Atividades e Reflexão Crítica</b> .....	75
3. Conclusão .....	87
Bibliografia .....	88

## Introdução

A Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 15-16) realça a relevância da atualização de competências e conhecimentos, nomeadamente no percurso profissional para a concretização das especialidades, já que “(...) reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem”.

O papel do enfermeiro especialista destaca-se pela publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros definindo as funções a exercer, no Decreto-Lei n.º 248/2009 (2009, p. 6762), que incluem

Integrar júris de concursos, ou outras actividades de avaliação, dentro da sua área de competência; Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização; Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar; Desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna; Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores; Orientar as actividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.

Relacionar competências teóricas com práticas de enfermagem em contexto profissional, abrangem momentos de aprendizagem basilares, promovendo a obtenção de conhecimentos, fortalecendo competências, agrupando o contato em contexto real de aplicação de práticas com a estímulo direto da aptidão reflexiva, reforçando a evolução criteriosa e coesa da tríade “saber”, “saber fazer” e “saber ser” (Carvalho, 2003).

Neste contexto, o estágio é uma componente formativa, essencial para que se adquiram conhecimentos, capacidades e habilidades profissionais, entendendo-se como um tempo e um espaço de excelência para o desenvolvimento de competências instrumentais, cognitivas, críticas e reflexivas, defendendo Abreu (2003, p. 47) que esta prática académica intensifica a relevância da formação constante pois “(...) a aprendizagem deve ser concebida como um percurso e não como um ponto de chegada(...)”.

De acordo com os objetivos da unidade curricular de Trabalho de Projeto e Estágio (2018, p. 1), o estágio reforça o aumento da “ (...) investigação no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica contribuindo para uma prática de enfermagem especializada baseada na evidência científica.”, possibilitando ainda “Desenvolver e colaborar em projetos de investigação na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica visando a melhoria da prática clínica.”, o que difunde ainda a aplicação prática de “(...) novas dinâmicas de intervenção na formação e na definição de políticas

de saúde que visem a melhoria da qualidades de cuidados à pessoa/família em situação crítica.”, proporcionando ao enfermeiro a possibilidade de, “Identificar, planejar, monitorizar e prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica em SU, UCI polivalentes e monovalentes.”.

Assim, de acordo com os objetivos da unidade curricular de Trabalho de Projeto e Estágio (2018, p. 1) o relatório será “(...) o trabalho desenvolvido ou trabalho de projeto apresentando-o e defendendo-o perante um júri.” e posteriormente, permitirá “Divulgar os resultados da investigação através da submissão de um artigo científico em revista científica.”

O presente relatório fundamenta o percurso pelos campos de estágio para o aumento das competências adquiridas, da análise reflexiva, de conhecimentos, concorrendo para a proficiência de reflexão e espírito crítico, enquanto objetivo primordial, propiciando a prestação de cuidados de enfermagem especializados, centrados na pessoa em situação crítica, e baseados na evidência científica.

Como enfermeiro especialista pretende-se desenvolver competências nas áreas da responsabilidade ética e legal, profissional, na gestão dos cuidados e da qualidade e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

O presente relatório foi estruturado em três que se relacionam mutuamente, uma primeira parte onde se identificam e descrevem os locais de estágio, na segunda parte identificam-se os objetivos e atividades, com a análise reflexiva da prática realizada. Na terceira parte incluem-se as considerações finais sobre o percurso em contexto de estágio.

## 1. Caracterização dos Locais de Estágio

O presente relatório insere-se no plano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da unidade curricular Trabalho de Projeto/Estágio Profissional, lecionado na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança e de acordo com o planeamento do curso, pretende descrever as atividades desenvolvidas e apresentar uma análise crítica e reflexiva dos cuidados da prática de enfermagem no decurso do estágio.

De acordo com Crespo (2003), o relatório permite desenvolver competências de pensamento crítico, escrita e autoconhecimento e permite confirmar a capacidade do estudante para desenvolver, com rigor, um tema na sua área de especialização, potenciando a prática profissional, cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

Já o enfermeiro especialista, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 17), é o profissional de saúde que apresenta,

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de uma vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.

No âmbito da enfermagem Médico-Cirúrgica e segundo a OE (2017, p. 5) o enfermeiro especialista

(...) concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.

No entanto, data de 1996 a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, onde consta que o enfermeiro especialista é o profissional de saúde

(...) habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Decreto-Lei n.º 161/96, p. 2960).

De acordo com a OE (2010, p. 3) as competências específicas do enfermeiro

(...) decorrem das respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Ainda sobre o exercício das funções do enfermeiro, foi publicado em 2011 o Regulamento nº 122/2011, sobre as competências comuns dos enfermeiros e que define o enfermeiro especialista como o profissional de saúde que apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas.

Pela relevância da aquisição de competências contínuas e especializadas, a frequência e conclusão do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentou a resposta às necessidades identificadas, sendo colmatadas pela componente teórica e reforçadas pela sua implementação no decorrer do estágio que se realizou em três domínios da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) e do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), no Bloco Operatório, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, respetivamente, tendo início no mês de Setembro de 2016 e término no mês de Fevereiro de 2017.

O objetivo geral do estágio prende-se com o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica, tendo sido definidos como objetivos específicos, os seguintes:

- Desenvolver competências especializadas no âmbito da prevenção da infeção na pessoa em situação crítica nos serviços de Medicina Intensiva, Urgência e Bloco;
- Desenvolver competências especializadas no âmbito do reconhecimento precoce e tratamento da pessoa em situação crítica nos mesmos serviços;
- Caracterizar e descrever os locais de estágio quanto à sua estrutura e organização;
- Descrever as atividades desenvolvidas durante o percurso de aprendizagem ao longo do estágio.

Neste contexto, foi utilizada uma metodologia descritiva e analítica, respeitando as orientações do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, recorrendo a pesquisa bibliográfica, no sentido de descrever as atividades desenvolvidas e apresentar as reflexões críticas concretizadas no decorrer do estágio, essencialmente porque em todos os campos de estágio, dada a sua abrangência na área da enfermagem Médico-Cirúrgica, foram vivenciadas uma panóplia de experiências, aprendizagens que se transformaram em oportunidades de aquisição de competências especializadas.

A caracterização dos campos de estágio descreve o seu contexto e ambiente físico e humano, enquadrando os diversos serviços na estrutura organizacional, no cumprimento das normas internas e na descrição dos recursos à disposição dos enfermeiros estagiários.

### **1.1. Bloco Operatório da ULS – Nordeste – Unidade de Bragança**

O bloco operatório é uma unidade funcional e orgânica, constituído por meios físicos, técnicos e humanos e destina-se à prestação de cuidados cirúrgicos e anestésicos especializados a utentes com o objetivo de tratar, salvar e melhorar a qualidade de vida (AESOP, 2006).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2004, p. 1) o bloco operatório

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

A primeira definição das funções dos enfermeiros perioperatórios aparece em 1910, nos Estados Unidos da América, e incluía os profissionais de enfermagem que atuavam na anestesia, circulação e instrumentação, tendo contribuído diretamente para a criação da AORN (American Association of Operating Room Nurses) em 1949, como base de trabalho essencial para a evolução da Enfermagem Perioperatória e promoção da certificação da formação, no desenvolvimento da profissão e normalização das práticas perioperatórias, tendo os seus contributos sido posteriormente transportados para a Europa.

A enfermagem perioperatória em Portugal teve o seu início com a Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas (AESOP, 2006, p. 6) em 1986, defendendo que o

trabalho dos enfermeiros tem de ser orientado pelo e para o utente. Este passa a ser o principal alvo dos seus cuidados. É por ele e para ele que o trabalho no bloco operatório passa a ser planeado, executado e avaliado. É no sentido de garantir a sua segurança física e emocional, para prevenir a infeção e os acidentes que os enfermeiros perioperatórios cuidam.

Posteriormente e já em 1992, é criada a EORNA (European Operating Room Nurses Association) à qual aderiram inicialmente dezassete países europeus e, à semelhança da AORN, procurava unificar as competências e práticas de Enfermagem Perioperatória, visando linhas de

orientação da formação, de boas práticas e definição de padrões de qualidade para os cuidados perioperatórios.

Os contributos destas organizações permitiram alterar o construto associado aos enfermeiros perioperatórios que eram considerados inicialmente como “ajudantes do cirurgião”, para uma definição que considera estes profissionais como agentes que atuam junto do utente

(...) como um todo, através de um processo intelectual, científico e metódico, operacionaliza os seus saberes para melhor cuidar, sendo, sem dúvida, uma garantia da qualidade, da continuidade e da educação junto do utente/família e equipa de saúde. (AESOP, 2006, p.7)

A AESOP (2006, p. 8) acrescenta ainda que

como prestador de cuidados, o enfermeiro perioperatório é responsável e responsabilizado por todas as atividades relacionadas com o cuidar. Utiliza os conhecimentos, capacidades e habilidades adquiridas para (...) apoiar psicologicamente o utente, a família e outras pessoas significativas.

Segundo a mesma associação (2006, p. 65) a

(...) missão do enfermeiro perioperatório é garantir e disponibilizar ao utente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos, individualizados e de qualidade, tanto no bloco operatório como noutros locais onde se realizem procedimentos invasivos.

Para Nunes (2013) a enfermagem perioperatória visa a prestação de cuidados diferenciados e individualizados, pela complexidade de respostas face às necessidades do cliente e família, sendo essencial a presença do enfermeiro perioperatório pelo seu contributo na conceção e organização do bloco operatório e no cumprimento de princípios e regras de forma obter-se um funcionamento eficiente e seguro.

O bloco operatório é um serviço que deve ser organizado de forma a facilitar o fluxo externo e interno de utentes, materiais e pessoal nas diferentes áreas e segundo a AESOP (2006) deve ser dividido em três áreas, área livre, área semi-restrita e área restrita, de forma a promover esses fluxos de circulação.

A área livre é a zona de acolhimento e receção do utente, materiais e pessoal e não apresenta limitações de circulação nem de fardamento específico, já a área restrita engloba a sala de anestesia, sala de operações, sala de desinfeção e armazém de apoio de material estéril.

Na área semi-restrita incluem-se todas as áreas de suporte que circundam a área restrita, ou seja, as áreas de cuidados aos utentes pré e pós-operatórios, salas de trabalho, armazenamento de material e equipamento, sala de estar do pessoal.

O bloco operatório da Unidade de Bragança encontra-se integrado no Departamento Cirúrgico, localiza-se no edifício principal no primeiro piso, junto ao serviço de esterilização e internamento de cirurgia homens e mulheres, dando resposta às várias especialidades existentes (cirurgia geral, ortopedia, urologia e ginecologia), incluindo cirurgias programadas e de urgência.

A equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros, dos quais, uma é a enfermeira responsável pelo serviço e 6 assistentes operacionais. A distribuição dos enfermeiros é efetuada diariamente pela enfermeira responsável do serviço, no turno da manhã e da tarde duas equipas de enfermagem (constituída por três enfermeiros) uma para cada sala cirúrgica e um enfermeiro para a unidade de cuidados pós-anestésicos, e na noite apenas uma equipa de enfermagem para a sala cirúrgica de urgência.

Os enfermeiros perioperatórios apresentam áreas ou funções de anestesia, circulante e instrumentista. É uma unidade pequena, apresenta as três áreas definidas, na área livre encontra-se a zona de receção e acolhimento ao utente onde existe equipamento de transferência de utentes, sendo a mesma zona de entrada e saída de utentes. É neste mesmo espaço que se faz a transferência de materiais, pois permite a comunicação com o exterior e com a área semi-restrita. Anexado a este local existe o serviço de esterilização, facilitando desta forma a comunicação com a zona semi-restrita para a transferência de material esterilizado para o armazém e salas de operações.

Apresenta uma sala de estar de estar do pessoal que inclui a copa e a entrada para o pessoal, vestiário feminino e masculino, onde se encontra todo o fardamento necessário para os profissionais. Na zona semi-restrita existem dois armazéns de material e salas de trabalho para o pessoal. Aqui apenas circulam os profissionais e utentes. Relativamente á área restrita, é constituída por duas salas de operações com dois armazéns de material esterilizado e equipamento e duas salas de desinfeção.

De acordo com a DGS (2015), o bloco operatório inclui uma unidade imobiliária e mobiliário destinado às cirurgias, sendo uma sala fechada, apenas dedicada a procedimentos cirúrgicos e dotada de equipamento anestésico.

No bloco operatório da ULS, N. E., em Bragança, as salas de anestesia encontram-se incluídas nas salas de operações, onde existe todo o material necessário para a indução anestésica, essencialmente porque é um serviço de pequenas dimensões,

Relativamente às salas operatórias e por apenas existirem duas, são divididas para as cirurgias programadas e para as cirurgias de urgência, em que as primeiras são realizadas no horário de segunda a sexta-feira. Existe ainda uma pequena unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), que é composta por duas unidades equipadas de monitorização cardíaca e respiratória, suporte ventilatório, de receção ao utente pós-cirúrgico para a recuperação anestésico-cirúrgica. Os utentes submetidos a anestesia e cirurgia são encaminhados para esta unidade e aí permanecem o tempo que o médico anestesista e o enfermeiro considerem adequado.

A sala de sujos e despejos localiza-se em continuidade com as salas de operações. O bloco operatório contém ainda um gerador de energia sempre disponível para suplementar eventuais cortes de energia.

## **1.2. Serviço de Urgência da ULS – Nordeste – Unidade de Bragança**

De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002 (2002, p. 1865), os serviços de Urgência apresentam-se no âmbito da ação médica hospitalar, sendo ainda definidos como “(...) serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas.”, definindo como situações de urgência e emergência “(...) aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata.”

Neste contexto e pela relevância do serviço, o mesmo Despacho (2002, p. 1865 e 1866) considera que as equipas neste serviço devem incluir “(...) médicos da carreira com competência, preferencialmente, em emergência médica.” e que deve ser criado e cumprido “(...) regulamento interno que contemple o modelo global de funcionamento, a estrutura hierárquica do serviço e a constituição das respectivas equipas multidisciplinares e multiprofissionais.”

O Serviço de Urgência pertence ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SMUC) e encontra-se integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE- Unidade de Bragança, situado no edifício central da Unidade de Bragança, ao lado do

Serviço de Medicina Intensiva e dos serviços de Imagiologia e Laboratório Clínico, permitindo um acesso rápido a estes serviços.

A distribuição dos enfermeiros é feita diariamente pelo enfermeiro chefe, ou na sua ausência, pela enfermeira responsável designada cumprindo a seguinte orientação: um enfermeiro na sala de triagem, dois enfermeiros na sala de observações, um enfermeiro na sala de pediatria e os dois restantes para a zona de macas, sala laranja e de emergência e salas de pequena cirurgia e ortotraumatologia. O enfermeiro da triagem, bem como o da sala de pediatria dão apoio aos dois últimos se tiverem disponibilidade.

Assim, o Serviço de Urgência onde decorreu o estágio apresenta uma equipa multiprofissional que funciona 24 horas por dia, onde se incluem 32 enfermeiros, destes 5 com especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma equipa de assistentes operacionais, que se distribuem da seguinte forma:

Turno da Manhã: 6 enfermeiros e o enfermeiro chefe, 3 a 4 assistentes operacionais;

Turno da Tarde: 6 enfermeiros, 3 assistentes operacionais;

Turno da Noite: 5 enfermeiros, 2 assistentes operacionais.

Quanto à equipa médica, no período das 8 horas às 20 horas é composta por três médicos de Medicina geral e familiar e dois no período das 20 horas às 8 horas, durante as 24 horas em presença física existem dois especialistas de Ortopedia, dois especialistas de Medicina Interna, dois especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, dois especialistas de Cirurgia Geral, dois de Anestesiologia, um especialista em Psiquiatria e um de Pediatra. Existem as especialidades de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Urologia, Neurologia e Nefrologia que dão apoio em horário útil.

No serviço de Urgência encontra-se também integrada a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), composta por um enfermeiro e um médico, com formação do INEM, que prestam cuidados pré-hospitalares e que por sua vez dão apoio à sala de emergência.

A estrutura física do serviço é composta pela área de admissão, a sala de espera, sala de triagem, gabinetes médicos, área de tratamentos, sala laranja, sala de emergência, área de macas, sala de pequena cirurgia, sala de ortotraumatologia, gabinete de medicina interna, gabinete de registos de enfermagem, stock de farmácia, sala de observações, sala de pediatria, zona de lixos, armazém, gabinete do enfermeiro chefe e copa do pessoal, neste espaço estão incluídas as casas de banho dos utentes e do pessoal.

O SU recebe utentes vindos de todo o distrito de Bragança, acompanhados por todo o tipo de meios, como bombeiros, INEM e pelos próprios meios, dão entrada pela área de admissão onde é efetuada a ficha do utente e a sua identificação, passando para a sala de triagem, onde ocorre o primeiro contacto com o enfermeiro e é atribuída uma prioridade, permitindo a seleção de prioridades de utentes.

Após a passagem pela triagem os utentes são encaminhados para os gabinetes médicos onde são observados pelos médicos de Clínica Geral, que posteriormente encaminham para a especialidade adequada. Na área de tratamentos, como primeira zona do interior do serviço, encontram-se cadeirões para utentes que necessitam de tratamentos curtos e menos urgentes, como administração de terapêutica ou nebulizações.

O stock de farmácia inclui dois Pyxis, o sistema automático de reposição, distribuição e controlo de medicamentos, podendo desta forma obter a medicação necessária em tempo útil para cada utente, se estiver prescrita. Os Pyxis estão localizados, um junto à sala laranja e o outro dentro da sala de observações. A reposição é realizada por níveis diariamente e efetuada pelo serviço da Farmácia.

A sala laranja encontra-se equipada com quatro macas e monitores de monitorização cardíaca, electrocardiógrafo, armário com material variado, como material para punções venosas, máscaras de oxigénio e nebulizações, material para entubações e algaliações, entre outros. É para esta sala que são encaminhados os utentes de carácter urgente e que necessitem de tratamento e vigilância mais complexa. A sala de emergência é a sala para onde são encaminhados os utentes emergentes e que se encontram em situação crítica, onde existem duas macas, com ventiladores, rampas de oxigénio e ar, plano duro e todo o tipo de material e medicação de emergência médica. A área das macas contém seis macas divididas apenas por cortinas e é uma zona normalmente para utentes acamados ou para realização de alguns tratamentos mais complexos, em que seja necessária alguma privacidade, e que aguardem decisões médicas.

A sala de Ortopneumatologia é destinada a esta especialidade e como o nome indica é utilizada para observação de utentes que necessitem de colocação de gessos e talas, ou qualquer outro tratamento do foro ortopédico. A sala de pequena cirurgia é destinada à especialidade de Cirurgia Geral onde se realizam todos os tratamentos necessários desta especialidade, como suturas, drenagem de alguns abscessos que não necessitem de ir ao bloco, tratamento de feridas, entre outros. A sala de pediatria encontra-se equipada com duas camas, dois berços e cadeirões e todo o material e equipamento de apoio necessário aos cuidados especializados a esta área,

apresentando uma passagem independente por um corredor para esta sala, bem como uma sala de espera, para desta forma não haver cruzamento de utentes adultos com bebés e crianças.

A sala de Observações, é uma “enfermaria” equipada de meios humanos e físicos para os utentes que necessitem de monitorização contínua ou outro tratamento e vigilância permanente, dispõe de 8 camas articuladas com monitores de monitorização cardíaca e rampas de ar e oxigénio. A zona de lixos faz-se com circuito fechado e abrange todo o serviço.

De realçar que no serviço estão implementadas três vias verdes, a via verde de trauma, via verde de sépsis e a via verde de acidente vascular cerebral. A sua ativação é realizada pelo enfermeiro da triagem aquando da passagem dos utentes por esta sala, e após a sua ativação os utentes são encaminhados para o serviço seguindo o protocolo respetivo de cada uma das vias.

As vias verdes são importantes para permitir tratamentos precoces e mais eficazes, já que o fator tempo, entre o início de sintomas, o diagnóstico e tratamento é fundamental para diminuir a mortalidade e morbilidade.

É neste serviço que se efetua a primeira abordagem ao utente em situação crítica, recebendo utentes com os mais vastos diagnósticos, e com problemas reais e potenciais súbitos, urgentes e emergentes que requerem cuidados especializados e complexos, possibilitando assim o contato com utentes de risco.

### **1.3. Unidade Cuidados Intensivos Polivalentes do CHTMAD**

Segundo a Direção Geral de Saúde (2003) podemos definir as Unidades de Cuidados Intensivos enquanto locais qualificados para a prestação de cuidados integrais aos doentes graves, com falências múltiplas de órgãos, adquirindo um carácter de suporte e de prevenção com o intuito de reverter as falências e complicações decorrentes sendo, assim, considerado um local de passagem para doentes críticos, ou seja, um momento transitório.

Para Aleixo (2007, p.3) a Unidade de Cuidados Intensivos é “um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuar-lo noutros serviços do Hospital”, possuindo como principais objetivos:

- Proporcionar aos utentes em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada;

- Retirar os doentes em estado crítico das unidades de internamento/Sala de Observações (SO) a fim das mesmas proporcionarem uma assistência mais homogénea aos que aí permanecem;
- Reduzir a mortalidade e morbilidade nos doentes de médio e alto risco;
- Melhorar o nível de cuidados hospitalares diferenciados;
- Permitir ao hospital utilizar com a maior eficiência possível, o pessoal mais especializado e o equipamento de custos mais elevados.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Vila Real funciona no rés-do-chão do edifício principal do referido hospital. Trata-se de uma unidade distintamente estruturada, construída num edifício relativamente recente e situada, estrategicamente, perto do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), Serviço de Imagiologia (SI) e Bloco Operatório (BO).

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente funciona, igualmente, com algumas camas de Cuidados Intermédios, no total, 8 camas de intensivos e 8 camas de intermédios, sendo o foco do estágio apenas as camas de intensivos, a área clínica apresenta uma disposição em forma de U e uma área de gabinetes, armazéns de equipamentos e material, sala de reuniões, zona de sujos, copa e área de lazer. O acesso à unidade é restrito a profissionais e as visitas dispõem de horário fixo e de número máximo de visitas por dia e por doente.

Relativamente às camas de cuidados intensivos, uma delas funciona como cama de isolamento, espaço físico fechado, com uma antecâmara para stock de material e fardamento dos profissionais, com sistema de pressão negativa/positiva em função do diagnóstico presente. Todas as 8 unidades estão equipadas para receber um doente crítico, dispondo, cada uma delas, de cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar comprimido e sistema de vácuo, contentores individualizados de lixos e mesa de trabalho para realização de registos e acondicionamento do processo clínico do doente.

No que aos recursos humanos diz respeito cumpre com as dotações seguras definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2014) como unidade de nível III. É assegurada a presença de pelo menos um Médico Intensivista 24 horas por dia, 7 dias por semana, o rácio Enfermeiro/doente sempre respeitado, sendo o mesmo um Enfermeiro por cada dois doentes, independentemente do turno em questão, o que perfaz um total de 4 Enfermeiros por turno. Importa destacar a presença, durante as manhãs de semana, de uma Enfermeira Especialista em Reabilitação que exerce apenas funções inerentes à sua especialidade. Tal facto faz com que a presença do Fisioterapeuta na

unidade aconteça, apenas, em momentos em que a Enfermeira de Reabilitação não consiga, por uma razão ou por outra, dar resposta a determinada circunstância.

No âmbito da prática clínica em contexto de estágio, solicita-se aos enfermeiros uma atuação reflexiva, que, segundo Peixoto e Peixoto (2016, p. 122) ocorre em diversas fases, iniciando-se “(...) com um estado de dúvida, perplexidade e dificuldade, dando origem a um processo mental, seguido de um ato de pesquisa, inquirição, para encontrar matéria que resolva a dúvida e esclareça a perplexidade.”. Os referidos autores (2016, p. 122) consideram ainda que a reflexão é uma “(...) ferramenta vital para a aprendizagem.”, concetualizada “(...) como uma resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia (...)”.

A este respeito, o reconhecimento associado à reflexão, enquanto base de apoio para a prática de enfermagem, tem vindo a ser fator preponderante no apoio aos enfermeiros na identificação das “(...) suas forças e fraquezas (...)”, promovendo a resolução e superação da “(...) lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem e expandir o corpo de conhecimentos da enfermagem integrada na prática”. (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122).

Neste contexto, a reflexão crítica efetuada ao longo de todo o percurso de estágio, de forma explícita, coerente e estruturada, é plasmada de seguida, ilustrando as atividades desenvolvidas na prática.

## **2. Objetivos, Atividades e Reflexão Crítica**

O estágio no bloco operatório da Unidade Local de Saúde do Nordeste - Unidade de Bragança decorreu no período de 12 de setembro a 28 de outubro de 2016, com a orientação da Enfermeira Cláudia Nunes, que acompanhou, orientou e apoiou em todos os momentos de integração e ao longo do percurso no estágio.

No bloco operatório o enfermeiro pode exercer funções de enfermeiro instrumentista ou circulante, sendo este responsável pela segurança do utente e equipa cirúrgica, promovendo a segurança do ambiente, controlo da infeção e gestão de risco, por ser o elemento que apresenta uma panorâmica geral de todas as atividades que estão a decorrer na sala de operações.

Ao enfermeiro circulante compete ter um pensamento crítico e reflexivo permanente e durante a preparação da intervenção cirúrgica desenvolve as seguintes funções:

- Consulta o plano operatório;
- Acolhe o utente;

- Prepara os dispositivos médicos necessários para o ato cirúrgico;
- Prepara material e equipamento necessário e confirma funcionalidade dos mesmos;
- Verifica limpeza das superfícies;
- Assegura que temperatura, humidade e a ventilação estão dentro parâmetros estabelecidos;
- Providencia dispositivos necessários para a manutenção da temperatura corporal do utente.

Já durante o ato cirúrgico, o enfermeiro circulante assume a responsabilidade de:

- Cumprir e fazer cumprir as regras da técnica asséptica cirúrgica;
- Colaborar com a equipa na colocação de roupa estéril;
- Colaborar na colocação das mesas cirúrgicas;
- Supervisionar número de elementos na sala, limitando-os ao número mínimo possível;
- Colaborar na desinfeção da pele e na colocação campos estéreis;
- Ligar dispositivos médicos estéreis a equipamentos não estéreis, mantendo a assepsia;
- Fornecer dispositivos médicos necessários à intervenção cirúrgica, antevendo as necessidades;
- Providenciar a limpeza do derramamento de solutos ou líquidos orgânicos;
- Promover a disciplina da sala – portas fechadas, ambiente calmo e seguro para utente e equipa cirúrgica;
- Colaborar com a enfermeira instrumentista na contagem das compressas, material perfurante e instrumentos cirúrgicos;
- Acondicionar, rotular e registar as peças para anatomia patológica.

Relativamente às funções do enfermeiro circulante no final da cirurgia:

- Faz registos de enfermagem (contagem de compressas e corto-perfurantes);
- Colabora no transporte do utente para unidade de cuidados pós- anestésicos;
- Supervisiona o protocolo de higienização da sala operatória;
- Inicia preparação do seguinte procedimento cirúrgico.

Relativamente ao enfermeiro instrumentista, é dotado de elevados conhecimentos dos procedimentos e técnicas cirúrgicas e elevada destreza técnica, manual, resistência física e psicológica, bem como responsável e rigoroso, prevendo, organizando, utilizando, gerindo e controlando a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o utente e equipa.

O enfermeiro instrumentista tem como funções:

- Consultar o plano operatório;
- Acolher o utente;
- Preparar os dispositivos médicos necessários para o ato cirúrgico;
- Preparar-se para a colocação das mesas (vestuário, desinfeção cirúrgica das mãos);
- Realizar colocação das mesas cirúrgicas com a colaboração enfermeiro circulante;
- Colaborar no vestir da equipa cirúrgica e na preparação campo operatório;
- Realizar corretamente e em tempo útil a passagem de instrumentos cirúrgicos;
- Responsabilizar-se pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica durante o decurso do ato cirúrgico;
- Responsabilizar-se pela segurança do utente durante o ato cirúrgico;
- Manter a organização da mesa cirúrgica;
- Realizar a contagem dos itens quantificáveis: corto perfurantes, instrumentos, compressas, etc.;
- Colaborar no encerramento da ferida operatória e penso;
- Proceder à evacuação do instrumental cirúrgico;
- Colaborar na preparação e reorganização da sala para o utente seguinte.

Durante este estágio houve a oportunidade de realizar e colaborar com todas as atividades que competem à enfermeira circulante, promovendo a prevenção e controlo da infeção, bem como a segurança do ambiente e utente. A confiança da equipa no desempenho destas funções, contribuiu para uma maior motivação e empenho pessoais, sentimento de integração e conforto pela integração célere e reconhecimento pelos pares.

A concretização das atividades permitiu colaborar na preparação do material necessário para os atos cirúrgicos, verificando os planos operatórios, colaborando no acolhimento do utente no bloco, verificando o cumprimento da checklist, colaborando na transferência para a maca e acompanhamento até à sala operatória, mantendo-o o mais confortável possível.

No decorrer do estágio foi prestada colaboração à enfermeira instrumentista e à restante equipa cirúrgica na colocação da roupa estéril e mesas cirúrgicas, mantendo a distância da mesa evitando a sua contaminação, abrindo os dispositivos médicos respeitando a técnica asséptica cirúrgica, verificando a integridade das embalagens e seus prazos de validade e elaborando o respetivo registo.

Nos atos cirúrgicos houve colaboração ao providenciar novos dispositivos médicos necessários, antecipação das necessidades e uma atenção redobrada à equipa cirúrgica para fornecer compressas, fios de sutura, aspirador, entre outros.

Relativamente aos materiais, houve colaboração à enfermeira instrumentista na contagem das compressas e corto-perfurantes, acondicionando e registando as peças para enviar para anatomia patológica.

Uma vez que a integração de um enfermeiro num Bloco Operatório é longa e dada a curta passagem por este campo de estágio, houve algumas limitações, nomeadamente em realizar funções de enfermeira instrumentista, no entanto, e atendendo a essas limitações, ainda se executaram funções como enfermeira instrumentista em duas cirurgias de cirurgia geral, ambas as cirurgias à vesícula biliar, tendo sido submetidas a Colecistectomia por Laparoscopia.

O período que se vivenciou neste estágio foi uma experiência deveras gratificante, ficando deste modo com uma visão plena do trabalho desenvolvido por um enfermeiro no bloco operatório, uma função de grande responsabilidade.

O papel do enfermeiro instrumentista exige elevados conhecimentos de técnicas cirúrgicas e de elevada destreza manual e técnica, promovendo a manutenção da organização da mesa cirúrgica, com separação do material para diferentes tempos operatórios para se antecipar e realizar em tempo útil a passagem dos instrumentos que o cirurgião necessita no decorrer da cirurgia reduzindo o tempo cirúrgico evitando tempos mortos e reduzindo o risco de infeção do local cirúrgico.

Neste bloco operatório existe implementada a norma da DGS da “prevenção da infeção do local cirúrgico”, que se integra no programa da vigilância epidemiológica das infeções do local cirúrgico (ILC) HELICS Cirurgia do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Sendo a infeção do local cirúrgico uma das infeções nosocomiais mais frequentes, houve necessidade por parte deste grupo intervir nesta área, com o intuito de diminuir a taxa destas infeções.

Segundo a DGS (2010, p. 67), “A infeção do local cirúrgico é responsável por 15% da IACS e por cerca de 37% das infeções hospitalares em utentes cirúrgicos.”, caracterizando-se “Dois terços das infeções do local cirúrgico (...) [como] incisionais e um terço confinadas ao órgão / espaço.”, apresentando uma frequência nos países ocidentais de “(...) 15-20% de todos os casos, com uma incidência de 2-15% em cirurgia geral.”, aumentando o tempo médio de “(...) internamento entre 4 a 7 dias.” e contribuindo para que os utentes apresentem “(...) duas vezes

mais probabilidade de morrer, duas vezes maior propensão a permanecer durante mais tempo na unidade de cuidados intensivos e cinco vezes maior probabilidade de ser readmitidos após a alta.” e, conseqüentemente, aumentando os custos com a saúde.

A infecção do local cirúrgico (ILC) está relacionada com o procedimento cirúrgico, que ocorre no local da incisão cirúrgica ou próxima dela, nos primeiros trinta dias do pós-operatório, e é considerada como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde.

Na ULS, NE o programa de prevenção da infecção do local cirúrgico teve início a 1 de setembro de 2014, que contemplou a cirurgia do colon, a colecistectomia, hérnia, artroplastia da anca, artroplastia do joelho, laminectomia e cesariana e implementadas um conjunto de ações, chamadas “Feixes de Intervenções” com o objetivo de assegurar que todos os utentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência que, quando implementadas de forma íntegra visam promover um melhor resultado.

A adesão a este “Feixe de Intervenções” de **prevenção de infecção do local cirúrgico segundo o GCL-PPCIRA da ULSNE da unidade de Bragança** foi de 84% no período de Janeiro a Junho de 2016. No mesmo ano verificou-se um decréscimo significativo das taxas de infecção, em particular na cirurgia do cólon e prótese da anca e joelho comparativamente ao ano de 215.

A implementação das ações preventivas pelos profissionais é de extrema importância, pelo que o enfermeiro perioperatório deve ter presente e estar devidamente atualizado acerca das normas e assim contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios de qualidade.

No que diz respeito ao controlo de infecção, importa ainda referir alguns aspetos intrínsecos ao papel do enfermeiro perioperatório. Para o desempenho deste papel é fundamental que qualquer enfermeiro numa sala operatória (instrumentista, circulante e anestesia) desenvolva “consciência cirúrgica” que, segundo a AESOP (2012), é um sistema de valores ínternos que promovem uma prática correta do profissional em qualquer momento em que desempenhe as suas funções.

O enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista colaboram com o cirurgião na preparação do local cirúrgico, através da desinfeção do local cirúrgico e da colocação dos campos cirúrgicos. Tanto a colocação dos campos, como a desinfeção do local cirúrgico com antissépticos adequados, quando bem aplicados, visam minimizar o risco de infecção do local cirúrgico, sendo

fundamental que o enfermeiro reforce a importância do cumprimento das orientações das boas práticas na utilização dos antissépticos.

Em contexto perioperatório o trabalho em equipa é fundamental, devido à natureza tão específica e exigente dos cuidados e uma boa articulação entre os profissionais e suas funções, bem como a partilha de algumas responsabilidades dos elementos da equipa, é necessária e imprescindível para assegurar cuidados seguros e de qualidade.

É na fase pré-operatória que se dá início à verificação da cirurgia segura, através de uma lista/checklist pré-operatória onde são verificados vários itens como: o consentimento informado assinado, consulta de anestesia a identidade do utente, identificação do local da cirurgia, exames realizados, tricotomia e banho pré-cirúrgico e hora de ambos, entre outros. Neste bloco é, maioritariamente, o enfermeiro de anestesia que assume a execução da verificação desta *checklist*.

O enfermeiro circulante também tem a função de colaborar com o enfermeiro instrumentista na gestão dos gastos inerentes ao procedimento cirúrgico, na manutenção da técnica asséptica e na triagem de resíduos. É de salientar, que o enfermeiro circulante desempenha um papel chave na sala operatória, através da vigilância intensiva que exerce sobre o utente, a equipa e o ambiente, no sentido de garantir e contribuir para a segurança de todos.

O estágio neste serviço representou uma mais-valia para a aquisição de novos conhecimentos técnico-científicos face ao perioperatório, para desta forma dar continuidade e poder prestar cuidados de excelência no serviço se desempenham funções de enfermagem.

No decorrer do estágio adquiriu-se um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, proporcionando momentos de reflexão e de partilha de experiências de saberes, vivências e de muita pesquisa e estudo que se mobilizaram para a prática diária, no seguimento do utente cirúrgico.

Em síntese, a presença de um enfermeiro perioperatório é imprescindível, uma vez que os cuidados de enfermagem prestados visam a prevenção do stresse cirúrgico, e uma consequente melhoria da qualidade/humanização de todo o processo cirúrgico no qual o cliente está envolvido.

O campo de estágio no Serviço de Urgência realizou-se de 31 de outubro a 16 de dezembro de 2016, sob orientação da Enfermeira Diana Ferreira que proporcionou todo o apoio, acompanhamento e orientação, acompanhando a integração no serviço e apresentando a dinâmica do serviço de urgência que dá resposta às mais variadas situações, onde se efetua uma primeira abordagem, por vezes em situação crítica, e a quem muitas vezes se prestam cuidados posteriormente no serviço de internamento, dando-lhes continuidade.

A complexidade e celeridade dos casos que ocorrem ao Serviço de Urgência requer por parte dos profissionais de enfermagem um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos, para providenciar resposta adequada às diversas situações com que se deparam.

O SMUC é o primeiro local a que os utentes recorrem, e onde são admitidas situações clínicas de instalação súbita, que vão das menos urgentes às mais urgentes ou até mesmo emergentes.

De facto, este serviço apresenta-se como a primeira intervenção, promovendo e garantindo a prestação de cuidados de saúde “(...) no serviço de urgência, nos sistemas de resposta rápida vulgarmente designados de “vias verdes” e em equipas de emergência interna e de consultadoria a outros serviços (...)”, cuja celeridade nos processos de entrada

(...) permite prevenir a doença crítica ou, pelo menos, detetá-la precocemente, evitando a sua progressão, minimizando consumo de camas intensivas e reduzindo duração de internamento no SMI e, conseqüentemente, custos de tratamento (Paiva *et al.*, 2017, p. 7).

Este estágio permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, prestando cuidados inovadores e específicos, facilitando a aprendizagem de novos saberes, de forma a contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados, aliando os conhecimentos teóricos ao contexto prático, adquirindo mais experiência na prestação de cuidados ao utente em situação urgente e emergente.

Com o apoio e colaboração da orientadora de estágio foi realizada triagem de utentes, tendo por base o modelo de Manchester e usando a plataforma informática, identificando assim por prioridades o circuito dos utentes.

No início e por falta de experiência, tendo a noção da importância de uma correta interpretação dos dados fornecidos pelo utente, esta função revelou-se um pouco difícil e constrangedora, pois o profissional deve ter experiência, visto que é uma intervenção executada rapidamente na recolha de informação, devendo estar focado e seguro.

A triagem de Manchester aparece da necessidade de melhorar o atendimento dos utentes no serviço de urgência e de dar uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. A aplicação informática traduz esta metodologia num conjunto de fluxogramas em que o enfermeiro seleciona e que representa a queixa do utente, percorrendo desta forma os discriminadores desse fluxograma, negando ou aceitando informação até obter o discriminador que seja representativo

do motivo da ida do utente ao serviço de urgência, ao qual por sua vez corresponde uma prioridade de atendimento.

Durante este procedimento faz-se também a avaliação de parâmetros vitais como a temperatura timpânica, tensão arterial, batimentos cardíacos, saturação periférica de oxigénio, glicemia capilar e dor. O primeiro critério de gravidade que aparecer é aquele que fica registado e vai definir a cor atribuída e conseqüentemente, a prioridade de atendimento. Nesse momento é colocada ao utente uma pulseira com a cor atribuída de acordo com a sua situação clínica. Este processo de triagem não estabelece um diagnóstico, apenas uma prioridade clínica no atendimento dos utentes.

Quanto mais grave for a situação clínica mais rápido deve ser o atendimento, sendo a cor vermelho, laranja e amarelo as mais urgentes. Após terminada a triagem faz-se o encaminhamento do utente para o local adequado, existindo a necessidade de conhecer bem os circuitos, consoante a prioridade de atendimento.

De acordo com Cabrera (2017, p. 16) esta tipologia de triagem permite a

seleção de prioridades, reconhecendo critérios pré-estabelecidos de gravidade que indiquem a prioridade clínica e a urgência do utente, sem formular diagnósticos. O termo “prioridade clínica” também não deve ser confundido com o de “gestão clínica”, que se refere a aspetos próprios de cada um dos pacientes que condicionam o seu tratamento e a ordem de atendimento (idosos, alcoólicos, toxicodependentes, detidos, portadores de deficiência ou elementos de outro subgrupo). Outros aspetos próprios de cada SU, como a capacidade do SU, a sua resposta à sobrelotação, o tamanho e a formação específica da equipa, podem alterar a ordem de atendimento dos pacientes.

No decorrer do estágio houve também a oportunidade de conhecer o plano de emergência interno do serviço e os princípios de atuação em situação de catástrofe, assim como os métodos de evacuação dos utentes e as respetivas funções dos intervenientes.

No estágio sempre que possível, foi feita uma tentativa de salvaguardar a privacidade do utente, embora a mesma fosse difícil de ser executada, por vezes devido ao espaço físico, mas sempre que era necessário executar algum procedimento invasivo que interferisse na privacidade do utente, era executado nas poucas salas existentes e que estivessem livres ou nas macas com as cortinas corridas.

Neste estágio houve a oportunidade de interagir com utentes independentes, dependentes, utentes com doença crónica, agudizada e utentes que recusavam aceitar a sua doença e o regime terapêutico.

Durante o período de estágio houve ainda oportunidade de lidar com utentes que tiveram necessidade da realização de procedimentos invasivos como colocação de cateteres venosos centrais, drenos torácicos, punções lombares, entubações orotraqueais, colaborando sem hesitação uma vez que eram situações novas tendo a oportunidade de dar apoio, desenvolvendo assim alguma prática e conhecimento da técnica e materiais necessários para a sua concretização, promovendo a atualização contínua dos conhecimentos e adquirindo competências, ampliando assim os conhecimentos e técnicas.

Na concretização das atividades foi permitido percorrer todas as zonas do SMUC, embora maioritariamente os turnos tenham sido na Sala de Observações (SO), onde se prestaram cuidados a utentes com patologias variadas, do foro médico, cirúrgico e ortotraumatológico, o que permitiu desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, na monitorização e vigilância contínua e na antecipação da instabilidade e risco do utente.

As atividades desenvolvidas neste serviço, permitiram ainda identificarem e colocarem em prática os protocolos de funcionamento das vias verdes e perceber a importância na continuidade de cuidados após a ativação das mesmas.

A integração positiva e cooperante na equipa e a descrição e conhecimento sobre os protocolos e as infraestruturas do serviço permitiu compreender da melhor forma a sua dinâmica e colmatar as dificuldades e constrangimentos que, aliados à motivação e empenho na concretização das atividades e ao apoio e constante presença da enfermeira orientadora, foram um pilar para o sucesso das aprendizagens.

O estágio na Unidade de Medicina Intensiva Polivalente da CHTAMD decorreu no período de 2 de janeiro a 17 de fevereiro de 2017, sob orientação da Enfermeira Jandira Carneiro, com o objetivo essencial de desenvolver e fortalecer a aquisição de competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Serviço de Medicina Intensiva, segundo Paiva *et al.* (2017, p. 6) “(...) aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em utentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).”, responsabilizando-se por “(...) todas as decisões referentes aos utentes que lhe são confiados nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica (...)”,

envolvendo no processo a equipa multidisciplinar, o utente e a família, particularmente no cumprimento da terapêutica planificada.

Como profissional de enfermagem a exercer funções no serviço de internamento, a realização deste estágio possibilitou a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados à pessoa em situação crítica, planificando os cuidados de acordo com os respetivos diagnósticos de enfermagem, implementando os cuidados de forma a dar resposta aos problemas identificados, gerindo de forma adequada prioridades, promovendo e respeitando a prevenção e controlo da infeção, seguindo as normas implementadas neste serviço.

A abordagem em Medicina Intensiva, segundo Paiva *et al.* (2017, p. 6) concorre diretamente para o “(...) desenvolvimento e diferenciação das instituições (...)” pela variedade dos processos assistenciais que assume, enquadrando-se “(...) na lógica da planificação do acesso a cuidados de saúde [e do] direito do cidadão a ter assegurado em tempo útil e adequado o acesso a cuidados diferenciados de qualidade onde quer que se encontre no território nacional.”

De facto, a atuação como futura enfermeira especialista, no decorrer do estágio, foi sempre maximizar a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, pois estes utentes são submetidos a procedimentos invasivos, encontrando-se mais expostos a IACS, pelo que as normas de assepsia em todos os procedimentos não poderiam ser descuradas, em paralelo com a concretização do objetivo principal no utente crítico, ou seja, manter as funções vitais, tendo sido cumpridas as precauções básicas do controlo da infeção, higienização das mãos e colocação e remoção do equipamento de proteção individual.

No contexto da prevenção das IACS, a criação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), de carácter prioritário, apresenta

(...) uma cadeia de gestão vertical que inclui o nível nacional (coordenação nacional), os Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA, sediados nas Administrações Regionais de Saúde e nas Regiões Autónomas, e um nível local, nas unidades prestadoras de cuidados de saúde com os Grupos de Coordenação Local do PPCIRA. Tal organização permite que as políticas, as estratégias e as ações, no âmbito do controlo e prevenção de infeção e de resistências aos antimicrobianos, sejam disseminadas através de uma estrutura formal de nível nacional, regional e local, dinamizando um método de comunicação transversal de bons exemplos e casos de sucesso e de implementação de melhoria (OPSS, 2018, p. 47).

Cumprindo as exigências do referido programa, na concretização das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, salientam-se os cuidados de manutenção dos tubos orotraqueais, de cateteres venosos centrais e outros dispositivos após a sua inserção, identificação das possíveis fontes de infecção, colheita adequada de produtos para culturas, administração adequada e atempada da terapêutica, monitorização e vigilância do estado hemodinâmico do utente.

Embora a maioria dos utentes estivesse sedado, sempre que foram prestados cuidados ou acompanhados procedimentos invasivos, foi minimizada a exposição dos utentes, fechando as cortinas ou reduzindo a área exposta.

Em todas as atividades desenvolvidas foram ainda realizados os registos dos cuidados de enfermagem, realçando a sua importância como meio de comunicação entre a restante equipa envolvida na prestação dos cuidados, promovendo a sua continuidade.

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica a avaliação diagnóstica e monitorização são permanentes e de uma importância máxima, pelo que cuidar da pessoa e vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

De acordo com a OE (2011, p. 1) 2 os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem

(...) observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detecta precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

O campo de estágio do SMI era um estágio esperado com elevadas expectativas e alguma tensão porque era um campo de estágio novo e fora do contexto habitual do exercício de funções, tendo sido sentidos alguns momentos de receio pela especificidade, complexidade e possíveis obstáculos, na vivência profissional de novas experiências.

No entanto, as dificuldades foram sendo superadas e ultrapassados os obstáculos, o que permitiu no final sentir autonomia face a toda a dinâmica que envolve este serviço, pelo domínio no uso de todo o equipamento, promovendo elevada autoconfiança, destreza e controlo pessoal, não descurando a necessidade constante de treino periódico para existir a preparação adequada a diferentes situações que vão surgindo e possuir a clara consciência da repercussão das ações do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos resultados imediatos.

Da reflexão crítica exposta, concretizam-se os objetivos previamente definidos, pelo desenvolvimento de competências especializadas da prevenção da infecção na pessoa em situação crítica no serviço de Medicina Intensiva, de competências especializadas no âmbito do reconhecimento precoce e tratamento da pessoa em situação crítica nos mesmos serviços. O mesmo se pode aferir da concretização dos restantes objetivos, pela caracterização e descrição dos locais de estágio, relativamente à sua estrutura e organização, de forma descritiva e que ilustra os contextos onde se desenvolveram as atividades que foram também descritas relacionando-as com todo o percurso de aprendizagem percorrido ao longo do estágio.

## **Conclusão**

O percurso efetuado ao longo destes três campos de estágio, embora distintos, foi sem dúvida, um trajeto que permitiu a aquisição de novos conhecimentos, o desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento de outras já existentes, tendo em conta os aspetos relacionados com a investigação, planeamento e intervenção no âmbito da enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, contribuindo para o desenvolvimento da prática de enfermagem.

A prática dos cuidados de enfermagem tem vindo cada vez mais a ter o seu pilar baseado na melhor evidência científica, pelo que qualquer enfermeiro deverá ter presente o pensamento crítico e reflexivo baseado nessa evidência.

A reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento das competências descritas ao longo do presente relatório revelou-se como um processo extremamente enriquecedor, permitindo a tomada de consciência do trabalho desenvolvido ao longo destes estágios.

A passagem por estes locais de estágio foi muito desafiante, uma vez que a experiência profissional não é nestes contextos, especialmente no âmbito da pessoa em situação crítica. Sendo assim, tanto pela componente teórica como pelas oportunidades na componente prática dos estágios, foi imprescindível o crescimento e enriquecimento profissional e mesmo pessoal.

De salientar alguns fatores facilitadores como o acolhimento por parte das enfermeiras orientadoras, enfermeiros(as) chefes e equipas de enfermagem e multidisciplinares.

Nos estágios optou-se por uma postura mais proactiva, com espírito de iniciativa, empenho e motivação, impulsionadora de aquisição de conhecimentos e novas aprendizagens.

No entanto, foram vivenciadas algumas dificuldades como a carga horária e o cansaço, mas que foram colmatados pela força de vontade e pelas conquistas diárias de novos conhecimentos.

Sintetizando, foram adquiridas novas competências no contexto da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sido reforçada a vontade em abraçar novos projetos e funções no serviço, contribuindo desta forma para a melhoria contínua na prestação de cuidados.

Enquanto profissional de enfermagem, a conclusão do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica constituiu o mais recente projeto profissional e pessoal, no sentido de manter os conhecimentos atualizados e baseados na melhor evidência, para desta forma caminhar para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança, fundamentais para a excelência do cuidar.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. C. (2003). Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a Excelência em Saúde? Coimbra: *Formasau – Formação e Saúde*, 70 p.
- AESOP. (2013). *Práticas recomendadas para bloco operatório* (3ª ed.). Lisboa: AESOP.
- AESOP (2012) *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.
- AESOP (2010). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. 2ªed. Lisboa: AESOP.
- AESOP. (2006). *Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática dos cuidados. O Bloco Operatório/Departamento Cirúrgico*, Cap. II, Lisboa: Lidel.
- AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- AORN (2012). Recommended Practices for Traffic Patterns in the Perioperative Practice Setting. In *Standards and recommended Practices for Perioperative Nursing*, Denver, p.95- 98.
- Cabrera, J. A. A. (2017). *Triagem de Manchester, que futuro?* Dissertação para obtenção do grau de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspetivas dos atores*. Loures: Lusociência.
- Crespo, V. (2003). *Ganhar Bolonha, Ganhar o Futuro – O Ensino Superior no Espaço Europeu*. 1ª Edição. Gradiva-publicações, Lisboa.
- Decreto-Lei nº 248/2009. D.R. I Série. 184 (2009-09-22) 6761-6765.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) – *REPE (Regulamento do exercício profissional do enfermeiro)*.
- Despacho Normativo nº11/2002. DR. Série B. 55 (2002-03-06). Serviço de Urgência Hospitalar. Disponível em <http://dre.tretas.org/dre/149913/>
- Direção Geral da Saúde (2015) *Portal da Estatística da Saúde*. Disponível do URL: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-dasaude.aspx>

- Direção Geral da Saúde (2014). *Portugal – Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números*. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde - Orientação n.º 08*.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde e Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional*.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) - Circular Normativa n.º 15*.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS Cirurgia Segura Salva Vidas*. Disponível no URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_por.pdf;jsessionid=EA46759B2DC340B312842A1791F54C96?sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;jsessionid=EA46759B2DC340B312842A1791F54C96?sequence=8).
- Direção Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*.
- Direção Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento, Direção-geral da Saúde
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 17-26.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS - Setúbal.
- OE (2017). 3ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017. Disponível no URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- OE (2011). Regulamento nº 124/2011. DR. II Série. Nº 35 (18-02-2011). Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível no URL:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)

OE (2010). *Parecer OE nº 245/2010*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoefimVida.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoefimVida.pdf)

OE (2007). Desenvolvimento profissional: Certificação de Competências (Fundamentos e Proposta de Sistema). *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Suplemento nº 26 (Junho), p. 9-20.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Tomada de Posição sobre as atribuições do enfermeiro circulante*. Disponível no URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao\\_7Set2004.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2018). *Relatório Primavera 2018*. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA), Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Universidade de Évora, e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

*Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC)* (2012). Versão para consulta pública.

Paiva, J. A.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J. M.; Nóbrega, J. J.; Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva*. Lisboa: Governo de Portugal.

Peixoto, N. M. dos S. M. & Peixoto, T. A. dos S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 11 - out./nov./dez. p. 121-132.

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República 2ª série nº 35. 18 de Fevereiro de 2011.

Regulamento n.º 124/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República 2ª série nº 35. 18 de Fevereiro de 2011.

Soares, M. de L. M. (2016). Comportamento Organizacional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Estudo de caso. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Unidade Curricular de Trabalho e Projeto/Estágio (2018). *Objetivos da UC*. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança. Bragança: IPB.