



Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem Médico - Cirúrgica
Vertente Pessoa Idosa**

**Pessoa idosa com ostomia de respiração: das
necessidades expressas à educação**

Tânia Raquel da Costa Teixeira

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem Médico - Cirúrgica
Vertente Pessoa Idosa**

**Pessoa idosa com ostomia de respiração: das
necessidades expressas à educação**

Tânia Raquel da Costa Teixeira

Professora Doutora Graça Melo

2015



AGRADECIMENTOS

Com o receio de omitir inadvertidamente alguém, o meu agradecimento aos que estiveram envolvidos neste trabalho direta ou indiretamente, os contributos positivos e negativos, as dificuldades que enfrentei, as críticas pelo inconformismo que geraram e a vontade que incrementaram para prosseguir até ao fim.

À Professora Doutora Graça Melo, de um conhecimento ímpar, que me foi desafiando ao longo de todo o percurso a manter a tenacidade e o foco.

À enfermeira chefe Paula Rodrigues pela persistência, motivação e sobretudo espaço para refletir e desenvolver o inconformismo de continuar a tentar.

À enfermeira especialista Catarina Fernandes, orientadora paciente que me conseguiu abrir os horizontes e separar o importante do supérfluo, muito obrigada pela serenidade e ponderação.

À enfermeira chefe Manuela Honório pelo dinamismo, o modo acolhedor como me recebeu e a sua visão otimista e motivadora.

Às pessoas com quem trabalhei, nos diferentes contextos de ensino que fomentaram a possibilidade de adquirir experiências enriquecedoras e permitiram crescer enquanto pessoa e profissional.

Às colegas do mestrado, companheiras e confidentes neste percurso que marcaram e tornaram único.

Aos meus amigos que me apoiaram nas dificuldades e se alegraram com os sucessos.

Uma nota de gratidão para a minha família pelo apoio incondicional, sem vós não teria conseguido.

Ao meu marido pelo amor, carinho, apoio e paciência pelo tempo que não pudemos estar juntos.

Obrigada*

RESUMO

O envelhecimento populacional acentuado propicia o desenvolvimento de problemas de saúde, tendencialmente crónicos, com elevados encargos económicos e sociais. O diagnóstico de cancro de cabeça e pescoço coloca múltiplos desafios à pessoa idosa e familiar cuidador. Desafio pela transição saúde/doença, pelo tratamento cirúrgico mutilante – Laringectomia Total e tratamentos concomitantes, mas acima de tudo pela incerteza do futuro, a possibilidade do tratamento não ser bem-sucedido e pela necessidade de uma ostomia de respiração definitiva que permanece obrigatoriamente exposta, visível. O ser humano sempre se preocupou em cuidar do seu semelhante em situações de sofrimento, sendo “a prática dos cuidados é, sem dúvida, a mais velha da história do mundo” (Colliére, 1999).

Este trabalho tem como objetivo o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e de mestre, com foco de intervenção situado na etapa do ciclo de vida – pessoa idosa, aos vários níveis e domínios, no processo de transição saúde/ doença vivenciada pela presença de cancro da laringe bem como na área da Estomaterapia para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, individualizados e adequados às reais necessidades expressas.

A Teoria da Transição de Afaf Meleis (2000) guia conceitualmente este trabalho cujo desenvolvimento se baseou na metodologia de projeto.

O estágio decorreu no período entre Outubro 2014 e Fevereiro 2015. Em termos de diagnóstico, monitorização e avaliação foi efetuada observação da prática de enfermagem, pesquisa bibliográfica, identificação da problemática na prática de cuidados, organização e elaboração do plano de consulta de enfermagem de Estomaterapia e implementação da mesma como estratégia de enfermagem na transição saúde/ doença da pessoa idosa e familiar cuidador em contexto de Consulta Externa de Otorrinolaringologia. Foi incrementada a motivação na equipa para a continuidade da consulta de enfermagem, uma estratégia eficaz, como constatado na prática.

Palavras-Chave: pessoa idosa, transição, necessidades, consulta de enfermagem.

ABSTRACT

The sharp population aging enables the development of health problems, tendentiously chronic, with high economic and social costs. The diagnosis of head and neck cancer set multiple challenges to the elderly and to the family's caregiver. Challenged by the transition health / disease, by the mutilating surgical treatment - total laryngectomy and concomitant treatments, but most of all by the uncertainty of the future, the possibility of the treatment would not be successful and by need for a definite breath ostomy which remains compulsorily wide-open, outward. The human being is always concerned with taking care of his fellow man in distress situations, therefore "the practice of care is undoubtedly the oldest story in the world" (Collière, 1999).

This paper aims at developing skills as an proficient nurse and master, with the intervention focus placed in the lifecycle stage – elderly person, in the different levels and domains, in the process of transition health/ disease experienced by the presence of laryngeal cancer as well by in the area of stomatherapy to make available quality nursing cares, individualized and suitable to the real needs uttered.

The Meleis's Theory of Transitions (2000) guides conceptually this paper whose development was based on the assignment methodology.

The internship took place in the period between October 2014 and February 2015. In terms of diagnosis, monitoring and evaluation was made the surveillance of nursing practice, bibliographic research, identification of problems in the practice care, organization and development of the nursing appointments stomatherapy's plan, and implementing the same as a nursing strategy in transition health / disease of the elderly and family's caregiver in the context of outpatient otolaryngology. It was improved motivation in the team for the stability of nursing consultation, an effective strategy, as it was seen in place.

Keywords: elderly, transition, needs, nursing appointment.

SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

APECE - Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Estomaterapia

CCP - Cancro de Cabeça e Pescoço

DGS - Direção Geral de Saúde

EGC - Esvaziamento Ganglionar Cervical

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE - Instituto Nacional de Estatística

LT - Laringectomia Total

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

PF - Prótese Fonatória

QT - Quimioterapia

QV - Qualidade de Vida

RT - Radioterapia

SNG - Sonda Nasogástrica

ABREVIATURAS

p. - página

ed. - edição

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Envelhecimento e doença crónica	13
1.2. Cancro de cabeça e pescoço: cancro da laringe	15
1.2.1. Tratamento do cancro da laringe	17
1.2.2. Implicações do tratamento para a pessoa idosa e familiar cuidador... ..	19
1.3. A transição da pessoa e familiar cuidador: necessidades expressas e educação	21
1.3.1. Natureza da transição	22
1.3.2. Condições da transição	23
1.3.3. Padrões de resposta	26
1.3.4. Terapêuticas de enfermagem	27
1.4. Cuidar da pessoa com ostomia	28
1.4.1. Consulta de enfermagem no período pré-operatório	29
1.4.2. Consulta de enfermagem no período pós-operatório	32
2. METOLOGIA	35
2.1. Enquadramento do local de estágio	35
2.2. Identificação e caracterização da problemática	35
2.3. Finalidade e objetivos do projeto	38
2.4. Procedimentos éticos	39
2.5. Planeamento das atividades	39
2.6. Execução e avaliação	42
2.7. Competências desenvolvidas	47
4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES	49
5. CONCLUSÕES	50
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	67
Anexo I - Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora de estágio	68
APÊNDICES	71

Apêndice I - Análise SWOT.....	72
Apêndice II - Consentimento informado	74
Apêndice III - Guião de Consulta	77
Apêndice IV - Registo novos casos	88
Apêndice V - Consulta pré-operatória - Registo de Enfermagem	90
Apêndice VI - Contacto com outros ostomizados	95
Apêndice VII - Consulta após alta hospitalar	97
Apêndice VIII - Acompanhamento telefónico 24h após alta	102
Apêndice IX - Guia de ensino: “Laringectomia Total: como superar o desafio”	105
Apêndice X - Boletim do Ostomizado	115
Apêndice XI - Estudo de Caso	131

INTRODUÇÃO

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, na Unidade Curricular Opção II, foi proposta a realização de um estágio com o intuito de desenvolver competências, como enfermeira especialista e de mestre, especificamente no cuidado de enfermagem diferenciado à pessoa idosa. Foi utilizado como recurso a implementação de um projeto que se propusesse intervir num problema identificado no contexto dos cuidados, a desenvolver em estágio no 3º semestre.

Portugal assiste a um envelhecimento populacional acentuado que favorece o desenvolvimento de problemas de saúde e a prevalência de multimorbilidade cuja tendência será a cronicidade, aumento do índice de dependência e diminuição da funcionalidade, que gera necessidade de cuidados de saúde (Botelho, 2000; Censos, 2011; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012).

A preocupação de se desenvolverem estratégias, que visem a promoção de um envelhecimento ativo, com maior autonomia e independência, está patente na formulação de políticas e na criação de programas para a manutenção da pessoa idosa no seu ambiente familiar e social, exemplo disso o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (2006). Este, tem por finalidade capacitar a pessoa idosa e familiar cuidador para a gestão dos processos saúde/ doença, através da promoção da autonomia máxima e a responsabilização para o autocuidado (Petronilho, 2007, p. 216).

As previsões indicam aumento da incidência dos cancros de cabeça e pescoço (CCP) em 30% onde estão incluídos os tumores da laringe, um dos tipos de cancro mais comuns na região da cabeça e pescoço (Silveira et al., 2012, p. 39). O cancro da laringe constitui um problema atual a nível de saúde pública mundial pela deteção tardia, tratamento cirúrgico mutilante – Laringectomia Total (LT) e tratamentos concomitantes (Mathew, Sebastian & Varghese, 2009, p.1480).

A pessoa submetida a LT sofre grandes alterações relacionadas com a satisfação das suas necessidades, dependência nas atividades de vida diárias, alteração do processo comunicacional e social que se manifestam em desajustes físicos, psíquicos, emocionais e sociais, que influenciam o processo de adaptação e qualidade de vida (QV) (Barnett, 2012, p. 390; Liu, 2008, p. 1936).

A possibilidade de a pessoa idosa poder viver uma vida ativa na presença de uma ostomia é real quando tem acompanhamento por parte da equipa de enfermagem. A enfermagem enquanto profissão sofreu múltiplos ajustes para dar resposta aos novos desafios impostos. O papel do enfermeiro ultrapassa a “simples execução técnica dos cuidados, sendo fundamental o seu papel educativo ao promover/ reforçar o autocuidado” (Faria & Santos, 2010, p. 14). A relação estabelecida entre a pessoa idosa e o enfermeiro é considerada a chave para uma transição com sucesso na presença de ostomia (Burch, 2006, p. 117).

O cuidador é um elemento fundamental no processo de transição que predomina como alternativa ao sistema de suporte informal, também se encontra em transição para o papel de cuidador da pessoa dependente, o que requer particular atenção por parte do enfermeiro (Minayo & Coimbra Junior, 2002, p. 51; Pereira & Silva, 2012; Shyu, 2000, p. 619).

A Teoria da Transição de Afaf Meleis (2000) guia conceitualmente este trabalho. A transição saúde/ doença não é apenas um evento, está implícita desde o diagnóstico, possibilitando a capacitação da pessoa face à presença de doença e suas implicações na dinâmica familiar (Bridges, 2004; Kralik, Visentin & Loon, 2006, p. 321; Meleis, 2010, p. 36).

A contextualização das competências e a reflexão sobre o percurso realizado permitiu a consciência das competências iniciais e definir ambições futuras. Tendo em conta o Modelo de Dreyfus, descrito por Benner (2001), inicialmente, considerei encontrar-me no quarto nível - enfermeira proficiente que se apercebe “das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas” (Benner, 2001, p.

55). A desempenhar funções num serviço de Otorrinolaringologia (ORL) há seis anos, na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas idosas com ostomia de respiração, considereei enquadrar-me neste estadio onde a aprendizagem é feita pela experiência e a “compreensão global melhora o seu processo de decisão” permitindo “saber quais dos muitos aspetos e atributos são importantes” e ser “capaz de reconhecer uma deterioração do estado do doente, mesmo antes das mudanças explícitas dos sinais vitais” (Benner, 2001, pp. 55 - 57). Para ser especialista é importante ser perita na área de especialização e perita é quem “já não se apoia sobre um princípio analítico para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado”, apreende diretamente “o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58).

Com o desenvolvimento deste relatório e a realização dos estágios pretendeu-se desenvolver competências como enfermeira especialista na área da saúde da pessoa idosa e familiar cuidador e de Mestre de acordo com o artigo 2º do Regulamento dos Mestrados da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Escola Superior de Enfermagem [ESEL], 2014), para uma prática baseada na evidência aos níveis da prestação de cuidados, investigação e gestão e segundo a OE (2010) nos quatro domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais, em vários contextos, intervindo no processo de transição saúde/doença. O foco da intervenção situou-se na etapa do ciclo de vida – pessoa idosa. Pretendeu-se ainda desenvolver competências específicas na área da Estomaterapia.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa assegura e promove o cuidado, enquadrando as alterações decorrentes do processo natural do envelhecimento e as provocadas pela doença na sua capacidade funcional e as alterações sociais.

O desenvolvimento deste trabalho teve por base a metodologia de projeto, que visa o planeamento, implementação e avaliação de estratégias de

intervenção que promovam a resolução de um problema real identificado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 2).

Especificamente, este relatório tem por objetivos:

- ❑ Desenvolver competências como enfermeira especialista, no cuidado à pessoa idosa e familiar cuidador aos vários níveis e domínios, no processo de transição saúde/ doença da pessoa idosa com ostomia de respiração;
- ❑ Demonstrar capacidade para o desenvolvimento de projeto em prática clínica, baseada na evidência, com qualidade e profissionalismo de nível de especialista;
- ❑ Descrever as atividades planeadas, desenvolvidas e os resultados obtidos;
- ❑ Refletir sobre as competências adquiridas ao longo de todo o percurso.

Este relatório de estágio está dividido em 4 capítulos: no primeiro o enquadramento teórico sustenta o projeto ao relacionar envelhecimento e cancro da laringe como doença crónica. Evidencia as implicações do tratamento cirúrgico para a pessoa idosa e familiar cuidador e, com recurso à teórica que guia concetualmente este trabalho é evidenciado o processo de transição e o papel do enfermeiro em Estomaterapia. A segunda parte, metodologia, é constituída pela descrição do local de estágio, identificação e caracterização da problemática, planeamento das atividades com descrição pormenorizada das atividades desenvolvidas, resultados obtidos e competências adquiridas. O terceiro capítulo relativo às implicações para a prática e limitações e, por último, a conclusão.

A bibliografia citada e consultada é descrita de acordo com a norma da *American Psychological Association (APA)*, 6ª Edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento e doença crónica

O envelhecimento da população mundial, associado ao aumento consistente da esperança média de vida são manifestações do progresso, “desenvolvimentos científicos, educativos e sociais” (Lage, 2005, p. 7).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu terceira idade como o escalão etário acima dos 60/ 65 anos de idade, coincidente com a idade da reforma em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012; OMS, 2014).

Considerada com um facto universal e natural, a velhice, envolve o nascimento, crescimento e a morte. Pela variabilidade das formas como o envelhecimento é concebido e desenvolvido, é um facto social e histórico. As várias etapas da vida são social e culturalmente construídas, (...) “a velhice deve ser percebida diferentemente em um país com uma expectativa de 37 anos de vida, como a Serra Leoa, e outro de 78 anos de vida como é o caso do Japão.” (Minayo & Coimbra Junior, 2002, p. 14). A cultura abrange todas as pessoas e populações e molda a forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo (Minayo & Coimbra Junior, 2002, p. 14; OMS, 2005).

Envelhecer é um processo de ganhos e perdas que demora tempo e compromete progressivamente aspetos físicos e cognitivos (Cancela, 2007). Cada pessoa tem três idades diferentes que concorrem para o envelhecimento: a idade biológica, social e psicológica (Cancela, 2007; Fontaine, 2000). A biológica ligada ao envelhecimento orgânico que traduz as alterações que o corpo sofre e que provocam diminuição do funcionamento ao longo da vida; a social que se refere ao papel, estatuto e hábitos das pessoas, com influência da história e local onde se encontra inserida a pessoa; e a idade psicológica que se verifica nas capacidades e competências comportamentais que a pessoa mobiliza para dar resposta às mudanças ao longo do ciclo vital. Com o envelhecimento, diversos parâmetros da aptidão física funcional como força, flexibilidade, resistência, agilidade, coordenação e equilíbrio dinâmico sofrem um claro declínio, bem como diminuição das defesas, da reserva funcional e da

capacidade de resposta e adaptação, com aumento da probabilidade de falência orgânica e doença (Botelho, 2000; Duca, Silva & Hallal, 2009; Ferreira, 2007, p. 37; Fried & Tangen, 2001, p. 147; Kleinpell, Fletcher & Jennings, 2008; Ocampo, 2010, p. 275). Em termos de alterações psicológicas verifica-se que a depressão ou a presença de sintomas depressivos podem aumentar a fragilidade na pessoa idosa que, quando deprimida, se torna menos ativa com diminuição da massa muscular, força e tolerância ao esforço (Stewart & Blue, 2001; Duca et al., 2009, p. 797; Oliveira, 2009, p. 45). Envelhecer não deve ser, invariavelmente, sinónimo de doença.

A OMS estima que na região Europeia, em 2005, do total de mortes, 86% tenham sido causadas por doença crónica (OMS, 2005). A doença crónica, definida como doença cuja causa “produz sintomas e sinais num período de tempo variável, de curso longo e da qual só há recuperação parcial” (Monahan, Sands, Neighbors, Marek & Green, 2007, p. 140) associada a estados de debilidade física, constituem um fator de desequilíbrio major na QV da pessoa idosa com repercussões sobre a capacidade funcional e autonomia (Kleinpell et al., 2008). Cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma de seis atividades do dia-a-dia (INE, 2012).

O aumento da prevalência da doença crónica está na génese do atual ênfase dos programas governamentais de saúde, tendo em vista o empenho na melhoria do estado funcional e do bem-estar, promoção da autonomia e independência da pessoa idosa pelo maior período de tempo possível, capacitando-a para o autocuidado de si e *empowerment* pessoal (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004).

Para uma avaliação funcional e integrada da pessoa idosa, o enfermeiro deve ter competências para diferenciar as mudanças associadas ao envelhecimento normativo e as relacionadas com a presença de doença. A avaliação inicial multidimensional deve primar pela qualidade, uma vez que permite a avaliação, elaboração dos diagnósticos de enfermagem e intervenções eficazes com potencial para prevenir incapacidade e custos de saúde adicionais (Monahan et al., 2007, p. 13).

1.2. Cancro de cabeça e pescoço: cancro da laringe

Com o avanço científico, o cancro, que consiste no crescimento e divisão de células descontrolado que pode afetar qualquer parte do corpo, como doença iminentemente fatal, é uma das mais temidas doenças crónicas (OMS, 2014; Pimentel, 2003). Mesmo quando potencialmente curável, a pessoa com cancro pode manter sentimentos de angústia e desespero pela potencial ameaça à sua vida (Lopes & Pereira, 2005, p.15; Patrão & Leal, 2004).

De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* a evolução demográfica associada à exposição a fatores de risco será determinante para o aumento da incidência de doença oncológica (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2013, p. 72). Presente em todas as idades, o risco para a maioria dos cancros aumenta com o envelhecimento. A nível mundial é uma das principais causas de morte para a população idosa (OMS, 2014) facto que também se verifica em Portugal (DGS, 2013; INE, 2014).

Os Cancro de Cabeça e Pescoço (CCP) ocupam o quinto lugar das neoplasias mais frequentes a nível mundial, com uma incidência estimada de 780 000 novos casos por ano (Colombo & Rahal, 2009, p. 166). Em Portugal, surgem entre 2500 a 3000 novos casos de CCP segundo dados do Grupo de Estudos do Cancro de Cabeça e Pescoço. Cinco vezes mais comuns em indivíduos do sexo masculino do que no sexo feminino, são também mais frequentes em pessoas com idade superior a 60 anos (Carr, 2005, p. 1295). A mudança de hábitos sociais está na génese do atual aumento da incidência de cancro da laringe no sexo feminino (Phipps, Sands & Marek, 2003, p. 1012). A taxa de sobrevivência aos cinco anos é de 53% e aos dez anos de 43%, no entanto um terço das pessoas não sobrevive (Jennings & Harris, 2001, p. 251).

Os CCP são um grupo heterogéneo de tumores com diversas localizações a maioria na cavidade oral, orofaringe e laringe (Eakin, 2001, p. 139).

Os cancros da laringe representam cerca de 25% dos tumores malignos dos CCP e 2% de todas as doenças malignas (Huffstutler & Monahan, 2007, p. 623).

De causa multifatorial, a ocorrência de cancro da laringe está relacionada com a exposição prolongada a substâncias cancerígenas (hábitos tabágicos e ingestão de bebidas alcoólicas), laringite crónica, mau uso das cordas vocais e predisposição genética (Hashibe et al., 2009; Negri et al., 2008; Phipps, et al., 2003, p. 1012) e condição de saúde (*Cancer Research United Kingdom*, 2013). Estão ainda descritos outros fatores de risco nomeadamente, idade avançada, sexo masculino, hábitos precários de higiene oral (Huffstutler & Monahan, 2007, p. 623), padrões alimentares (Levi et al., 2004), características do local de trabalho (Dias, Duque & Silva 2002), exposição a radiação, exposição ocupacional (poeiras, fumos, vapores, produtos biológicos, fibras têxteis – níquel) e uso de drogas (Gonçalves, 2004). Um estudo realizado em Portugal verificou que 50% das pessoas com este diagnóstico eram ex-fumadores (Silveira et al., 2012, p. 39).

Anatomicamente a laringe está localizada no pescoço, abaixo da base da língua, anterior à faringe na região infra-hioideia e acima da traqueia, constituída por cartilagem, parte das vias aéreas superiores, músculo, ligamentos e o início das cordas vocais. A epiglote, constituída por fibrocartilagem, localiza-se na entrada da laringe e a sua função é evitar a aspiração de líquidos ou alimentos para os pulmões. Em termos fisiológicos, a laringe é responsável por três funções essenciais: respiratória, fonatória e esfíncteriana. O som que produzimos quando falamos resulta da vibração das cordas vocais quando o ar passa (Seeley, Stephens & Tate, 2011, p. 890). Ao fechar-se completamente através da contração muscular esfíncteriana, tem um papel importante na realização de esforços como por exemplo no ato de eliminação intestinal (Phipps et al., 2003, p. 1012).

O sintoma inicial do cancro da laringe é a disfonia, caracterizada por ser persistente, de agravamento progressivo e com otalgia e disfagia frequentemente associadas, caso o tumor esteja confinado às cordas vocais (crescimento lento por circulação linfática limitada). Se o tumor estiver localizado nas regiões supra ou infragloticas da laringe, a metastização para os gânglios jugulares podem provocar sintomas como dispneia, disfagia, tosse, hemoptises, perda ponderal e tumefação cervical (Olias et al., 2004; Phipps et al., 2003, p. 1012).

1.2.1. Tratamento do cancro da laringe

Idealmente, o tratamento deverá prolongar a vida, diminuir os efeitos secundários da doença e potenciar a capacidade da pessoa retomar a sua vida normal (Pinto & Ribeiro, 2006). Quando diagnosticado, o tratamento para o cancro da laringe depende da sua localização e estadio sendo as opções radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e cirurgia (Buzaid, Lima & Maluf., 2010, p. 175). A cirurgia ou RT são os principais tratamentos do cancro da laringe desde os estadios precoces até aos tumores mais extensos. A LT está indicada quando os tratamentos anteriores falham, em situações de recidivas tumorais locais, complicações pós cirurgia parcial ou RT, traumatismos, inflamação crónica com destruição ou invasão cartilaginosa (Olias et al., 2004). Em alguns casos pode ser necessário efetuar esvaziamento ganglionar cervical (EGC), quando o risco de metastização para o pescoço é elevado (Monahan et al., 2007, p. 623). Patologias como a obesidade, bócio da tiróide, cifose, estenose traqueal e cirurgia cervical prévia, podem dificultar a realização do procedimento cirúrgico (Vallamakondur & Visvanathan, 2011, p. 176).

A LT consiste na remoção completa da laringe cartilaginosa, epiglote e osso hióide. Pode ser alargada à base da língua, faringe, traqueia, glândula tiroideia e tecidos moles, incluindo a pele (Olias et al., 2004). Durante o procedimento é introduzida uma sonda nasogástrica (SNG) cujos objetivos são minimizar o risco de contaminação, evitar a infiltração de líquidos através da ferida cirúrgica para a traqueia e administrar alimentação. A passagem da faringe para a traqueia é encerrada e efetuado repuxamento até à abertura no pescoço e suturada à pele: constitui-se assim uma traqueostomia ou ostomia de respiração, definitiva, na qual se coloca uma cânula de traqueostomia, com a finalidade de manutenção da permeabilidade da via aérea (Agrawal, 2008, p. 773; Monahan et al., 2007, p. 625; Thelan, Stacy & Lough, 2008).

Atualmente existem vários tipos de cânulas de traqueostomia e tamanhos o que possibilita uma melhor adaptação às necessidades de cada pessoa e à sua anatomia (Freeman, 2011, p. 53). Podem ser cânulas rígidas ou flexíveis, variando de acordo com o seu diâmetro interno, ângulo de curvatura,

mecanismo de fecho, *cuffs*, válvulas e janelas (Faria & Santos, 2009, p. 10). No caso da pessoa submetida a LT, a utilização permanente da cânula pode não ser necessária dada a impossibilidade de encerramento, no entanto em situações como RT, estenose da traqueia ou outras condições que impeçam a passagem do ar a cânula deverá estar presente (Morais & Seiya, 2012, p. 7).

As principais complicações associadas à presença de traqueostomia são divididas pelos períodos intra e pós-operatório. No período intraoperatório pode ocorrer hemorragia, lesão de estruturas anatómicas próximas e paragem cardiorrespiratória. No pós-operatório imediato pode ocorrer a obstrução das vias aéreas/ rolhão, hemorragia peri traqueostomia, enfisema subcutâneo, infecção, deiscência da sutura operatória, descanulação e broncoaspiração. As complicações tardias incluem fístula traqueoesofágica, estenose traqueal na abertura da traqueia ou na zona de pressão do *cuff*, traqueomalácia e disfagia (Marsico & Marsico, 2010, p. 27; Monahan et al., 2007, p. 634; Vallamakonda & Visvanathan, 2011, p. 176). A substituição da cânula de traqueostomia, colocada durante a cirurgia, antes do sétimo dia, está associada a um início precoce da dieta oral e da utilização da prótese fonatória (PF) (Fisher et al., 2013, p. 257).

Desde a primeira LT em 1873, foram sendo desenvolvidos meios alternativos para a produção de voz, que a pessoa perde de imediato (Phipps et al., 2003, p. 1019). No pós-operatório imediato, a pessoa poderá recorrer à comunicação escrita, não-verbal, mímica labial e gestos (Olias et al., 2004). Posteriormente, as alternativas vocais após LT são a voz murmurada/ ciciada, esofágica, laringe eletrónica e traqueoesofágica. Esta última carece da colocação de uma PF que consiste num dispositivo valvular unidirecional que fica inserido na fístula traqueoesofágica (Kim, 2011, p. 123). As principais vantagens da voz traqueoesofágica são a rápida reabilitação vocal, rapidez do discurso e sonoridade mais agradável quando comparado com a laringe eletrónica. As desvantagens da colocação da PF estão nas expectativas e na possibilidade de estenose, uma vez que, nem todas as pessoas propostas para LT cumprem os critérios necessários para a sua colocação. Mesmo quando cumpridos todos os critérios e a pessoa esteja motivada, podem ocorrer

complicações como granuloma, candidíase, infecção, protusão/ extrusão da PF; ingestão ou aspiração da PF; fuga peri-prótese e transprótese (Behlau, 2005; Phipps et al., 2003, p. 1024). Não existe exclusividade na utilização, desenvolvimento e treino das vozes de substituição (Starmer, Tippet & Webster, 2008, p. 802).

1.2.2. Implicações do tratamento para a pessoa idosa e familiar cuidador

Como modalidade terapêutica, a LT é um procedimento cirúrgico mutilante, frequentemente combinada com RT ou QT, responsável pela perda de função e múltiplas alterações (Hashimoto, Magrin, Okane & Saconato, 2007, p. 33; Silva, Pinto & Zago, 2002). As principais implicações do tratamento do cancro da laringe, descritas na literatura, estão divididas em três áreas: problemas físicos, psicológicos e sociais e financeiros (Meulen, Leeuw, Gamel & Hafsteinsdóttir, 2013).

Em termos de problemas físicos, a problemática está relacionada com as alterações da via respiratória e imagem corporal, presença de ostomia de respiração definitiva, afonia, dor, alteração da mastigação e deglutição, diminuição do olfato, paladar e possibilidade de alteração da atividade motora do ombro, braço e pescoço - quando efetuado EGC durante o procedimento cirúrgico (Agrawal, 2008, p. 773; Boer et al., 2006, p. 395; Phipps et al., 2003, p. 1019). Estão ainda descritos a paralisia facial parcial, náuseas, vômito e fadiga (Semple, Dunwoody & Kernohan, 2008, p. 93).

As alterações da via respiratória decorrem da remoção total da laringe e separação das vias aéreas superior e inferior, pelo que deixam de estar presentes estruturas que permitam a ação vibratória e emissão de voz (Phipps, et al., 2003, p. 1023). O ar, ao deixar de fazer o seu trajeto pelas vias aéreas superiores contribui para a diminuição das funções sensoriais (olfato e paladar) e pode influenciar o processo de reabilitação das funções de mastigação e deglutição (Caldas et al., 2011, p. 83). A deglutição pode estar comprometida, devido a fístulas faringocutâneas, recidivas locais de doença e pele friável pós RT, verificando-se frequentemente casos de disfagia e xerostomia (Starmer et

al., 2008, p. 803). Associados a RT estão descritos problemas dentários e alterações da mucosa (*National Institute for Clinical Excellence, 2004*).

A face, órgão de receção de estímulos (visão, olfato e paladar), centro de comunicação exposto sofre alterações mutiladoras que produzem sentimentos de vergonha, raiva, sofrimento ou recusa da nova aparência e voz (Agrawal, 2008, p. 773; Boer et al., 2006, p. 395; Morais & Seíça, 2012, p. 7; Semple et al., 2008, p. 93). As dimensões da imagem corporal alterada são um processo de sofrimento e desafio que carecem da utilização de recursos internos e externos, mesmo com sucesso na reabilitação vocal (Pedrolo & Zago, 2000, p. 414). A imagem corporal é o elo de ligação na relação corpo/ mente, engloba em si aspetos fisiológicos, psicológicos e sociais da pessoa (Cunha, 2004; Liu & Shah, 2010). A presença de ostomia de respiração leva a que a pessoa e familiar cuidador se defrontem com desafios relacionados com os cuidados com a ferida e o dispositivo tecnológico (Cabral & Freitas, 2008, p. 85). O risco de infeção da ferida cirúrgica é um problema potencial (Agrawal, 2008, p. 776).

As implicações psicológicas e sociais que a pessoa experiencia são a preocupação com o diagnóstico de cancro, diminuição da autoestima e das atividades sociais, alteração da imagem corporal, adoção de um novo papel social e familiar, isolamento, preocupação com a situação laboral, *stress*, alterações na QV, ansiedade, medo, incerteza quanto ao sucesso do tratamento, solidão, autoeficácia comprometida, sexualidade modificada (Boer et al., 2006, p. 395; Semple et al., 2008, p. 94), dificuldade em se sentir compreendido, frustração e falta de motivação (Barbosa, Santos, Amaral, Gonçalves & Bruscato, 2004).

Os conditionalismos que enfrentam pelas alterações físicas e convivência com a reação das pessoas podem conduzir ao isolamento social como forma de proteção (Bettinelli, Tourinho Filho & Capoani, 2008, p. 219) e inibição do desenvolvimento das atividades diárias (Barbosa et al., 2004).

Um estudo demonstrou que pessoas submetidas a cirurgia de cabeça e pescoço - entre as quais 23 eram laringectomizadas - estão mais propensas a uma baixa QV (Boer et al., 2006, p.397).

Relativamente aos problemas financeiros, estes podem ocorrer como consequência dos custos de saúde associados à nova situação de saúde/

doença e a incapacidade física para a manutenção da atividade laboral (Gradauskas, Rubikas & Saferis, 2006, p. 194).

A presença de doença oncológica tem implicações para a pessoa mas, porque ocorre num contexto de um sistema familiar, produz efeitos negativos no funcionamento geral e em cada um dos seus elementos (Caleiras, 2012). A família é, para o enfermeiro, constituída pelas pessoas que a pessoa identifica como tal. Definida de acordo com a proximidade geográfica, partilha de laços emocionais entre as pessoas ou na rede de apoio (Monahan et al., 2007, p. 144). O cuidado informal, não remunerado, prestado a tempo inteiro ou parcial à pessoa, pode ser assumido por amigos ou vizinhos, no entanto, geralmente é a família que assume (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010, p. 21). Ao longo deste trabalho opta-se pela designação de familiar cuidador pela evidência empírica que, apesar das alterações no conceito de família, grande maioria dos cuidadores informais são membros da família da pessoa.

As principais implicações para o familiar cuidador da pessoa idosa com ostomia de respiração descritas na literatura, estão relacionadas com a crença de que não será capaz de lidar com a nova situação de saúde por exigências físicas, deficiente apoio profissional, carências financeiras por pensões de velhice baixas ou baixos rendimentos dos próprios e pela ausência de divulgação dos apoios sociais e financeiros que limitam o acesso a ajudas técnicas e financeiras (Pascoinho, 2011, p. 14).

1.3. A transição da pessoa idosa e familiar cuidador: necessidades expressas e educação

O enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição, pelo que este é um conceito central para a enfermagem onde estão contidos os elementos do processo, intervalo de tempo e perceção (Chick & Meleis, 2010, p. 24). Organizada em redor da intenção de promover, restaurar ou facilitar a saúde, a interação enfermeiro/ ser humano deve ter em conta que a pessoa está inserida num contexto sociocultural, numa condição de saúde/ doença e vivencia uma transição (Meleis, 2007, p. 470). A transição

de ser independente e relativamente saudável para ser doente, frágil e ocasionalmente marginalizado é, frequentemente, sutil e difícil de ser percebido (Celler et al., 1995, p. 145).

Definida como “uma mudança no estado de saúde ou no papel das relações, expectativas ou habilidades” (Meleis, 2007, p. 470), a transição em si, não é uma situação crítica ou um evento, mas sim o quanto vai mudar os papéis de vida, relacionamentos, projetos e rotinas. Pressupõe uma reorganização e autorredefinição da pessoa para incorporar a mudança na sua vida e requer tempo para se desligar dos comportamentos e identidades antigas devido à presença de doença, risco de saúde ou vulnerabilidade, com os quais experimenta ou está em risco de experimentar, um desequilíbrio (Bridges, 2004; Kralik et al., 2006, p. 321; Meleis, 2007).

A soma das alterações e repercussões relacionadas com a presença de ostomia de respiração às especificidades inerentes ao envelhecimento, por cada vez mais as pessoas submetidas a LT pertencerem a este grupo etário, motivaram o interesse em explorar as transições segundo a Teoria da Transição de Afaf Meleis (2000), uma teoria de médio alcance dividida em três domínios: natureza (tipo, padrões e propriedades), condicionalismos (facilitadores e inibidores) e padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado).

1.3.1. Natureza da transição

Neste domínio foram identificados quatro tipos de transição: desenvolvimental (mudanças no ciclo vital); saúde/ doença; situacional (relacionadas com acontecimentos que conduzem a alteração de papéis) e organizacional (Meleis et al., 2000, p. 18).

Pela complexidade inerente à pessoa, esta, pode vivenciar simultaneamente mais do que uma transição. Cada transição é única e multidimensional (Petronilho, 2013, p. 45).

A construção de uma ostomia implica um processo de transição de tipo saúde-doença (Santos, 2012) e desenvolvimental associada ao envelhecimento e/ou transição para a reforma.

O familiar cuidador experiencia uma transição do tipo situacional pela situação inesperada e pela necessidade de redefinição dos papéis (Schumacher & Meleis, 2010).

Segundo o padrão, são múltiplas mas podem ser simples, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas.

Em termos de propriedades foram descritas a consciencialização, envolvimento e diferença, período de tempo e pontos ou eventos críticos. A consciencialização pressupõe percepção, conhecimento e reconhecimento das mudanças (Meleis et al., 2000, p. 18). Com frequência sintomas como astenia, tosse persistente, perda ponderal acentuada num curto espaço de tempo, rouquidão são desvalorizados e encarados como limitações temporárias. Somente quando associadas ao diagnóstico de cancro da laringe se inicia a consciencialização que pressupõe a percepção, conhecimento e reconhecimento das mudanças que estão a ocorrer (Meleis et al., 2000, p. 18). Apenas com a noção da mudança será possível o envolvimento da pessoa. O envolvimento da pessoa idosa com cancro da laringe é demonstrado pela procura de informação e mudança ativa de hábitos como por exemplo a cessação tabágica. As dimensões de mudança carecem de atenção por parte do enfermeiro, nomeadamente natureza, tempo, percurso, percepção do impacto das mudanças na vida pessoal, familiar e social (Kralik et al., 2006, p. 323). A integração das diferenças no quotidiano pode ter repercussões negativas (Semple et al., 2008, p. 89). Os eventos críticos definem como o acontecimento determina a necessidade de ocorrer uma transição (Meleis et al., 2000, p. 21) como é o exemplo do diagnóstico de cancro da laringe.

Para o familiar cuidador a aquisição do papel de prestador de cuidados é um processo de consciencialização e uma experiência individual (Petronilho, 2010, p. 45).

1.3.2. Condições da transição

No segundo domínio temos condições facilitadoras e inibidoras que podem ser pessoais (significados, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento), da comunidade e sociedade

(Meleis et al., 2000, p. 21). “A pessoa doente e família precisam ser acolhidos e compreendidos a partir da sua história pessoal e social, valores e sentimentos” (Lei 106/2009).

Ao efetuar a avaliação inicial multidimensional, o enfermeiro, terá percepção das condições facilitadoras e inibidoras, como o exemplo do estado civil. Ser casado e ter uma boa relação com a esposa/ marido é considerada como condição facilitadora da transição. Pessoas solteiras, que moram sozinhas ou viúvas estão mais deprimidas e apresentam menor QV pela ausência de redes de apoio (Boer et al., 2006, p. 401; Haisfield - Wolf et al., 2009, p. 113). Um bom relacionamento promove o estabelecimento de uma rede de apoio adequada, sendo essencial para o desenvolvimento, manutenção e fortalecimento das relações (Francis et al., 2011).

Como condição facilitadora, transversal à pessoa e familiar cuidador, temos a preparação e conhecimento que, caso não seja direcionado para as necessidades expressas, poderá ser considerado como condição inibidora. Uma melhor educação promove mais procura de informação, compreensão e eficácia (Boer et al., 2006, p. 402).

Estudos desenvolvidos com o objetivo de perceber as necessidades de informação referidas pela pessoa com CCP demonstram que as áreas essenciais são a informação e educação relativas a implicações físicas, nomeadamente, os cuidados ao estoma, humidificação e aspiração de secreções, manipulação dos materiais e higienização das cânulas (Cabral & Freitas, 2008, p. 85), a capacidade para retomar a atividade laboral (Semple et al., 2008, p. 93), problemas financeiros (Gradauskas et al., 2006, p. 194), suporte emocional e social (Roberts et al., 2008, p. 190), efeitos secundários, tempo de recuperação (Llewellyn, McGurk & Weinman, 2006, p. 728). Para o período pós-operatório as necessidades de educação estão relacionadas com QV um ano após, função a longo prazo (Llewellyn, McGurk & Weinman, 2006, p. 728), sintomas e estilos de vida associados a recidivas (Roberts et al., 2008, p. 190), grupos de apoio, suporte financeiro (Llewellyn et al., 2006, p. 731).

Os grupos de apoio podem ser facilitadores para a pessoa e familiar cuidador uma vez que o contacto com outros ostomizados e ser integrado em redes sociais como a Associação dos Limitados da Voz, são estratégias

consideradas positivas: a pessoa com doença oncológica que passa ou passou por situação idêntica permite à pessoa e familiar cuidador perceber e desmistificar o que é esperado (Patrão & Leal, 2004; Lopes & Pereira, 2005, p. 20).

Para o familiar cuidador, os grupos de apoio permitem ainda contornar a ausência de tempo para as suas necessidades individuais (Jorgensen, Arksey, Parsons & Jacobs, 2009, p. 134). Como necessidades fundamentais para os familiares cuidadores estão descritas a qualidade da informação, apoio psicológico, suporte domiciliário, espiritual e económico, comunicação e autocuidado (Milne & Quinn, 2011, p. 221). Melo, Rua e Santos (2014, p. 151) categorizam as necessidades dos familiares cuidadores em recursos comunitários e sociais, conhecimentos e habilidades sociais, significado pessoal, crenças e atitudes, condições socioeconómicas. O envolvimento do familiar cuidador nas práticas de cuidados passa pela convicção de que poderá, de forma capaz, “cuidar mobilizando afetos, memórias, toque e proximidade, poupando recursos económicos” (Duarte, 2010, p. 168).

Relativamente a condições inibidoras estão descritas as condições socioeconómicas - situação de reforma por doença e pela possibilidade de se tornar dependente financeiramente de um familiar (Nalbadian et al., 2001, p. 338); alteração estética relacionada com presença de ostomia de respiração exposta; alterações da deglutição; secreções em grande quantidade; efeitos secundários dos tratamentos; perda de voz (Semple et al., 2008, p. 88; Kobayashi et al., 2008, p. 1307; Nalbadian et al., 2001, p. 337). A baixa escolaridade está associada a pior QV (Barbosa et al., 2004).

As necessidades manifestadas podem ser condições inibidoras ou facilitadoras relacionadas com o modo como são vivenciadas/ experienciadas, diagnosticadas e satisfeitas ou não (Melo, Rua & Santos, 2014, p. 147). Quando insatisfeitos com a informação recebida, a pessoa e familiar cuidador apresentam elevados níveis de medo, depressão e baixa QV (Semple et al., 2008, p. 88; Llewellyn et al., 2006, p. 727).

1.3.3. Padrões de resposta

Estes indicadores devem transmitir “conhecimentos e capacidades necessários para gerir as novas situações e contextos” (Meleis et al., 2000, p. 26). As transições manifestam-se ao longo do tempo e podem ser identificados padrões de resposta - indicadores de dois tipos: de processo e resultado.

Os indicadores de processo incluem: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e *coping*. Avaliam o modo como está a decorrer e permitem identificar fatores de risco que podem ser trabalhados pelo enfermeiro (Meleis et al., 2000, p. 26). Em termos práticos, a pessoa deverá estar envolvida no plano de cuidados nas várias vertentes de autocuidado à cânula, ostomia de respiração e PF, prevenção de complicações (rolhões), necessidades do aumento do aporte nutricional e ingestão de líquidos. A pessoa idosa pode apresentar limitações fisiológicas decorrentes no envelhecimento ou de patologia – artrite – (Bowles & Readding, 2013; Cabral & Freitas, 2008, p. 85) pelo que pode não conseguir desempenhar algumas tarefas. É importante que a pessoa sinta que tem apoio com várias origens, nomeadamente familiar, amigos, rede social e de saúde. Não implica que não se sinta ligado ou deixe de interagir, sendo através desta interação que os novos comportamentos são integrados e reconhecidos (Petronilho, 2013, p.45).

Relativamente aos indicadores de resultados estes incluem o domínio de novas competências - mestria - e a integração da (nova) identidade. Indicam o modo como a pessoa integrou a mudança na sua vida e alcançou a estabilidade (Meleis et al., 2000, p. 26). No domínio de novas competências estão a capacidade para o autocuidado, resolução de complicações como rolhões e mau funcionamento da PF, tanto para a pessoa como o familiar cuidador, que assume a responsabilidade no domicílio da vigilância, monitorização de sinais de alerta, prestação de cuidados ao estoma, cânula e gestão da terapêutica. A integração fluida da (nova) identidade é um processo moroso e de elevada complexidade e a pessoa idosa pode não ser bem-sucedida pela dificuldade em mudar a sua identidade.

Determinar o início e termo da transição depende de uma multiplicidade de eventos (Petronilho, 2013, p. 45).

1.3.4. Terapêuticas de enfermagem

Como dimensão central na condição humana, a experiência da transição fornece aos enfermeiros estrutura para descrever as necessidades das pessoas e familiares cuidadores (Petronilho, 2013, p. 45). A consciência de que a transição é um processo dinâmico contínuo implica dar atenção às mudanças, monitorizar o desenvolvimento da situação do doente, o que carece de um contexto de cuidados saudável que suporte o contacto frequente entre o enfermeiro, pessoa e familiar cuidador.

É essencial distinguir as necessidades que são expressas, pela pessoa e familiar cuidador, das normativas para o desenvolvimento de intervenções adequadas dirigidas aos processos educacionais e apoio psicossocial tendo em vista o bem-estar e QV após a vivência de cancro (Melo, 2005, p. 54; Araújo, Ribeiro & Pinto, 2007, p. 59).

A chave para a obtenção de resultados é a educação para a saúde (Lopes, 2006, p. 49). O enfermeiro como professor, mentor e facilitador, historicamente é um educador por excelência (Rodrigues et al., 2005; Fisher, 2006, p. 97). Fornecer informação minimiza o impacto, promove o suporte para reduzir a ansiedade e depressão e potencia uma melhor reação da pessoa ao tratamento (Phipps et al., 2003, p. 538). É importante informar e formar o familiar cuidador e organizar o plano de cuidados partilhado (Pinto & Ribeiro, 2006).

O objetivo é preparar a pessoa para o tratamento, aumentar a adesão, desenvolver capacidades de *coping* em relação à doença, promover a recuperação através do desenvolvimento de competências pessoais, para no seu contexto, decidir de forma esclarecida o melhor trajeto para o seu percurso de vida (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005; Washburn & Hornberger, 2008; Boren, Wakefield, Gunlock & Wakefield, 2009, p. 159; Gray & Pack, 2011; Husson, Mols & Poll-Franse, 2011, p. 761), para gerir todo o processo terapêutico e evitar o vazio de apoio social e informação no seu regresso a casa (Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000; Parker et al., 2010; Pastor et al., 2011).

A transição da pessoa idosa com ostomia de respiração constitui um verdadeiro desafio para os enfermeiros pelos cuidados solicitados serem de “grande especificidade, complexidade e exigência” (Lopes, 2006, p. 49).

A enfermagem em Estomaterapia é indispensável, dado que, uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa ostomizada passa pela existência de uma consulta de enfermagem (Santos, 2012; Miranda, 2013).

1.4. Cuidar da pessoa com ostomia

Com origem em 1958, a Estomaterapia está na génese de um programa educacional que culminou na visão de que as necessidades da pessoa com ostomia seriam mais do que meramente cirúrgicas: carecem de “empatia, informação e instrução personalizada no autocuidado”, bem como material adequado (Santos, 2006). A preocupação mundial, progressivamente dedicada a esta área levou ao investimento e desenvolvimento de novos produtos bem como à fundação de associações de apoio à pessoa ostomizada, como a Associação Portuguesa de Ostomizados e Liga dos Ostomizados em Portugal.

O crescente envolvimento por parte dos enfermeiros culminou na criação da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE) em 2005 que representa os enfermeiros que prestam cuidados em Estomaterapia, permitindo o desenvolvimento de competências para uma prática baseada em evidência. Em termos epidemiológicos, segundo dados da APECE, em 2009, em Portugal existiam cerca de doze mil pessoas portadoras de ostomias de todos os tipos. Define-se Estomaterapia como:

Uma área diferenciada de cuidados de saúde, que integram o saber científico - técnico, princípios de relação de ajuda e através da informação, ensino e aconselhamento, permite à Pessoa que irá ou foi submetida a uma ostomia prosseguir a nível pessoal, familiar, profissional e social, com as necessárias “modificações” o mais rápido possível, concretizando objectivos e metas. (APECE, 2010, p. 3)

As primeiras consultas de enfermagem de Estomaterapia ocorreram em 1991 - suporte legal em 1995 do Ministério da Saúde. A consulta de enfermagem oferece respostas às necessidades da pessoa e familiar cuidador “visando a realização de uma avaliação ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima

capacidade de autocuidado” (Diário da República 242 de 20/12/2011; Portaria 306 – A/2011 artigo 2º, alínea G). É uma intervenção autónoma que requer conhecimento, tempo, compreensão e planeamento por parte do enfermeiro, para melhoria da qualidade e assistência prestados e obtenção de resultados positivos na manutenção e recuperação da pessoa submetida a LT (Lima, 2010; Oliveira, 2009).

No decurso da consulta de enfermagem, o enfermeiro deverá identificar as necessidades de cuidados da pessoa idosa, estabelecer prioridades no cuidado, formular diagnósticos de enfermagem e proceder ao planeamento e execução de intervenções, tendo em conta características individuais, sociais e culturais da pessoa idosa e familiar cuidador (Sousa, 2006), elementos importantes para a readaptação funcional, continuidade de cuidados, máximo aproveitamento dos recursos da comunidade, otimização das capacidades para a gestão do regime terapêutico, ensino, instrução e treino da pessoa (OE, 2001).

1.4.1. Consulta de enfermagem no período pré-operatório

O período pré-operatório inicia-se no momento em que é tomada a decisão para a intervenção cirúrgica. Neste período, a prestação de cuidados de enfermagem deverá centrar-se na avaliação inicial, planeamento dos cuidados e implementação das intervenções adaptadas às necessidades (Phipps et al, 2003, p. 526). Um dos objetivos prioritários é o ensino e preparação da pessoa e familiar cuidador (Morais & Seíça, 2012, p.8; Phipps et al., 2003, p. 538).

Na consulta de enfermagem no período pré-operatório, a avaliação inicial da pessoa idosa proposta para LT é efetuada com recurso à colheita de dados subjetivos e objetivos (Morais & Seíça, 2012, p. 8-12; Phipps et al., 2003, p. 530-536). Relativamente aos dados subjetivos deverão ser avaliados: idade (alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento e potenciais complicações); alergias conhecidas; uso de fármacos ou substâncias: tabagismo, álcool, fármacos prescritos e uso de drogas; antecedentes pessoais (doença sistémica ou crónica); sinais e sintomas presentes; antecedentes cirúrgicos (conhecimentos e expectativas); crenças culturais e religiosas;

aspectos psicossociais (ansiedade, situação familiar e financeira, rede social de apoio). Os dados objetivos, segundo os autores, são: peso; sinais vitais; avaliação do estado nutricional; avaliação dos sinais e sintomas de privação alcoólica ou tabágica; avaliação da mobilidade; avaliação da situação neurológica; avaliação de alterações da visão e audição; avaliação de alterações das mucosas e da integridade cutânea.

A avaliação inicial permite o consentimento informado (Lobão, 2003, p. 22; Sousa, 2007, p. 11) e perceber se a pessoa cumpre os pressupostos definidos para o próximo passo na consulta de enfermagem: o ensino (Garretson, 2004, p. 34). Os pressupostos para o ensino são que a pessoa idosa proposta para LT assuma o ensino e que possua habilidades intelectuais para o compreender, habilidades motoras para o fazer, aptidões auditivas e visuais capazes para entender/ observar o ensino e que se estabeleça um canal de comunicação entre o enfermeiro, pessoa e familiar cuidador (Faria & Santos, 2009, p. 12). Em suma, deverão ter disponibilidade e capacidade de aprendizagem (Phipps et al., 2003, p. 538), uma vez que a ansiedade no período pré-operatório é transversal à pessoa e família/ amigos e pode prejudicar a compreensão da informação (Dawson, 2003).

Após a avaliação inicial, o ensino, deve centrar-se em informações que melhorem a familiaridade da pessoa com a intervenção cirúrgica; informações sobre atividade benéfica para a recuperação fisiológica e informação para a prevenção de complicações no período pós-operatório (Phipps et al., 2003, p. 538). Relativo ao procedimento cirúrgico, a primeira abordagem a esta temática é efetuada pelo cirurgião, no entanto, importa explicar anatomia e fisiologia do aparelho respiratório, traqueostomia, informar da possibilidade de contacto com um ostomizado já reabilitado (a pessoa poderá beneficiar ou não desta visita) e fornecer informação escrita (Freeman, 2011; Garretson, 2004, p. 34; Marsico & Marsico, 2010; Phipps et al., 2003, p. 539;).

O passo seguinte passa pelo fornecimento de informação prática relacionada com as rotinas cirúrgicas, nomeadamente: banho, utilização de pijama ou bata hospitalar, jejum, remoção de próteses dentárias ou outras, utilização de meias de contenção nos membros inferiores, local e hora onde se deve dirigir, medicação pré-operatória, rotinas no bloco e unidade pós-

anestésica (Dawson, 2003; Phipps et al., 2003, p. 539). O enfermeiro deverá descrever as alterações esperadas, de um modo sucinto, em termos de alteração da imagem corporal, respiração, comunicação e alimentação (Morais & Seíça, 2012, p. 8).

Em termos de imagem corporal a pessoa deverá ter conhecimento da possibilidade de acordar com drenos, da presença e características do estoma (Mitchell et al., 2012), da cânula que será colocada durante a cirurgia, possibilitando o manuseamento das cânulas de traqueostomia e material associado (Freeman, 2011), nomeadamente filtros, uma vez que a respiração será exclusivamente realizada pela ostomia de respiração (Phipps et al., 2003, p. 539).

A comunicação é um ponto importante do ensino, uma vez que a pessoa perde, de imediato a voz (Phipps et al., 2003, p. 1019). O enfermeiro deverá identificar estratégias alternativas à comunicação verbal no pós-operatório imediato tais como comunicação escrita, não-verbal, mímica labial e gestos (Olias et al., 2004), bem como referir as alternativas vocais após LT e encaminhar para a terapeuta da fala. Em termos de alimentação, o ensino deverá salientar os objetivos da colocação da SNG, nomeadamente, minimizar o risco de contaminação, evitar a infiltração de líquidos através da ferida cirúrgica para a traqueia e administrar alimentação e líquidos. Importa focar que é expectável que seja transitória (retirada ao 7º dia) e que após treino de deglutição poderá retomar a via oral (Phipps et al., 2003, p. 539).

A visita pré-operatória poderá ser efetuada, caso a pessoa o pretenda, tendo em vista reduzir a ansiedade (Lourenço, 2004, p. 26; Melo, Teixeira, Novo & Figueiredo).

Por fim, na consulta de enfermagem no período pré-operatório, importa efetuar os registos de enfermagem para a continuidade de cuidados de enfermagem e comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar. Das necessidades identificadas e as expressas na consulta de enfermagem, o enfermeiro deverá solicitar o apoio da restante equipa multidisciplinar caso considere necessário, particularmente da terapeuta da fala e nutricionista (Dawson, 2003; Parker et al., 2010; Pastor et al., 2011).

1.4.2. Consulta de enfermagem no período pós-operatório

Para o período pós-operatório imediato as principais intervenções de enfermagem à pessoa com traqueostomia são a correta humidificação das vias aéreas, aspiração de secreções, limpeza da cânula interna, cuidados ao estoma, manutenção do *cuff*, deglutição, nutrição e hidratação, comunicação e descanulação e, para a pessoa idosa, prevenir as consequências da hospitalização (Sales, Silva, Gil Jr & Filho, 2010).

A hospitalização é um momento delicado onde ocorre frequentemente declínio funcional, incapacidade provocada por agudização do quadro clínico e sintomatologia, progressão inevitável da doença e imobilidade afetando negativamente a QV (Naylor et al., 2004; Wheeler & Waterhouse, 2006; Sales, Silva, Gil Jr. & Filho, 2010). As alterações associadas ao envelhecimento normativo, prevalência de doença crônica e alterações na farmacodinâmica, são fatores de importante relevo para o enfermeiro que presta cuidados à pessoa idosa neste período (Phipps et al., 2003, p. 614).

Em termos de orientação para a alta, a pessoa carece de estar capacitada para o autocuidado e, caso não seja possível, assegurar que o familiar cuidador o substitua. A preparação para a alta é iniciada no período pré-operatório aquando o acolhimento (Morais & Seíça, 2012, p. 10).

Idealmente o acompanhamento deve ser mantido pelo enfermeiro que fez a consulta no pré-operatório e deverá incidir nas seguintes áreas: respiração, sono e repouso, comunicação, alimentação, mobilização do pescoço, higiene pessoal e autocuidado (Freeman, 2011, p. 51; Moraes & Seíça, 2012, p. 10; Phipps et al., 2003, p. 614; Russell, 2005; Silva et al., 2002).

Relativamente à respiração, o enfermeiro deve efetuar o ensino da tosse eficaz - aquando a expiração inclinar o corpo para a frente – reforçar a importância da utilização de filtro de proteção e a substituição da cânula.

O sono e repouso são influenciados pela permeabilidade das vias aéreas pelo que, deverá manter a cabeceira elevada a 30° (Freeman, 2011, p. 51; Phipps et al., 2003, p. 614).

Na área da comunicação, para além do reforço dos aspetos mencionados no período pré-operatório, neste período existe a possibilidade da presença de uma PF que carece de cuidados.

Em termos de alimentação os aspetos a ensinar estão relacionados com os cuidados com a SNG, manipulação, preparação de alimentos e reforço hídrico (Russell, 2005, p. 428).

A mobilização do ombro, quando é realizado EGC pode estar comprometida e alguns movimentos do pescoço devem ser evitados (Faria & Santos, 2010, p. 14; Phipps et al., 2003, p. 614).

Por fim a higiene pessoal e o autocuidado. O enfermeiro deverá explicar como proceder para efetuar a limpeza do traqueostoma, cânula, PF e prestar cuidados ao estoma.

Sucintamente, deverá começar por preparar todo o material necessário (pensos/filtros, cânula, nastro, lenços de papel, água, sabonete de pH neutro, penso protetor, escovilhão para limpeza das cânulas, escovilhão para limpeza da PF e um recipiente), lavar as mãos, tossir para eliminar as secreções, limpar o traqueostoma de dentro para fora, recorrendo ao lenço de papel ou compressa humedecida em água e sabonete para remover as secreções ressequidas em torno do estoma, depois secar o traqueostoma e a pele com movimentos suaves, sem esfregar (Faria & Santos, 2010, p. 17; Freeman, 2011; Marsico & Marsico, 2010, p. 24; Morais & Seíça, 2012, p. 11). Neste momento deverá observar atentamente o tamanho do estoma, pele e posição da PF – quando presente – proceder à limpeza da mesma introduzindo o escovilhão no orifício e, com movimentos circulares, introduzir e retirar. É importante que a PF fique bem posicionada com o espigão para baixo. De seguida, os cuidados à pele do estoma. A pessoa deverá aplicar uma pequena camada de creme hidratante em torno do traqueostoma e proceder à limpeza da cânula de traqueostomia (se ainda utilizar) que deverá colocar dentro do recipiente com água morna e sabão – em caso secreções aderentes poderá adicionar água oxigenada.

Antes de colocar a cânula, deve estar bem seca e com a proteção/ filtro colocado, depois deverá elevar ligeiramente o pescoço e introduzir num movimento único e fixar de seguida (Faria & Santos, 2010, p. 17; Freeman,

2011; Marsico & Marsico, 2010, p. 24; Morais & Seïça, 2012, p. 11, Russell, 2005, p. 432; Silva et al., 2002).

Uma das necessidades mencionadas, transversais à pessoa e ao familiar cuidador, são os recursos na comunidade. Para a pessoa ostomizada a legislação específica está contemplada no Despacho 25/95 do Ministério da Saúde, publicado no Diário da República, II Série, nº 213 de 14/09/1995 relativo à comparticipação de materiais de ostomia fixada pelo Despacho nº 11/90 publicado em Diário da República, II série, nº 159 de 12/07/90. Segundo a Secretaria Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (1997), a pessoa ostomizada é considerada como “pessoa com deficiência”, dentro dos parâmetros do OMS e pela Lei nº 9/89 de 2 Maio e tem acesso a condições especiais na compra de veículos automóveis e habitação. Para além de ostomizados, estas pessoas são doentes oncológicos e encontram-se isentos de taxas moderadoras – Lei de Bases (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) com as alterações do Decreto de Lei nº 287/95 de 30 de Outubro.

Na primeira consulta de enfermagem após alta o enfermeiro deverá acolher a pessoa e familiar cuidador, proceder à identificação dos diagnósticos de enfermagem, complicações e necessidades manifestadas pela pessoa e familiar cuidador e planeamento das intervenções de enfermagem.

Nesta consulta é importante proceder à atualização dos diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem identificados na consulta de enfermagem do período pré-operatório ou que tenham sido sinalizados. Importa avaliar dados subjetivos e objetivos, comparar com os anteriores; reforçar e validar ensinamentos, instruções, treinos anteriormente descritos; relembrar a importância da adesão, consultas, tratamentos, terapia da fala; encaminhar para consulta seguinte ou para a equipa multidisciplinar; efetuar registo de observação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e familiar cuidador em impresso próprio disponível para a restante equipa multidisciplinar; definir critérios e agendar consulta seguinte (Morais & Seïça, 2012, p. 11, Phipps et al., 2003; Russell, 2005, p. 432; Silva et al., 2002).

2. METODOLOGIA

2.1. Enquadramento do local de estágio

O estágio decorreu no serviço de Consulta Externa de ORL de um Hospital, de 27 de Outubro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015, sob a orientação de uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa.

Em termos físicos, o serviço de ORL funciona em três pisos interdependentes: no piso 3, decorrem consultas clínicas e de reabilitação (terapia da fala e terapia vestibular), e a realização de exames complementares de diagnóstico específico na área de ORL; no piso 4, situa-se o bloco operatório, recobro e ambulatório com lotação de dez camas; no piso 5, o internamento de utentes em pós-operatório tardio e/ ou com patologia oncológica cabeça e pescoço, provenientes da consulta externa, recobro anestésico/ serviço medicina intensiva ou urgência de ORL, lotação de 21 camas distribuídas por 5 enfermarias e um quarto de isolamento.

A equipa multidisciplinar é constituída por 1 diretor de serviço, 34 médicos, 5 terapeutas da fala, 1 terapeuta vestibular, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 dietista, 9 administrativos e 6 técnicos exames complementares de diagnóstico, a equipa de enfermagem dos pisos 3 e 4 constituída por 1 enfermeira-chefe e 22 elementos, do piso 5 constituída por 1 enfermeiro-chefe e 15 elementos. A consulta externa funciona entre as 8h e as 19h nos dias úteis. A equipa de enfermagem - constituída por dois elementos fixos - tem, um gabinete atribuído em que é efetuados o agendamento de procedimentos e consulta de enfermagem de cirurgia de ambulatório.

2.2. Identificação e caracterização da problemática

A realidade do Serviço de ORL do Hospital onde foi desenvolvido o estágio era a ausência de organização dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa e familiar cuidador a partir do momento em que era diagnosticado cancro da

laringe e efetuada a proposta terapêutica que incluía a realização de LT com ostomia de respiração definitiva.

Entre 2013 e 2014 havia registo de 16 pessoas idosas submetidas a LT no Serviço de ORL (últimos dados disponíveis em 02/03/2015, obtidos no Hospital). Para além destes casos, havia situações de internamento/acompanhamento de pessoas idosas que não tinham sido intervencionadas na instituição, nomeadamente: evacuados dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ou provenientes de outras zonas do país para internamento por agravamento do estado geral; data de cirurgia anterior ao período de tempo descrito que recorreram ao hospital por recidivas, complicações, necessidade de material, incompetência/ colonização/ mau funcionamento da PF. Em 2014, 98 pessoas (91 homens e 7 mulheres) com idades compreendidas entre [42;86], 53 indivíduos (54%) com idade igual ou superior a 65 anos recorreram à Consulta Externa de ORL para substituição da PF.

Desde que era transmitido o diagnóstico até ao internamento para cirurgia, não existia qualquer contacto entre a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar com a pessoa idosa com cancro de laringe e familiar cuidador. A transmissão de toda a informação era feita exclusivamente pelo médico na consulta - em que era comunicado o diagnóstico e tratamento proposto - e o contacto telefónico, em que era comunicada a data da cirurgia e condições necessárias para a mesma (por exemplo jejum e local onde se deveriam dirigir), efetuado pela administrativa do serviço, sendo que o primeiro contacto com a equipa de enfermagem ocorria no momento da admissão para a cirurgia. No período pós-operatório, ao longo do internamento, a equipa de enfermagem era responsável pela educação para a saúde e após a alta, a pessoa idosa com ostomia de respiração era seguida em consulta médica e terapia da fala.

As pessoas deslocavam-se com frequência, indiscriminadamente, ao serviço de ORL (Consulta Externa, Internamento, Recobro e Urgência) onde os enfermeiros acabavam por os receber, a pedido dos próprios, ou apenas com referência verbal do médico, frequentemente sem acesso a qualquer informação clínica e/ou registos de cuidados prestados num momento anterior. As principais dúvidas/ questões estavam relacionadas com a adaptação, complicações, necessidade de material de ostomia, material desadequado,

desconhecimento de recursos sociais disponíveis e essencialmente procuravam apoio em termos de cuidados de enfermagem por insegurança ou motivadas por alterações que ocorreram após a alta. A equipa de enfermagem referiu que a sua intervenção era isolada, pontual, sem registos, sem abordagem em equipa e sem agendamento, muitas vezes com pouco tempo disponível. A falta de um planeamento de cuidados provocava na equipa sentimentos de insegurança e desmotivação.

A problemática estava na ausência de organização para o acompanhamento estruturado e programado à pessoa idosa e familiar cuidador desde o diagnóstico até ao regresso e permanência no seu domicílio, que dê resposta às necessidades manifestadas. Outra situação em destaque são as deslocações frequentes ao hospital que acarretavam, para muitos idosos, despesas em transportes, difíceis de comportar - tendo em conta que a maioria não se deslocava sozinha o que duplicava as despesas - traduzindo um esforço e sacrifício acrescidos.

O desenvolvimento deste projeto foi efetuado no decurso do estágio sendo o local - Consulta Externa de ORL. Após o levantamento das necessidades ainda na fase de projeto, foi realizada uma abordagem às equipas no sentido de apurar as perceções e sugestões para o projeto e perceber qual a viabilidade e adesão, recorrendo a uma entrevista não estruturada à enfermeira chefe e enfermeira orientadora individualmente e, posteriormente, à restante equipa multidisciplinar aproveitando momentos como passagem de turno e reuniões multidisciplinares do serviço. Foi utilizado como um recurso/ferramenta de gestão e planeamento análise SWOT (Apêndice I) para identificar e precaver dificuldades no decurso do estágio, porque a Enfermagem “é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais” (Benner, 2001, p. 55). Este projeto espelha uma decisão unânime da enfermeira chefe, enfermeira orientadora do local de estágio e equipa multidisciplinar. Importa salientar que todo este processo dinâmico e flexível pressupõe o trabalho em grupo, onde todos os intervenientes são envolvidos no seu planeamento e implementação de uma intervenção que deve

ser devidamente fundamentada, para o desenvolvimento de capacidades pessoais, possíveis na concretização de projetos em situações reais da prática (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 14).

2.3. Finalidade e objetivos do projeto

O desenvolvimento deste projeto de intervenção no contexto da prática de cuidados teve por finalidade promover a melhoria da transição saúde/ doença da pessoa idosa com diagnóstico de cancro da laringe, no contexto de Consulta Externa de ORL.

Foi estabelecido como objetivo geral: organizar e implementar a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia no contexto de Consulta Externa de ORL.

Os objetivos específicos são:

1. Aprofundar conhecimentos e experiências relativos à organização dos cuidados de enfermagem de Estomaterapia para a pessoa idosa ostomizada e familiar cuidador;
2. Envolver e dinamizar a equipa multidisciplinar para o desenvolvimento do projeto;
3. Elaborar impressos de registo e instrumentos de educação para o normal funcionamento da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia;
4. Realização efetiva da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia.

Os participantes foram definidos de modo a que fosse viável uma resposta à problemática de partida para este projeto. Assim, a população deste projeto inclui:

- Pessoas com diagnóstico de cancro da laringe com idade superior a 65 anos, cujo tratamento proposto incluía a LT como tratamento cirúrgico, e familiar cuidador;
- Pessoas a quem fosse possível efetuar consulta de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório (no mínimo com a realização da primeira consulta de pós-operatório, 8 dias após alta);
- Pessoas que aceitassem participar no projeto (consentimento informado).

2.4. Procedimentos éticos

Foi formalizado o pedido de autorização do projeto à Direção de Enfermagem e Comissão de Ética do Hospital.

No consentimento informado (Apêndice II) foi explicitada a natureza do projeto, finalidade e os objetivos, com o cuidado de reforçar o consentimento livre e esclarecido, caráter voluntário de participação e a possibilidade de recusar em qualquer momento. O documento estava preparado para a possibilidade de casos de analfabetismo. Foi entregue aos participantes do projeto imediatamente no início da consulta de enfermagem.

A participação no projeto não resultou de qualquer tipo de incentivo ou hipotético prejuízo e a confidencialidade dos dados recolhidos ao abrigo da Lei de Proteção de dados pessoais nº 67/98.

2.5. Planeamento das atividades

Como parte essencial para a concretização dos resultados pretendidos, o planeamento foi realizado tendo por base os objetivos, atividades, estratégias, recurso humanos e materiais, constituindo-se uma importante ferramenta ao longo do percurso efetuado. Importa salientar que foram necessários ajustes ao planeamento inicial, encarados como aprendizagem e que contribuíram para o desenvolvimento de competências.

Objetivo específico 1: Aprofundar conhecimentos e experiências relativos à organização dos cuidados de enfermagem de Estomaterapia para a pessoa idosa ostomizada e familiar cuidador.

Atividades desenvolvidas:

- Estágios clínicos;
- Pesquisa bibliográfica;
- Realização de estudo de caso (Apêndice XI).

Objetivo específico 2: Envolver e dinamizar a equipa multidisciplinar para o desenvolvimento do projeto.

Atividades desenvolvidas:

- Apresentação do projeto ao Diretor de Serviço e Enfermeira – Chefe;
- Envio do projeto para a Direção de Enfermagem e Comissão de Ética;
- Agendamento e divulgação da sessão de apresentação do projeto para a equipa multidisciplinar;
- Realização da sessão.

Objetivo específico 3: Elaborar impressos de registo e instrumentos de educação para o normal funcionamento da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia.

Atividades desenvolvidas:

- Pesquisa bibliográfica;
- Consulta de documentos elaborados em outras instituições;
- Elaboração de guião para a consulta de enfermagem (Apêndice III);
- Elaboração dos impressos de registo da consulta de enfermagem de Estomaterapia: Consentimento Informado (Apêndice II), Registo novos casos (Apêndice IV), Colheita de dados (Apêndice V), Contacto com outros ostomizados (Apêndice VI), Consulta de enfermagem após alta hospitalar (Apêndice VII), Acompanhamento telefónico 24h após alta (Apêndice VIII);
- Elaboração de instrumentos educação: guia de ensino “Laringectomia Total: como superar o desafio” (Apêndice IX), boletim individual “Boletim do Ostomizado” (Apêndice X);
- Elaboração de logotipo;
- Constituição de *kit* de material de ostomias de respiração e SNG para demonstração e manipulação;
- Organização de visita pré-operatória;
- Angariar colaboração por parte de outros ostomizados já reabilitados;
- Identificação de dificuldades e elementos facilitadores da implementação da consulta de enfermagem;

- Levantamento dos recursos materiais necessários;
- Apresentação à equipa multidisciplinar do trabalho elaborado, data prevista de início da consulta de enfermagem e circuito da pessoa e familiar cuidador;
- Realização de ajustes nos instrumentos elaborados.

Objetivo específico 4: Realizar a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia.

Atividades desenvolvidas:

- Consulta de Enfermagem no período pré-operatório:
 - ✓ Acolhimento da pessoa e familiar cuidador;
 - ✓ Registo da colheita de dados e avaliação multidimensional;
 - ✓ Explicar a anatomia e fisiologia do aparelho respiratório;
 - ✓ Explicar em que consiste a cirurgia, estoma e pós-operatório imediato (imagem corporal, respiração, comunicação, alimentação);
 - ✓ Fornecer guia de ensino e boletim individual com contactos do serviço;
 - ✓ Informar da existência de pessoas submetidas a LT e agendar contacto com outros ostomizados caso a pessoa o pretenda;
 - ✓ Mobilizar o familiar cuidador;
 - ✓ Efetuar registo de observação;
 - ✓ Encaminhamento para outros profissionais na equipa multidisciplinar, quando necessário;
 - ✓ Informar acerca dos recursos existentes na comunidade;
 - ✓ Realizar visita pré-operatória.

- Primeira consulta de enfermagem de seguimento após alta hospitalar:
 - ✓ Acolhimento da pessoa e familiar cuidador;
 - ✓ Atualizar diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem identificados em consulta anterior ou que tenham sido sinalizados;
 - ✓ Efetuar registo de observação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e familiar cuidador;

- ✓ Avaliar parâmetros vitais e peso corporal;
 - ✓ Reforçar e validar ensinamentos, instruções, treinamentos;
 - ✓ Relembrar a importância da adesão;
 - ✓ Validar a utilização dos recursos existentes na comunidade;
 - ✓ Encaminhamento para consulta seguinte ou para a equipa multidisciplinar;
 - ✓ Definir critérios e agendar consulta seguinte.
- ☐ Consultas de enfermagem seguintes:
- ✓ Atividades comuns à primeira consulta.
 - ✓ Atualização dos diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades manifestadas pela pessoa e familiar cuidador.

2.6. Execução e avaliação

Nesta fase são esperados resultados positivos de aquisição de competências e aprendizagem para a resolução de problemas. Seguidamente a análise sucinta das atividades desenvolvidas em cada objetivo específico proposto e indicadores de avaliação.

Objetivo específico 1: Aprofundar conhecimentos e experiências relativos à organização dos cuidados de enfermagem de Estomaterapia para a pessoa idosa ostomizada e familiar cuidador.

Este objetivo decorreu da necessidade de perceber o desenvolvimento e organização da consulta de enfermagem de Estomaterapia. Para tal uma das atividades foi a realização de um estágio em contexto de boas práticas. O estágio decorreu de 13 a 23 de Outubro, no serviço de Consulta Externa, sob a orientação de uma enfermeira especialista. Neste local encontra-se em funcionamento uma consulta de enfermagem de *follow-up* na área da Estomaterapia, direcionada para pessoas com ostomias de eliminação (digestivas e urinárias), respiração e alimentares no período pós-operatório. A equipa providencia ainda apoio interno, quando solicitado. Constituída por uma

enfermeira coordenadora e dois elementos responsáveis, um elemento corresponsável e elementos de referência (um por cada equipa dos serviços) para garantir a continuidade de cuidados, no total de 15 elementos. Foi possível estar presente em 17 consultas, com média de idades nos 72,2 anos, a estratégia adotada procurou ir ao encontro ao objetivo definido.

As aprendizagens neste local de estágio demonstraram-se fundamentais aliados para a mudança e desenvolvimento de competências essenciais nas áreas da investigação, avaliação multidimensional da pessoa idosa, envolvimento do familiar cuidador, principais necessidades, estratégias de resolução de problemas, gestão e organização de cuidados de enfermagem. A pesquisa bibliográfica constituiu-se como ferramenta essencial para a contextualização da problemática, guia e sustentação para uma intervenção especializada na área da pessoa idosa, construção do enquadramento teórico como base do trabalho desenvolvido, consecução dos objetivos do estágio e do projeto, sendo transversal a todo o percurso.

A realização do estudo de caso permitiu aliar a componente teórica com a prática como se preconiza na prática baseada em evidência em enfermagem.

Como indicadores de avaliação que validam a concretização do objetivo:

- Estágio realizado;
- Pesquisa bibliográfica transversal efetuada;
- Estudo de caso.

Objetivo específico 2: Envolver e dinamizar a equipa multidisciplinar para o desenvolvimento do projeto.

Este objetivo estava relacionado com a importância de trabalhar em equipa multidisciplinar na abordagem à pessoa idosa ostomizada e familiar cuidador em processo de transição. Assim, procedeu-se à apresentação do projeto em reunião com o Diretor de Serviço e Enfermeira Chefe e, após o parecer positivo destes foi enviado o projeto para a Direção de Enfermagem e Comissão de Ética. Após a aprovação, na reunião de serviço realizada semanalmente, foi efetuada uma sessão de apresentação do projeto para a equipa multidisciplinar. No final da sessão foi opinião unânime da equipa a pertinência

do projeto e a sua aplicabilidade como estratégia para resolução da problemática. Foram recebidas sugestões para rentabilizar e implementar a consulta de enfermagem, bem como para facilitar a referenciação, atuação e comunicação entre os vários elementos da equipa.

Como indicadores de avaliação para este objetivo:

- Projeto validado por parte da orientadora,
- Envio para a Direção de Enfermagem e Comissão de Ética;
- Aprovação por parte da Direção de Enfermagem e Comissão de Ética;
- Plano da sessão divulgado no serviço;
- Realizada sessão;
- Discutida problemática e pertinência do desenvolvimento do projeto com adesão e compromisso por parte da equipa multidisciplinar.

Como apreciação final, foi positiva a realização da sessão, dado que, permitiu clarificar o meu papel como estudante, envolver, angariar colaboração e disponibilidade da equipa multidisciplinar. O projeto foi bem aceite pela equipa, que propôs alterações para enriquecer e valorizar o trabalho a ser desenvolvido e se disponibilizou para dar continuidade ao projeto após o final do estágio.

Objetivo específico 3: Elaborar impressos de registo e instrumentos de educação para o normal funcionamento da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia.

O passo seguinte passou pela organização e planeamento propriamente dito da consulta de enfermagem de Estomaterapia de modo a uniformizar informação fornecida, registos e procedimentos. Para a consecução deste objetivo foram consultados documentos em utilização em outras instituições, pesquisa bibliográfica tendo em conta a teórica que guia conceitualmente este trabalho e a realidade da instituição e do serviço. Foram elaborados os impressos de registo, instrumentos de educação, constituído um *kit* de material para possibilitar a demonstração e manipulação dos materiais (cânula de traqueostomia da marca mais utilizada no serviço, fita de fixação, filtros,

protetor de estoma, lenços, PF, SNG e seringa de alimentação), guião da consulta como parte integrante do processo de enfermagem e o logotipo.

Foi efetuado o pedido para realização da visita pré-operatória aos pisos 4 e 5 do serviço de ORL, que foi autorizada desde que não interferisse no normal funcionamento do serviço. Para permitir o contacto com outros ostomizados foram convidadas pessoas ostomizadas reabilitados que se disponibilizaram voluntariamente a deslocarem-se ao serviço, sem qualquer compensação, mesmo aos fins-de-semana, bem como os familiares cuidadores.

Após apresentação à equipa, foram efetuados ajustes aos impressos de registo e instrumentos elaborados. A atividade de identificação de dificuldades e elementos facilitadores teve por finalidade identificar aspetos que pudessem colocar entraves à implementação do projeto e permitir contornar essas dificuldades, dado que, a sua implementação iria interferir nas dinâmicas da Consulta Externa. Como elementos facilitadores importa salientar o interesse, motivação e a adesão por parte da equipa multidisciplinar e o facto de o gabinete já se encontrar equipado. As dificuldades estão relacionadas com o facto de ser um projeto que vai necessitar de tempo, disponibilidade e comunicação multidisciplinar eficaz, sendo suscetível ocorrer alguma falha.

A pesquisa, construção, elaboração e organização dos recursos materiais e humanos para o desenvolvimento da consulta de enfermagem propriamente dita constituiu-se como um meio de aprendizagem trabalhoso e que necessitou grande dedicação.

Como indicadores de avaliação para este objetivo:

- Elaborados os impressos de registo e instrumentos de educação;
- Ostomizados reabilitados contactados e disponíveis;
- Constituído *kit* de material;
- Autorizada visita pré-operatória;
- Plano da sessão divulgada no serviço;
- Identificadas dificuldades e elementos facilitadores;
- Apresentação da sessão com recurso a ferramenta informática;
- Efetuados ajustes dos impressos de registo e instrumentos elaborados.

Objetivo específico 4: Realização efetiva da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia.

Após proceder a toda a organização e fundamentação da consulta de enfermagem, sua importância e pertinência para a pessoa ostomizada, familiar cuidador e equipa multidisciplinar, para atingir a finalidade de promover a melhoria da transição saúde/ doença, foi importante delinear este objetivo específico enquanto dinamizadora do projeto e da equipa.

As atividades necessárias à consecução deste objetivo passaram pela realização efetiva da consulta de enfermagem no período pré-operatório que se iniciou com a apresentação do enfermeiro, explicação com linguagem adequada a finalidade do projeto e entrega do consentimento informado; acolhimento da pessoa e familiar cuidador; avaliação e registo dos parâmetros vitais e peso corporal; explicação da anatomia e fisiologia do aparelho respiratório, em que consiste a cirurgia, ostomia e pós-operatório imediato; explicação dos conteúdos incluídos no guia de ensino e importância do boletim individual; disponibilizado guia de ensino e boletim individual à pessoa; informada da existência de pessoas submetidas a LT e colocada a possibilidade de agendamento de contacto com outros ostomizados caso a pessoa idosa e familiar cuidador; mobilizado familiar cuidador; efetuado registo de observação; encaminhamento para outros profissionais na equipa multidisciplinar, se necessário; informados acerca dos recursos existentes na comunidade; realizada visita pré-operatória.

Após alta hospitalar, na primeira consulta de enfermagem de seguimento, foi efetuado o acolhimento da pessoa e familiar cuidador; atualizados diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem identificados na consulta anterior e que tenham sido sinalizados pela equipa; efetuado registo de observação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa e familiar cuidador; avaliados parâmetros vitais e peso corporal; efetuado reforço e validados ensinamentos, instruções, treinamentos; lembrada a importância da adesão, consultas, tratamentos, terapia da fala e validada a utilização dos recursos existentes na comunidade. Por fim, procedeu-se ao agendamento da consulta seguinte mediante avaliação do enfermeiro e o que tinha sido definido em

equipa. Nas consultas de enfermagem seguintes as atividades a desenvolver deverão ser semelhantes às da primeira consulta sendo fundamental a atualização dos diagnósticos de enfermagem e adequação às necessidades manifestadas pela pessoa e familiar cuidador.

Como indicadores de avaliação para este objetivo temos a realização e implementação efetiva da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia e continuidade da consulta após o final do estágio.

2.7. Competências desenvolvidas

A troca de ideias e experiências, aprender a ouvir, aquisição e procura de novos conhecimentos para e ao longo do projeto, foi importante para o crescimento e desenvolvimento pessoal e da equipa. A pesquisa bibliográfica, conhecimentos e competências desenvolvidas nas áreas da investigação, gestão e motivação da equipa constituíram-se como ferramentas essenciais.

Realce para a melhoria contínua da qualidade onde surgiram dificuldades relacionadas com a avaliação multidimensional, por desconhecimento das escalas e atribuição de significado aos scores obtidos. Com a melhoria da qualidade, a ocorrência de problemas no domicílio e o sentimento de desamparo na transição vivenciada poderão ser antecipados com diminuição do impacto do cancro da laringe para a pessoa idosa e familiar cuidador. É fundamental desenvolver estratégias para uma melhoria contínua de cuidados porque a transição é inevitável.

A Estomaterapia tem como centro do processo a pessoa com ostomia, pelo que prática educativa deve ser feita numa relação de diálogo, promovendo a partilha de vivências e a troca de saberes para promover a “modificação, ampliação ou renovação do repertório das estratégias para a pessoa” como parte integrante da sociedade, identidade e cultura próprias, de uma família (Mota, 2012, p. 3). A representação da doença para a pessoa e para o profissional de saúde são distintas. A oportunidade de partilha de experiências por parte de ostomizados já reabilitados constituiu-se como um passo importante para a pessoa idosa e familiar cuidador. A formação especializada

de enfermeiros na área da pessoa idosa deve ser fortalecida e alargada, uma vez que a experiência de trabalho tem precedido a formação.

No domínio da gestão de cuidados, enquanto dinamizadora do projeto, foi importante a otimização do processo de cuidados e do trabalho em equipa, com uma sólida base de investigação e prática baseada em evidência. Incluir todos os elementos da equipa multidisciplinar foi um passo fulcral para a motivação bem como para a criação de um momento de partilha de experiências, opiniões e ideias. É fundamental que, enquanto enfermeira especialista seja parte ativa na tomada de decisões de índole multiprofissional.

O domínio das competências de desenvolvimento de aprendizagens profissionais, vai muito além de competências técnico-científicas: carece de autoconhecimento, saber gerir sentimentos e emoções, ter noção dos limites pessoais, como reagir em situações inesperadas em que os valores são colocados em causa. Como motivar alguém quando não acreditamos no que estamos a dizer? Cuidar a pessoa idosa ostomizada é um desafio exigente do ponto de vista de prática baseada em evidência pela soma das especificidades do envelhecimento normativo à presença de ostomia de respiração. Foi importante investir em formação na área da Estomaterapia ao longo do estágio e transmitir os contributos à equipa.

Por fim, como contributos importantes, gostaria de destacar a realização de estudo de caso e as orientações tutoriais em sala de aula e em contexto do estágio. A elaboração do estudo de caso permitiu operacionalizar os conhecimentos adquiridos na avaliação multidimensional e prestação de cuidados individualizados à pessoa idosa com ostomia de respiração e as orientações tutoriais momentos formativos estimulantes, importantes para desmistificar receios mas também para lançar desafios.

3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES

Como limitações para o projeto, importa referir a fusão dos serviços de ORL após a realização do projeto inicial e antes do estágio. Para além das necessidades de integração e adequação à nova equipa multidisciplinar, a problemática inicial manteve-se e, se possível, agravou-se pelo aumento do número de pessoas.

De referir a dificuldade em separar os papéis de profissional e de estudante, pela equipa, pelas pessoas e por vezes por mim, o que veio a revelar-se como um importante contributo no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Devo confessar que foi um obstáculo difícil de transpor, solucionado com recurso à reflexão e perseverança.

A adesão da equipa multidisciplinar, que reconheceu a pertinência do projeto e o facto da orientadora do local de estágio ser especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica – vertente Pessoa Idosa constituíram-se como aspetos facilitadores. As mudanças para a prática foram notórias para a equipa multidisciplinar pela participação em todo o processo de desenvolvimento e implementação da consulta, bem como para os destinatários do projeto.

Espero que este projeto tenha sucesso e continuidade para uma melhoria contínua de cuidados, satisfação para todos os profissionais envolvidos e para a pessoa idosa/ familiar cuidador pela intervenção na transição vivenciada.

Para o futuro recomenda-se um maior investimento na área da pesquisa e partilha de informação, especificamente na área da pessoa idosa com ostomia de respiração, em termos das suas necessidades, recursos na comunidade e uniformização das discrepâncias no fornecimento de materiais. Outra sugestão é a melhoria da comunicação entre o Hospital e a comunidade, de modo a que a pessoa possa estar e sentir-se protegida.

O local de estágio que, à partida, por estar inserido no serviço onde desempenho funções se poderia pensar que teria pouco a contribuir, revelou-se como ambiente propício e enriquecedor para o desenvolvimento de competências, adaptação e flexibilidade.

4. CONCLUSÕES

O envelhecimento populacional mundial contribui para o incremento de novos fenómenos de doença e problemas sociais. As alterações e implicações decorrentes do processo de envelhecimento para a pessoa na capacidade funcional e cognitiva carecem de profissionais que se adaptem à mudança e que sejam capazes de basear a sua prática em evidência. “ (...) o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se (...) componentes essenciais a um cuidar de qualidade.” (Hesbeen, 2001, p. 43).

Foi fundamental o desenvolvimento de competências pessoais na avaliação multidimensional da pessoa idosa e ter atenção, enquanto enfermeira especialista perita na área da saúde da pessoa idosa, à soma dos condicionalismos com o diagnóstico de cancro da laringe, “agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p. 58). A organização e implementação da consulta de enfermagem como estratégia para dar resposta à problemática inicial conduziu ainda à necessidade de desenvolvimento de competências específicas na área da Estomaterapia.

A grande vantagem da Teoria das Transições de Meleis enquanto guia concetual deste projeto foi que permitiu o foco de atenção no doente enquanto pessoa e não enquanto objeto dos nossos cuidados, com voz e poder de decisão. O acompanhamento em consulta de enfermagem de Estomaterapia diminuirá a aprendizagem que estas pessoas e familiar cuidador fazem por tentativa/ erro e a insegurança que acarreta, permitindo uma noção realista das dificuldades e um envolvimento eficaz no processo de transição.

Apesar das limitações e obstáculos este foi um percurso recompensador, dinâmico e desafiante. Considero ter alcançado os objetivos propostos relativos ao desenvolvimento deste relatório e do projeto de estágio. Segundo a opinião da enfermeira orientadora no local de estágio o percurso desenvolvido foi positivo (Anexo I).

BIBLIOGRAFIA

- Agrawal, N. & Goldenberg, D. (2008). Primary and salvage total laryngectomy. *Otolaryngology. Clinics of North America*, 41, 77 -780.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Barbosa, L.; Santos, D.; Amaral, M.; Gonçalves, A. & Bruscato, W. (2004). Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7 (1). ISSN: 1516-0858.
- Barnett, M. (2012). Back to basics: Caring for people with a tracheostomy. *Nursing & Residential Care*, 14 (8), 390-394.
- Behlau, M. (2005). *Voz: O livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Boer, M. F., Brink, J., Hop, W. C., Moorman, P. W., Pruyn, J. F. A. & Verwoerd, C. D. A. (2006). Quality of life during the first 3 months following discharge after surgery for head and neck cancer: Prospective evaluation. *The Journal of Otolaryngology*, 35(6), 395-403.
- Boren, S., Wakefield, B. J., Gunlock, T. L., & Wakefield, D. S. (2009). Heart failure self-management education: a systematic review of the evidence. *Journal Evidence Based Health* , 7, 159-168.
- Botelho, M. A. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos*. Porto: Laboratório Bial.

- Bowles, T., & Readding, L. (2013). Caring for people with arthritis and a stoma. *British Journal Of Nursing*, 22(16), 14 - 17.
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes*. Cambridge: Da Capo Press.
- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado – uma teoria explicativa*. Doutorado em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Burch, J. (2006). Caring for the older ostomate: an update. *Nursing & Residential Care*, 8 (3), 117-120.
- Buzaid, A., Lima, C. & Maluf, F. (2010). *Mini-Moc, pocket book do manual de oncologia clínica do Brasil*, 175-178. Brasil: Déndrix.
- Cabral, I. E. & Freitas, A. A. (2008). O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 12 (1), 84-89.
- Caçador, M., Adónis, C., Pacheco, R., Estibeiro, H. & Olias, J. (2004). Qualidade de vida no tratamento conservador da laringe – métodos de avaliação. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*, 42 (4), 305-313.
- Cancela, D. M. (2007). O processo de envelhecimento [em linha]. *Portal dos psicólogos Web site*. Acedido Janeiro 8, 2015, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.
- Caldas, A. S. et al. (2011). Alterações e avaliação das funções do olfato e do paladar em laringectomizados totais: revisão sistemática. *Jornal Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23 (1), 82-88.

- Caleiras, M. (2012). A comunicação da família, enquanto fator de (des) construção da vivência e sobrevivência do jovem adulto sobrevivente a um cancro. Instituto Universitário das Ciências Psicológicas Sociais e da Vida. Acedido Agosto 1, 2015, em <http://repositorio.ispa.pt/handle//0400.12-2283>.
- Carr, E. (2005). Head and Neck Malignancies. In C. H. Yarbro, M.H. Frogge e Goodman. *Cancer Nursing Principles and Practice*, (6ª ed.), 1294-1329. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Celler, B.G., et al. (1995). Remote monitoring of health status of the elderly at home. A multidisciplinary project on aging at the university of new south wales. *International Journal of Bio-Medical Computing*, 40, 145-155.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing research Methodology*, 237-257.
- Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. *New York*, 24-38.
- Conselho Nacional de Enfermeiras (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE/ICNP*, (Versão 2). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colombo, J. & Rahal, P. (2009). Alterações genéticas em câncer de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(2), 165-174.
- Cronin, E. (2012). What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *British Journal Of Nursing*, 21(22), 1304.

- Cunha, M. (2004). *A Imagem corporal – uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magreza para as adolescentes*. Azeitão: Autonomia 27.
- Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In K. Manley e L. Bellman. *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lisboa: Lusociência.
- Decreto de Lei nº 287/95 de 30 de Outubro. *Diário da República nº 251 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho 11/90 de 12 de Julho. *Diário da República nº 159 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho 25/95 de 14 de Setembro. *Diário da República nº 213 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Dias, M., Duque, A. & Silva, M. (2002). O lugar do silêncio e a perda psicossocial. *Enfermagem Oncológica*, 24, 11-25.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Portugal*. [em linha] Acedido Dezembro 12, 2014, em <http://www.portaldasaude.pt/>
- Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal – Doenças Oncológicas em Números 2013*, Lisboa: DGS. ISSN: 2183-0746.
- Duarte, S. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Acedido em Setembro 21, 2014, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf.

Duca, G. F., Silva, M. C. & Hallal, P. C. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 796-805.

Eakin, R. (2001). Câncer de cabeça e pescoço. In R.A.J. Spence & P.G. Johnston. *Oncologia*. (139-150). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). Regulamento do Mestrado [em linha]. Acedido em Janeiro 20, 2015, em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf.

Faria, C. & Santos, J. (2009). Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/ Cuidador. *Onco.News*, 18, 6-15.

Faria, C. & Santos, J. (2010). Otimização de ostomias de ventilação. *Onco.News*, 11, 14-24.

Ferreira, A. C., Morais, I. & Seíça, A. (2009). Pessoa ostomizada. Enfermagem e o Cidadão. *Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, 7(20), 3.

Ferreira, T. P. (2007). Actividade física e qualidade de vida: nos idosos em comunidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 9, 37-42. ISSN 0873-1586.

Fisher, P. (2006) Survivorship. *Clinical Journal of Oncology Nurse*, 10 (1), 93-98.

Fisher, D., Dhimiter, K., Williams, J., Hess, D., Bittner, E. & Schmidt U. (2013). Tracheostomy tube change before day 7 is associated with earlier use of speaking valve and earlier oral intake. *Respiratory care*. 58(2), 257-263.

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Freeman, S. (2011). Care of adults with a temporary tracheostomy. *Nursing Standard*, 26 (2), 49-56.
- Fried, L. & Tangen, C. (2001). Frailty in older adults: evidence for a Phenotype. *Journal of gerontology*, 56A, 146-156.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: a framework of six “marker conditions” can help focus assessment of hospitalized older patients. *Advanced Journal of Nursing*, 107 (10). 40-48.
- Garretson, S. (2004). Benefits of pré-operative information programmes. *Nursing Stand*, 18(47), 33-37.
- Gonçalves, M. (2004). Outros profissionais investigam – Qualidade vocal nos laringectomizados com prótese fonatória. *Enfermagem*, 34, 28-41.
- Gradauskas, P., Rubikas, R. & Saferis, V. (2006). Changes in quality of life after esophageal resections for carcinoma. *Medicina*. 42(3), 187-194.
- Gray, R., & Pack, L. (2011). *Doenças Cardiovasculares no idoso - Manual prático*. Venda do Pinheiro: Oxford University Press.
- Hashibe, M., Brennan. P., Chuang, S. C., Boccia, S., Castlisaque, X., Chen, C., ... (2009). Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer. Pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 18(2), 541-50.
- Hashimoto, S. Y., Magrin, J., Okane, E. S. & Saconato, R. A. (2007). Assistência de enfermagem ao paciente de câncer de cabeça e pescoço. *Prática Hospitalar*, 9 (54), 33-36.

Hesbeen, W. (2001). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.

Huffstutler, S. Y.; Monahan, F. D. (2007). Problemas das vias aéreas superiores
In, F. D. Monahan, et al., *Enfermagem Médico – Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. (8ª ed., Vol II) (603-637). Loures: Lusodidacta. ISBN 978/989/8075.

Husson O., Mols, F. 6 Poll-Franse, V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology*, 22, 761-772.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011* [em linha]. Acedido em Outubro 11, 2015, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&STAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2.

Jennings, R.L. & Harris, L.L. (2001). Cancers of Head and Neck. In R.A. Gates & R.M. Fink. *Oncology Nursing Secrets. Questions and Answers About Caring for Patients with Cancer* (2ª ed.).

Jorgensen, D., Arksey, H. Parsons, M. & Jacobs, S. (2009). Caregiver assessment of support need, reaction to care and assessment of depression. *Home Health Care Services Quarterly*, 28(4), 130-150.

Kim, J., Andrade, N., et al. (2011). Nova técnica de confecção de fístula traqueoesofágica secundária e locação de prótese fonatória em pacientes submetidos a laringectomia total. *Revista Brasileira: Cirurgia Cabeça Pescoço*, 40 (3), 120-124.

Kleinpell, R., Fletcher, K., & Jennings, B. (2008). Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly [em linha]. *Agency for healthcare research and*

quality Web site. Acedido em Junho 7, 2014, em <http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>.

Kralik, D., Visentin, K. & Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329.

Kobayashi, M. et al. (2008). Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: a pilot study. *Head and Neck*, 30, 1303-1309.

Lage, I. (2005). Saúde do idoso: aproximação ao seu estado de saúde. *Nursing*, 16 (195), 6-12. ISSN 0871-6196.

Lei 67/98 de 26 de Outubro. *Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa*. Lei Proteção de Dados Pessoais. Lisboa.

Lei 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da República nº 195 - I Série*. Lei de Bases da Saúde. Lisboa.

Lei 106/2009 de 14 de Setembro. *Diário da República nº 178/09 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Levi, F., et al. (2004). Processed meat and the risk of selected digestive tract and laryngeal neoplasms in Switzerland. *Abstract of Ann Oncology*, 15(2), 346-9.

Liu, E.H. (2008). Changes of satisfaction with appearance and working status for head and neck tumorous patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1930-1938. ISSN: 1365-2702.

Liu, J. & Shah, J. (2010). Surgical Technique Refinements in Head and Neck Oncologic Surgery. *Journal Surgical Oncology*, 101(8), 661-668.

- Llewellyn, C., McGurk, M. & Weinman, J. (2006). How satisfied are head and neck cancer patients with the information they receive pre-treatment? Results from the satisfaction with cancer information profile. *Oral Oncology*, 42, 726-734.
- Lobão, C. (2003). Consentimento informado. *Informar*, 30, 20-22.
- Lopes, C. & Pereira, M. G. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.) Manuais Universitários. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-195-9.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-6-X.
- Lourenço, M. (2004). Cuidar no bloco operatório. *Nursing*, 187, 25-28.
- Marsico, P. & Marsico, G. (2010). Traqueostomia. *Pulmão RJ*. 19 (1-2), 24-32.
- Mathew, E., Sebastian, P. & Varghese, B. (2009). Treatment outcome in patients undergoing surgery for carcinoma larynx and hypopharynx - a follow-up study. *Ata OtoLaryngologica*, 129, 1480-1485. ISSN: 00016489.
- Meleis, A. I., Sawyer, L.M., IM, E.O., Messias, A.K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12 - 28.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing. Development & Progress* (4th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. Middle: Springer Publishing Company.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lisboa: Lusociência.

- Melo, J., Teixeira, A., Novo, A., Figueiredo, M. & Branco, N. (2013). Visita de enfermagem pré-operatória a opinião dos doentes. *Millenium*, 44, 171-182.
- Melo, R., Rua, M. & Santos, C. (2014). Necessidades do familiar cuidador no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 143-151.
- Meulen, I. Leeuw, J., Gamel, C. & Hafsteindóttir, T. (2013). Educational intervention for patients with head and neck cancer in the discharge phase. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 220-227.
- Milne, D. & Quinn, K. (2011). Family carers of people with advanced cancer. In P., Hudson & S., Payne (2011). *Family carers in palliative care* (211-230). New York: Oxford.
- Minayo, M. & Coimbra Junior, C. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. ISBN: 85-7541-008-3.
- Miranda, L. (2013). *A importância da consulta de enfermagem de Estomatoterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Mitchell, et al (2012). Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. *Otorhinology – Head and Neck Surgery*, 148 (1), 6-20.
- Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M. Marek, J. & Green, C. (2007). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Perspectivas de saúde e doença* (8ª ed.): Loures. ISBN 978-989-8075-22-2.
- Morais, I., Seça, A., & Pereira, M. (2012). Competências no Cuidar e Tecnologias. In *Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em*

Estomaterapia, Estomaterapia: O saber e o cuidar (40-47). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-881-8.

Mota, M. (2012). Estomaterapia. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (1-4). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-881-8.

Nalbadian, M., Nikolaidis, V. & Themelis, C. (2001). Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 258, 336-340.

National Institute for Clinical Excellence (2004). *Guidance on cancer services – Improving outcomes in head and neck cancers*. London. ISBN: 1-184257-812-x.

Negri, E., et al. (2008). Family history of cancer: Pooled analysis in the international head and neck cancer epidemiology consortium. *International Journal of Cancer*, 124(2), 394-401.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Relatório de primavera 2012*. Acedido em Outubro 15, 2014, em <http://www.observaport.org/rp2012>.

Ocampo, J. (2010). Self related health: Importance of use in elderly adults. *Columbia Med. Universidad del Valle*, 41, 275-289.

Olias, J. & colaboradores (2004). *Cirurgia da Laringe: Atlas de técnicas cirúrgicas. Guia de dissecação*. Massamá: Círculo Médico. ISBN: 972907197-7.

Oliveira, V. (2009). *Transições de vida em adultos submetidos a laringectomia total: implicações na educação para a saúde*. Dissertação de candidatura

ao Grau de Mestre em Educação. Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Caderno Temático – *Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*, (2-18). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (Caderno temático). Lisboa. Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde (2005). *Prevenção de Doenças Crónicas um investimento vital*. Portugal: Formatos.

Organização Mundial de Saúde (2014). Cancer: Key Facts. *Fact Sheet*, 297. Acedido em Julho 14, 2014, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/>.

Parker, V., et al. (2010). Tracheostomy management in acute care facilities: A matter of team work. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1275-1283.

Pascoinho, A. (2010). Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: dificuldades e estratégias de *coping* no processo de cuidar. *Onco.News*, 10, 14-22.

Pastor, P., et al. (2011). Câncer de cabeça y cuello: processo assistencial integrado. Consejería de Salud. Junta da Andaluzia. Acedido em Janeiro 13, 2014, em http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/.

Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial do adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5 (1).

- Pedrolo, F. & Zago, M. (2000). A imagem corporal alterada do laringectomizado: resignação com a condição. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 46 (4). Brasil: Ministério da Saúde, 407-415. ISSN 0034-7116.
- Pereira, I. & Silva, A. (2012). Ser familiar cuidador: A percepção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*, 6(1).
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 216. ISBN 978-972-8485-91-7.
- Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam no seu seio um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, 43 - 58.
- Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente do familiar cuidador*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Pimentel, F. (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Porto: Tipografia Nunes Lda.
- Phipps, W.J., Sands, J.K. & Marek, J.F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica conceitos e prática clínica: Intervenções em pessoas com problemas das vias aéreas superiores*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pinto, C. & Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 24(1), 37-56.

Pordata (2013). *Indicadores de envelhecimento*. Acedido em Maio 8, 2014, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.

Portaria 306 - A/2011 artigo 2º, alínea G de 20 de Dezembro. *Diário da República nº 242 de 20/12/2011*. Lisboa.

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

Ruivo, M., Ferrito C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. (15), 1-37. ISSN: 1646-5067.

Roberts, K., Lepore, S. & Urken, M. (2008). Quality of life after thyroid cancer: an assessment of patient needs and preferences for information and support. *Journal of Cancer Education*, 23(3), 186-191.

Russell, C. (2005). Providing the nurse with a guide to tracheostomy care and management. *British Journal of Nursing*, 14(8), 428-433.

Rust, J. (2009). Care of patients with stomas: the pouch change procedure. *Nursing Standard*, 22 (6), 43-47.

Santos, C. (2012). Nota Introdutória. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (XV-XVI). Lisboa: Lidel.

Santos, V. (2006) Evolução Histórica da Estomaterapia. In I., Cesaretti, M., Paula, P., Paula (2006) *Estomaterapia: Temas Básicos em Estomas* (19-34). São Paulo: Cabral Editora. ISBN 85-89550-73-7.

Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso: dificuldades dos familiares*. Coimbra, Portugal: Formasau.

- Schumaker, K. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer, 38-51.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2011). *Anatomia & Fisiologia* (8ª ed.). Lusociência, Loures. ISBN: 978-972-8930-62-2.
- Semple, C. Dunwoody, L. & Kernohan, W. (2008). Changes and challenges to patients lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. *Journal of Advanced Nursing.*, 63(1), 85-93.
- Shyu, Y. (2000). The needs of family care givers of frail elders during the transition from hospital to home: a taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 619.
- Silva, L., Pinto, M. & Zago, M. (2002). Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período pós-operatório. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (2).
- Silveira, A. et al. (2012). Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. *Onco.News*, 15(1), 38-48.
- Sonderhamn U., Flateland S., Jessen L. & Soderhamn O. (2011). Perceived health and risk of undernutrition: a comparison of different nutritional screening results in older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2162-2171. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03677.x.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice* (2ª ed.). Lisboa.

- Starmer, H., Tippett, D. & Webster, K. (2008). Effects of Laryngeal Cancer on Voice and Swallowing. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 41, 793-818.
- Stewart, S., & Blue, L. (2001). *Improving Outcomes in Chronic heart failure*. London: BMJ Books.
- Thelan, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. (5ª ed.). Lusodidactica: Lisboa.
- Vallamakondur, V. & Visvanathan, V. (2011). *Clinical review of adult tracheostomy*. *Clinical Feature*, 25(5), 172-176.
- Valadas, M. (2005). Reflexão sobre a prática do cuidar em enfermagem. *Sinais Vitais*, 59, 62-64.
- Washburn, S. C., & Hornberger, C. A. (2008). Nurse Educator Guidelines for Management of Heart Failure. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 263-267.

ANEXOS

ANEXO I

Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora de estágio

AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO

A aluna Tânia Teixeira atingiu os objetivos a que se propôs para este estágio, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área de intervenção específica à pessoa idosa, pela implementação de um projeto de consulta de enfermagem para acompanhamento das pessoas idosas com ostomia de respiração, em consulta externa.

Neste contexto ao nível da gestão, demonstrou competências de líder na idealização e implementação de um projeto num serviço de consultas externas, identificando a necessidade do mesmo a partir do contexto conhecido. Utilizou estratégias que visaram a motivação e envolvimento da equipa de enfermagem na implementação do projeto, nomeadamente na elaboração de instrumentos que dêem consistência à intervenção do enfermeiro na consulta, como reestruturação de colheita inicial de dados, o guião informativo sobre laringectomia, o guião de ensino à pessoa idosa ostomizada e familiar cuidador. Promoveu a adesão dos pares e de toda a equipa multidisciplinar, através da divulgação fundamentada e consistente que fez do mesmo em reuniões de serviço e participou nas jornadas científicas promovidas pelo serviço em Abril 2014.

Na área da investigação revelou preocupação pela qualidade da pesquisa efetuada para fundamentar a prática baseada na melhor evidência, realçando que intervenções de enfermagem promovem uma transição saudável, estruturando um acompanhamento de enfermagem capacitador da pessoa idosa e familiar cuidador, desde o período pré-operatório.

Na área de prestação e gestão de cuidados, assumiu-se como perito na prestação de cuidados à pessoa idosa e familiar cuidador, procurando para tal adquirir conhecimentos acerca de todas as dimensões, adequando a linguagem, respeitando e considerando-os como parte integrante do processo de cuidados. Desenvolveu intervenções educativas, com recurso a informação escrita, que permitiram o desenvolvimento de competências das pessoas idosas e familiares cuidadores, identificando as suas necessidades e definindo estratégias adaptadas e individualizadas no contexto da consulta externa.

Agiu como dinamizadora promovendo a partilha de ideias e reflexão no contexto de trabalho que visaram a personalização dos cuidados prestados e melhoria da qualidade dos mesmos, com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Catarina Isabel Oliveira Nunes Fernandes

Enfermeira Orientadora de Estágio, Especialista em Enfermagem Medico-Cirurgica vertente Pessoa Idosa

APÊNDICES

APÊNDICE I

Análise SWOT

Análise SWOT

FORÇAS

1. Interesse e motivação por parte da equipa de enfermagem na organização e uniformização dos cuidados de enfermagem;
2. Equipa de enfermagem reduzida – 2 elementos – que manifesta interesse na mudança;
3. Providenciar à pessoa idosa ostomizada e familiar cuidador cuidados de enfermagem direcionado para as necessidades expressas;
4. Qualidade dos cuidados prestados;
5. Restante equipa multidisciplinar com interesse motivação e manifesta vontade de participar com os contributos de cada área, para uma melhoria significativa do acompanhamento das pessoas incluídas no projeto;

FRAQUEZAS

1. Número de elementos para a manutenção/ continuidade da consulta de enfermagem pelo aumento contínuo de pessoas com CCP propostos para LT e existência de outras atividades da responsabilidade do enfermeiro que, atualmente são desenvolvidas, no contexto de estágio;
2. Desmotivação pela atual visibilidade e valorização diminuta de atuação de enfermagem no contexto sociocultural e económico – instabilidade do vínculo laboral, impossibilidade/ estagnação da progressão na carreira.

OPORTUNIDADES

1. Uniformizar e organizar consulta de enfermagem à pessoa idosa com CCP proposta para LT e cuidador ao longo do *continuum* desde o período pré-operatório até ao acompanhamento, no contexto de Consulta Externa de ORL.

AMEAÇAS

1. Possibilidade de a equipa de enfermagem não ter um espaço disponível relacionado com a organização da consulta médica de oncologia e das restantes equipas multidisciplinares.

APÊNDICE II

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

“PESSOA IDOSA COM OSTOMIA DE RESPIRAÇÃO: DAS NECESSIDADES EXPRESSAS À EDUCAÇÃO”

Por favor, leia com atenção, se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações e esclarecer as suas dúvidas.

A finalidade deste projeto é implementar uma consulta de Enfermagem de Estomaterapia de modo a dar resposta à dificuldade da pessoa idosa e familiar cuidador em gerir a sua situação de saúde na presença de ostomia de respiração, através das necessidades expressas, acompanhamento, aconselhamento e educação a iniciar no período pré-operatório prolongando-se após a alta para o domicílio. Será desenvolvido na Consulta Externa de Otorrinolaringologia deste Hospital, tendo sido submetido a aprovação pela Direção de Enfermagem e pedido parecer à Comissão de Ética.

A sua participação neste projeto é voluntária. Sem prejuízos assistenciais ou outros caso se recuse participar.

Os dados recolhidos são confidenciais e para uso exclusivo do projeto, estando a sua identidade resguardada. As informações serão posteriormente anexadas ao seu processo para que seja possível continuidade de cuidados de enfermagem após o final do estágio.

Desde já agradecemos a sua participação neste projeto.

A responsável pelo projeto,

Enfermeira Tânia Teixeira

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste projeto sem qualquer tipo de consequências.

Assim, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e segredo profissional que me são dadas pela responsável.

Nome:

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR ALGUM IMPEDIMENTO OU INCAPACIDADE

NOME

BI/CC Nº: _____ **DATA ou VALIDADE** ____/____/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO _____

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO

APÊNDICE III
Guião de Consulta

GUIÃO

Consulta de Enfermagem Estomaterapia

Pessoa Idosa com ostomia de respiração e familiar cuidador

CIRCUITO

❖ Reunião Multidisciplinar 5ª Feira

Em reunião multidisciplinar são apresentados os novos casos e discutidos os tratamentos pelos vários elementos da equipa.

Nos casos que necessitem de consulta de enfermagem de Estomaterapia, é preenchido o impresso: Registo de novos casos.

A pessoa proposta para Laringectomia Total fica assinalada para a consulta de Enfermagem que será após a consulta médica, conforme agendamento. Consoante a pessoa pode ser imediatamente após a consulta médica ou em data posterior mas antes da data proposta para cirurgia, fazendo coincidir com consultas de outras especialidades (por exemplo terapia da fala e psicologia).

Confirmação de contacto telefónico para permitir contacto no pós-operatório (dia seguinte à alta).

❖ Consulta Enfermagem Pré-Operatória - Piso 3

Quando a pessoa vem à primeira consulta de enfermagem de Estomaterapia dá-se início ao processo de ensino pré-operatório (Cronin, 2012)

❖ Internamento Piso 5

Durante o internamento a equipa de enfermagem prossegue no ensino à pessoa idosa com ostomia de respiração.

No momento da alta do internamento a pessoa é encaminhada para a equipa de enfermagem do piso 3 – que agenda consulta de enfermagem 8 dias depois e fornece o material necessário até à mesma.

❖ Consulta de Enfermagem de Seguimento - Piso 3

O agendamento das consultas seguintes fica dependente da evolução da pessoa/ familiar cuidador e necessidades manifestadas, no entanto estão preconizados os seguintes agendamentos:

1ª Consulta: pré-operatório

2ª Consulta: 8 dias após alta hospitalar

Consulta subsequentes conforme avaliação do enfermeiro (Oliveira, 2009).

<p>Período Pós-Operatório (Faria & Santos, 2010)</p> <p>Apresentação da enfermeira à pessoa e familiar cuidador (Pereira & Silva, 2012)</p>	<p>Verificação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proposta cirúrgica <input type="checkbox"/> Consentimento informado (Lobão, 2003, p. 20) <p>Apresentação da enfermeira, explicando os objetivos da consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transmitir a informação que capacite para a recuperação de saúde no período pós-operatório, no internamento e em casa. (Melo, 2005, p.53). <input type="checkbox"/> Diminuir a ansiedade relacionada pelo diagnóstico de doença oncológica e marcação de uma cirurgia mutilante e possíveis tratamentos concomitantes (radioterapia e quimioterapia) (Lopes & Pereira, 2005, p.15; Rust, 2009). <input type="checkbox"/> Respeitar os direitos do utente, especificamente de confidencialidade quando o manifestar, relativamente à presença de terceiros na consulta; <input type="checkbox"/> Esclarecer dúvidas.
<p>Colheita de dados</p>	<p>Em impresso de registos são colhidos dados e efetuada avaliação multidimensional da pessoa idosa e familiar cuidador, redes de apoio, identificação das necessidades/ problemas prioritários face à perspetiva cirúrgica e suas consequências.</p>
<p>Avaliação dos conhecimentos prévios</p> <p>Consciencialização e envolvimento (Meleis, 2000, p. 18)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> “O que sabe sobre a cirurgia a que vai ser submetido?” <input type="checkbox"/> “O que lhe disse o médico?” <input type="checkbox"/> Esclarecer dúvidas. <input type="checkbox"/> Ter em conta que a informação fornecida está condicionada segundo o que a pessoa idosa e familiar cuidador sabe ou que o enfermeiro percebe que queiram saber.
<p>Registo de atendimento de enfermagem</p>	<p>Registos de atendimento de enfermagem onde consta a data da consulta de enfermagem pré-operatória, cirurgia, data da alta, contacto telefónico, data primeira consulta.</p>
<p>Entrega de bolsa para transporte de material de</p>	<p>Servirá para transporte de material de ostomia que a pessoa irá necessitar no período pós-operatório e que deverá trazer consigo sempre que venha às consultas.</p>

<p>ostomia e outros documentos</p>	<p>Conteúdo da Bolsa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guia de ensino <input type="checkbox"/> Boletim do Ostimizado - onde consta resumo da sua informação, contacto direto para a enfermeira da consulta externa, contactos que podem ser úteis e outras informações, deverá andar sempre com a pessoa. <input type="checkbox"/> Lenço protetor de estoma para utilizar no quotidiano; <input type="checkbox"/> Bloco de Notas e Caneta; <input type="checkbox"/> Outros materiais (fita fixação, escovilhão).
<p>Informação sobre preparação Pré-operatória</p> <p>(véspera e dia da cirurgia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deve comparecer até às X horas no serviço de ORL piso X no dia anterior à cirurgia. <input type="checkbox"/> A PESSOA DEVE TRAZER: ✓ Exames complementares de diagnóstico recentes que tenham sido feitos fora do Hospital (Raios X, ECG, TAC, PET Scan, Análises. ✓ Terapêutica de ambulatório ou lista com a medicação, dose e posologia. ✓ Chinelos e pijama (opcional) bem como um livro ou outras opções de lazer que costuma efetuar no domicílio e que não exijam esforço físico. ✓ Deve evitar trazer objetos de valor (por exemplo aliança) <input type="checkbox"/> A partir da meia-noite deverá ficar em jejum, não poderá comer nem beber (nem mesmo água). Pode lavar os dentes ou bochechar. <input type="checkbox"/> Ser-lhe-á colocado um cateter endovenoso periférico, para administração de medicação na indução anestésica e internamento que só é retirado no momento da alta. <input type="checkbox"/> Irá vestir meias de contenção bilaterais e o pijama do hospital, sem roupa interior. <input type="checkbox"/> Antes da ida para o bloco deverá remover óculos e/ou próteses dentárias e colocar em caixa própria que será fornecida no internamento. <input type="checkbox"/> Na ida para o BO, o acompanhante pode ir até ao <i>transfer</i> e depois da cirurgia poderá entrar no recobro anestésico assim que as condições o permitam.

	<p>Caso nos dias anteriores à cirurgia apresente tosse, expetoração, febre, diarreia ou vômitos, avisar de imediato o serviço pois poderá não ter condições operatórias.</p>
<p>Ensino sobre pós-operatório imediato (Miranda, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Após a cirurgia ficará no recobro, até acordar da anestesia. <input type="checkbox"/> Só poderá levantar-se com indicação do enfermeiro e na presença do mesmo. <input type="checkbox"/> Não conseguirá falar no pós-operatório porque terá uma ostomia de respiração, no entanto, pode utilizar o bloco que lhe foi fornecido anteriormente ou recorrer a outros meios de comunicação (gestos, mímica labial). <input type="checkbox"/> Os acompanhantes/família devem ser informados para recorrerem preferencialmente a perguntas/resposta simples (por exemplo sim/não). Salientar a importância de proporcionar um ambiente silencioso, observar o movimento dos lábios e expressão facial, devem evitar afirmar que perceberam o utente quando tal não aconteceu. Incentivar a repetir. <input type="checkbox"/> Abordar aspetos básicos de anatomia das vias aéreas e respiração por estoma. <input type="checkbox"/> Existem vários métodos de reeducação vocal, os quais permitem a aprendizagem de uma nova voz. Logo que a cicatrização o permita iniciará, no hospital, esta reeducação com um Terapeuta da Fala. <input type="checkbox"/> Terá uma alteração provisória do olfato e respiração por estoma. <input type="checkbox"/> Vai iniciar ingestão de alimentos passadas 3 horas tendo em conta a presença de SNG ou PEG, sublinhar o carácter temporário. <input type="checkbox"/> As secreções que anteriormente eram eliminadas pelo nariz e boca passam agora a ser eliminadas através da traqueostomia / cânula, importante ter uma tosse eficaz. Se necessário, serão aspiradas numa fase inicial. <input type="checkbox"/> Apresentar tipos de cânula (interna e externa), com e sem <i>cuff</i>, com e sem fenestra e acessórios (pensos de traqueostomia, fitas de fixação, escovilhão, lenço protetor). <input type="checkbox"/> Proporcionar manipulação da cânula e treino com vista ao autocuidado na higiene. <input type="checkbox"/> Informar sobre a presença de suturas, drenos e pensos.

<p>Proporcionar contacto com outros ostomizados</p> <p>(Miranda, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agendar e proporcionar contacto com outros ostomizados se o utente o pretender. Fica com dois momentos no período pré-operatório. <input type="checkbox"/> Fornecer contactos de grupos de apoio, associações de apoio à pessoa com ostomia de respiração e familiar cuidador na comunidade.
<p>Informar sobre a alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No momento da alta ser-lhe-ão entregues vários documentos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Receitas médicas <input type="checkbox"/> Requisição para cuidados respiratórios domiciliários (caso necessário) a utilização de aspiração e/ou humidificação de secreções <input type="checkbox"/> Tabela terapêutica revista (informação incluída no boletim) <input type="checkbox"/> Marcação da próxima consulta médica <input type="checkbox"/> Nota de alta médica <input type="checkbox"/> Nota de alta de enfermagem ✓ Será encaminhado para a equipa de enfermagem no piso 3 – Consulta Externa para: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Marcação da próxima consulta enfermagem <input type="checkbox"/> Levantamento dos materiais que irá necessitar no domicílio ✓ No dia seguinte, após a alta, será contactado telefonicamente pela equipa de enfermagem do piso 3 – Consulta Externa, aproveite para esclarecer dúvidas.
<p>Apresentação do circuito peri operatório – pisos 4 e 5</p> <p>Visita pré-operatória (Lourenço, 2004, p. 26)</p>	<p>Uma vez que vai ser operado no piso 4 (BO de ORL e Recobro) mas ficará internado no piso 5, vamos mostrar-lhe o serviço.</p> <p>Poderá ser transferido para outro serviço, explicar os motivos.</p>
<p>Ensino sobre cuidados no domicílio</p> <p>(Phipps et al., 2003, p. 1012; Caçador, Adónis, Pacheco, Estribeiro & Olias, 2004, Barnett, 2012, p. 390)</p>	<p>Informar a pessoa idosa com ostomia de respiração/ familiar cuidador da importância da lavagem das mãos.</p> <p>RESPIRAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> As secreções e/ou acessos de tosse que inicialmente são abundantes diminuirão progressivamente.

Sempre que o laringectomizado necessita de espirrar ou tossir, o lenço deverá ser levado ao pescoço e não à boca e nariz.

Manter uma higiene cuidada da cânula interna que deverá limpar várias vezes por dia, consoante necessidade, salientar a importância de se colocar em frente ao espelho.

Alterações do olfato (temporárias).

Ensino tosse eficaz.

Presença de filtro para humidificar e aquecer o ar mas também permite que a cânula fique mais discreta, caso não se adapte, compressa, lenço, seja na rua ou em casa.

Evitar ambientes demasiado poluídos, ar condicionado e aquecedores (secam o ar).

ALIMENTAÇÃO

Durante a cirurgia é colocada uma sonda [poderá ter sido colocada previamente PEG] que vai desde o nariz até ao estômago. Com que propósito? Assegurar a alimentação e preservar a zona de cicatrização.

Esta sonda manter-se-á algum tempo mas assim que for retirada, gradualmente poderá comer e beber (Terapeuta).

Alterações do paladar: salientar que quando se inicia a alimentação pela boca, alguns alimentos podem apresentar-se com um gosto desagradável ou mesmo ausente. Relacionado com a perda do olfato, consequência de tratamentos efetuados (radioterapia e/ou quimioterapia) que provocam alterações na boca e nas glândulas salivares.

Se não houver complicações resultantes de tratamentos efetuados, este efeito será transitório com possibilidade de ser parcialmente recuperado.

Salientar a importância de uma higiene oral cuidada.

COMUNICAÇÃO

Utilização do bloco de notas. Caso não saiba ler ou escrever pode elaborar uma folha com imagens que associe a atividades do seu quotidiano.

Mímica labial.

Gestos.

	<p>GERAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No início poderá sentir facilmente cansaço físico. Relacionado com o estado geral, longos períodos de inatividade e envelhecimento. <input type="checkbox"/> Evitar a hiperextensão do pescoço: risco de deiscência inicialmente e desconforto relacionado com o facto de a cânula ser pouco maleável. <input type="checkbox"/> Pode continuar a tomar banho de chuveiro <u>sem deixar entrar água</u> pelo traqueostoma – deve protegê-lo baixando a cabeça e tapar com a mão ou utilizar proteções próprias. <input type="checkbox"/> Posição ideal para dormir será em decúbito lateral. <input type="checkbox"/> Antes de deitar efetuar limpeza da cânula interna. <input type="checkbox"/> A cirurgia efetuada e eventuais tratamentos de radioterapia e quimioterapia reduzem a mobilidade dos músculos do pescoço e ombros.
<p>SINAIS DE ALERTA</p> <p>(Phipps et al., 2003)</p>	<p>Se ocorrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hemorragia pelo traqueostoma ou dispneia. <input type="checkbox"/> Exteriorização acidental da cânula. <input type="checkbox"/> Traumatismo. <input type="checkbox"/> Obstrução da cânula por rolhão de secreções: <ul style="list-style-type: none"> - Se não conseguir expelir as secreções com a tosse limpar a cânula interna e fazer atmosfera húmida. - Se mesmo assim não conseguir deve dirigir-se ao serviço de urgência. <input type="checkbox"/> Suspeita de infeção: <ul style="list-style-type: none"> - Respiratória: se notar alterações nas características das secreções (mudança de cor e espessura). - Infeção do estoma / pele circundante. - Temperatura corporal > 38°C, persistente. <input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos frequentes. <input type="checkbox"/> Disfagia. <p>Então contacte o serviço ou enfermeira da consulta (ver contactos telefónicos no boletim) ou dirija-se ao serviço de urgência do Hospital da sua área de residência.</p>

<p>2º Momento pré-operatório</p> <p>- Proporcionar contacto com outros ostomizados –</p> <p>(Lopes & Pereira, 2005, p. 20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar se a pessoa e familiar cuidador: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Percecionam: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gravidade da doença. <input type="checkbox"/> Implicações do tratamento cirúrgico ➤ Demonstram envolvimento: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procurou informação ou questiona os outros ostomizados e profissionais sobre a sua situação de saúde. ✓ Esclarecer dúvidas.
<p>Período Pós-Operatório</p> <p>(Faria & Santos, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação inicial do conhecimento da pessoa com ostomia de respiração e familiar cuidador sobre o ensino realizado no período pré-operatório: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lavagem das mãos <input type="checkbox"/> Respiração <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Imagem corporal <input type="checkbox"/> Sinais de alerta ✓ Avaliar o domínio de novas competências (Meleis, 2000) ✓ Informar / Reforçar: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Importância da lavagem das mãos. <input type="checkbox"/> Caraterísticas do estoma. <input type="checkbox"/> Material necessário para higienização da cânula. <input type="checkbox"/> Necessidade de lavar sempre que necessário, a cânula interna. <input type="checkbox"/> Cuidados à prótese fonatória. ✓ Demonstrar à pessoa / familiar cuidador o modo de limpeza do estoma e pele circundante, higienização da cânula interna e prótese fonatória: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lavar o estoma e pele circundante com soro fisiológico, sempre de dentro para fora com movimentos circulares <input type="checkbox"/> Avaliar o estado da pele <input type="checkbox"/> Aplicar creme de barreira na pele circundante, se

necessário

- Colocar compressa dobrada entre a pele e o

estoma

- Remoção, lavagem da cânula interna e mudança

de nastro:

- A técnica de remoção da cânula interna faz-se fixando a cânula externa com a mão, rodando o conector da cânula interna a 90º no sentido dos ponteiros do relógio, e posteriormente, tracionar a cânula interna para o exterior.

- A lavagem da cânula interna faz-se com água corrente e com auxílio de um escovilhão.

- A inserção da cânula interna faz-se girando o conector 90º no sentido do ponteiro do relógio até sentir um estalido.

- Para a mudança da fita de fixação, deve colocar o novo em torno do pescoço, fixar a cânula externa com a mão, remover uma das extremidades e introduzir o novo, repetir do lado contrário.

- Limpeza da prótese fonatória:

- Utilizar o escovilhão específico para a limpeza da prótese fonatória para evitar a colonização e posterior mau funcionamento da mesma, pelo menos duas vezes por dia: de manhã e à noite.

- Inserir o escovilhão até ao anel, mover em ambas as direções e rodar para conseguir remover todas as partículas de comida e expetoração da válvula e do anel. No final, confirmar a posição correta da prótese.

✓ Supervisionar a mudança da cânula e limpeza da prótese fonatória a realizar pela pessoa com ostomia de respiração / cuidador.

- Avaliar conhecimentos

- Supervisionar:

- Posição adotada

- Lavagem das mãos

- Limpeza do estoma e pele circundante

- Limpeza da prótese fonatória e verificação da sua posição no final

	<ul style="list-style-type: none"> - Lavagem e introdução da cânula interna - Mudança de nastro <input type="checkbox"/> Instruir sobre o modo de tratar o material no domicílio <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceder ao registo em impresso próprio. ✓ Avaliação final - no momento da alta - do conhecimento da pessoa com ostomia de respiração e cuidador sobre os ensinamentos realizados. ✓ Encaminhamento da pessoa e acompanhante para a equipa de enfermagem do piso 3 - agendamento de consulta de seguimento e fornecimento do material necessário.
<p>Consulta de Enfermagem de seguimento</p> <p>Piso 3 - ORL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contacto telefónico – dia seguinte à alta. Avaliação da pessoa após regresso ao domicílio. Esclarecimento de dúvidas. <input type="checkbox"/> A periodicidade da consulta de enfermagem poderá ser alterada consoante avaliação das necessidades, por parte do enfermeiro (esquema descrito no CIRCUITO) <p>Avaliar aspetos, que a pessoa manifesta, serem problemáticos e sugerir soluções adequadas.</p>

APÊNDICE IV
Registo novos casos

REGISTO NOVOS CASOS
REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR
CONSULTA ENFERMAGEM ESTOMATERAPIA

DATA
CHLN

<p style="text-align: center;">NOME (Iniciais) / IDADE</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p style="text-align: center;">CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA CONTACTOS</p> <p><input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____ h ____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
HISTÓRIA CLÍNICA	
ESTADIAMENTO	PLANO
CIRURGIA PROPOSTA	DATA PROVÁVEL DA CIRURGIA
_____	_____ / _____ / _____

OBSERVAÇÕES	

ENF.º _____ DATA ____ / ____ / ____

APÊNDICE V

Consulta pré-operatória
Registo de Enfermagem

GENOGRAMA**3 - DADOS CLÍNICOS ORL**

Diagnóstico			
Cirurgia proposta		Data	

4 - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**5 – AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL**

Comunicação	Audição	Sem alt	Diminuída		Nula		Prótese	
	Visão	Sem alt	Diminuída		Nula		Prótese	
Hábitos de Sono	Sem alt.		Com alt.					
Peso Admissão	kg	Altura	cm	Perím. Perna	cm	Perím. Braço		cm
MNA (score)		Observações						
MMSE (score)		Observações						
Evidência de Quedas	S	N	Escala de Morse (score)		Observações			
Alteração da Integridade Cutânea	S	N	Risco UPP (Braden)		Observações			
Alteração Atividades de Vida Diária	S	N	Barthel (score)		Observações			
Alteração Instrumentais Atividades de Vida Diária	S	N	Lawton & Brody (score)		Observações			

6 - ENSINO PRÉ-OPERATÓRIO

PESSOA		FAMILIAR CUIDADOR		PESSOA E FAMILIAR CUIDADOR	
---------------	--	--------------------------	--	-----------------------------------	--

CONTEÚDOS ABORDADOS

Preparação pré-operatória	Local	S	N			
	Pós-operatório imediato	S	N			
	Alta	S	N			
Entregue bolsa	S	N	Entregue folheto ensino	S	N	
Anatomia vias aéreas após cirurgia e respiração por estoma				Postura		
Alterações cheiro/paladar		Alterações alimentação				
Alterações comunicação		Vozes de substituição e alternativas				
Autocuidado estoma e cânula		Treino com cânula e outros acessórios				
Apoios da comunidade		Contacto com outros ostomizados				
Visita guiada ao serviço		Alta				

7 - RELATIVO AO PROCESSO TERAPÊUTICO

Calmos		Comunicativo		Ansioso		Agitado		Deprimido	
Triste		Choroso		Revoltado		Apático		Com medo	
Dor	S	N	Tipo	Irradiação			S	N	
Localização						Escala Numérica/Quantificação			
Consciencialização	S	N	Envolvimento	S	N				
Reação da pessoa ao ensino	Interesse			Desinteresse			Outro		
Reação do familiar cuidador	Interesse			Desinteresse			Outro		
Necessita de apoio da equipa multidisciplinar				S	N				
Problemas prioritários da pessoa/ familiar cuidador									

APÊNDICE VI

Contacto com outros ostomizados

APÊNDICE VII

Consulta após alta hospitalar

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA

REGISTOS DE ENFERMAGEM

_____ a CONSULTA
 _____ APÓS

FICHA Nº
DATA
CHLN

	CONTEÚDOS	AVALIAÇÃO		
		N/A	Pessoa	Cuidador
	1. GESTÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE			
DISPOSITIVOS E RESPIRAÇÃO	1.1 Autónimo nos cuidados à cânula (interna e externa)		S __ N __	S __ N __
	1.2 Autónimo na fixação da cânula		S __ N __	S __ N __
	1.3 Autónimo nos cuidados ao estoma (limpeza e proteção)		S __ N __	S __ N __
	1.4 Utiliza protetor de traqueostoma (filtro, compressa, lenço)		S __ N __	S __ N __
	1.5 Autónimo nos cuidados à prótese fonatória		S __ N __	S __ N __
	1.6 Efetua medidas coadjuvantes para manutenção da prótese fonatória		S __ N __	S __ N __
	1.7 Apresenta acessos de tosse frequentes e expetoração		S __ N __	S __ N __
	1.8 Cumpre regras de higiene: higieniza as mãos, usa lavatório próprio, escovilhão e compressa, água morna		S __ N __	S __ N __
	1.9 Autónimo: estratégias respiração eficaz (evitar flexão pescoço)		S __ N __	
	1.10 Autónimo: eliminação de secreções (técnica tosse eficaz, hidratação)		S __ N __	
	1.11 Necessita aspirador de secreções no domicílio		S __ N __	
	1.12 Autónimo: perceção de necessidade de aspiração de secreções		S __ N __	S __ N __
	1.13 Recolhe secreções adequadamente (dirige lenço de papel ao estoma)		S __ N __	S __ N __
	1.14 Necessita de oxigenoterapia / inaloterapia no domicílio		S __ N __	
	1.15 Autónimo: gestão filtros traqueostomia		S __ N __	S __ N __
	1.16 Autónimo: estratégias respiração eficaz (evitar flexão pescoço)		S __ N __	S __ N __
TERAP. FALA	1.15 Tem apoio da terapeuta da fala		S __ N __	
	1.17 Comunicação exclusiva com recurso a mímica labial _____ voz sussurrada _____ escrita _____ outro _____ 1.18 Comunicação através de: voz esofágica _____ laringe eletrónica _____ prótese fonatória _____ N/A _____ Observações:			
ALIMENTAÇÃO	1.19 Tolerar alimentação oral		S __ N __	
	1.20 Autónimo: alimentação por PEG/SNG (riscar o que não interessa)		S __ N __	S __ N __
	1.21 Autónimo: preparação dos alimentos (consistência mole/pastosa, alimentos)		S __ N __	S __ N __
	1.22 Autónimo: adequar cânula de traqueostomia à via de alimentação (insuflar cuff)		S __ N __	S __ N __

OUTRAS DIMENSÕES	1.23 Conhecimento: alteração temporária paladar e olfato		S __ N __	S __ N __
	1.24 Conhecimento: importância manutenção higiene oral			
	1.25 Queixas algicas sobreponíveis à terapêutica		S __ N __	
	1.26 Higiene corporal sem dificuldade		S __ N __	S __ N __
	1.27 Mantém hábitos tabágicos		S __ N __	Cig/d
	1.28 Mantém hábitos alcoólicos		S __ N __	
	1.29 Sexualidade		S __ N __	S __ N __
1.30 Considera importante o ensino		S __ N __	S __ N __	

2. ATUAÇÃO / PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES			
2.1 Autônomo: reconhece estridor, hemorragia, rolhão de secreções, traumatismo como complicações		S __ N __	S __ N __
2.2 Autônomo: atuação em caso de complicações		S __ N __	S __ N __

3. RECURSOS			
3.1 Interesse nas sessões acompanhamento enfermagem		S __ N __	S __ N __
3.2 Prefere os contactos telefónicos e não presenciais		S __ N __	S __ N __
3.3 Sentimento face à alteração da imagem corporal (especificar)			
3.4 Sente-se apoiado pela família		S __ N __	S __ N __
3.5 Sente-se apoiado pelos amigos		S __ N __	S __ N __
3.6 Sente-se discriminado pela sociedade		S __ N __	S __ N __
3.7 Prefere o isolamento social		S __ N __	S __ N __
3.8 Necessita de apoio por parte da psicologia		S __ N __	S __ N __
3.9 Ocupação dos tempos livres		S __ N __	S __ N __
Quais?			
3.10 Recursos da Comunidade (isenção de taxas moderadoras)		S __ N __	S __ N __
3.11 Tem dificuldades financeiras		S __ N __	S __ N __
3.12 Previsão de dificuldades laborais		S __ N __	S __ N __
Especificar			
3.13 Necessita de apoio da assistente social		S __ N __	S __ N __
3.14 Contactou com Associação de Apoio		S __ N __	S __ N __
Qual?			
3.15 Contactou empresa para fornecimento de material		S __ N __	S __ N __
Observações			

4. TRATAMENTOS COMPLEMENTARES			
4.1 Radioterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº sessões programadas _____	Início ____ / ____ / ____ Fim ____ / ____ / ____

APÊNDICE VIII

Acompanhamento telefônico 24h após alta

CONSULTA DE ESTOMATERAPIA
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIA
CONTACTO TELEFÓNICO

Cirurgia realizada _____ Data da cirurgia ___/___/___

Data da alta ___ / ___ / ___

Data ___/___/___ (24h após a alta)

Contacto telefónico para o:

Nome/Parentesco

Nº _____

Nº _____

Nome/Parentesco

Respondeu ao questionário:

A pessoa encontrava-se presente:

Familiar / Familiar cuidador

Sim

Não

GESTÃO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE		SIM	NÃO	N/A
RESPIRAÇÃO	Dificuldade nos cuidados à cânula: <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Fixação da cânula <input type="checkbox"/> Filtro			
	Dificuldade nos cuidados à prótese fonatória			
	Dificuldade em eliminar secreções			
	Necessidade de recorrer ao aspirador ou inaloterapia			
ALIMENTAÇÃO	Autónomo na manipulação da PEG/SNG			
	Tolera alimentação oral			
	Dificuldades na preparação dos alimentos			
ADAPTAÇÃO E COMPLICAÇÕES	Dificuldade em se adaptar à realidade em casa			
	Queixas algicas sobreponíveis à terapêutica			
	Apresentou alguma complicação (estridor, hemorragia, rolhão de secreções, traumatismo)			
	Conhecimento sobre como atuar em caso de complicações			
	Outras dificuldades manifestadas pela pessoa/familiar			

	Quais:			
	Confirma deslocação para a próxima consulta			

Observações

Data ___/___/___

Enfermeiro_____

APÊNDICE IX

Guia de ensino

“Laringectomia Total: como superar o desafio”

SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ
E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO



**LARINGECTOMIA TOTAL:
COMO SUPERAR O DESAFIO**

- GUIA DE ENSINO -

**A LARINGE É UM ÓRGÃO
RESPONSÁVEL POR:**

Laringe



1. **Estabelecer a comunicação** entre a faringe e a traqueia e **permitir a passagem do ar** para os pulmões e vice-versa;

2. **Impedir que os alimentos sigam o trajeto do ar**, obrigando-os a descer pelo esôfago até ao estômago;

Tem duas pregas – **cordas vocais**, que quando vibram com a passagem do ar emitem sons (a voz).

A **neoplasia da laringe** tem como sintomas mais frequentes:

- ∇ Rouquidão persistente
- ∇ Dificuldade em engolir
- ∇ Dificuldade em respirar

O tratamento pode ser cirúrgico e/ou radioterapia e/ou quimioterapia.

EM CASO DE CIRURGIA

- ∇ O internamento será no **piso 5** do serviço de ORL

DEVE TRAZER CONSIGO

- ∇ Exames complementares de diagnóstico que tenha em sua posse (raios X, ECG, TAC, PET Scan, análises)
- ∇ Pode trazer chinelos, pijama e objetos como o livro, cruzadas, por exemplo, para atividades de entretenimento que não exijam esforço físico
- ∇ Medicação ou lista com os nomes da medicação, dose e horário
- ∇ Evite trazer objetos de valor (por exemplo a aliança)

Caso apresente tosse, expetoração, febre, diarreia ou vômitos nos dias anteriores à cirurgia avise de imediato o Serviço pois poderá não ter condições operatórias.

A remoção cirúrgica da laringe designa-se **laringectomia total** e implica:

- A - ALTERAÇÃO DO PADRÃO RESPIRATÓRIO**
- B - PERDA DE VOZ**
- C - ALTERAÇÃO TEMPORÁRIA DA ALIMENTAÇÃO**
- D - ALTERAÇÃO TEMPORÁRIA DO OLFATO E DO PALADAR**
- E - ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

A – ALTERAÇÃO DO PADRÃO RESPIRATÓRIO

TRAQUEOSTOMA / CÂNULA TRAQUEAL



A traqueostomia implica a ligação da traqueia diretamente ao exterior.

A respiração passa a fazer-se através de uma abertura permanente na base do pescoço - o **traqueostoma** – em vez do nariz e da boca.

O **traqueostoma** é mantido aberto por uma **cânula traqueal** que:

- ▽ Assegura a **permeabilidade** do orifício permitindo a saída de secreções e passagem de ar



- ▽ Normalmente é composta por **duas peças** (externa e interna) sendo a interna amovível da externa por um encaixe.



▽ É fixada à volta do pescoço por uma fita de nastro ou de velcro

▽ Pode ser rígida ou maleável (silicone).

- ▽ As cânulas de silicone são utilizadas, habitualmente, em fases posteriores à cirurgia.

- ▽ Poderá ser fenestrada (com pequenos orifícios) para permitir a passagem do ar para emissão de sons, caso tenha uma prótese fonatória, ou não fenestrada

COMO LIMPAR A CÂNULA TRAQUEAL (INTERNA E EXTERNA)

A higiene à cânula externa deve realizar-se **pelo menos duas vezes por dia** (de manhã e à noite) e **sempre que necessário**. A higiene à cânula interna deve ser feita sempre que necessário, para remoção das secreções secas.

No pós-operatório imediato apenas será efetuada a higiene à cânula interna.

Durante o internamento terá tempo para treinar a limpeza da cânula, aproveite para esclarecer as suas dúvidas

Antes de iniciar **lave corretamente as mãos e prepare todo o material** que poderá necessitar.



▽ Retire a cânula traqueal, separe a cânula externa da interna e passe-as, separadamente, por água corrente

▽ De seguida coloque-as num recipiente com água morna durante 5 a 10 minutos



▽ Utilize um escovilhão para lavar o interior das cânulas, de modo a remover as secreções secas



▽ Passe-as novamente por água corrente e seque-as bem, utilizando uma compressa ou um pano que não largue pêlo



▽ Coloque a fita de fixação numa das abas da cânula de modo a conseguir prendê-la à volta do pescoço

▽ Lubrifique a cânula com um gel adequado ou com água (mais indicado para cânulas de silicone)

▽ Antes de introduzir a cânula tenha o cuidado de abrir o estoma com dois dedos



▽ Introduza a cânula acompanhando a sua curvatura e prenda a fita de fixação

A cânula de silicone é uma peça única, mas que requer os mesmos cuidados de higiene.

CUIDADOS À PELE EM REDOR DO TRAQUEOSTOMA

▽ **Limpe diariamente a pele** ao redor do estoma com compressa humedecida em soro fisiológico, de modo a remover secreções acumuladas e depois seque-a bem.

▽ **Aplique um creme hidratante**, se a pele se apresentar ruborizada.



▽ Poderá aplicar um penso de espuma ou compressas para proteção do estoma, substituindo-as pelo menos duas vezes ao dia (de manhã e à noite) e sempre que necessário.

▽ Como o ar que respira não é filtrado, humedecido e aquecido, como acontecia quando respirava pelo nariz e pela boca, poderá ser necessário usar **filtros respiratórios** que desempenhem essas funções.



▽ Em alternativa, pode proteger o traqueostoma com um lenço ou um cachecol; contudo este terá apenas uma ação de aquecimento e filtragem do ar respirado.



▽ Para a higiene corporal deve manter a cabeça fletida. Pode utilizar um dispositivo de proteção da cânula. **Não pode tomar banho de imersão.**



TOSSE E ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

Nos dias seguintes à cirurgia é **normal que tenha um aumento de produção de secreções**. Estas devem ser expelidas utilizando, para o efeito, exercícios de tosse eficaz que vai aprender com o enfermeiro / fisioterapeuta.

Como as secreções passam a ser eliminadas pelo traqueostoma/cânula, deverá levar o lenço ao pescoço quando tosse e não à boca e ao nariz.

Se a tosse não for eficaz poderá ser necessário o uso de um aspirador. Este aparelho ligado a uma sonda de aspiração permitirá remover as secreções acumuladas na traqueia e na cânula que a tosse não consegue mobilizar.



Inicialmente, a aspiração de secreções é uma técnica que será executada pela equipa de enfermagem mas que rapidamente poderá ser aprendida por si ou por um familiar de modo a usá-la no domicílio, em caso de necessidade.

B - A PERDA DA VOZ

Como consequência imediata da perda da laringe irá ficar sem voz mas poderá comunicar utilizando um **bloco de notas, uma folha com ilustrações ou um "quadro mágico"** para escrever ou ainda **mímica ou movimentos dos lábios** (voz sussurrada).

Para facilitar a voz sussurrada deve ficar de **frente para quem fala, articular as palavras de forma lenta e calma mexendo bem os lábios**. Deve usar **frases simples e curtas**.

Ao longo do tempo, com a aprendizagem de métodos alternativos da comunicação, irá adquirir uma nova voz, com técnicas de reeducação vocal realizadas por um terapeuta da fala, assim que o processo cicatricial o permita.

Os possíveis métodos de reeducação vocal que lhe permitem obter uma voz de substituição são:

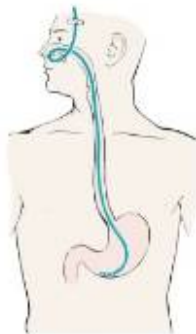
1. **VOZ ESOFÁGICA**
2. **VOZ TRAQUEOESOFÁGICA**
3. **LARINGE ELETRÓNICA**

Ser-lhe-á explicado pormenorizadamente pela terapeuta da fala, de acordo com o método que for utilizar.



C - ALTERAÇÃO TEMPORÁRIA DA ALIMENTAÇÃO

- ▽ Após realizar a cirurgia não poderá alimentar-se, como habitualmente. Vai ter uma sonda nasogástrica que é colocada durante a cirurgia, que vai desde o nariz até ao estômago, e é por ela que irá alimentar-se e hidratar-se.
- ▽ A higiene oral vai ser sempre importante, apesar dos alimentos nesta fase, não passarem pela boca. É natural apresentar saída de saliva para fora da boca.
- ▽ Irá ter esta sonda para preservar a cicatrização da faringe evitando esforços ou pressões nessa área.



- ▽ Após esta cicatrização (variável no tempo) poderá iniciar progressivamente a alimentação pela boca, iniciando um esquema alimentar adequado para si. Para isso, vai beneficiar do treino de deglutição sob orientação do (a) terapeuta da fala ou do (a) enfermeiro (a).

D - ALTERAÇÃO TEMPORÁRIA DO OLFATO E DO PALADAR

- ▽ O olfato vai ficar afetado devido ao novo trajeto do ar na respiração.

Como o ar não passa pelo nariz os odores não são perceptíveis.
- ▽ No entanto, **com algum treino** e com a ajuda da terapeuta da fala, irá conseguir dirigir o ar para a boca e nariz conseguindo, assim, **readquirir gradualmente a perceção de alguns odores**.



RESPIRAÇÃO ANTES DA CIRURGIA



RESPIRAÇÃO APÓS A CIRURGIA

O **paladar poderá ficar afetado e ser diferente** quando iniciar a alimentação pela boca. Isto acontece devido à perda do olfato (importante para o sentido do gosto), e também em consequência de tratamentos de radioterapia e/ou quimioterapia.

Se não existirem complicações resultantes destes tratamentos, **o paladar normal, será parcialmente recuperado**.

Instrumento elaborado no âmbito do projeto “Pessoa Idosa com ostomia de respiração: das necessidades expressas à educação” no 5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica— Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Graça Melo, em colaboração com a Enfermeira chefe e Orientadora de estágio, por Tânia Teixeira



LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO

Elevador 13

Piso 3 - Consulta Externa

Piso 4 - Recobro e Bloco

Piso 5 - Internamento

APÊNDICE X
Boletim do Ostromizado

SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA



BOLETIM DO OSTOMIZADO

AOS UTENTES E CUIDADORES

A informação contida neste boletim é importante para a sua saúde e para a continuidade de cuidados.

Este boletim tem como objetivo transmitir informação de modo a assegurar a continuidade dos cuidados, através da observação, avaliação e do registo efetuado pelos profissionais de saúde.

- ∇ Os dados nele contidos são confidenciais e só poderão ser usados para fins de cuidados por parte da equipa que o acompanha.
- ∇ Registe todas as suas dúvidas nos espaços para o efeito e esclareça-as com a equipa.
- ∇ Leve-o consigo sempre que se deslocar aos serviços de saúde para consultas, tratamentos, urgência.
- ∇ Não se esqueça de o levar consigo sempre que viajar, pois pode ser necessário deslocar-se a qualquer serviço de saúde.

NOTA

Traga sempre consigo a sua bolsa com o material que usa, mesmo que se dirija a outra unidade de saúde, porque esse material é personalizado, e é o que corresponde melhor às suas necessidades.

IDENTIFICAÇÃO

NOME _____

DATA NASCIMENTO ____/____/____ IDADE _____ SEXO _____

CHLN _____

MORADA _____

CÓDIGO - POSTAL _____ - _____ TELEFONE _____

PESSOA DE REFERÊNCIA _____ GRAU PARENTESCO _____

CONTATO _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTATAR (NOME E CONTATO TELEFÓNICO)

INSTITUIÇÕES DE RECURSO

CENTRO DE SAÚDE _____

MÉDICO DE FAMÍLIA _____

HOSPITAL DE REFERÊNCIA _____

MÉDICO HOSPITALAR _____

OBSERVAÇÕES: _____

DADOS DO INTERNAMENTO (DIA DA ALTA)

DATA DA CIRURGIA ____/____/20____ DATA DA ALTA ____/____/20____

DISPOSITIVO APLICADO (MARCA E TAMANHO) _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES PESSOAIS _____

CIRURGIAS _____

QUIMIOTERAPIA SIM ___ NÃO ___ RADIOTERAPIA SIM ___ NÃO ___

ALERGIAS

SIM ___ NÃO ___ SE SIM _____

HÁBITOS TABÁGICOS

SIM ___ NÃO ___ EX- FUMADOR ___ HÁ QUANTO TEMPO _____

SE SIM, QUANTAS UNIDADES POR DIA _____

HÁBITOS ALCOÓLICOS

SIM ___ NÃO ___ EX- CONSUMIDOR ___ HÁ QUANTO TEMPO _____

SE SIM, QUANTIDADE POR DIA _____

COMUNICAÇÃO

AUDIÇÃO - SEM ALT. ___ DIMINUÍDA ___ NULA ___ PRÓTESE ___

VISÃO - SEM ALT. ___ DIMINUÍDA ___ NULA ___ PRÓTESE ___

MEDICAÇÃO ATUAL

(ESCREVER A LÁPIS)

MEDICAMENTO E DOSE	J	PA	A	T	JT	C

LEGENDA: J - JEJUM / PA - PEQUENO - ALMOÇO / A - ALMOÇO /
T - TARDE / JT - JANTAR / C - CEIA

OUTRAS AVALIAÇÕES (CONT.)

PRÓTESE FONATÓRIA

DATA	MARCA	TAMANHO	COLOCADA EM	MUDAR EM

OUTRAS AVALIAÇÕES (CONT.)

SNG / PEG

DATA	MARCA	TAMANHO	COLOCADA EM	MUDAR EM

OBSERVAÇÕES

CONSULTAS OTORRINOLARINGOLOGIA

DATA	OBSERVAÇÕES	MÉDICO

CONSULTAS OTORRINOLARINGOLOGIA

DATA	OBSERVAÇÕES	MÉDICO

Instrumento elaborado no âmbito do projeto "Pessoa Idosa com ostomia de respiração: das necessidades expressas à educação" no 5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Graça Melo, em colaboração com a Enfermeira Chefe e Orientadora de estágio, por Tânia Teixeira



LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO

Elevador 13

Piso 3 - Consulta Externa

Piso 4 - Recobro e Bloco

Piso 5 - Internamento

APÊNDICE XI

Estudo de Caso

ESTUDO DE CASO

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio desenvolvido num serviço de Consulta Externa de ORL, no decorrer do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização de cuidados à Pessoa Idosa, foi importante elaborar um estudo de caso como uma estratégia de reflexão.

Esta estratégia é importante para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista nos vários domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, gestão e melhoria contínua de cuidados e das aprendizagens profissionais. Como metodologia qualitativa, o estudo de caso incide sobre uma situação específica de modo a explorar e descrever um fenómeno, recorrendo a vários métodos de modo a “compreender melhor a situação de cuidados de enfermagem” (Benner, 2001, p. 55) permitindo ao enfermeiro observar, entender, analisar e descrever uma determinada situação real com o objetivo de adquirir conhecimento e experiência para a tomada de decisões tendo em vista a resolução dos problemas identificados no estudo de caso. De acordo com Galdeano, Rossi e Zago (2003) esta metodologia “proporciona uma assistência individual e personalizada, na qual o doente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas” contribuindo para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem.

Segundo o modelo teórico de Afaf Meleis, a intervenção de enfermagem desempenha um papel facilitador nos processos transição (Meleis et al, 2000, p. 18).

Os dados para elaboração deste estudo de caso foram recolhidos no decurso da consulta de enfermagem pré-operatória no momento da colheita de dados e na primeira consulta 8 dias após alta hospitalar. Da análise dos conteúdos obtidos, segundo o guia concetual deste trabalho, resulta o seguinte estudo de caso:

1. HISTÓRIA CLÍNICA

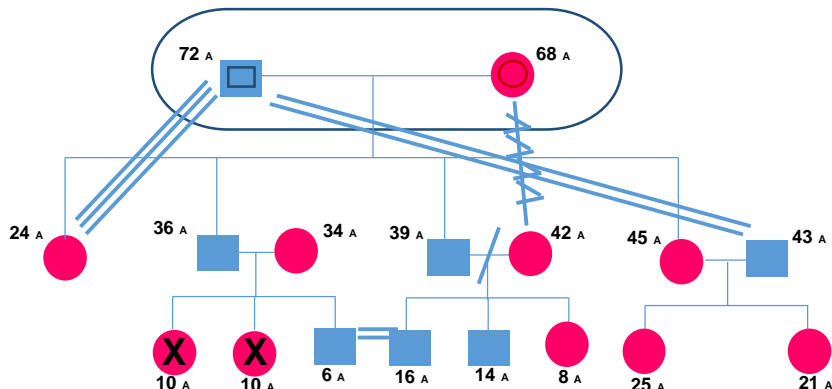
DIMENSÕES DE APRECIACÃO GLOBAL DA PESSOA

O Sr. MS, 72 anos, prefere ser chamado pelo sobrenome S., sexo masculino, casado, raça caucasiana, nasceu em 19/08/1942 em Lisboa.

- Residente em Quinta das Conchas – Lisboa;
- Casado com a Sr.^a MES, 68 anos há 41 anos, doméstica;
- Engenheiro Civil, Licenciatura em Engenharia Civil e Pós-Graduação em Gestão;
- Tem 4 filhos, com idades compreendidas entre os 24 e 45 anos. Todos independentes. Moram perto dos pais e dão apoio;
- Os filhos moram perto, reúnem-se todos os domingos em família para o almoço;
- Reformado atualmente, rendimentos suficientes para o agregado, ele e a esposa vivem exclusivamente da sua reforma;
- Envolvido em atividades desportivas, pratica atletismo em equipa local sem fins competitivos. Joga sueca com os amigos vários dias durante a semana;
- Esposa ocupa os tempos livres a fazer costura e tapetes de arraiolos;
- Católico, não praticante. Acredita na “ação e não na intenção” (sic);
- Habitação: moradia própria de três andares, segundo o utente e esposa com divisões amplas, saneamento básico, eletricidade, gás canalizado e espaços verdes circundantes. Com obras recentes no piso térreo onde melhoraram o quarto de hóspedes e casa de banho a “pensar na velhice” (sic) com espaço para a passagem de uma cadeira de rodas;
- Pessoa de referência é a esposa. Está presente em todas as consultas do marido. Aparentam uma boa relação;
- Beneficiário da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE);
- Vigilância de saúde anual em Unidade de Saúde Familiar, tem médico de família;
- História familiar
- ✓ Pai faleceu em acidente de viação;

- ✓ Mãe faleceu há 7 anos, com Demência e “doença nas articulações” (sic) que não sabe especificar.

GENOGRAMA



HISTÓRIA DE SAÚDE

Antecedentes Pessoais

- ✓ Hipertensão Arterial
- ✓ Hipercolesterolemia
- ✓ Hiperplasia Benigna da Próstata
- ✓ Refluxo Faringo-Laringeo

Antecedentes Cirúrgicos

- ✓ Herniorrafia aos 55 anos
- ✓ Cirurgia às cataratas aos 63 anos

Internamentos anteriores

- ✓ Associados às intervenções cirúrgicas
- ✓ Aos 66 anos no serviço de Pneumologia por Pneumonia (14 dias)

Terapêutica atual

- ✓ Omeprazol 40 mg, 1 cp em jejum
- ✓ Losartan + Hidroclorotiazida 100 + 25, 1 cp ao pequeno-almoço
- ✓ Amlodipina 10 mg, 1 cp ao pequeno-almoço + 1 cp ao jantar
- ✓ Atorvastatina 20 mg, 1 cp ao jantar

Alergias

- ✓ Alimentar: Morango
- ✓ Medicamentosa: Penicilina

Comportamentos Aditivos

- ✓ Fumador desde os 16 anos de idade, 1 maço de cigarros/dia
- ✓ Bebe vinho apenas ao almoço, 2 copos

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O Sr. MS refere que tudo começou com odinofagia e sensação de corpo estranho na orofaringe há 3 meses, com uma espécie de “catarro” constante, por vezes com dispneia no período noturno principalmente em decúbito lateral esquerdo e rouquidão persistente com 2 semanas de evolução. Por apresentar estas queixas, deslocou-se por três vezes à sua unidade de saúde onde foi observado pelo médico de família que lhe diagnosticou refluxo faringo-laríngeo (prescrição de Omeprazol 20 mg, 1 cp em jejum), na segunda visita fez Antibiótico + Betadine para “gargarejar” na cavidade oral por suspeita de amigdalite. Na terceira visita ao médico de família com rouquidão com 12 semanas de evolução e perda ponderal de 11 kg, com dificuldade em se alimentar (apenas dieta mole) foi encaminhado para a realização de exames complementares de diagnóstico (análises, raios X). Os resultados revelaram anemia e diminuição do valor de albumina. Sem alterações nos raios X. Receitado suplemento vitamínico.

O Sr. MS apenas dormia sentado. Na noite do dia 16 de Dezembro pelas 4h da manhã recorre ao serviço de urgência por dificuldade respiratória, estridor laríngeo, astenia, disfagia para sólidos. Observado por ORL. Ao exame físico apresentava-se emagrecido (perda ponderal de 13 kg), ligeira tumefação cervical à direita gânglios suspeitos à palpação. Realizou raios X, Tomografia Axial Computorizada (TAC) cervical e análises. Os resultados analíticos apresentavam anemia marcada, raios X com infiltrado nas bases e na TAC cervical (com contraste) massa tumoral suspeita a nível da laringe com gânglios à direita. Ficou internado para realizar mais exames no dia seguinte.

No dia seguinte realizou microlaringoscopia em suspensão e biópsia de uma porção da massa tumoral que revelou células compatíveis com carcinoma pavimento celular com estadiamento, segundo a classificação TNM de T1N1M0, e que na classificação do *American Joint Committee on Cancer* é

agrupado no estágio III. Durante as 3 semanas que demoraram os resultados das biópsias o utente permaneceu internado, tendo sido colocado uma Ostomia de Alimentação (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy* - PEG) para assegurar via de alimentação dado que o utente apresentava cada vez mais disfagia e as tentativas de colocação de SNG revelaram-se infrutíferas. Após discussão do caso em reunião multidisciplinar é decidido como tratamento LT + EGC Bilateral – com realização de traqueostomia definitiva + RT curativa (5 semanas) + QT (4 ciclos).

No dia 19 de Janeiro é submetido à intervenção cirúrgica onde é realizada uma LT, com EGC radical, o que condicionou a realização de uma traqueostomia/ostomia de respiração definitiva. À saída do bloco apresentava cânula de traqueostomia Shiley 10 não fenestrada com *cuff* insuflado.

3. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

Para efetuar a avaliação multidimensional é necessário recorrer a instrumentos que estejam adaptados para a pessoa idosa conforme corroboram Sonderhamn, Flateland, Jessen e Soderhamn (2011), de modo a que as intervenções sejam também o mais individualizado possível. Estas podem contribuir para diminuir a fragilidade da pessoa idosa e passam pelo uso de instrumentos como o desenvolvido por Fulmer (2007), para a recolha sistemática de informação relativa à pessoa idosa: SPICES é uma mnemónica utilizada para as síndromes comuns da população idosa para as quais se direcionam as intervenções de enfermagem:

- (S) *Sleep disruption* (perturbações do sono);
- (P) *Problems with eating and feeding* (distúrbios alimentares/nutricionais);
- (I) *Incontinence* (incontinência);
- (C) *Confusion* (confusão);
- (E) *Evidence of falls* (frequência de quedas);
- (S) *Skin breakdown* (alterações da integridade cutânea/feridas).

PERTURBAÇÕES DO SONO (S)

Associado à situação clínica, após permeabilização da via aérea o Sr. MS não refere quaisquer dificuldades em descansar. Manifesta a sua satisfação em ter retomado um sono reparador.

ESTADO NUTRICIONAL

- Perda ponderal acentuada associada a problemas com alimentação e nutrição (**P**) – 11 kg em 12 semanas – por apresentar dificuldade na deglutição.

Como referem Sonderhamn et al. (2011) intervir na prevenção da desnutrição é fator fundamental para a melhoria da saúde global das pessoas idosas.

- Aplicada a *Mini Nutritional Assessment* (MNA), obteve-se um score de 8, o que revela um estado de risco de desnutrição.

Esta pontuação reflete um índice de massa corporal baixo, bem como as medidas antropométricas (perímetro perna e braço). É um importante foco de intervenção, pela prevenção da desnutrição atempada para que receba um suporte nutricional mais fiel às suas necessidades, com a redução do tempo de internamento e do custo para o tratamento (Paula et al., 2007).

ALTERAÇÕES DA INTEGRIDADE CUTÂNEA / FERIDAS (S)

Por outro lado, inevitavelmente associado ao estado nutricional poderão também ocorrer, alterações da integridade cutânea (*Skin Breakdown*), pelo que se procedeu a uma avaliação recorrendo a:

- Escala de Braden – avalia o risco de desenvolver úlceras por pressão obtendo um score de 22 (0-24) o que significa baixo risco.
- Índice de Barthel – avalia atividades de vida diária obtendo score de 20 pontos (0-20) o que revela que é autónomo, sem nenhum grau de dependência.
- Índice de Lawton & Brody – avalia atividades instrumentais de vida diária, score de 24 em 24 possíveis, logo, sem dependência.
- A avaliação do estado cognitivo é deveras importante neste contexto.

A escala utilizada foi o *Mini Mental State Examination* (MMSE) resultando num score de 28, que para a população que possui escolaridade superior a 11 anos indica ausência de déficit cognitivo, uma vez que como pressupostos para o ensino à pessoa idosa com ostomia de respiração são necessários os seguintes requisitos: assumir o ensino; existir um canal de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa/cuidador; possuir habilidades intelectuais para compreender o ensino; possuir habilidades motoras para o fazer; possuir aptidões auditivas e visuais capazes para entender/ observar o ensino (Faria & Santos, 2009).

FREQUÊNCIA DE QUEDAS (E)

- ❑ Escala de Morse (utilizada na instituição onde decorreu o estágio): após a sua aplicação obteve-se uma pontuação de 15 pontos que revela um baixo risco de queda (0-45 pontos).

Por fim, importa salientar que, na história de vida do Sr. MS, existem indicadores de isolamento social, com sentimentos de tristeza, ansiedade e apreensão. Aplicada a escala de depressão geriátrica de Yesavage (versão curta), foi obtido um score 7, o que confirma depressão ligeira.

O Sr. MS demonstra conhecer a medicação que toma, bem como a da esposa. Elaborou uma pequena tabela que trazem ambos na carteira, dele e da esposa. É extremamente organizado e metódico na organização de compromissos: consultas, exames, provas de atletismo, treinos de equipa.

Manifesta preocupação com a atividade física, receia não poder voltar a correr pela consequência da cirurgia mas também dos tratamentos – quimioterapia e radioterapia.

4. A VIVÊNCIA DA TRANSIÇÃO – Aplicado a caso clínico

Meleis e os seus colaboradores desenvolveram uma teoria de médio alcance sobre as experiências de transições (Meleis et al., 2000) sendo este um conceito central na enfermagem. Os enfermeiros prestam cuidados aos utentes quando estes se encontram a experienciar, antecipar ou completar as transições. Esta teoria englobam um conjunto de dimensões:

- Tipos e padrões de transições,
- Propriedades das experiências de transições,
- Condições da transição facilitadoras e inibidoras,
- Indicadores de processo,
- Indicadores de resultado,
- Terapêuticas de enfermagem.

NATUREZA DA TRANSIÇÃO	CONDIÇÕES DA TRANSIÇÃO		PADRÕES DE RESPOSTA
<p>TIPO</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO</u> <i>Pessoa Idosa</i></p> <p><u>SAÚDE/DOENÇA</u> <i>Diagnóstico de Cancro da Laringe</i></p> <p>PADRÃO</p> <p><u>SIMULTÂNEOS</u> <i>Dependência no autocuidado à cânula Reforma</i></p> <p>PROPRIEDADES</p> <p><u>CONSCIENCIALIZAÇÃO</u> <i>Tem perceção da gravidade da doença Não tem noção das implicações da perda de voz</i></p> <p><u>ENVOLVIMENTO</u> <i>Questiona os profissionais e pede aos familiares para procurares na internet</i></p> <p><u>MUDANÇA E DIFERENÇA</u> <i>Planeia viajar nas férias Iniciou cessação tabágica Ainda não tem noção da necessidade de ajustes na atividade física</i></p> <p><u>ESPAÇO TEMPORAL</u> <i>28 dias</i></p> <p><u>EVENTOS CRÍTICOS</u> <i>Diagnóstico Perda de voz (potencial)</i></p>	<p>FACILITADORAS</p> <p>PESSOAIS <i>Casado Estatuto socioeconómico Preparação e conhecimento</i></p> <p>COMUNIDADE <i>Apoio da esposa e filhos</i></p> <p>SOCIEDADE <i>Contacto com outros ostomizados</i></p>	<p>INIBIDORAS</p> <p>PESSOAIS <i>Crenças culturais e atitudes</i></p> <p>COMUNIDADE <i>Medo de não poder/conseguir voltar a ir ao ginásio e ir jogar sueca com amigos</i></p> <p>SOCIEDADE <i>Medo de não poder ser membro ativo na Igreja (não poder fazer leituras nas cerimónias)</i></p>	<p>INDICADORES DE PROCESSO</p> <p><u>SENTIR-SE LIGADO</u> <u>INTERAGIR</u> <u>DESENVOLVE CONFIANÇA</u></p> <p>INDICADORES DE RESULTADO</p> <p><u>DOMÍNIO DE NOVAS COMPETÊNCIAS</u> <i>Independente na higiene e mudança da cânula de traqueostomia Utiliza a técnica de tosse eficaz com sucesso</i></p> <p><u>REFORMULAÇÃO DA IDENTIDADE</u> <i>Estado subjetivo de bem estar</i></p>
TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM			
<p>AGENDAMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO APÓS ALTA</p> <p>PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO PARA O AUTOCUIDADO</p> <p>PROPORCIONAR CONTACTO COM OUTROS OSTOMIZADOS</p>			

Figura. Experiência de uma pessoa idosa com cancro da laringe, síntese de dados à luz da Teoria de Médio Alcance das Transições (adaptado de Meleis et al., 2010, p. 36).

4.1. Natureza da transição

As transições poder ser analisadas de acordo com o tipo, padrão e propriedades.

Relativamente ao tipo, as transições podem ser saúde/doença, desenvolvimento, situacional e organizacional (Meleis et al, 2000).

Os tipos de transição com que os enfermeiros lidam na interação com os clientes podem ser de desenvolvimento, quando associadas às fases do ciclo de vida. O fenómeno da transição da pessoa associado à dependência no autocuidado está, em grande medida, associado à velhice. Uma transição saúde/doença é caracterizada por mudança súbita de papéis resultante da alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença, seja ela uma doença aguda ou crónica (Meleis et al., 2000, p. 18). O Sr. MS encontra-se a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença e de desenvolvimento. Defendido por Semple et al. (2008, p. 87) que a transição saúde/doença, frequentemente, não é a única encontrada. A sua esposa enquanto cuidadora também está a vivenciar uma transição situacional pela transição para o exercício do papel de prestador de cuidados.

No que concerne ao padrão das transições estes podem ser de multiplicidade e complexidade, não sendo exclusivas. Como no caso do Sr. MS, há indivíduos que experienciam mais do que uma transição (a transição associada à dependência no autocuidado relacionado com o envelhecimento e simultaneamente, a transição saúde/doença).

Em termos das propriedades, foram descritos a consciencialização, envolvimento e diferença, o período de tempo e os pontos e eventos críticos. A consciencialização é fundamental em todo o processo. O Sr. MS ainda não tem consciência das limitações da perda de voz, como condicionador no seu quotidiano, nem da necessidade de adotar meios de comunicação substitutos para manter as suas atividades, uma vez que existem mudanças no estatuto social e laboral após o tratamento destes utentes como salientado por Liu (2008) que destaca que após seis meses de tratamento de radioterapia, os utentes ainda não tinham recuperado o seu nível de atividade prévio e que com quimioterapia concomitante o período de tempo aumentava para os doze

meses (Liu, 2008 p. 1936). A consciencialização da transição pressupõe a percepção, conhecimento e reconhecimento das mudanças que lhe estão a ocorrer naquele momento (Meleis et al., 2000 p. 18).

O envolvimento é uma outra propriedade da transição que o Sr. MS apresenta. Caracterizada pela profundidade com que a pessoa se envolve no processo de cuidados e de mudança (Meleis et al., 2000 p. 19). A percepção do seu envolvimento espelha-se na procura de informação e/ou pela mudança de hábitos tabágicos, no caso do Sr. MS que reduziu a quantidade de cigarros e aderiu às consultas de cessação tabágica e questiona os profissionais “Como posso fazer em casa?”, “Se precisar de falar a quem posso ligar?” (sic), bem como os familiares. A filha mais nova do Sr. MS elaborou, a pedido do pai, um *dossier* com toda a evolução clínica, datas de consultas, exames, entre outros, com um separador com pesquisa efetuada na internet sobre a justificação da realização desses exames, sinais e sintomas do cancro da laringe, como lidar com o material de ostomia de alimentação e de respiração, entre outros. Esta é uma fase de mudança. Tanto para o Sr. MS mas também para a família que está também em transição. Fazem planos para as férias, altura em que termina os tratamentos. Falta ainda a percepção ao utente das limitações em termos de atividade física que a nova situação de saúde lhe coloca, especificamente na natação. Os eventos críticos definem-se como o acontecimento que determina a necessidade de ocorrer uma transição (Meleis, et al., 2000 p. 21). Para o Sr. MS esse evento foi o diagnóstico de cancro da laringe.

4.2. Condições da transição

As condições da transição podem ser facilitadoras ou inibidoras. Importa conhecer as condições pessoais, da comunidade e da sociedade e perceber qual a sua posição e força no processo de transição. Porque cada pessoa tem vários elementos em todo este processo, nomeadamente os valores, crenças individuais. Em termos pessoais, o Sr. MS é casado (fator favorável segundo a revisão de literatura de Haisfield-Wolfe, et al. (2009 p. 113) para identificar a prevalência e a correlação da depressão em doentes oncológicos deste foro e notaram que a maioria dos estudos empíricos referem que as mulheres e as

peças solteiras ou que moram sozinhas estão mais deprimidas e Boer, et al. (2006, p. 401) é demonstrado que os doentes sozinhos apresentavam menor QV do que os outros, por ausência de uma rede social de apoio, aparentando o casal uma boa relação conjugal. O estatuto socioeconómico é também um fator facilitador na transição do Sr. MS pela reforma cuja quantia é suficiente para os gastos do casal. A alteração do estatuto profissional é uma realidade para muitos destes doentes, bem como o risco de se tornarem dependentes financeiramente de familiares, o que concorre para uma evolução desfavorável da transição. A literatura refere que cerca de metade dos doentes tem uma situação financeira pior após a doença e que cerca de 58% dos doentes do estudo passaram para uma situação de reforma por doença (Nalbadian et al., 2001 p. 338).

Relativamente à preparação e conhecimento, como referido anteriormente o Sr. MS não tendo tido a possibilidade de procurar informação por ter ficado internado de imediato contou com o apoio da filha mais nova e foi questionando os profissionais com essa informação e com as dúvidas que lhe foram surgindo.

Gonçalves et al. (2010) encontraram dois estudos que demonstram que o nível educacional influencia os resultados que estes doentes obtêm. Uma baixa escolaridade está associada a uma pior QV, e segundo o mesmo estudo uma melhor educação significa uma melhor capacidade na procura de informação, de eficácia na compreensão da mesma, e que doentes melhor informados são doentes menos ansiosos e com um maior nível de auto-eficácia (Boer et al., 2006, p. 402). No que diz respeito à relação entre nível educacional e depressão, o estudo de Haisfield-Wolfe et al. (2009 p. 113) refere que os doentes com menor prevalência de sintomas depressivos são os que têm o 12º ano ou curso superior como no caso do Sr. MS.

Em termos de condições da transição facilitadoras da comunidade, o Sr. MS tem um vasto leque de apoio em termos de amigos, vizinhos, atletas da equipa, mas principalmente a esposa. Após a alta para o domicílio, todas as tardes teve visita de amigos e o jogo de cartas era jogado em casa do Sr. MS. Em termos sociais, a possibilidade de ter tido contacto com outros ostomizados foi verbalizado pelo Sr. MS como “uma luz ao fundo do túnel”. Como em tudo,

nem tudo são condições facilitadoras, temos as inibidoras e nos mesmos parâmetros: pessoais, comunidade e sociedade. As principais condições inibidoras em termos pessoais temos o significado atribuído à doença, cancro da laringe ao qual o Sr. MS atribui um significado negativo pela possibilidade de morte mas mais do que isso pela possibilidade de ficar dependente da sua esposa e pela vulnerabilidade que os tratamentos podem provocar-lhe. Ainda em termos de condições inibidoras, da comunidade o que mais condiciona o utente é o receio de não regressar às suas atividades no ginásio e ao clube onde joga à sueca e “comia os meus tremoços” (sic). Por fim em termos sociais a principal preocupação está associada às leituras na missa, o seu contributo na celebração pela sua voz e a realidade de não voltar a ter a mesma capacidade vocal.

4.3. Padrões de resposta

Dado que, as transições se manifestam ao longo do tempo, podem ser identificados padrões de resposta (indicadores) que apontam a direção da transição para transição saudável ou para uma maior vulnerabilidade (Meleis et al., 2000, p. 18). Assim, especificamente para o Sr. MS, é importante que este se sinta apoiado, sentir que poder contar com os anteriores mas também ter novos apoios, daí a importância de fornecer os contactos de associações de apoio especificamente direcionadas para a pessoa com ostomia de respiração. Importa que haja interação (outro indicador), com o enfermeiro, família, amigos, para que o Sr. MS se possa sentir integrado nos grupos mas numa nova realidade para que consiga desenvolver mecanismos para se adaptar à sua situação de saúde. O Sr. MS apesar de se mostrar um pouco combatido por ter perdido alguns dos seus supostos amigos com a nova imagem corporal, está envolvido ativamente no seu plano de ensino, colocando questões para as situações de urgência e partilhando as suas estratégias em determinadas atividades que se revelam muito construtivas. Com este domínio de novas competências, temos como descrito no quadro a mudança e higiene da cânula, tarefa na qual é independente (necessita de ajuda na colocação da fita de

fixação de um dos lados, tarefa realizada pela esposa) e realiza a técnica de tosse eficaz com a qual consegue eliminar secreções sem se cansar muito.

4.4. Terapêuticas de Enfermagem

A estratégia utilizada como terapêutica de enfermagem foi a implementação da consulta de enfermagem de Estomaterapia com um plano individualizado de cuidados. Segundo Miranda (2013) “uma boa prestação de cuidados ao doente ostomizado passa pela existência de uma consulta de enfermagem de Estomaterapia”. Sendo a principal finalidade fazer o acompanhamento do ostomizado desde o pré-operatório até à sua autonomia. O plano de cuidados foi elaborado com recurso à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE):

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES

<p>Conhecimento sobre processo cirúrgico diminuído</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Identificar alvo de ensino<input type="checkbox"/> Envolver (pessoa significativa) do indivíduo<input type="checkbox"/> Identificar/ avaliar o grau de conhecimento da pessoa em relação ao estado de saúde, cirurgia e tratamento a efetuar<input type="checkbox"/> Validar consentimento informado e toda a informação com reforço da informação escrita<input type="checkbox"/> Efetuar colheita de dados e avaliação multidimensional<input type="checkbox"/> Distribuir material educativo (guia de ensino: "Laringectomia total: como superar o desafio e o Boletim do Ostromizado)<input type="checkbox"/> Explicar sobre anatomia e fisiologia<input type="checkbox"/> Explicar sobre necessidade de cirurgia<input type="checkbox"/> Explicar sobre processo cirúrgico
<p>Conhecimento sobre a saúde diminuído</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Explicar sobre necessidade de ficar com Ostomia de respiração definitiva<input type="checkbox"/> Explicar sobre cuidados de higiene à cânula e pele peri-estoma<input type="checkbox"/> Explicar sobre a importância de manter uma higiene oral adequada<input type="checkbox"/> Informar o indivíduo sobre pré-operatório:<ul style="list-style-type: none">• Circuito peri-operatório• Preparação pré-operatória• Possibilidade de contacto com outros ostromizados<input type="checkbox"/> Informar o indivíduo sobre pós-operatório:<ul style="list-style-type: none">• Alteração do padrão respiratório• Perda de voz (possibilidade de treino)• Alteração temporária da alimentação• Alteração temporária do olfato e paladar• Alteração da imagem corporal• Vestuário

	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades físicas e desporto • Viagens • Sexualidade • Fornecimento de material de ostomia necessário • Sinais e sintomas de complicações • Procedimento na presença de complicações • Gestão da medicação • Contacto direto com equipa de enfermagem • Grupos de apoio na comunidade • Recursos na comunidade • Seguimento em consulta de enfermagem de Estomaterapia
Ansiedade atual	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Determinar (fator desencadeante) de ansiedade <input type="checkbox"/> Envolver (pessoa significativa) do indivíduo <input type="checkbox"/> Solicitar (apoio de) para o indivíduo. <input type="checkbox"/> Escutar o indivíduo <input type="checkbox"/> Explicar sobre o estado de saúde
Medo presente	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Explicar os procedimentos <input type="checkbox"/> Encorajar a verbalização de sentimentos <input type="checkbox"/> Escutar ativamente a pessoa <input type="checkbox"/> Promover contacto com outros ostomizados reabilitados, caso a pessoa e familiar cuidador o pretenda <input type="checkbox"/> Vigiar o medo
Continuidade de cuidados comprometida	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solicitar (apoio) para o indivíduo <input type="checkbox"/> Avaliar a capacidade do prestador de cuidados

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Envolver (pessoa significativa) do indivíduo. <input type="checkbox"/> Explicar sobre estado de saúde <input type="checkbox"/> Distribuir material educativo (folhetos informativos) <input type="checkbox"/> Orientar indivíduo
Risco de não adesão	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Explicar sobre regime medicamentoso <input type="checkbox"/> Envolver (pessoa significativa) do indivíduo <input type="checkbox"/> Orientar indivíduo <input type="checkbox"/> Identificar fatores preditivos de não adesão <input type="checkbox"/> Identificar estratégias de adesão com o indivíduo <input type="checkbox"/> Vigiar a autonomia na gestão da medicação
Imagem corporal alterada	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apoiar a pessoa <input type="checkbox"/> Escutar ativamente <input type="checkbox"/> Facilitar uma mudança da imagem corporal <input type="checkbox"/> Promover o contacto com outros ostomizados reintegrados
Função sexual alterada	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliar o grau de disfunção <input type="checkbox"/> Encorajar o diálogo entre o casal <input type="checkbox"/> Encorajar a presença do cônjuge nas consultas <input type="checkbox"/> Ensinar técnicas de relaxamento <input type="checkbox"/> Escutar ativamente <input type="checkbox"/> Requisitar a colaboração de outros elementos da equipa multidisciplinar <input type="checkbox"/> Educar acerca dos recursos disponíveis para uma vida sexual normal (posições, material)

Processo familiar alterado

- Apoiar a pessoa e familiar cuidador
- Encorajar à verbalização de sentimentos com o familiar cuidador
- Promover o diálogo com pessoa significativas
- Promover o contacto com outros ostomizados reabilitados
- Solicitar colaboração da equipa multidisciplinar (psicólogo)

5. REFLEXÃO

A pessoa idosa com ostomia de respiração e familiar cuidador primam por uma especificidade que carece, por parte do enfermeiro, de compreensão sobre a importância de aceitar os resultados que obtém.

A aquisição de competências como modo para dar resposta às reais necessidades manifestadas é, assim, fundamental para cuidados de enfermagem de qualidade, para uma capacitação da pessoa idosa e familiar cuidador, tendo em conta a avaliação multidimensional e deixando de lado os condicionalismos que, enquanto pessoas, o enfermeiro também possui. Porque por vezes não concordamos com a decisão tomada pela pessoa idosa ou não concordamos com a atuação do familiar cuidador, no entanto, a pessoa idosa e familiar cuidador são livres de decidir sobre a sua situação de saúde/doença. Importa que sintam que fazem parte da equipa multidisciplinar na tomada de decisões sobre o seu futuro, estando para isso, munidas de ferramentas importantes como é o caso da informação.

“Os enfermeiros podem ajudar na construção de novos modos de ver o mundo, de fazer e de estar; isto é, facilitar a transição e contribuir para a manutenção e/ou para a promoção de melhores níveis de saúde” (Chick & Meleis, 1986).