

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica


Relatório de Estágio

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS
À PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL:
A RESPOSTA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Vanda Cristina Oliveira Janeiro



Lisboa
2019





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem

Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS
À PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL:
A RESPOSTA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Vanda Cristina Oliveira Janeiro

Orientador: Professor Doutor Óscar Ferreira

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Para a minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Concluída esta etapa da minha formação, não posso deixar de expressar o meu agradecimento aos múltiplos intervenientes neste percurso de desenvolvimento profissional e pessoal.

Ao Senhor Professor Doutor Óscar Ferreira, pelo seu relevante contributo para a materialização da hercúlea tarefa que me propus.

Às Senhoras Enfermeiras Ana Luísa Silva, Raquel Alves e Ana Silvestre, que gentilmente partilharam os seus saberes e práticas, sem os quais não teria sido possível chegar a bom porto.

Aos professores que me inspiraram ao longo dos vários níveis de formação.

Aos colegas de trabalho, pela sua tolerância nas ausências prolongadas e paciência para me escutarem nos surtos de incerteza.

Aos amigos, sempre presentes a uma curta distância de telemóvel, dos lanches na margem sul aos pregos no prato junto ao rio.

À Eva Luna, por me aquecer as pernas, braços ou pescoço, nos períodos passados ao computador.

À minha inestimável família, pelo seu gigante Abraço.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP – Amputação Abdomino Perineal

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCR – Cancro Colorretal

CCS – Conselho Clínico e de Saúde

CEEEEMC – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica

CEET – Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE – Direção Executiva

DGS – Direção Geral de Saúde

ECET – *European Council of Enterostomal Therapy*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EONS – *European Oncology Nursing Society*

ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery*

ESMO – *European Society for Medical Oncology*

ET – Estomaterapia

HFF – Hospital Professor Doutor

Fernando Fonseca

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

JBI – *Joanna Briggs Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OEI – Ostomia de Eliminação Intestinal

PBE – Prática Baseada na Evidência

QT – Quimioterapia

RAR – Resseção Anterior do Reto

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEEMC – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

RNAO – *Registered Nurses' Association of Ontario*

RT – Radioterapia

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDA – Teoria do Défice de Autocuidado

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

USF – Unidade de Saúde Familiar

WCET – *World Council of Enterostomal Therapists*

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Em Portugal admite-se a existência de cerca de 20 mil pessoas com ostomia, sendo o cancro colorretal (CCR) a doença que mais contribui para o estabelecimento de uma ostomia de eliminação intestinal (OEI). A pessoa ostomizada sofre uma profunda alteração na sua autoimagem, acompanhada de reações emocionais diversas, exigindo intervenções promotoras do autocuidado por parte do utente e/ou seu cuidador. A promoção do autocuidado é iniciada a nível hospitalar, onde as limitações são percecionadas num ambiente protegido, com disponibilidade de recursos materiais e humanos. A evidência constata a relevância de formação especializada em estomaterapia, bem como um acompanhamento após a alta, quando o real impacto da ostomia é vivenciado. No sentido de assegurar a monitorização e educação ao utente ostomizado e família, respeitando os requisitos de acessibilidade e proximidade garantidos pelos cuidados de saúde primários (CSP), nasceu o projeto “Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com OEI: a resposta dos CSP”. Este surge no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório do 9º Curso de Mestrado na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção de Enfermagem Oncológica, visando a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista e a aquisição do grau de Mestre. Tendo como finalidade a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com OEI em contexto de CSP, foi colocada a questão: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com OEI após a alta hospitalar?” A metodologia adotada incluiu a pesquisa de evidência científica, uma revisão *scoping* da literatura e a prestação de cuidados de enfermagem assentes numa prática reflexiva, com construção de documentação de apoio, em três campos de estágio. O percurso realizado não só possibilitou a aquisição das competências almejadas, como permitiu melhorar a qualidade de cuidados à pessoa ostomizada, nomeadamente com a conceção de uma consulta de enfermagem de estomaterapia em CSP, materializando a oferta de cuidados de proximidade preconizados.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários, cuidados de enfermagem, autocuidado, estomaterapia, ostomia de eliminação intestinal.

ABSTRACT

Portugal admits the existence of about 20 thousand people with ostomy, being the colorectal cancer the disease that most contributes to its establishment. The person with an ostomy suffers a profound change in their self-image, followed by several emotional reactions, requiring interventions that promote self-care by these patients and/or their caregivers. Self-care education initiates in the hospital setting where limitations are perceived within a protected environment, with human and material resources available. The scientific evidence states the relevance of specialized training in enterostomal therapy, as well as a follow-up after discharge, when the real impact of the ostomy in a person's life happens. In order to ensure the monitoring and education of the ostomized patient and its significant ones and regarding the accessibility and proximity requirements guaranteed by primary health care, the project "Specialized nursing care for the person with enterostomy: the reply of primary health care" was born. This project was developed within the scope of the internship curricular unit of the 9th Masters Course in Medical-Surgery Nursing Specialization, Oncology Nursing area, aiming at the acquisition of common and specific competences of Specialist Nurse and the acquisition of the Master degree. This project aims to improve the quality of nursing care to the person with ostomy in primary health care setting. The research question behind the project was: "Which nursing interventions promote self-care in the person with enterostomy, after discharge?" The methodology adopted includes the research of scientific evidence, a scoping review of the literature and the provision of nursing care based on a reflexive practice, with drafting of supporting documentation, along three different internship places. The path carried out not only enabled the acquisition of the professed nursing competences, but also improved the quality of care for the ostomized person, namely with the framing of an enterostomal nursing consultation in primary health care, thus guaranteeing the proximity care offer advocated.

Keywords: *primary health care, nursing care, self-care, enterostomal therapy, ostomy (colostomy, ileostomy) patient.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1. FENÓMENO EM ESTUDO: A PESSOA COM OEI	17
2.1.1. Revisão de literatura sobre OEI.....	17
2.1.2. Intervenções de enfermagem à pessoa com OEI: estado da arte.....	22
2.2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM	26
3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	31
3.1. DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA COM OEI	32
3.1.1. Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos na área da ET	32
3.1.2. Mobilizar conhecimentos teóricos e práticos na área da ET	34
3.1.3. Prestar cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com OEI	34
3.2. PROMOVER A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM OEI NO ÂMBITO DOS CSP	41
3.2.1. Reunir contributos estratégicos para a conceção de uma CEET em CSP.....	41
3.2.2. Planear uma consulta de enfermagem de estomaterapia no ACES	41
3.2.3. Implementar uma CEET no ACES.....	45
3.2.4. Garantir a continuidade de cuidados através do estabelecimento de protocolo de parceria com hospital de referência.....	47
3.2.5. Promover a literacia de assistentes de serviços de apoio domiciliário (SAD) na área da ET	49
3.2.6. Promover a atualização de conhecimentos teórico-práticos dos enfermeiros de CSP na área da ET.....	51
3.3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	53
4. AVALIAÇÃO	57
CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	73

APÊNDICES

APÊNDICE I.	PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW
APÊNDICE II.	CRONOGRAMA GERAL DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO
APÊNDICE III.	CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES PLANEADAS E REALIZADAS POR ESTÁGIO
APÊNDICE IV.	CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE E1
APÊNDICE V.	JORNAL DE APRENDIZAGEM REALIZADO NO E1
APÊNDICE VI.	ESTUDO DE CASO REALIZADO NO E1
APÊNDICE VII.	FORMAÇÃO A ENFERMEIROS REALIZADA NO E1
APÊNDICE VIII.	DOCUMENTAÇÃO ELABORADA NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO DE ASSISTENTES SAD - IPSS
APÊNDICE IX.	COMUNICAÇÃO LIVRE
APÊNDICE X.	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE E2
APÊNDICE XI.	JORNAL DE APRENDIZAGEM REALIZADO NO E2
APÊNDICE XII.	ESTUDO DE CASO REALIZADO NO E2
APÊNDICE XIII.	GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA E DADOS COLIGIDOS
APÊNDICE XIV.	FOLHETOS ELABORADOS NO E2
APÊNDICE XV.	CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE E3
APÊNDICE XVI.	PROJETO DA CEET
APÊNDICE XVII.	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CEET
APÊNDICE XVIII.	FLYER DE DIVULGAÇÃO DA CEET
APÊNDICE XIX.	SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DA CEET

ANEXOS

ANEXO I.	FORMULÁRIO <i>Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal</i>
ANEXO II.	CERTIFICADOS DE PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO NO 2º ENCONTRO DE ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA DO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO
ANEXO III.	AVALIAÇÕES DOS ESTÁGIOS

INTRODUÇÃO

O relatório que se apresenta ilustra o percurso cumprido na unidade curricular Estágio com Relatório, frequentada no 9º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem na área Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica. Foi desenvolvido um projeto intitulado “Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com ostomia de eliminação intestinal: A resposta dos Cuidados de Saúde Primários”, que recai numa área de intervenção onde se pretende desenvolver competências especializadas, com a finalidade de melhorar a qualidade de cuidados prestados à população alvo da área geográfica onde trabalho, no campo de ação da estomaterapia (ET). Assim, definiram-se como objetivos gerais para o projeto de intervenção: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com OEI e promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa com OEI no âmbito dos CSP.

A escolha do tema não é alheia à experiência prévia num serviço de cirurgia, onde a capacitação da pessoa ostomizada era uma preocupação, na medida em que se via precipitada por curtos internamentos. Este fator era percecionado como um obstáculo à eficácia do ensino veiculado, por não estarem reunidas as condições necessárias para o utente e família assimilarem toda a informação. Atualmente exerço funções em CSP, deparando-me com a pessoa ostomizada no seio da sua comunidade, com os desafios que daí advêm. A responsabilidade dos CSP é citada como uma garantia de oferta de cuidados de proximidade personalizados, reconhecendo-se as circunstâncias da pessoa com ostomia e a sua necessidade de

acompanhamento contínuo, com garantia de acesso atempado ao material adequado, promoção do autocuidado e homogeneização de procedimentos. (...) o acompanhamento após a alta deve ser o mais próximo possível do local de residência e/ou trabalho dos doentes ostomizados (Despacho n.º 11233/2016 de 19 de setembro, p. 28489).

Em Portugal não se conhece o número exato de pessoas com ostomia. Ferreira, Seixá & Morais (2009) estimavam existir 14 mil utentes, Barata (2010) apontava para 10 a 12 mil, no Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca (HFF) (2017a) mencionava-se a existência de 16 mil ostomizados, mas a contagem pode

ultrapassar as 20 mil pessoas (Silva, Santos & Brito, 2016). A doença que mais contribui para o estabelecimento de uma OEI é o CCR. De acordo com os dados do *World Cancer Report 2014* é o terceiro mais comum nos homens e o segundo nas mulheres, a nível mundial. A sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas duas décadas, devido ao aumento da esperança média de vida e envelhecimento da população, sobretudo nos países mais desenvolvidos, onde as taxas de incidência são mais elevadas – 65% de todos os casos (*World Health Organization, WHO, 2014*). A nível nacional, os dados apresentados no documento *PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números – 2015*, dizem-nos que o CCR é a segunda neoplasia com maior incidência em ambos os sexos (Direção Geral de Saúde, 2015). Sendo a doença oncológica a principal responsável pela existência de uma ostomia, reúnem-se duas fontes geradoras de desequilíbrio, admitindo que na sociedade atual, o cancro continua a ser uma entidade assustadora, pela sua associação ao incurável, à mutilação, ao sofrimento e à morte.

A palavra estoma deriva do grego *stoma* que significa “boca” ou “abertura”. Ostomia é um termo utilizado para designar a abertura criada cirurgicamente, cujo objetivo é criar um novo trajeto entre vísceras e o exterior, ou entre si (Marques, 2013; Peixoto, 2014). É realizada quando há necessidade de desviar o trânsito normal de alimentação, ventilação ou eliminação, temporária ou permanentemente. Este facto pode influenciar a forma como a pessoa encara a sua situação, mas independentemente do tempo de permanência, a realização deste procedimento acarreta uma série de mudanças na vida do ostomizado e família, requerendo cuidados especializados de enfermagem. A pessoa submetida a cirurgia com estabelecimento de ostomia, sofre uma alteração no seu esquema corporal, devastando a sua autoimagem, suscitando reações emocionais diversas, dado que o corpo é o nosso interlocutor com o mundo que nos rodeia. Um estoma comporta uma alteração física visível e significativa do corpo, que pode passar a ser percecionado como privado de integridade e autonomia, causando disrupção com o mundo exterior. Compreender a dinâmica deste processo é crucial no planeamento e prestação de cuidados que promovam a adaptação da pessoa e família à nova realidade. A mudança resultante de um procedimento cirúrgico mutilador é significativa, o que implica intervir sobre as incapacidades que daí sucedam. “É

sobre as referidas incapacidades, que os enfermeiros podem oferecer respostas concretas para uma integração e adaptação absoluta da sua nova condição de saúde” (Pinto, 2009, p.78).

Existe a noção empírica de que não é possível, durante um internamento, capacitar totalmente a pessoa e/ou família nos cuidados à ostomia, pois precisam de tempo para se adaptarem à situação, para desenvolverem as habilidades necessárias à restauração do autocuidado e viverem o processo de transição de forma saudável. É nesta esfera que o enfermeiro deve atuar, promovendo os processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida. Para tal, deve procurar a excelência nos cuidados que presta, quer pela análise da sua prática e identificação dos campos que carecem de desenvolvimento, como reunindo a informação necessária à sua concretização. No estudo de Ferreira, Seiça e Morais (2005) sobre a qualidade de vida da pessoa com ostomia e seu cuidador, a informação e aconselhamento que melhor satisfazem as suas necessidades, é a que provem de enfermeiros com formação específica em ET, quando comparada a outros profissionais de saúde. Os factos confirmam a relevância de formação especializada em ET, bem como um acompanhamento da pessoa ostomizada e família que não termine no momento de alta. Os CSP não se podem excluir deste propósito, o que vai de encontro à aplicação deste projeto, com a conceção de uma consulta de enfermagem de estomaterapia (CEET) na instituição onde trabalho. Esta pretensão apoia-se na legislação que define consulta de enfermagem como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (Portaria n.º 19/2012 de 20 de janeiro, p. 352).

O processo de adaptação à nova realidade é complexo e exige cuidados promotores da aquisição de conhecimentos e capacidades que permitam o autocuidado. Esta transição não é simplesmente uma mudança, mas um processo de reconstrução de papéis, devendo o enfermeiro atuar como facilitador dessa transição. Para consubstanciar o que se pretende estudar, são eleitos dois eixos teóricos da disciplina de enfermagem: a Teoria do Défice de Autocuidado (TDA) (Orem, 2001) e a Teoria das Transições (Meleis, 2010a). A relação e congruência

entre as duas teorias é garantida pela própria Meleis, quando refere que na teoria de Orem o autocuidado é conceito chave e as transições relacionam-se fortemente com alterações na capacidade de autocuidado (Chick & Meleis, 2010). Encontrar-se ostomizado representa um “evento crítico”, coloca a pessoa na passagem de um estado de bem-estar para o de doença crónica. O impacto desta experiência pode ser evidenciado pela pessoa através da limitação para o autocuidado, perda de controlo da sua vida, isolamento social e laboral, alteração das relações familiares e dos papéis que desempenhava nos diferentes contextos. A transição refere-se a uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida e nas habilidades (Meleis, 2010a). Na conceção de Meleis, os enfermeiros assumem a figura de agentes de mudança na saúde dos indivíduos e parte integrante do sistema de saúde, assumindo o papel de gestores de situação, adaptando as intervenções de enfermagem aos projetos individuais da pessoa, facilitando o processo de transição. Preparar para a transição é uma das ações terapêuticas de enfermagem, sendo que é através da educação que se começam a criar as condições para a transição (Schumacher & Meleis, 2010).

Como já foi referido, as transições indiciam alterações na capacidade de autocuidado. Relativamente a uma ostomia, existe um conjunto de procedimentos específicos cuja aprendizagem deverá capacitar a pessoa ou o seu familiar a deixar o hospital, pleno de recursos físicos, materiais e humanos, enfrentando o ambiente doméstico com os meios lá existentes. Orem (2001) desenhou uma teoria na qual o enfermeiro intervém junto de pessoas com limitação ou incapacidade na satisfação do autocuidado, necessitando de incorporar novas medidas, cuja realização requer conhecimento e habilidade, adquiridos e treinados (Orem, 2001). Tal pressuposto encontra reflexo no ensino feito à pessoa com ostomia e sua família, inicialmente limitados na capacidade de resposta às necessidades emergentes.

A prestação de cuidados especializados pressupõe uma prática de Enfermagem Avançada que consolide o papel central da profissão no sistema de saúde. Esta premissa revê-se no perfil de mestre que se pretende atingir, com o aprofundamento de conhecimentos, aplicados a contextos alargados e projetos inovadores, grau que é conferido numa área de especialização (Decreto-Lei n.º115/2013 de 7 de agosto).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define que Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Regulamento n.º140/2019). Esta etapa da minha aprendizagem visou o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CEEEEMC). As primeiras, partilhadas por todas as áreas de especialização, são do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e por fim, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º140/2019). As competências específicas que se aprofundaram ao longo do estágio, através das atividades projetadas, são do âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, cujo conteúdo foi alvo de remodelação, para acomodar a abrangência da mesma e necessidades de cuidados especializados em áreas emergentes (Regulamento n.º429/2018). Considerando a temática do projeto, as competências específicas desenvolvidas situam-se na área da pessoa com situação crónica, podendo estender-se à área da pessoa com situação paliativa.

Este percurso formativo profundamente entrelaçado com a *praxis*, encontra paralelismo na visão de Benner (2001), que prevê uma evolução – de iniciado a perito – ao nível de competências do profissional de enfermagem.

Nos cuidados à pessoa com doença oncológica, devem ser ainda consideradas as competências preconizadas na *framework* da *European Oncology Nursing Society* (EONS) (2018), que encara o cancro como uma doença crónica, ressaltando a importância de se conhecer os fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais afetados pelo diagnóstico, proporcionando cuidados holísticos, respeitantes da individualidade de cada ser, num ambiente de suporte que permita a expressão de dificuldades e sentimentos.

O itinerário metodológico deste projeto passou pela execução de um protocolo de *Scoping Review* (Apêndice I), com a questão da revisão “Quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com ostomia de eliminação intestinal após alta hospitalar?” e pela realização de três ensinamentos clínicos, distribuídos ao longo de 18 semanas, entre 24 de setembro de 2018 e 8 de fevereiro

de 2019, apresentados no Cronograma de Estágio (Apêndice II). Os dois primeiros campos de estágio incidiram em CEET. O primeiro¹ decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), permitindo-me observar a operacionalização de uma CEET em contexto de CSP. O segundo estágio² teve lugar na unidade hospitalar de referência do local de implementação do projeto, selecionada pela manifesta complementaridade da população alvo. O terceiro estágio³ desenrolou-se na instituição onde exerço funções, um ACES da ARSLVT onde, a partir de um diagnóstico de situação inicial, se esboçou um projeto de intervenção. Com base nos objetivos gerais e específicos definidos, foram delineadas atividades para cada ensino clínico, apresentadas nos Cronogramas de Atividades de Estágio (Apêndice III).

O documento que se apresenta tem como objetivos: definir a problemática trabalhada; apresentar a fundamentação teórica do trabalho desenvolvido; relatar as atividades planeadas, realizadas e respetivos resultados, refletindo sobre as mesmas à luz da evidência científica; discutir as competências adquiridas no âmbito dos referenciais mencionados anteriormente⁴; evidenciar os contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto da minha prática profissional. O relatório encontra-se dividido nos seguintes segmentos: introdução; definição da problemática (fundamenta a escolha do tema); enquadramento teórico (contextualiza a temática em estudo sustentada pela evidência científica); execução das atividades previstas (explana a metodologia utilizada, dissecando os objetivos e atividades que os operacionalizam, bem como as competências que se desenvolveram); avaliação (analisa os pontos fortes e fracos do projeto, bem como o seu contributo para a melhoria da qualidade de cuidados); e por fim, conclusões e perspetivas futuras (resume o percurso efetuado, perscrutando oportunidades futuras). Acrescentam-se em apêndices e anexos, todos os documentos considerados pertinentes para a clarificação do percurso efetuado.

¹ Identificado ao longo do relatório como E1.

² Identificado ao longo do relatório como E2.

³ Identificado ao longo do relatório como E3.

⁴ Regulamentos das CCEE e CEEEEMC, *framework* da EONS (2018) e descritores de Dublin.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A presença de uma ostomia causa profundas mudanças na vida da pessoa e sua família, manifestadas por desajustes físicos, emocionais, sociais e familiares (Sousa, Branco e Brito, 2015). A readaptação após um evento gerador de dependência é o terreno para a expressão do exercício profissional dos enfermeiros (Pacheco, 2015). É neste âmbito que se fundamenta a existência de uma CEET, o mais acessível possível aos seus clientes, pois é necessário que se garanta uma restituição da capacidade de autocuidado após a cirurgia (Santos, 2013).

A alta hospitalar pode ser ameaçadora, na medida em que se deixa o ambiente protetor do hospital, cheio de recursos técnicos e humanos, para lidar com o retorno a um cotidiano transformado. Além disso, o leque de problemas que possam surgir em casa, é geralmente diferente do vivido em contexto hospitalar (Cardoso, 2011). Concomitantemente, hospitalizações mais curtas abreviam o tempo para o ensino necessário, que pode ser reduzido a instruções básicas e exibição dos materiais, gerando receio e insegurança no regresso a casa (Grant et al, 2013). Contrariando esta ideia, assiste-se a uma disseminação de programas como o *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), que prevê uma alta precoce e consequente redução de custos, sem subvalorizar a qualidade da recuperação do utente (Ljunngqvist, Scott & Fearon, 2017). Embora a evidência demonstre os benefícios desta filosofia aplicada à pessoa com ostomia, o seu sucesso exige uma ampla preparação no pré-operatório e acompanhamento especializado diário intensivo, durante o internamento (Bryan & Dukes, 2010), o que ainda não é exequível na maioria das instituições de saúde.

A intervenção de enfermagem à pessoa submetida a ostomia deve ser efetuada nas fases pré e pós-operatória, por enfermeiros com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de ET, a nível dos cuidados hospitalares, dos cuidados domiciliários, dos cuidados continuados, dos cuidados paliativos e dos cuidados de saúde primários (DGS, 2017a), reduzindo desta forma o *distress* psicológico, prevenindo complicações e promovendo uma melhor qualidade de vida (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO, 2009).

O processo de transição do utente do hospital para a unidade de saúde na comunidade assenta num pressuposto de continuidade de cuidados, que exige estratégias de comunicação e articulação entre enfermeiros de diferentes instituições, trabalhando em equipa (Readding, 2005).

Considerando que o real impacto da ostomia na vida da pessoa só pode ser percecionado já em contexto pós-hospitalar e que as necessidades evoluem e mudam ao longo do tempo, todos os níveis de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem assegurar a educação e apoio clínico ao utente ostomizado e/ou familiar. Tal implica conhecimentos e aptidões dos profissionais dos CSP, de acordo com a evidência científica, de forma a fornecer uma resposta eficaz, orientando, capacitando, executando as técnicas necessárias e detetando situações que exijam apoio diferenciado. Existe, porém, a noção de que os profissionais de saúde de um modo geral, não se sentem confortáveis na gestão dos cuidados às ostomias, sobretudo por falta de formação adequada (Hendren et al, 2015). A abordagem desta área durante a formação base é sobretudo teórica e genérica, não conseguindo abarcar a natureza complexa das situações vividas pela pessoa ostomizada e sua família (Ardigo & Amante, 2013).

Os utentes aparentam não reconhecer nas equipas dos CSP competências para a prestação dos cuidados à ostomia, já que os próprios enfermeiros, não se considerando bem preparados face às necessidades especiais, remetem esses cuidados para o hospital (Sousa, Branco & Brito, 2015). No estudo destas autoras, é avançada, como uma possível solução, a criação da CEET nos centros de saúde “com enfermeiros com formação específica, dado que (...) a organização de cuidados pelo enfermeiro de família não assegura a eficácia de um atendimento especializado” (Sousa, Branco & Brito, 2015). O projeto que se desenvolveu apresenta a mesma proposta – a conceção e implementação de uma CEET no ACES onde exerce funções, conduzida por uma equipa de enfermagem com formação em ET.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo pretende contextualizar a temática em estudo, apoiada na evidência científica, bem como defender a escolha do referencial de cuidados de enfermagem.

2.1. FENÓMENO EM ESTUDO: A PESSOA COM OEI

2.1.1. Revisão de literatura sobre OEI

A doença que mais contribui para o estabelecimento de uma OEI é o CCR. Esta neoplasia é das mais comuns em ambos os sexos e a sua incidência tem aumentado nas últimas duas décadas, acompanhando a dilatação da esperança de vida, sobretudo nos países mais desenvolvidos, onde as taxas de incidência são mais elevadas – 65% dos casos estão na Europa e América. Observa-se, inclusive, que a sua ocorrência aumenta proporcionalmente ao índice de desenvolvimento dos países, constituindo um verdadeiro marco civilizacional (WHO, 2014).

O CCR é a doença mais comum na Europa, com cerca de 447 mil utentes diagnosticados em 2012 (European Society for Medical Oncology, ESMO, 2016). Segundo dados do *Global Cancer Observatory*, ocupa o terceiro lugar nos novos casos de cancro a nível mundial e o primeiro a nível nacional (International Agency for Research on Cancer, 2018).

Os dados apresentados no documento *PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números – 2015*, dizem-nos que o CCR era a segunda neoplasia com maior incidência em ambos os sexos (DGS, 2015), acompanhando a tendência europeia para um aumento da incidência de cerca 3% ao ano, fruto do já mencionado envelhecimento da população, melhoria no tratamento de várias doenças e alterações do estilo de vida com direta repercussão no aparecimento de cancro (DGS, 2017b). É mais frequente nos homens e em idades superiores a 60 anos. A maioria localiza-se no colon e cerca de um terço apenas no reto (ESMO, 2016).

Estão identificados como principais fatores de risco: regime alimentar rico em carnes vermelhas e processadas, gorduras e pobre em fibras; consumo excessivo de álcool; obesidade; estilo de vida sedentário, independentemente do peso;

diabetes tipo 2; tabagismo; história prévia de pólipos colorretais ou CCR; história prévia de outros cancros, como linfoma, testicular ou endométrio; doença inflamatória intestinal⁵; história familiar⁶; síndromes hereditárias⁷ (ESMO, 2016).

Do ponto de vista histológico, regra geral o CCR é um adenocarcinoma de evolução lenta. Espalha-se inicialmente por invasão da parede intestinal e metastização dos nódulos linfáticos regionais, progredindo com metastização, geralmente, hepática e pulmonar (WHO, 2014).

O tratamento de eleição é cirúrgico, com excisão da área afetada, juntamente com a rede venosa e gânglios linfáticos. A radioterapia (RT) e/ou quimioterapia (QT), costumam ser associadas, antes e/ou depois da cirurgia. No caso de tumores do reto localmente avançados, consegue-se obter assim, uma taxa de recorrência local inferior a 10% aos 5 anos (DGS, 2012).

A extensão da cirurgia depende do estágio do cancro, das características do tumor e dos riscos para o doente. A intervenção pode passar por uma polipectomia, uma ressecção segmentar – remoção do segmento onde está localizado o tumor – ou uma ressecção padronizada, como é o caso da hemicolectomia direita ou esquerda, hemicolectomia direita ou esquerda alargada (quando se estendem ao transversa) ou sigmoidectomia. Idealmente procede-se à anastomose das extremidades do intestino remanescente. No entanto, pode ser necessário construir uma ileostomia ou colostomia temporária para proteção da anastomose. No tratamento cirúrgico do cancro do reto, a técnica *gold standard* é a ressecção anterior do reto, com excisão total do mesorreto, porém, se o tumor está muito próximo do ânus, a sua remoção e de todo o reto é inevitável, criando-se uma colostomia permanente (ESMO, 2016).

A abordagem da pessoa ostomizada encerra um duplo desafio, pois paralelamente ao impacto da ostomia na sua autoimagem, associa-se o ónus de uma doença oncológica. Por mais significativos que sejam os avanços científicos que tendem a conduzir à cronicização do cancro, este continua a ser uma entidade

⁵ O risco aumenta com a duração da doença, gravidade e extensão da inflamação, que pode conduzir a displasia.

⁶ Se existir um parente em 1º grau com CCR, o risco de desenvolver o mesmo duplica, o que pode estar relacionado com a genética ou fatores ambientais partilhados.

⁷ Polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch, síndrome de Peutz-Jeghers, polipose associada ao gene *MYH* e ainda indivíduos descendentes de judeus Ashkenazy.

assustadora, fundamentalmente pela sua associação ao incurável, à mutilação, ao sofrimento e à morte. Todos nós conhecemos alguém que morreu de cancro e isso desloca-nos do plano abstrato para o concreto, potencializado pelo sentido da proximidade e dos afetos. Quando, na sequência da doença oncológica, está patente uma deformação física, a pessoa pode desenvolver sentimentos de vergonha, insegurança, desconforto e isolamento (Carvalho, 2015). “O doente oncológico com OEI é confrontado com dois estigmas sociais conjuntos: o cancro e a presença da ostomia” (Medeiros, 2015 citando Santos & Cesaretti, 2006). Alguns utentes submetidos a cirurgia por neoplasia, encontram-se mais centrados no processo de doença e na evolução do que no estoma em si (Pinto, 2014).

Vários estudos sobre o ajustamento psicossocial de sobreviventes de cancro admitem a existência de múltiplas preocupações psicológicas (Pinto, 2009). As sequelas psicológicas do cancro podem ser concebidas como uma resposta de antecipação da morte ou de stress residual ao diagnóstico e tratamento. Incertezas face ao tempo de vida que têm são observadas em doentes que concluíram tratamento há vários anos. Este sentimento surge muitas vezes associado a ansiedade, estados depressivos, medo de recorrência e uma imagem corporal danificada. Independentemente de se obter a cura, a doença oncológica deixa cicatrizes profundas e sequelas a nível físico e psicológico (Aziz, 2007).

Entre outras patologias que podem conduzir a uma OEI, estão as neoplasias ginecológicas e do trato urinário, diverticulite, traumatismos, fístulas (anais, retovaginais e retouretrais), doenças inflamatórias intestinais (colite ulcerosa, doença de Crohn), malformações congénitas (doença de Hirschsprung) (Gutman, 2011).

Estoma deriva do grego *stoma* que significa “boca” ou “abertura”. Ostomia é um termo utilizado para designar a abertura criada cirurgicamente, com o objetivo de criar um novo trajeto entre vísceras e o exterior, ou entre si, sem a presença de esfíncter (Marques, 2013; Peixoto, 2014), realizada quando há necessidade de desviar temporária ou permanentemente o trânsito normal de alimentação, ventilação ou eliminação.

As referências históricas a ostomias são bastante remotas. Barata (2009) conta que na Bíblia – Livro dos Juízes, faz-se menção a Ehud que, cravando uma adaga

no abdómen do Rei de Mohab, provocou a saída de excrementos por essa via. Esta descrição é quase comparável a uma fístula entero-cutânea, que difere duma ostomia pelo facto de ser originada por acidente, em vez de planeada. Em bom rigor, os “primeiros estomas” eram, essencialmente, fístulas que surgiam espontaneamente na sequência de uma perfuração intestinal (Doughty, 2008). O primeiro relato de cirurgia para alívio de obstrução intestinal é oferecido por Caelius Aurelianus, médico e tradutor romano, aludindo a Proxágoras de Cós (3º século A.C.), que sugerira uma incisão na região púbica e do reto, para remoção do conteúdo, com posterior encerramento dos dois planos, apenas para alívio do sofrimento do doente, sem expectativa de sobrevivência. É na Europa do século XVIII que se começa a recorrer à realização programada de ostomias para resolução de oclusões intestinais. Pillore, em 1776, efetua uma cecostomia a um homem com carcinoma do reto, que sucumbiu ao fim de duas semanas, por necrose de uma ansa repleta de mercúrio (utilizado como tratamento conservador). Em 1793, Duret trata um ânus imperfurado de uma criança de 3 anos, confeccionando uma colostomia ílica e, pese embora se tenha instalado um prolapso, o doente viveu até aos 45 anos. Amussat, em 1839, desenvolveu uma técnica cirúrgica que permaneceu em voga durante cinco décadas, com a incisão da parede abdominal feita a meia distância entre a crista ílica e o rebordo costal. No limiar do século XX, Mayo, em 1904 e Miles, em 1908, desenvolveram a amputação abdominoperineal (AAP) com colostomia definitiva. Em 1921, Hartman adotou um procedimento alternativo, que recebeu o seu nome, com vantagens ao nível da morbimortalidade associada a AAP e que permitia a possibilidade de reconstrução posterior do trânsito intestinal. Ambas são executadas presentemente, com as devidas atualizações inerentes ao progresso científico (Barata, 2009; Wu, 2012). Parks, em 1982, desenvolveu a resseção anterior do reto (RAR) e Heald, em 1986, a RAR com excisão do mesorreto – *gold standard* na cirurgia do CCR – e assim passou a ser possível evitar a colostomia definitiva, mantendo-se a indicação para uma ostomia provisória para preservação da anastomose. A transição do século XX para o XXI introduz os conceitos de cirurgia minimamente invasiva e cirurgia robótica que, ao permitirem uma dissecação pélvica com preservação do esfíncter em tumores mais próximos do ânus, reduzem ainda mais a necessidade de colostomias definitivas

(Hospital da Luz, 2019).

A história da ileostomia é mais recente. Em 1913, Brown ressecou uma porção do ileon, encerrando o topo distal com construção de ileostomia terminal, técnica que persistiu durante várias décadas, devendo-se a Brooke, em 1952, o procedimento padrão na atualidade (Barata, 2009).

As ostomias podem classificar-se quanto à função, localização anatômica, tempo de permanência e técnica cirúrgica de construção.

Relativamente ao tempo de permanência, as ostomias temporárias são realizadas quando existe a possibilidade de reconstrução do trânsito do órgão afetado, ou para proteção de uma anastomose distal à derivação. O tempo de permanência varia, em média, de 3 a 12 meses. As ostomias definitivas são construídas na impossibilidade de opções de tratamento que venham a restabelecer o trânsito e/ou a função do órgão, ou quando a localização das lesões o obriga. As ostomias temporárias podem tornar-se permanentes se a situação patológica se vier a revelar mais grave, se a condição geral do utente não permitir nova cirurgia ou se a própria pessoa ostomizada preferir não se sujeitar a nova intervenção (Marques, 2013; Peixoto, 2014).

A ileostomia resulta da exteriorização de porção do íleo, excluindo o trânsito intestinal do colon e reto. O efluente tende a ser líquido, contínuo e rico em enzimas proteolíticas irritantes para a pele. A ileostomia em ansa, geralmente temporária, é utilizada para proteção de anastomoses após cirurgia intestinal. A ileostomia terminal está indicada na colectomia ou proctocolectomia total, associadas a doença inflamatória intestinal, como colite ulcerosa e doença de Crohn (resistentes à medicação) ou para desviar o trânsito de segmentos com lesões, como na polipose adenomatosa familiar ou carcinoma avançado do reto; é a técnica usada na confecção de ileostomia definitiva (Marques, 2013).

Na colostomia é exteriorizada uma porção do colon, determinando a denominação de cecostomia, colostomia ascendente, transversostomia, colostomia descendente ou sigmoidostomia. Pode ser temporária, recomendada na proteção de anastomoses colorretais ou coloanais, para repouso ou descompressão do intestino no tratamento de malformações, fístulas, infeções perineais, traumatismos, situações paliativas (Marques, 2013). A colostomia definitiva é construída quando

uma porção do colon está irremediavelmente comprometida, com perda da função esfíncteriana, mais usual na doença inflamatória intestinal com comprometimento do reto, nas retocolites ulcerativas inespecíficas, neoplasias do reto (AAP), fístulas e incontinência anal (Marques, 2013; Coelho, Santos & Poggetto, 2013).

2.1.2. Intervenções de enfermagem à pessoa com OEI: estado da arte

Os enfermeiros têm a responsabilidade de prover a pessoa com ostomia e/ou cuidador, com as estratégias necessárias para colmatar as dificuldades físicas, emocionais e sociais, inerentes à condição de ostomizado, garantindo um suporte continuado ao longo do tempo, adaptando-se a eventuais mudanças nas necessidades sentidas por estes utentes (Schreiber, 2016).

As dificuldades de natureza física estão geralmente relacionadas com a inadequada localização do estoma e défices no cuidado à ostomia. Os problemas emocionais associam-se sobretudo a uma baixa autoestima decorrente da alteração da autoimagem e a todas as emoções que acompanham o diagnóstico, prognóstico, eventual perda de salário por incapacidade de trabalhar e todas as transformações no estilo de vida que tinha antes da cirurgia (Gutman, 2011). Na esfera social, parece notar-se uma preocupação em manter secreta a ostomia. Algumas pessoas relatam o afastamento de “amigos”, enquanto outras, sentindo-se estigmatizadas, excluem-se elas próprias das relações sociais (Cascais, Martini e Almeida, 2007).

O estabelecimento precoce de uma relação terapêutica entre o ostomizado e enfermeiro, promove a capacitação daquele nos cuidados ao estoma, promovendo a sua independência e a sua confiança, diminuindo tempos de internamento, contribuindo para minorizar complicações associadas ao estoma, e dessa forma reduzindo o risco de readmissões hospitalares. Ou seja, cuidados de qualidade em ET melhoram não só os resultados dos utentes, como a eficiência dos sistemas de saúde (Williams, 2012). Porém, embora a promoção precoce do autocuidado ao estoma possa melhorar significativamente a adaptação psicológica, os utentes permanecem em risco de *distress* emocional após a cirurgia (O'Connor, 2005).

Como nos diz Readding (2005, p.16) “*going home is not only the journey from hospital, but also the beginning of a new life*”. O momento da alta é descrito pela autora como o “elo fraco” dos cuidados de enfermagem à pessoa ostomizada. É um

período particularmente difícil, pois para além das dificuldades práticas de lidar com um estoma – aspeto, cheiro, equipamento – a pessoa ainda está a lidar com os aspetos relacionados com uma cirurgia major, fraqueza, cansaço, letargia, dor, baixa concentração. Ainda por cima já não está num contexto com profissionais sempre disponíveis para ajudar, aconselhar ou apoiar, quando alguma coisa corre mal. O verdadeiro impacto da cirurgia não é sentido antes de se chegar a casa. Concomitantemente, nestas primeiras semanas o edema regride e o estoma reduz de tamanho, o abdómen volta à normalidade e pode ser necessário readaptar o dispositivo que se levou do hospital. Com o tempo terá também de se adaptar a cuidar do estoma fora de casa e posteriormente, a gerir a ostomia em atividades de lazer, desporto, sexualidade (Reading, 2005).

A evidência científica atesta que o acompanhamento de um enfermeiro com experiência e formação específica em ET, modera o sofrimento psicológico associado a uma ostomia, melhora a qualidade de vida e reduz a probabilidade de complicações (RNAO, 2009). Os próprios ostomizados consideram importante ter um profissional de referência que possam contactar para esclarecer dúvidas, para aconselhamento e para apoio emocional (Pereira & Rebelo Botelho, 2012).

O advento da ET está relacionado com o incremento do número de ostomias no decurso do século XX e, conseqüentemente, a necessidade gradual de cuidados mais adequados. Os primeiros utentes foram autênticos pioneiros, pois os produtos eram tecnologicamente limitados e não tinham a quem recorrer quando surgiam dúvidas ou complicações (Doughty, 2008; Barata, 2009). Encontram-se relatos de pessoas proscritas devido ao odor persistente e à conspurcação, outros com lesões graves da pele circundante, cuja única solução era ficarem confinados ao leito com o estoma exposto, num colchão especial com o recorte do estoma e um recipiente coletor debaixo da cama (Doughty, 2008).

A partir da década de 1950, designada como a “era moderna das ostomias”, a evolução das técnicas cirúrgicas e o conhecimento sobre diferentes materiais (plástico, goma karaya) inicia-se uma viragem no paradigma de cuidados, liderada pelo cirurgião colorretal Rupert Turnbull e Norma Gill-Thompson, sua utente, ileostomizada. Não só promoveram a educação e suporte destes utentes e seus cuidadores, como colaboraram com a indústria no desenvolvimento de dispositivos

mais eficazes⁸, instituíram a marcação pré-operatória do estoma como *standard* e criaram programas de formação para profissionais de saúde (Doughty, 2008; Mota, 2013). O conceito de ET disseminou-se a nível global, chegando em 1970 ao Canadá, Austrália e Nova Zelândia, África do Sul e Inglaterra, onde em 1973 a *Joint Board of Clinical Nursing Studies* reconhece os cuidados à ostomia como uma especialidade clínica da enfermagem, organizando formação a este nível, conjuntamente com a França e Itália. Em 1978 foi criado o *World Council Enterostomy Therapy* (WCET), composto por 30 terapeutas de 15 países e 20 representantes da indústria com vista a promover a ET a nível mundial e o intercâmbio entre especialistas – Norma Gill-Thompson foi a 1ª presidente (WCET, 2019) e em 2003 o *European Council of Enterostomal Therapy* (ECET), com a missão de promover oportunidades ao nível da formação e investigação, no âmbito das ostomias, incontinência e feridas (ECET, 2019).

Em Portugal destaca-se a Associação Portuguesa de Ostomizados criada em 1979, mas as primeiras CEET surgiram em 1991, tendo sido regulamentadas pelo Ministério da Saúde em 1995, reforçando a prioridade de formação na área. Esta era obtida em universidades inglesas, francesas e espanholas, com cursos acreditados pelo WCET. Só em 2012 surge o “Curso de Formação Avançada em Estomaterapia” realizado pela Universidade Católica Portuguesa, em parceria com a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, já acreditado pelo WCET. Paralelamente, têm sido ministradas ações de formação sobre noções básicas em ET, em várias unidades de saúde, da responsabilidade dos centros de formação respetivos (Mota, 2013; DGS, 2017a).

ET é uma área diferenciada de cuidados de enfermagem que integra saberes científicos, técnicos e princípios da relação de ajuda, facilitando o processo de adaptação da pessoa ostomizada à sua nova condição de vida, através da informação, ensino e aconselhamento (Mota, 2013). A CEET promove a capacitação do ostomizado nos vários domínios do autocuidado. Envolve o ensino e treino nos cuidados ao estoma e pele circundante, com os materiais existentes (dispositivos e acessórios), bem como a informação sobre possíveis complicações. Abarca todas as

⁸ Os sacos coletores passam de material reutilizável para descartável, através da cooperação da indústria alimentar que dominava a técnica do plástico (Barata, 2009).

atividades de vida diária, nomeadamente higiene corporal, alimentação, vestuário, atividade física, aspetos psicológicos, adaptação social, laboral e recreativa, sexualidade, informação sobre grupos de apoio, recursos da comunidade, legislação vigente e possíveis benefícios fiscais (DGS, 2017a; Hendren et al, 2015).

Este apoio especializado deve ser iniciado no pré-operatório e mantido por tempo indeterminado, pois a evidência sugere que o impacto negativo de uma ostomia no estado físico, funcional e psicológico, persiste por um período de meses a anos após a cirurgia (RNAO, 2009; Reading, 2005). A periodicidade recomendada pela Direção Geral de Saúde para a CEET após intervenção é aos 15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente (DGS, 2017a).

A monitorização realizada na CEET, no período pós-operatório, inclui: i) avaliação do estado geral; ii) avaliação do estoma e pele periestomal; iii) cuidados ao estoma e à pele periestomal; iv) prevenção, deteção e tratamento de complicações cutâneas e com o estoma; v) prevenção e deteção de complicações de estoma; vi) treino e avaliação da pessoa com ostomia no autocuidado e na utilização da aparelhagem de dispositivo coletor (DGS, 2017a). Paralelamente, deve ser implementado um programa de educação para a saúde que englobe: i) ensinar, instruir, treinar e supervisionar cuidados à ostomia; ii) reconhecer complicações que afetam o estoma e a pele periestomal; iii) promover o autocuidado em todas as atividades de vida diária; iv) instruir e treinar a utilização de dispositivos e acessórios; v) ensinar e treinar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, para a reconstrução trânsito intestinal (quando aplicado); vi) instruir sobre o impacto da alimentação na eliminação (DGS, 2017a).

As complicações com ostomias podem surgir no pós-operatório imediato ou mais tardiamente e afetam diretamente a qualidade de vida da pessoa. Calcula-se que cerca de metade dos ostomizados sentirá dificuldades relacionadas com o manuseamento do material e complicações com a ostomia (DGS, 2017a). Na sua origem poderá estar a técnica cirúrgica, o facto da cirurgia ser eletiva ou de urgência, constituição física, condição física e a inadequação dos dispositivos utilizados (Morais, Seiça & Pereira, 2013). A evidência também sugere que a marcação pré-operatória do estoma reduz complicações subsequentes (RNAO, 2009). Na seleção do local da marcação devem ser considerados:

tipo de cirurgia, músculo reto abdominal, visualização do estoma pelo doente, presença de próteses ou aparelhos ortopédicos que exijam apoio abdominal, pregas cutâneas, cicatrizes de anteriores intervenções, linha natural da cintura, estruturas ósseas vizinhas como o rebordo costal (transversostomias) e lesões cutâneas (...) modo de vestir, atividades laborais e físicas (Seiça & Morais, 2013, p.34).

Em 2015 existiam a nível nacional, 53 consultas em atividade, dez das quais em CSP (DGS, 2017a). A continuidade de cuidados fora do ambiente hospitalar pode trazer benefícios. A reorganização dos CSP em ACES com Unidades Funcionais (UF) de saúde (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro), definiram metas como: melhoria do acesso (em cobertura, disponibilidade e prontidão de atendimento); melhoria da qualidade dos processos assistenciais; maior efetividade (ganhos em saúde) e custo-efetividade mais favorável dos cuidados de saúde; maior satisfação dos utentes; maior satisfação dos profissionais; e ganhos de eficiência e redução de desperdícios. Estas prerrogativas criam as condições para que a pessoa com ostomia usufrua dos cuidados de que necessitam em contexto comunitário. Sendo o recurso mais próximo do ostomizado e do seu ambiente familiar, é fundamental a disponibilização de cuidados em ET que envolvam as UCSP, Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (Miranda, 2013).

Falar de cuidados à pessoa ostomizada na comunidade, pode passar pela CEET nas unidades de saúde, contactos telefónicos e visitas domiciliárias (Cardoso, 2011). Estas parecem constituir uma mais-valia, especialmente porque as pessoas são mais propensas a discutir questões íntimas num ambiente de privacidade (Reading, 2005; RNAO, 2009).

2.2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

A pessoa com ostomia experiencia um “evento crítico”, passando de um estado de bem-estar para o de doença crónica, o que se pode repercutir na limitação para o autocuidado, perda de controlo da sua vida, isolamento social e laboral, alteração das relações familiares e remodelação dos papéis que desempenhava.

Transição é definida como uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado, referindo-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação pessoa/ambiente (Chick & Meleis, 2010). Dos quatro tipos de transições conhecidos: desenvolvimental, situacional, organizacional e de saúde-doença, é neste último que

podemos enquadrar a vivência da pessoa ostomizada, na medida em que esta experiencia uma súbita alteração de papel, caracterizada pela passagem de um estado aparentemente saudável, para viver com uma situação crónica. A alta para o domicílio, com as necessidades de apoio previamente elencadas, corresponde a um processo de transição, enquadrado no domínio da enfermagem (Meleis, 2012).

O processo de transição é influenciado por determinadas condições pessoais e ambientais, entre as quais se contam os significados, expectativas, crenças e atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, nível de preparação, nível de conhecimento/habilidade. São preditores de uma transição saudável, a organização, planeamento e acessibilidade dos recursos, evidenciados por um suporte familiar, fontes de informação credíveis, aconselhamento sobre as diferentes possibilidades e suporte na tomada de decisão e a resposta efetiva às necessidades vividas. Por oposição, a informação e apoio insuficientes, inadequados ou contraditórios, podem constituir fatores inibidores (Shumacher & Meleis, 2010). A transição saudável é caracterizada pela existência de mestria no desempenho e comportamento, necessários para lidar com a nova situação (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2010), alcançando uma sensação de bem-estar (Meleis & Trangenstein, 2010). O conceito de mestria refere-se ao domínio de “novas” competências para lidar com a “nova” condição.

Os enfermeiros são amiúde, os primeiros cuidadores dos utentes e famílias que estão a experienciar uma transição, preparando-os para esse processo, identificando fatores que o podem influenciar, ajudando a desenvolver competências para lidar com a situação (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2010). As suas intervenções passam pela aferição da preparação dos utentes para encarar a transição – exige uma compreensão profunda da pessoa – pela preparação em si – recorrendo à atividade educativa – e por fim, suplementação de papel. Fenómenos de transição desencadeiam alterações de papéis, podendo originar uma insuficiência de papel – dificuldade na consciencialização ou desempenho de um determinado papel, percecionado pelo próprio ou pessoas significativas (Meleis, 2010b).

O processo de transição é balizado por um início e fim distintos (Chick & Meleis, 2010). A pessoa com OEI progride na sua transição, até um ponto de chegada demarcado pela aquisição de autonomia no autocuidado à ostomia. As transições

estão intimamente relacionadas com alterações na capacidade de autocuidado (Chick & Meleis, 2010) sendo que “o domínio da competência de autocuidado ao estoma surge como um critério fundamental para o processo de transição ser dado como terminado” (Silva, Sousa, Lima, Pinto, Brito & Cruz, 2017).

Autocuidado pode ser definido como uma “atividade executada pelo próprio que consiste no tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 42). Porém, qualquer estudo neste âmbito, tem como referência a TDA de Dorothea Orem, segundo a qual, autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001). Este é influenciado por fatores como: idade, gênero, estado de desenvolvimento, estado de saúde, padrões de vida, sistema familiar, sistema de acesso à saúde, fatores socioculturais, recursos disponíveis e fatores ambientais (Orem, 2001).

A TDA é uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que define o objetivo, métodos e resultados do cuidar de si próprio; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que estabelece a razão pela qual se pode beneficiar da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Para além do conceito de “autocuidado”, importa falar de “capacidade de autocuidado”– capacidade de desempenho do indivíduo para cumprir as atividades do autocuidado; “necessidade de autocuidado”– somatório de ações necessárias para satisfazer os requisitos de autocuidado, que podem ser do tipo: universal, de desenvolvimento ou de desvio da saúde; “déficit de autocuidado”– reflete a relação negativa entre as ações que os indivíduos devem desenvolver e a sua capacidade para tal, podendo ser total ou parcial e estar associado a limitações dos indivíduos ou à falta de continuidade e efetividade na provisão do cuidado; “intervenções de enfermagem”– ação de um enfermeiro que dá resposta às necessidades de autocuidado da pessoa (Orem, 2001).

A autora explica a prática de enfermagem na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, distinguindo sistemas: i) totalmente compensatórios, quando a

enfermagem substitui totalmente o indivíduo em todas as atividades do autocuidado; ii) parcialmente compensatórias, quando tanto o indivíduo como o enfermeiro realizam atividades de autocuidado, dependendo a distribuição da responsabilidade, de fatores como limitação motora, conhecimentos e habilidades da pessoa, ou preparação psicológica para aprender atividades específicas; iii) apoio e educação, quando o indivíduo é capaz de realizar ou aprender medidas necessárias para garantir o autocuidado, necessitando do enfermeiro para apoio, ensino e supervisão na realização das atividades (Orem, 2001).

Ao longo do seu ciclo vital, a pessoa pode sofrer variações nas suas necessidades de autocuidado, nas capacidades da sua satisfação e nas necessidades de apoio perante situações de transição, com dificuldade de adaptação (Queirós, Vidinha e Filho, 2014). “A enfermagem tem como especial foco a contínua necessidade humana de autocuidado, de forma a manter a vida e saúde, recuperar da doença e lesões e lidar com as suas consequências” (Orem, 2001, p.22, trad. da autora). A incapacidade para manter de forma autónoma, este autocuidado, valida a intervenção de enfermagem. Esta passa a ser uma exigência na presença de uma pessoa que se vê incapacitada ou limitada para prover autocuidado contínuo e eficaz, no presente, ou quando se prevê uma situação de défice futuro, como no caso de uma cirurgia para construção de ostomia.

Foram identificados cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa: “executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar” (Orem, 2001, p.56, trad.da autora).

Promover o autocuidado melhora a qualidade de vida das pessoas, permitindo uma vida participativa na sociedade (Mota, Gomes, Silva, Gomes, Pelzer & Barros, 2016), diminuindo o recurso aos serviços de saúde (Department of Health, 2005). Tal exige a implementação de programas alicerçados na atenção e respeito pelos utentes, na tomada de decisão partilhada baseada nas necessidades e prioridades do utente e família, fomento da supervisão, disponibilização de informação e avaliação contínua (Brito, 2012). Estes predicados estão patentes no atendimento de enfermagem em contexto de ET.

3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Este capítulo relata o percurso empreendido, perspetivando o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CEEEEMC).

Foi utilizada a Metodologia de Projeto, já que todo o trabalho está centrado na resolução de um problema real identificado na prática. “Um projeto desenvolve-se (...) a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado” (Gonçalves et al, 2010, p.8).

Este tipo de metodologia integra as etapas: diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Nunes, 2010). O processo teve início na unidade curricular Opção II, com a elaboração do projeto de estágio. Porém, dado que é um método flexível e dinâmico, foi sendo adaptado e reorientado ao longo da sua execução. Os resultados são apresentados neste relatório final, que também procura evidenciar uma prática reflexiva, indispensável ao desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos (Peixoto & Peixoto, 2016).

A elaboração do projeto de estágio implicou uma revisão da literatura direcionada para a problemática. Assim, procedeu-se à recolha de evidência científica, sobre as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado à pessoa com OEI após alta hospitalar. Esta é a questão de partida para a *Scoping Review*, cujo protocolo se apresenta no Apêndice I.

A operacionalização do projeto passou por um plano de estágios em três contextos clínicos selecionados, que constituíram momentos privilegiados de observação e intervenção, permitindo desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005). Os estágios desenrolaram-se em CEET, primeiro num ACES da ARSLVT (Apêndice IV) – com a intenção subjacente de perceber a viabilidade e a justificação deste atendimento em contexto de CSP – e seguidamente, numa unidade hospitalar (Apêndice X) – escolhida não só pela força da elevada casuística, como também pela partilha geográfica de uma parte da

população alvo. Finalmente, o terceiro campo de prática clínica (Apêndice XV) correspondeu à instituição onde exerce e onde o projeto será implementado.

Para cada estágio foram traçados objetivos e atividades, com o intuito de guiar o processo formativo (Apêndice III). No final de cada, foi elaborado um relatório, com base numa metodologia descritiva e reflexiva, descrevendo as experiências da prática alicerçadas na evidência científica, avaliando os objetivos propostos para cada contexto e as competências desenvolvidas.

Face à problemática em estudo e quadro conceptual adotado, defini objetivos gerais, específicos e atividades.

O primeiro objetivo geral é *desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com OEI*, operacionalizado pelos objetivos específicos: (i) aprofundar conhecimentos teóricos e práticos na área da ET; (ii) mobilizar conhecimentos teóricos e práticos na área da ET; (iii) prestar cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com OEI.

O segundo objetivo geral é *promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa com OEI no âmbito dos CSP*, operacionalizado pelos objetivos específicos: (i) reunir contributos estratégicos para a conceção de uma CEET em CSP; (ii) planear uma CEET no ACES; (iii) implementar uma CEET no ACES; (iv) garantir a continuidade de cuidados através do estabelecimento de protocolo de parceria com hospital de referência; (v) promover a literacia na área da ET em assistentes de serviço de apoio domiciliário; (vi) promover a atualização de conhecimentos teórico práticos dos enfermeiros de CSP na área da ET.

Passo a descrever as atividades que deram resposta aos objetivos específicos e em que estágios ocorreram, bem como as competências relacionadas. Opta-se por esta organização pela transversalidade de tarefas ao longo dos ensinamentos clínicos.

3.1. DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA COM OEI

3.1.1. Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos na área da ET

Apesar da minha experiência profissional prévia incluir contato com pessoas ostomizadas, foi essencial reunir evidência científica, com o intuito de atualizar e

aprofundar conhecimentos teórico-práticos na área da ET. Trata-se de uma área de cuidados singular, de tal forma que a Ordem dos Enfermeiros (OE) prevê a certificação de competências acrescidas neste domínio, descrevendo o exercício da ET como “um processo de gestão de cuidados de enfermagem específicos e de elevada perícia, garantindo um acompanhamento integral, preventivo, efetivo, seguro e oportuno à pessoa com ostomia”(OE, 2019, p.5).

Em 2020, 90% das decisões em saúde serão baseadas na evidência (Olsen, Goolsby & McGinnis, 2009). Uma prática baseada na evidência (PBE) recorre à “utilização crítica e deliberada de conceitos teóricos acerca de experiências relacionadas com a saúde, orientando as intervenções de enfermagem” (Fawcet & Garity, 2009, p.8, trad. do autor). Contudo, uma PBE vai mais longe, aliando saberes teóricos e empíricos, recorrendo à pesquisa, conhecimento profissional e experiência clínica, e contexto dos cuidados e experiência do utente/cuidador e suas preferências (Malone, Seers, Titchen; Harvey, Kitson & McCormack, 2004).

□ Revisão de literatura sobre cuidados de enfermagem à pessoa com OEI

Na unidade curricular Opção II foi iniciada uma revisão crítica da literatura, elaborando-se um protocolo de *scoping review*, com a respetiva extração de resultados, apresentado no Apêndice I. De acordo com o *Joanna Briggs Institute* (JBI), “*scoping reviews* podem ser usadas para mapear os conceitos chave que sustentam uma área de investigação, bem como clarificar definições e/ou limites conceptuais de um tópico” (JBI, 2015, p.6, trad. do autor). Este tipo de revisão não tem um carácter conclusivo, na medida em que encerra algumas limitações ao nível do rigor, ao permitir que estudos de menor qualidade sejam usados como base para conclusões, já que não incluem um processo de avaliação de qualidade. Ainda assim, oferece uma avaliação preliminar da literatura disponível sobre a área em estudo (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino & Pestana, 2018).

A pesquisa bibliográfica prosseguiu de forma transversal a todos os ensinamentos clínicos, pela constante necessidade de fundamentação das práticas. Paralelamente, procedeu-se à consulta de legislação nacional no âmbito da temática; normas, orientações e circulares normativas e informativas emitidas pela DGS; relatórios nacionais e internacionais sobre doenças oncológicas; e planos de saúde, nacionais e locais. Refira-se ainda, os documentos produzidos pelos

campos de estágio, entre os quais normas de procedimentos (E1 e E2), manual de procedimentos da CEET (E1), bem como relatórios de atividades (E1).

3.1.2. Mobilizar conhecimentos teóricos e práticos na área da ET

Elaboração de um Manual de Boas Práticas para a CEET

O processo de solidificação de bases teórico-práticas em ET, iniciado na unidade curricular Opção II, consubstanciado no E1 e E2, traduziu-se no E3 na elaboração do Manual de Boas Práticas para a CEET (Apêndice XVII), estando concluída a secção referente à OEI. Este representa um esforço de sistematização dos contributos recolhidos e servirá como ferramenta de apoio à CEET, uniformizando os cuidados ao utente e sua família sob a alçada da mais recente evidência científica. O documento enquadra teoricamente a temática, descreve o conceito, a estrutura, o conteúdo e o circuito concebido para a CEET planeada. Inclui ainda um folheto com orientações nutricionais para pessoas com OEI (incluído no Apêndice XVII), aspeto que suscita algumas dúvidas entre os utentes e os próprios profissionais de saúde. Se a Direção do ACES considerar pertinente, será disponibilizado aos enfermeiros da instituição. O documento foi submetido à apreciação dos orientadores e introduzidas correções com base nas suas sugestões.

3.1.3. Prestar cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com OEI

Para a operacionalização deste objetivo específico foram projetadas atividades, que se desenrolaram em contexto de consulta, programada ou de caráter extraordinário, nomeadamente:

- Identificação das intervenções promotoras do autocuidado na pessoa com OEI
- Avaliação do autocuidado da pessoa com OEI
- Realização de intervenções promotoras do autocuidado na pessoa com OEI
- Observação do processo de transição vivenciado pela pessoa ostomizada

A prestação direta de cuidados ocorreu no E1 e E2. Previa-se começar a realização da CEET no E3, contudo, por motivos analisados no ponto relativo à implementação do projeto, tal não aconteceu. Ainda assim, neste último contexto clínico efetuaram-se contatos telefónicos a utentes ostomizados inscritos na USF

onde exerço. Com esta atividade foi possível aferir se têm acompanhamento de ET, assim como perscrutar a sua adesão à futura CEET. Na sequência destes contatos foram esclarecidas dúvidas nos cuidados à ostomia, nomeadamente em relação à gestão de complicações, com maior incidência na maceração periestomal, o que acabou por se constituir como uma intervenção promotora do autocuidado.

As consultas iniciaram-se com o método de observação participativa, com crescente autonomia. Dado a minha experiência anterior nesta área (unidade de cirurgia geral), considero-me pelo menos num nível *proficiente*, na medida em que percebo e compreendo as situações como partes de um todo (Benner, 2001).

Com a observação nas primeiras consultas, identifiquei as intervenções promotoras do autocuidado levadas a cabo pelas enfermeiras orientadoras, peritas em ET. Seguidamente, com base no saber empírico e na evidencia científica, procurei determinar os conhecimentos e capacidade do ostomizado e/ou cuidador, apurando a sua autonomia no autocuidado, trabalhando com o utente e/ou cuidador na resolução de eventuais défices. Em nenhum dos contextos clínicos se recorre à utilização de um instrumento de avaliação (escala). No entanto, “a sistematização da avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal contribui para a definição rigorosa do diagnóstico e das intervenções de enfermagem, em função das necessidades educativas individuais” (Cardoso, 2011, p.78). Ao mesmo tempo, é uma estratégia que pode evidenciar o papel da enfermagem na obtenção de ganhos em saúde (Cardoso, 2011). Assim, na futura CEET que se projeta, equaciono a utilização do formulário *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal* (Anexo I), construído por Cardoso, Silva e Gomes (Cardoso, 2011) e validado por Pinto (2014), após contatar os respetivos autores e pedir autorização.

O método de observação foi dando lugar a uma participação mais ativa, assumindo a condução das consultas sob supervisão da enfermeira orientadora, desenvolvendo uma abordagem holística, assegurando cuidados individualizados e integrais, aperfeiçoando competências clínicas, técnicas, relacionais e educacionais (Santos, 2013). As intervenções levadas a cabo são consistentes com as *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto* (DGS, 2017a), que incluem a monitorização do estado geral do utente e

da sua ostomia, bem como dos cuidados prestados à mesma, sem esquecer a prevenção, deteção e tratamento de complicações com o estoma e pele circundante. Um dos principais focos de atuação foi o treino e avaliação da pessoa/cuidador no autocuidado à ostomia e na utilização da aparelhagem de dispositivo coletor, dando seguimento ao programa de educação preconizado no documento acima referido.

Subjacente a cada consulta, esteve garantido um ambiente terapêutico e seguro, bem como os princípios da relação de ajuda, com o ostomizado e pessoa significativa. Numa relação terapêutica deve estar presente a disponibilidade para ouvir, respeito, flexibilidade, proximidade e suporte por parte do enfermeiro, atributos presentes nesta consulta. Inclusivamente, os utentes valorizam “o facto de os enfermeiros os fazerem sentir-se especiais e de serem tocados fisicamente através de um abraço ou colocar a mão no ombro” (Pereira & Rebelo Botelho, 2014, p. 68).

Face ao impacto emocional de uma ostomia, a intervenção de enfermagem, promove a confiança como resposta à insegurança manifestada pela utente “através do uso de um vasto conjunto de estratégias, das quais destaco: a racionalização; a desmitificação; a não generalização; a explicação dos sintomas; a transmissão de segurança; a antecipação e proposta de soluções; e a oferta de disponibilidade” (Lopes, 2005, p.224). A prática da escuta ativa, é um pilar na relação terapêutica:

saber escutar, mais do que saber falar é o grande segredo da comunicação terapeuta-cliente. (...) A arte de escutar é difícil, porque não se resume ao ato externo apenas de ouvir. A escuta exige disponibilidade, interesse pelo cliente, compreensão da mensagem e espírito crítico. Livrementemente, com as suas palavras e os seus silêncios (Oliveira, 2013, p.13).

No E1 foram realizadas sete consultas, mais ricas em qualidade do que em número. Incluíram utentes com colostomia, ileostomia e urostomias, entre o ano e a década e meia. Esta diversidade temporal possibilitou uma apreciação do processo de transição vivenciado pela pessoa ostomizada, pois como referido anteriormente, este implica um início e fim distintos (Chick & Meleis, 2010), sendo a meta a aquisição de autonomia no autocuidado à ostomia. Esta transição saúde/doença será saudável se a pessoa conseguir mobilizar um conjunto de recursos intrínsecos e extrínsecos, onde se insere a CEET, recurso especializado e cimentado em padrões recomendados pela mais recente evidência (Pacheco, 2015).

A realização de consulta a utentes há muito ostomizados, permitiu confirmar a legitimidade de um acompanhamento a longo prazo. A maioria reconstrói a sua

rotina quotidiana num período de 2 a 6 meses, mas nem sempre de forma consistente (Pereira & Botelho, 2012). Existe evidência que a restauração da qualidade de vida e alívio do sofrimento psicológico requer, pelo menos um ano ou estender-se ainda mais no tempo (RNAO, 2009). Após um tratamento cirúrgico de CCR, com a alteração da imagem corporal mais visível na pessoa com ostomia, não só a qualidade de vida se vê afetada, como pode estar presente um sentimento de incerteza permanente face ao futuro, por insegurança, falta de confiança sobre o corpo e medo de recidiva (Pereira & Botelho, 2012). Assim, a intervenção de enfermagem mantém-se relevante, considerando a natureza crónica do utente com CCR submetido a tratamento cirúrgico curativo, com necessidade de gestão da doença a longo prazo. No estudo de Cotrim e Pereira (2007) foi encontrada melhor qualidade de vida, do ponto de vista emocional, no grupo de utentes com CCR com ostomia, por oposição a não ostomizados, pelo facto de receberem suporte contínuo de profissionais de saúde no âmbito dos cuidados à ostomia.

No E2 a experiência foi diametralmente oposta, quer em casuística como em conteúdo e focos de atenção. Participei em 108 atendimentos, 77 efetuados na consulta externa, 26 nos serviços de internamento (Cirurgia B, Cirurgia C, Neonatologia, Pediatria, Urologia) e 5 marcações de estoma no pré-operatório.

A evidência mostra que a marcação do local do estoma deve ser feita neste período, por um profissional com experiência em ET, com resultados ao nível da diminuição do número de complicações relacionadas com a ostomia (Wound, Ostomy and Continence Nurses, 2014; RNAO, 2009; DGS, 2017a) e melhor adaptação à situação (Ardigo & Amante, 2013). Na marcação do estoma, para além de se ter em mente o tipo de cirurgia, é necessário confirmar se a pessoa consegue visualizar o estoma e considerar determinadas referências anatómicas, como o músculo reto abdominal, existência de pregas cutâneas, cicatrizes de anteriores intervenções, proeminências ósseas e a linha natural da cintura. Assim, o utente deve ser observado em pé, sentado e deitado. O vestuário e a atividade laboral e física devem entrar em linha de conta (Seiça & Morais, 2013).

A paleta de utentes foi diversa, com idades a oscilar entre os 15 dias de vida e os 95 anos. Relativamente ao tipo de ostomias, foram examinadas colostomias, ileostomias, fístulas mucosas, urostomias e traqueostomias. Foi elaborado um

guião de observação da consulta, como instrumento auxiliar para caracterizar a população alvo de intervenção no período de estágio, guiando as minhas pesquisas bibliográficas. O guião e os dados coligidos são apresentados no Apêndice XIII. Não foi adotada esta estratégia no E1, uma vez que o número de interações com utentes foi bastante limitado. Foram preenchidos 29 guiões, representando uma amostra não probabilística, por conveniência e não intencional. Embora não se possa considerar representativa, a amostra reflete aspetos que a literatura identifica: o CCR como a principal causa para o estabelecimento de uma ostomia (Barata, 2010), maior incidência no sexo masculino e numa faixa etária acima dos 60 anos (ESMO, 2016) e que mais de metade dos utentes apresenta complicações com a ostomia (DGS, 2017a).

Neste estágio tive a oportunidade de acompanhar uma sessão do Programa ERAS. Trata-se de um programa multidisciplinar, baseado na evidência e centrado no doente, que visa a melhoria dos resultados clínicos e a redução de custos, focando-se na qualidade da recuperação e não apenas na rapidez (Ljunngqvist, Scott & Fearon, 2017). O Hospital Beatriz Ângelo foi a primeira instituição portuguesa certificada, tendo começado a aplicar o programa com a cirurgia colorretal eletiva. A unidade hospitalar do E2 replicou a experiência, com início em setembro deste ano e o protocolo inclui consultas de anestesiologia, enfermagem, estomaterapia, nutrição, medicina física e reabilitação e eventual referência para o serviço social, todas no mesmo dia. Na consulta de ET associada ao ERAS, as intervenções passam por abordar sumariamente a anatomia do aparelho digestivo e a cirurgia planeada, definir estoma e os cuidados inerentes, detetar possíveis dificuldades na adaptação à presença de uma ostomia e oferecer suporte emocional. O ensino pré-operatório é visto como essencial, sobretudo com a cada vez mais curta permanência no hospital após a cirurgia, limitando o tempo para que o utente ou cuidador assimilem toda a informação e desenvolvam competências psicomotoras necessárias aos cuidados à ostomia (RNAO, 2009).

Decorrente de uma necessidade identificada pela enfermeira orientadora, foram elaborados folhetos com conselhos nutricionais para colostomizados e ileostomizados (Apêndice XIV), a serem distribuídos no momento da alta. A mesma verificou que o aspeto da alimentação não era valorizado nos ensinamentos de

preparação para a alta, por omissão ou por indicações incompletas e porventura negligentes, do tipo, “pode comer tudo”, com efetivo impacto ao nível do funcionamento da ostomia. A atividade do aparelho gastrointestinal sofre alterações evidentes, com necessidade de ajuste do plano dietético nas primeiras semanas, até eventual recuperação dos hábitos alimentares (Cronin, 2013).

Tinha sido planeada como atividade, para o E1 e E2, a aprendizagem de métodos de controlo de eliminação (irrigação), mas não foram agendados utentes.

□ *Diagnóstico e tratamento de complicações com o estoma ou pele circundante*

As complicações com ostomias influenciam negativamente a qualidade de vida da pessoa ostomizada, com repercussões económicas ao nível dos gastos com a saúde (Meisner, Lehur, Moran, Martins & Jemec, 2012). Como mencionado anteriormente, estão presentes até cerca de metade dos indivíduos (DGS, 2017a).

Nos primeiros dias após a cirurgia, o estoma fica edemaciado, situação que regride gradualmente. Este deve manter-se húmido, de cor vermelha ou rosa vivo; a pele periestomal não deve diferir do restante corpo, estando livre de lesões. O estoma não tem terminações nervosas, pelo que não dói ao ser tocado, no entanto, pode estar sujeito a pequenos sangramentos.

Nos E1 e E2 tive a oportunidade de atuar perante complicações relacionadas com o estoma e pele periestomal, cuja resolução (ou gestão) passa pela enfermeira de ET, nomeadamente: maceração cutânea, granulomas, formação de cristais de fosfato, foliculite, hérnia paraestomal, prolapso, invaginação, deiscência mucocutânea e estenose. A maceração da pele periestomal é a complicação mais comum (RNAO, 2009; Meisner, Lehur, Moran, Martins, Borut & Jemec, 2012; Doctor & Colibaseanu, 2017). As lesões encontradas no E1 e E2 foram de etiologia variada, conduzindo a intervenções específicas, conforme a causa da irritação⁹.

⁹ **Ação mecânica**, provocada pelo traumatismo da repetida remoção do dispositivo coletor – aplicação de protetor cutâneo e utilização de dispositivos de duas peças; **Utilização de produtos de higiene desadequados**, que contenham corantes, desinfetantes ativos que secam a pele, detergentes, desodorizantes, álcool, éter – aplicação de protetor cutâneo e ensino adequado acerca da higiene do estoma e pele circundante; **Provocada pelo efluente**, por fuga e contato com a pele – aplicação de protetores cutâneos e otimização do diâmetro e tipo de dispositivo (sistema convexo, por exemplo); **Alergia à placa ou saco**, normalmente desenhando a área de contacto do saco/placa com a pele – aplicação de protetor cutâneo e substituição da marca do dispositivo; **Foliculite**, causada pela remoção traumática dos pelos da região periestomal – pelos devem ser cortados em redor da ostomia regularmente, com uma tesoura e o dispositivo deve ser retirado no sentido do crescimento do pelo (Peixoto, 2014; Morais, Seíça & Pereira, 2013)

Esta complicação pode escalar, em utentes submetidos a QT pois a diarreia é um dos efeitos adversos mais comuns no tratamento adjuvante do CCR, sobretudo pelo uso de irinotecano e 5-fluorouracil (McQuade, Bornstein & Nurgali, 2014). Com esta particularidade em mente, reuni-me com a enfermeira responsável pelo Hospital de Dia Oncológico, para apurar que recomendações dão aos seus utentes, para minimizar este efeito secundário. Chegámos à conclusão que eram sobreponíveis às indicações que fornecemos aos utentes ostomizados na presença de dejeções muito líquidas, passando pela medicação (loperamida) e valorização de alguns alimentos em detrimento de outros. Sendo a nutrição do utente oncológico, associada à particularidade da ostomia, uma preocupação de ambos os serviços, ficou lançado um desafio de colaboração num futuro estudo, extemporâneo a este ensino clínico.

□ *Reflexão sobre os problemas e desafios apontados pelos utentes com OEI*

No que respeita a oportunidades de aprendizagem, os estágios revelaram-se profícuos. Em ambos foi elaborado um jornal de aprendizagem (Apêndices V e XI), refletindo sobre situações que me desafiaram. Este documento funciona como “espaço de discussão, confrontação e fundamentação” (Pereira-Mendes, 2016). A ferramenta utilizada foi o Ciclo de Gibbs (Jasper, 2003), organizado em seis etapas onde se questionam as ações realizadas, passando pela sua descrição, avaliação e análise, culminando no planeamento de intervenções em situações futuras.

Foram realizados dois estudos de caso (Apêndices VI e XII). Este instrumento permite articular a evidência científica, adquirida com pesquisa bibliográfica e os contributos da prática. Benner (2001) refere que os enfermeiros aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que põem à prova os conhecimentos e requerem a capacidade de aprender uma situação.

Ao longo dos estágios esteve sempre presente uma troca de experiências, com as enfermeiras orientadoras, sobre o trabalho desenvolvido com os utentes e família. Esta partilha constitui também ela, momentos ricos de aprendizagem. No final dos estágios refletimos sobre o percurso efetuado e a sua contribuição para o desenvolvimento das minhas competências de enfermeira especialista.

3.2. PROMOVER A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM OEI NO ÂMBITO DOS CSP

3.2.1. Reunir contributos estratégicos para a conceção de uma CEET em CSP

Para além da Revisão de literatura sobre cuidados de enfermagem à pessoa com OEI (conforme descrito no ponto 3.1.1), este objetivo só poderia ser alcançado mediante uma observação crítica das CEET escolhidas para os ensinos clínicos.

□ Observação da dinâmica de funcionamento das CEET

A dinâmica de funcionamento das consultas foi alvo de escrutínio, com a verificação dos recursos necessários para a sua realização, quer materiais – gabinetes, equipamentos, material de consumo, material de ET – como humanos – enfermeira, assistentes técnicas, assistentes operacionais e médicos (E2).

Permitiu-me conhecer a documentação que suporta as consultas, nomeadamente um manual de procedimentos (E1) e normas de procedimentos (E1 e E2). Nestes documentos encontrei definida a estrutura e conteúdo das consultas, o papel de cada profissional de saúde e protocolos de atuação.

A leitura de relatórios de atividades de anos transatos (E1) possibilitou uma análise da importância deste tipo de atendimento em CSP. Conhecer o percurso desta consulta até à data, as conquistas, mas também os percalços inevitáveis em duas décadas de atendimento à pessoa com ostomia, foi uma oportunidade singular. Uma das intenções subjacentes à escolha deste campo de estágio, era perceber a sua viabilidade em CSP e a mesma ficou demonstrada.

Em ambos os contextos, foi importante observar o papel da enfermeira de ET, na sua intervenção holística, proporcionando cuidados individualizados e integrais à pessoa com ostomia (Mota, 2013). Os ostomizados consideram importante ter um profissional de referência a que possam recorrer para esclarecer dúvidas, para aconselhamento e para apoio emocional (Pereira & Botelho, 2012).

Foi possível contactar com os mais diversos materiais de ET disponíveis no mercado – dispositivos e acessórios – bem como perscrutar uma futura colaboração com laboratórios para dispensa de material.

3.2.2. Planear uma consulta de enfermagem de estomaterapia no ACES

Este objetivo específico e respetivas atividades, materializou-se no E3.

□ *Apresentação dos fundamentos do projeto da CEET ao Conselho Clínico e de Saúde (CCS) do ACES*

O primeiro passo no planeamento da CEET, foi apresentar as linhas gerais do projeto ao CCS do ACES. Tendo em consideração os pontos discutidos, foi redigido o Projeto da CEET e submetido ao CCS para análise, acompanhado de um pedido de autorização à Comissão de Ética da ARSLVT, para realizar o trabalho académico com utentes do ACES.

□ *Conceção da CEET: Projeto da CEET* (Apêndice XVI)

O documento produzido incluiu a justificação do projeto, com uma introdução à problemática da pessoa com ostomia e com o enquadramento legislativo que sustenta a existência de uma CEET em CSP.

Seguidamente, descreveu-se o percurso profissional e formativo da equipa responsável¹⁰, evidenciando as competências da mesma.

Procedeu-se a uma análise SWOT (incluída no Apêndice XVI), revelando os pontos fortes – capacidade técnica e motivação da equipa, uma população alvo considerável e com tendência a aumentar – bem como potenciais fragilidades – aspetos organizacionais e eventuais dificuldades no circuito de referência.

Passou-se à descrição do conteúdo da CEET, começando por definir o conceito de ET como uma área diferenciada de cuidados de enfermagem, que integra saberes científicos, técnicos e princípios da relação de ajuda, facilitando o processo de adaptação da pessoa ostomizada à sua nova condição de vida, através da informação, ensino e aconselhamento (Mota, 2013).

Os objetivos delineados para a CEET no ACES são: i) prestar cuidados de enfermagem individualizados à pessoa com ostomia e/ou seu cuidador; ii) promover o autocuidado da pessoa em relação à ostomia e manutenção das atividades de vida diárias; iii) identificar complicações com estoma e/ou pele periestomal e intervir na sua resolução ou encaminhar para o médico assistente/urgência hospitalar; iv) adaptar os dispositivos e acessórios disponíveis de acordo com a pessoa e o tipo de estoma; v) diminuir os custos na aquisição de material de ET, através do acompanhamento individualizado e adequação dos dispositivos e acessórios; vi) articular com as Equipas Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do ACES; vii)

¹⁰ A CEET será realizada por mim e outra enfermeira do ACES com formação e experiência em ET.

contribuir para reinserção familiar, social e laboral da pessoa ostomizada; viii) proporcionar o contato entre pessoas com ostomia, facilitando a adaptação da pessoa recentemente ostomizada à sua nova condição de saúde.

Na CEET as intervenções irão centrar-se na monitorização e educação para a saúde, conforme o preconizado pelas normas da DGS relativas a utentes portadores das várias ostomias.

Relativamente à estrutura e dinâmica da CEET, registre-se que a mesma estará acessível a todos os utentes do ACES com ostomia e cuidadores e que todos estes deverão ser identificados e sinalizados para a CEET, mesmo que já sejam acompanhados a nível hospitalar no âmbito da sua ostomia. Não se tenciona replicar cuidados, mas importa ter conhecimento da sua existência e eventualmente encaminhá-los para CEET do ACES, se assim o desejarem. O circuito de referência seguirá três vias possíveis: i) referência pelos médicos, na 1ª consulta após cirurgia (coincidente com o pedido de receituário de material de ET) ou pelos enfermeiros das UF ou ECCI (quando realizarem tratamentos após cirurgia nas unidades ou em contexto de visita domiciliária)¹¹; ii) solicitação de consulta pelos utentes/cuidadores junto de cada UF, aguardando o contato da equipa da CEET para agendamento; iii) referências da CEET do hospital de referência ou outras unidades hospitalares.

Seja qual for a via de sinalização, o meio de comunicação será o correio eletrónico. Não foi possível disponibilizar um telefone para a CEET, embora considere ser uma ferramenta importante, opinião partilhada por Cardoso (2011), ao defender que cuidados à pessoa ostomizada na comunidade, podem passar pela CEET nas unidades de saúde, contactos telefónicos e visitas domiciliárias. Segundo Pereira e Botelho (2012), os enfermeiros são frequentemente contactados via telefónica, para aconselhamento, aliviando a ansiedade e preocupação dos utentes.

O agendamento das consultas será da responsabilidade das enfermeiras que a realizam, estando previstas 4h semanais – dia e horário a definir – com a presença rotativa dos dois elementos, exceto em período de férias. Será adotada a periodicidade recomendada pela Norma nº. 015/2016 (DGS, 2017a).

¹¹ Utentes com ostomias prévias à criação da CEET do ACES, deverão seguir o mesmo processo de referência.

Um importante foco do planeamento é a determinação dos recursos necessários, humanos, físicos e materiais. A equipa alargada será constituída pelas enfermeiras da CEET, enfermeiros das UF e ECCI, médicos de família, assistentes técnicas das várias UF e assistentes operacionais da UCSP onde a CEET ficará, bem como, a psicóloga e assistente social do ACES, mobilizadas caso sejam detetadas necessidades de apoio da sua alçada.

A consulta irá estar sediada numa UCSP, onde existem gabinetes disponíveis para a sua realização e onde um dos elementos da futura equipa de CEET exerce funções, mais concretamente, a enfermeira com formação avançada e acreditada em ET. Este facto permite que estejam quase sempre disponíveis as duas enfermeiras, ainda que só uma esteja alocada à consulta em cada semana. Dado que ainda não tenho acreditação como enfermeira estomaterapeuta, pode garantir-se que estará sempre disponível um profissional com essa certificação, respeitando-se os princípios ditados pela norma da DGS.

Os recursos materiais são os mesmos exigidos ao funcionamento de qualquer sala de tratamentos, à exceção do material de ET. Há a necessidade de diversidade de amostras, para otimização dos cuidados, de acordo com o tipo de ostomia, destreza manual e/ou preferência da pessoa ostomizada. Nas CEET, este material específico é cedido pelos laboratórios, devendo garantir-se uma representatividade equitativa das várias marcas. Esta questão tem suscitado algumas hesitações junto do CCS e Direção Executiva (DE) do ACES, uma vez que o Decreto-Lei n.º 5/2017 de 6 de junho estabelece que os estabelecimentos e serviços do SNS não podem receber donativos de empresas do sector da saúde. Este enquadramento legal não é novo, pois os serviços podiam receber donativos da indústria para fins de investigação e cuidados de saúde, desde que não constituíssem um incentivo ou contrapartida da recomendação, prescrição, aquisição, ou utilização de produtos. O que o presente Decreto-Lei introduz, é que para se receberem donativos, o Ministério da Saúde deve conceder uma autorização (Botelho, 2017). Esta circunstância está a ser alvo de análise pelo CCS e DE. Da minha experiência profissional e dos estágios anteriores, não se coloca qualquer impedimento à presença de amostras de ET nas consultas. A existência de variedade de dispositivos e acessórios permite otimizar os cuidados à ostomia, melhorando a

qualidade de vida do utente. Considere-se ainda o paralelismo com a distribuição de dispositivos para avaliação de glicémia capilar, prática recorrente nos CSP.

No planeamento de um projeto têm de constar instrumentos de avaliação. Para esse efeito, foram construídos indicadores de estrutura, processo, resultado e produtividade (incluídos no Apêndice XVI). Um dos indicadores de resultado incide sobre a redução dos níveis de dependência no autocuidado ao estoma, implicando o recurso a uma escala de avaliação do autocuidado, já mencionada anteriormente e disponível no Anexo I.

Não sendo indispensável, foi concebido um logotipo para a CEET, como forma de identificação imediata. Foram utilizadas as cores do ACES, o nome do serviço e uma representação abstrata, simbolizando ao mesmo tempo, o apoio que é fornecido e o autocuidado que se pretende estimular, aqui metaforicamente representado pela mão, no sentido de o cuidado estar na “nossa mão”. Ainda não foi discutido com os órgãos de gestão o registo do logotipo.

□ *Elaboração da documentação de apoio à CEET*

Foram elaborados vários documentos de apoio à CEET, nomeadamente a norma de procedimento a adotar no ACES (incluída no Apêndice XVI), que foi alvo de reformulações, essencialmente quanto à disposição, para se aproximar do formato institucional. As normas de procedimento contribuem para encurtar o fosso entre a evidência científica, as diretrizes da prática e as realidades de cada serviço prestador de cuidados de saúde (Rao, Radhakrishnan e Andrade, 2011).

Iniciei a composição do Manual de Boas Práticas da CEET do ACES (Apêndice XVII), já referenciado no ponto 3.1.2. Foi criado um *flyer* informativo sobre a CEET (Apêndice XVIII), para a sua divulgação nas várias UF e eventualmente, outros estabelecimentos de saúde.

3.2.3. Implementar uma CEET no ACES

O cumprimento deste objetivo era, à partida, difícil de atingir na sua totalidade. Ainda assim, foram iniciadas algumas atividades planeadas, no decurso do E3.

Dividi o processo de implementação da CEET em três fases: divulgação, preparação e realização. Por circunstâncias de âmbito organizacional, descritas mais à frente, não avancei além da primeira fase.

□ *Apresentação do projeto no ACES – DE, CCS e UF*

A fase de divulgação começou com uma reunião com o CCS e DE para divulgar a proposta final. A apresentação do projeto nas UF começou na USF, onde exerço funções. Para tal elaborei uma exposição em Powerpoint® (Apêndice XIX). Informalmente, aferi junto dos profissionais que participaram, se consideram o projeto pertinente, com um *feedback* muito positivo. A maioria admitiu ter défice de conhecimentos na área, confirmando a noção de que os profissionais de saúde de um modo geral, não se sentem confortáveis na gestão dos cuidados às ostomias, sobretudo por falta de formação adequada (Hendren et al, 2015).

□ *Apresentação do projeto no hospital de referência*

Tendo em vista um protocolo de articulação com o hospital de referência, onde a maioria dos utentes do ACES foi ou será sujeito à intervenção cirúrgica, o projeto foi apresentado na reunião mensal entre as Direções de ambas as instituições, como explicado no próximo ponto (3.2.4). Embora não tenha participado diretamente nesta reunião – reservada aos órgãos de gestão mencionados – fui “representada” pela minha orientadora clínica, que expôs os principais pontos do projeto.

□ *Divulgar a CEET em outras unidades hospitalares da área de Lisboa*

Uma vez que nem todos os utentes com ostomia do ACES foram intervencionados no hospital de referência e porque nem todas as unidades hospitalares têm uma CEET organizada, considera-se importante a divulgação desta oferta de cuidados junto de outras instituições com valência cirúrgica na área metropolitana de Lisboa, o que será operacionalizado futuramente ao nível dum Centro Hospitalar de Lisboa, onde também existem reuniões periódicas entre direções, já que existe uma franja de população do concelho aí assistida.

□ *Preparação da CEET*

A segunda fase, intitulada de preparação da CEET, corresponde à mobilização dos recursos. Planeio reunir-me com a coordenação da UCSP para atribuição de um gabinete para a CEET, que pode ser partilhado com outro programa, com desfasando horários, sendo apenas necessário um armário para acondicionamento do material de ET. O restante material de consumo será partilhado com as outras valências, não se prevendo gastos significativos. Dado a UF encontrar-se em obras de reabilitação, não foi possível avançar nesta tarefa. Subsequentemente será

necessário reunir com as Assistentes Técnicas da UF para dar conhecimento do procedimento de efetivação da consulta. Estabelecido o espaço para a CEET, será solicitado ao Técnico Informático do ACES a parametrização da “Consulta de Estomaterapia” no SClínico® e a criação do endereço de correio eletrônico da CEET. Os preparativos estarão concluídos após o contato com os representantes de laboratórios para solicitar amostras de material de ET – dispositivos e acessórios

□ Identificação dos utentes alvo da consulta – listagem

A terceira fase diz respeito à realização efetiva das CEET. Segundo informação disponibilizada pelo Serviço de Aprovisionamento, recorrendo a registos internos, existiam em 2017, perto de 300 utentes ostomizados no ACES. Independentemente de futuras referenciações, importa identificar estes utentes e averiguar se usufruem de acompanhamento em CEET, redirecionando-os para a consulta do ACES, estando previsto suporte teórico-prático e consultoria na área da ET aos restantes enfermeiros da instituição. Como mencionado anteriormente, esta atividade teve início com os contatos telefónicos efetuados a utentes ostomizados inscritos na USF onde exerce funções.

Prevê-se inicialmente uma maior atividade ao nível da gestão de ficheiro, prosseguindo para a convocação e/ou visita domiciliária a utentes selecionados, paralelamente ao atendimento de ostomizados referenciados.

Atribuiu-se à CEET um mínimo de 4 horas semanais, pois considerando o número de utentes e a duração de cada consulta, está acautelada pelo menos uma consulta anual para cada ostomizado inscrito no ACES.

□ Convocação de utentes com OEI e/ou atendimento de utentes referenciados

Esta atividade não foi iniciada, pelo exposto anteriormente.

3.2.4. Garantir a continuidade de cuidados através do estabelecimento de protocolo de parceria com hospital de referência

A operacionalização deste objetivo específico teve início no E2 e progrediu no E3, não tendo sido totalmente atingido até à data do final deste percurso formativo.

□ Estabelecimento de linhas orientadoras para a referenciação de utentes entre instituições

Como amplamente discutido ao longo deste relatório, a presença de uma ostomia implica uma mudança radical na vida da pessoa, com consequências

físicas, psicológicas e sociais, que exigem acompanhamento contínuo, acesso ao material adequado e promoção do autocuidado. Este acompanhamento após a alta deve ser o mais próximo possível do local de residência e/ou trabalho dos ostomizados, revelando-se os CSP como uma resposta a considerar.

A alta do utente do hospital para os CSP, do ponto de vista do acompanhamento de enfermagem, deve assentar num pressuposto de continuidade de cuidados, com estratégias de comunicação e articulação entre enfermeiros de diferentes instituições, trabalhando em equipa (Reading, 2005). No seu contrato-programa, o hospital de referência compromete-se a respeitar os princípios da continuidade de cuidados e de articulação funcional, e particularmente, referenciar para o ACES os utentes que devem ser acompanhados ao nível dos CSP em proximidade (HFF, 2017b). Ao mesmo tempo, faz parte da missão do ACES a “ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (SNS, 2017). Na reunião mensal entre as DE do ACES e hospital, foi divulgado o projeto da CEET, tendo ficado acordado o estabelecimento de um protocolo de articulação interinstitucional nesta área. Não só ficou reconhecida a importância desta oferta de cuidados mais próxima da comunidade, como o protocolo dá resposta a requisitos contratuais a que o próprio hospital está vinculado. Assim sendo, esta CEET contribui para a plataforma de cooperação entre os prestadores de cuidados de saúde, promovendo a diminuição de barreiras de acesso aos cuidados de saúde no Concelho em causa (Santos, Leite & Silva, 2014). A DE do hospital solicitou o envio do projeto e da proposta de articulação, aguardando-se o agendamento de uma reunião entre os vários intervenientes – DE e CEET de ambas as instituições.

No E2 tinha ficado já expressa, a intenção de uma parceria entre as duas CEET. Para esse efeito, foram discutidas, de forma preliminar, algumas linhas orientadoras para a referenciação para o ACES. O diálogo ficou circunscrito a mim e à orientadora de estágio, sem a participação da coordenadora da consulta de ET, pelo que não teve carácter vinculativo. Utentes sem capacidade para se deslocarem ao hospital – insuficiência económica, dependência física, situações paliativas – são uniformemente aceites por ambas as partes, como a prioridade de referenciação. No entanto, a minha proposta de critérios de referenciação para a CEET do ACES

vai mais longe e compreende: utentes com acessibilidade diminuída – insuficiência económica, mobilidade limitada, situações paliativas; utentes/cuidadores que após a 1ª consulta pós-operatória apresentem grau de autonomia satisfatório, necessitando apenas de vigilância e supervisão; utentes/cuidadores com autonomia comprometida permanentemente, por circunstâncias físicas ou psicológicas, com necessidade continuada de intervenção do enfermeiro nos cuidados à ostomia.

A DGS definiu critérios para alta do acompanhamento hospitalar: i) ausência de complicações no estoma ou pele periestomal; ii) adaptação funcional e autonomia no autocuidado à ostomia; iii) na ausência de capacidade de autocuidado, a garantia do mesmo por cuidador; iv) acesso a cuidados no domicílio por enfermeiros com formação específica e experiência em ET (DGS, 2017a).

Como preparação para a futura reunião no hospital, alinharei alguns argumentos que cimentam a nossa pretensão de implementar uma CEET. É minha intenção demonstrar que uma referenciação precoce dos utentes ostomizados permitirá à CEET do hospital apoiar o ensino “intensivo” no pós-operatório imediato (utente hospitalizado). Uma intervenção intensiva, como a utilizada em programas de recuperação avançada – que o hospital já está a operacionalizar – permite o rápido desenvolvimento de competências, inclusivamente em idosos. No entanto, o sucesso era mais facilmente alcançado com visita e ensinamentos bi-diários (Pinto, 2014). Possibilitará ainda libertar tempo para o ensino pré-operatório, considerando a aposta no ERAS e por fim, atualizar conhecimentos das equipas do internamento, tendo em conta a elevada renovação e rotatividade de enfermeiros.

3.2.5. Promover a literacia de assistentes de serviços de apoio domiciliário (SAD) na área da ET

Para cumprir este objetivo específico do E1, foram planeadas e executadas na sua totalidade, as seguintes atividades:

- Listagem das Instituições Privadas de Solidariedade Social do Concelho do E1
- Elaboração do plano de formação sobre cuidados à OEI dirigidos a assistentes de SAD das instituições identificadas
- Divulgação da proposta formativa junto das instituições identificadas
- Realização de ação de formação nas instituições que manifestem interesse na mesma

- Elaboração de folheto com informação sobre OEI para entregar aos formandos
- Avaliação da ação de formação

O programa de formação dirigido a cuidadores formais das IPSS do concelho em causa (Apêndice VIII), vai ao encontro da deliberação da DGS, de que a educação para a saúde sobre ostomias deve ser estendida a todos os níveis de prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2017a), pois os desafios que possam surgir são influenciados pelo meio onde a pessoa ostomizada está inserida. Os problemas sentidos em casa, são geralmente diferentes dos vividos em contexto hospitalar, pelo que é fundamental diminuir as barreiras de acesso aos cuidados de saúde. Com esta formação pretendeu-se capacitar as assistentes para os cuidados básicos às ostomias e estreitar o contato com a CEET daquele ACES, à qual podem recorrer se necessitarem de apoio especializado. Esta ligação contribui para a solidificação das relações entre os vários parceiros da comunidade.

O SAD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e atividades da vida diária. Incluem a prestação de cuidados de higiene e conforto; arrumação e pequenas limpezas no domicílio; confeção, transporte e/ou distribuição de refeições e tratamento de roupas. Embora a família ainda seja encarada como a principal prestadora de cuidados a pessoas dependentes, nas sociedades atuais assiste-se a uma reorganização de papéis e responsabilidades, com menor disponibilidade para se suprirem as necessidades no seio familiar. É introduzida a figura do “cuidador formal”, como o profissional que presta cuidados, recorrendo a competências adquiridas por formação específica, para os quais auferem uma remuneração (Rodrigues, 2014).

O programa de formação que se concebeu, respeita os princípios da formação de adultos, como: promover o crescimento e desenvolvimento contínuo dos formandos; desenvolver competências para as pessoas darem resposta aos problemas e a questões do quotidiano, bem como preparar para oportunidades atuais e futuras de trabalho; ajudar as entidades a alcançarem os resultados desejados e adaptarem-se às constantes mudanças. (Dias, 2012).

O primeiro passo nesta atividade foi uma reunião na respetiva delegação da Segurança Social, para levantamento das IPSS do Concelho. Obtida a listagem, estabeleceram-se contatos diretos com as entidades, apresentando a proposta formativa. Para tal foi criado um plano da sessão de formação (Apêndice VIII), submetido à apreciação da enfermeira orientadora e tutor. Foram ainda elaborados os seguintes documentos: folheto com cuidados básicos às ostomias para entregar aos participantes (Apêndice VIII), também sujeito a validação pela enfermeira orientadora e tutor, tendo sido introduzidas algumas correções sugeridas; questionário de avaliação da satisfação com a sessão (Apêndice VIII); certificado de presença (Apêndice VIII). Antes de cada sessão, visitei o local para averiguação dos recursos técnicos, não impedindo a ocorrência de algumas dificuldades na primeira sessão, o que inspirou uma pequena reflexão, apresentada em jornal de aprendizagem. Como material didático, recorri à apresentação de diapositivos criados em Powerpoint® (Apêndice VIII) e a material de ET – placas, sacos, moldes de estomas, acessórios (protetor cutâneo, medidor de estomas).

Foram realizadas duas sessões, com um total de 16 formandas. A análise dos questionários entregues no final, revela uma avaliação muito positiva, quer ao nível da satisfação global com a formação, como em relação ao desempenho da formadora (Apêndice VIII). O programa irá continuar no próximo ano, conduzido pela enfermeira orientadora do estágio, à qual disponibilizei os instrumentos criados.

Elaborei um resumo para uma comunicação livre (Apêndice IX), relatando esta atividade formativa, que foi submetido à Comissão Científica do 2.º Encontro de Enfermagem em Estomaterapia do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho (CHVNG/E), tendo sido aceite e apresentada, como descrito no próximo ponto.

3.2.6. Promover a atualização de conhecimentos teórico-práticos dos enfermeiros de CSP na área da ET

Este objetivo foi operacionalizado no decurso do E3, através da apresentação do projeto de CEET na USF onde exerço funções, contribuindo não só para a divulgação do mesmo, proporcionando também a atualização de conhecimentos dos colaboradores nesta área e a sua sensibilização para a natureza complexa dos cuidados à pessoa com OEI.

Foram planeadas e executadas duas outras atividades:

□ Colaboração no plano de formação em serviço do ACES (E1)

A promoção de conhecimentos teórico-práticos dos enfermeiros de CSP na área da ET, é uma necessidade identificada na revisão de literatura. De um modo geral, os enfermeiros não se sentem confortáveis na gestão dos cuidados às ostomias, por falta de formação adequada (Hendren et al, 2015).

Considerando a premissa de acompanhamento contínuo e de proximidade à pessoa ostomizada, a Direção do ACES onde decorreu o E1 pretende habilitar os enfermeiros de todas as UF neste âmbito da ET. Esta necessidade prende-se com a vasta extensão geográfica coberta pelo ACES. A enfermeira responsável pela CEET do ACES, em parceria com uma, desenvolveram um programa formativo com o objetivo geral de capacitar os enfermeiros no âmbito da ET e assim dinamizar cuidados nas respetivas áreas de intervenção. No decurso do estágio, foi-me proposto integrar o programa, participando na ação de formação intitulada “Cuidados de enfermagem ao utente ostomizado e família”, elaborando e apresentando os temas “Marcos históricos da ET”, “Causas para a construção de ostomias”, “Tipos de ostomias” e “Classificação de ostomias de eliminação” (Apêndice VII). A pedido de ambas, procedi ainda à formatação de todos os diapositivos das sessões.

□ Divulgação em encontro científico, do projeto de formação para assistentes de SAD em cuidados básicos a OEI

No decorrer do E1 elaborei um resumo para uma comunicação livre, relatando o projeto de formação para assistentes de SAD. A mesma foi aceite e apresentada no 2.º Encontro de Enfermagem em Estomaterapia do CHVNG/E, decorrido no Centro de Reabilitação do Norte em Valadares (Apêndice IX) (Anexo II).

O júri manifestou alguma preocupação por se estar a dar formação a trabalhadores de IPSS, com o risco eventual de estes virem a "substituir" enfermeiros. Elucidei que o objetivo da formação era capacitar para os cuidados básicos a ostomias - higiene, aparelhagem do estoma e observação de complicações - tal como se promove o autocuidado da pessoa ostomizada e/ou seu cuidador. O enfermeiro de ET assume o papel de educador, conforme evocado por Orem (2001) no sistema de apoio e educação. Justifiquei ainda que as sessões de formação serviram para divulgar a CEET daquele ACES, desconhecido por muitas, abrindo um canal de comunicação, sempre que as assistentes careçam de

orientação, evitando deslocações, porventura desnecessárias, de utentes com mobilidade reduzida a serviços de saúde. Não obstante a saudável discussão entre pares, promotora de reflexão sobre as práticas, recebi um *feedback* positivo, especialmente porque não existe muita partilha das experiências dos CSP e intervenções na comunidade, junto da pessoa ostomizada.

3.3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

As competências comuns que se esperam observar num enfermeiro especialista englobam a educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança, bem como a responsabilidade em produzir e divulgar investigação que contribua para a melhoria da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Este desafio inspirou o percurso de aprendizagem realizado, tendo sido considerados todos os domínios das CCEE.

Relativamente ao domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, as intervenções planeadas e desenvolvidas cumpriram os critérios definidos pela OE, pois quando se estabelece uma relação terapêutica entre o ostomizado e enfermeiro, são consideradas sempre estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente (Regulamento n.º 140/2019).

A CEET projetada pretende melhorar a assistência à pessoa com OEI nos CSP. Na sua conceção está prevista a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado, bem como a elaboração de um guia orientador de boas práticas – ambos critérios de avaliação no domínio de competência **melhoria contínua da qualidade** (Regulamento n.º 140/2019). Com a implementação da mesma, será possível gerir os cuidados prestados a estes utentes, otimizando os recursos disponíveis e a resposta dos serviços de saúde, que podem e devem trabalhar em parceria, numa lógica de continuidade de cuidados. As atividades realizadas neste sentido, enquadram-se no domínio de competência da **gestão de cuidados** (Regulamento n.º 140/2019), também abordada na sequência da colaboração em projetos institucionais, como o de formação para enfermeiros no E1. Todo o processo assentou em sólidos e válidos padrões de conhecimento, com recurso à evidência científica. Não só foi possível desenvolver o autoconhecimento, como também foram realizadas atividades que proporcionaram a atualização de conhecimentos na área da ET nas

equipas por onde passei, cumprindo-se um dos critérios de **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** que incita o enfermeiro especialista a manifestar assertividade e funcionar como dinamizador no seio das equipas, tendo em vista a introdução de novos saberes na prática, resultando em ganhos para a saúde (Regulamento n.º 140/2019).

O regulamento que define as CEEEEEMC diz que os cuidados nesta área

exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação (...) prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (...) extra-hospitalar, hospitalar, domiciliar e comunitário (Regulamento n.º 429/2018, p.19360).

As atividades documentadas neste relatório retratam este compromisso. Ao desenvolver cuidados de enfermagem especializados à pessoa com OEI, falamos de pessoas e famílias/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Regulamento n.º 429/2018). Os critérios de avaliação das CEEEEEMC mimetizam as intervenções do enfermeiro em ET, tais como: identifica as necessidades da pessoa; estabelece relação terapêutica; previne complicações; envolve a pessoa e família/cuidadores em todo o processo de cuidar; considera o impacto da situação de saúde na qualidade de vida e bem-estar; apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição saúde–doença; valoriza o potencial da pessoa; atua capacitando a pessoa; fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica; atua de forma a munir pessoa, família/cuidador de competências necessárias à gestão da situação de saúde; monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas; diagnostica precocemente as complicações (Regulamento n.º 429/2018).

Dada a abrangência da esfera médico-cirúrgica, definiram-se quatro áreas, consoante o alvo e contexto de intervenção. Este projeto enquadra-se na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, considerando que esta é permanente, produz incapacidade residual, exige formação especial para a reabilitação ou longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. Os cuidados de enfermagem neste âmbito, implicam a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa e família/cuidador para um novo estado de saúde (Regulamento n.º 429/2018). Da mesma forma se conjuga o processo de restituição da capacidade de autocuidado da pessoa ostomizada.

Em determinadas circunstâncias, a cirurgia de estabelecimento da ostomia tem caráter paliativo, ou podemos assistir à evolução da doença oncológica que a originou. No decurso dos estágios, sobretudo E2, atendi utentes com situações graves e avançadas do ponto de vista da progressão da doença, podendo extrapolar que desenvolvi competências especializadas à pessoa em situação paliativa. As ações implementadas junto dos ostomizados também pretenderam maximizar o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, tocando-se aqui nas unidades de competência desta área. Embora não tenham ocorrido intervenções ao nível de controlo sintomático de dor ou outros sintomas refratários, todo o enfermeiro envolvido em ET, reconhece e valoriza o sofrimento psicológico e existencial, de alguém que se vê mutilado e muitas vezes despojado do seu projeto de vida.

Foram desenvolvidas competências sugeridas pela *framework* da EONS, nas áreas “Apoio às pessoas que vivem com, através e além do cancro”, “Comunicação nos cuidados oncológicos” e “Liderança e Gestão na Enfermagem Oncológica” (EONS, 2018).¹²

Refira-se ainda que foram desenvolvidas competências com base nos Descritores de Dublin propostos para este 2º ciclo, nomeadamente ao nível da autoaprendizagem, da aplicação dos saberes adquiridos a contextos da prática complexos, como na problemática em estudo e ainda na divulgação de conhecimentos entre pares e outros profissionais (Decreto-Lei n.º115/2013 de 7 de agosto).

¹² **Apoio às pessoas que vivem com, através e além do cancro:** utilizar intervenções baseadas na evidência para avaliar, prevenir e gerir as consequências físicas, psicológicas, sociais e existenciais do cancro; utilizar intervenções de informação, educação e apoio de acordo com as necessidades da pessoa com cancro em diferentes fases da doença; promover e apoiar o autocuidado; garantir a continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços de saúde. **Comunicação em Cuidados Oncológicos:** utilizar métodos de comunicação verbal, escrita e digital para fornecer informações, educação e apoio; demonstrar literacia emocional, habilidade reflexiva, empatia apropriada e competência social. **Liderança e Gestão em Enfermagem Oncológica:** demonstrar desenvolvimento profissional contínuo e promover ativamente o desenvolvimento profissional de enfermeiros que trabalham em outras áreas da organização (EONS, 2018).

4. AVALIAÇÃO

Este capítulo visa analisar o projeto, evidenciando os pontos fortes e fracos, tal como o seu contributo para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem.

O percurso dos estágios foi deliberadamente organizado para recolher contributos para a fundamentação e conceção da CEET no ACES onde exerço funções, tendo permitido beber da experiência de enfermeiros peritos na área da ET, o que foi extremamente enriquecedor.

O primeiro ensino clínico confirmou a validade e exequibilidade de uma CEET em contexto de CSP, demonstrada pela longevidade daquele atendimento no respetivo ACES. Concomitantemente, ofereceu-me a oportunidade de atuar na esfera da formação, pela qual nutro amplo interesse, fomentando a literacia na área da ET junto de pares e outros prestadores de cuidados. Na sequência do programa de formação dirigido a cuidadores formais das IPSS, foi ainda possível a participação num evento de carácter científico, divulgando um projeto inovador e relevante, não só para a melhoria da qualidade de vida das pessoas ostomizadas, sobretudo as que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, como pelo estreitar de relações entre os vários interlocutores da comunidade.

A segunda prática, pela quantidade e variedade de casos, capacitou-me para a prestação de cuidados em ET, com base na mais recente evidência científica, equipando-me com um manancial de conhecimentos teórico-práticos que respondem às múltiplas necessidades da pessoa ostomizada e sua família/cuidador. Ao mesmo tempo, este campo de estágio cumpriu a intenção de iniciar a construção de uma ponte entre hospital e comunidade, para garantir a continuidade de cuidados no processo de transição do utente, através de estratégias de articulação entre enfermeiros das diferentes instituições, que começaram a ser delineadas.

O terceiro ensino clínico funcionou como uma tela em branco que recebeu o desenho do projeto de intervenção. O processo de conceção da CEET ficou concluído – estrutura, conteúdo, recursos necessários – prevendo-se a sua implementação após resolução de alguns aspetos operacionais. A divulgação do projeto já teve início, estreando-se ao nível do CCS, DE e USF onde exerço funções, sendo o *feedback* dos profissionais muito favorável, reconhecendo a pertinência da

CEET. O projeto tem o beneplácito dos órgãos de gestão do ACES e hospital de referência, o que constitui um indicativo para o sucesso do mesmo.

Os parágrafos anteriores ilustram os pontos fortes deste percurso. Considero que os três estágios foram escolhas acertadas e os objetivos traçados amplamente alcançados, afirmação subsidiada pelas excelentes avaliações dos orientadores clínicos (Anexo III). Creio que ao invés de uma transmissão unidirecional de saberes, a aprendizagem desenvolveu-se numa relação dialógica, na qual contribuiu a minha experiência de vinte anos. Estes profissionais revelaram-se fulcrais no meu desenvolvimento profissional e pessoal, asseverando-me a validade deste projeto e funcionando como verdadeiros impulsionadores do mesmo. Ambos E1 e E2 revelaram-se estratégicos para a conceção de uma CEET em CSP tendo sido possível, simultaneamente, satisfazer algumas necessidades dos próprios campos de estágio. O E3 confirmou a relevância da proposta alinhavada na unidade curricular Opção II, recebendo abertamente os alicerces do projeto de intervenção.

Os pontos fracos integram-se em dois âmbitos distintos. O primeiro diz respeito a inconsistências no período de formação académica, dado que o mesmo teve início em 2012, com uma interrupção relativamente longa. Neste período, o conteúdo programático, ao nível da Investigação, sofreu reestruturação, pelo que exigiu um esforço acrescido na realização do protocolo de *scoping review*, com o qual não estava familiarizada. O segundo ponto fraco remete-se ao atraso na implementação da CEET, com atividades programadas que ainda não foram iniciadas. A sincronização de projetos académicos com os contextos das organizações nem sempre é fácil, mas ficou provada a exequibilidade do mesmo.

A visão da Ordem dos Enfermeiros (OE) para o Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, espera que este se assuma como uma “referência no que concerne à prevenção, promoção de estilos de vida, adesão ao regime terapêutico e gestão da doença crónica, de modo a capacitar a pessoa, para a vivência da mesma e para a redefinição do seu projeto de saúde” (OE, 2017, s/p). O projeto apresentado, escrutinado à luz dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade decretados pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017) vai de encontro às expetativas de **satisfação** da pessoa/cuidador com uma doença crónica, ajudando o ostomizado a

alcançar o seu máximo potencial de saúde, através de intervenções no âmbito da **promoção da saúde**; atua ao nível da **prevenção de complicações**, aspeto fundamental em ET; promove a **readaptação funcional**, o **bem-estar** e o **autocuidado**, admitindo a incapacidade ou limitação para manter de forma autónoma o autocuidado à ostomia, no presente, ou prevendo uma situação de défice futuro, contribuindo para um processo de transição saudável. A conceção da CEET responde plenamente ao enunciado da **organização dos cuidados de enfermagem**, que também é atestado com a formulação do guia orientador de boas práticas em ET.

Defendo a mais-valia deste projeto, na medida em que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados ao utente ostomizado, ao almejar a promoção do bem-estar e do autocuidado, a readaptação funcional e a prevenção de fenómenos associados à depressão e ao isolamento social (Pacheco, 2015). O contexto em que se desenrola é a grande inovação deste projeto, pois exalta a resposta de proximidade oferecida pelos CSP, concorrendo para a plataforma de cooperação entre os prestadores de cuidados de saúde, promovendo a diminuição de barreiras de acesso aos cuidados de saúde (Santos, Leite & Silva, 2014).

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A doença que mais contribui para o estabelecimento de uma OEI é o CCR. Os avanços técnico-científicos têm contribuído para a transformação do paradigma da doença oncológica, no sentido da cura ou gestão da mesma, ampliando o número de sobreviventes. O cancro partilha os atributos da doença crónica, com “aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, (...) mas com eventual potencial de correção ou compensação” (Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de junho, p. 3857). O impacto da doença crónica exige processos de adaptação onde o enfermeiro pode intervir, como fica patenteado neste projeto, nivelado com os padrões de qualidade de cuidados na área da pessoa em situação crónica, na medida em que ambos

são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem (...) na promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde e vida, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma (OE, 2017, p.33).

Este ponto representa o culminar de um processo de aprendizagem, onde desenvolvi competências que concorrem para uma tomada de decisão e prática profissional segura e fundamentada. Assumindo um papel de liderança, o enfermeiro especialista chama a si a responsabilidade da educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança, bem como a responsabilidade em produzir e divulgar investigação que contribua para a melhoria da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Porque “o exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro” (Pereira-Mendes, 2016, p.3), após a análise das minhas realizações, termino esta etapa com o planeamento de intervenções futuras. Assim, pretendo continuar a investir na área da ET, com a frequência de um curso pós-graduado que cumpra os requisitos da proposta de projeto de regulamento da competência acrescida, diferenciada e avançada em ET, pela OE, de forma a requerer a certificação individual desta competência.

Os CSP têm assumido um papel cada vez mais importante no tratamento da doença e na sua prevenção (Regulamento n.º 428/2018). Defendo a necessidade de trabalhar as respostas efetivas da comunidade, adequando os recursos disponíveis

para apoiar a pessoas com OEI a atingir o seu máximo potencial de autonomia, o que constitui a missão da CEET em desenvolvimento.

A sua implementação abrirá oportunidades de investigação, nomeadamente com a aplicação de escalas validadas para a população portuguesa, que avaliam a competência para o autocuidado, a qualidade de vida, ou a satisfação dos utentes com o apoio fornecido pelos CSP no âmbito da sua ostomia. Este empreendimento faz parte dos meus planos a médio prazo, após consolidação da CEET.

O projeto de intervenção orquestrado, procura evidenciar uma prática de enfermagem especializada, com vista à melhoria contínua da qualidade de cuidados e vem demonstrar a viabilidade de parcerias entre os vários prestadores de cuidados de saúde, aspeto fulcral na diminuição das barreiras de acesso aos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*. 14(3): 373-82.
- Ardigo, F. & Amante, L. (2013). Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. *Texto Contexto Enfermagem*. 22(4): 1064-71.
- Aziz, N. (2007). Cancer survivorship research: State of knowledge, challenges and opportunities. *Acta Oncologica*. 46(4): 417-432.
- Barata, A. (2010). Considerações sobre estomas. *Ostomias*. Associação Portuguesa de Ostomizados. 1: 1-8.
- Barata, A. (2009). Considerações sobre estomas entéricos. Parte I - Aspectos Históricos e seu Planeamento. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. 6(1): 34-37.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Botelho, J. (2017). Novas regras na publicidade de medicamentos e dispositivos médicos: mais transparência? *NEWSFARMA*. Disponível em: <http://www.newsfarma.pt/artigos/4806-novas-regras-na-publicidade-de-medicamentos-e-dispositivos-m%C3%A9dicos-mais-transpar%C3%Aancia.html>
- Brito, A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Porto: UCP.
- Bryan, S. & Dukes, S. (2010). The Enhanced Recovery Programme for stoma patients: an audit. *British Journal of Nursing*. 19 (13): 831-4.
- Cardoso, T. (2011). *Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carvalho, S. (2015). *Sofrimento e Coping na Doença Oncológica*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do

- grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Cascais, A.; Martini, J. & Almeida, P. (2007). Impacto da ostomia no processo de viver humano. *Contexto Enfermagem*. 16(1): 163-167.
- Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In Meleis, A. (Editor) *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, (pp. 24-38). New York: Springer Publishing Company.
- Coelho, A.; Santos, F. & Poggetto, M. (2013). A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Revista Mineira de Enfermagem*. 17(2): 258-267.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cotrim, H. & Pereira, G. (2007). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of oncology Nursing*. 12: 217-226.
- Cronin, E. (2013). Dietary advice for patients with a stoma. *Gastrointestinal Nursing*. 11(3): 14-24.
- Decreto-Lei n.º 5/2017 de 6 de junho (2017). Aprova os princípios gerais da publicidade a medicamentos e dispositivos médicos. *Diário da República n.º 5/2017, Série I de 2017-01-06*. 315-318.
- Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto (2013). Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 março que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República n.º 151/2013, Série I de 2013-08-07*. 4749-4772.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22*. 1182-1189.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Ministério da Saúde. *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06*. 3856 – 3865.
- Department of Health (2005). *Self-Care - A Real Choice. Self-Care Support - A practical option*. London: Department of Health. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/docu

ments/digitalasset/dh_4101702.pdf

Despacho n.º11233/2016 de 19 de setembro (2016). Estabelece disposições para melhorar a acessibilidade e simplificar os processos no acesso aos produtos para absorção de urina e fezes. *Diário da República n.º 180/2016, Série II de 19 setembro*. 28489 – 28490.

Dias, R.J. (2012). *O contributo dos Cursos de Educação e Formação de Adultos para a (re)integração social*. Dissertação de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Direção Geral da Saúde (2017b). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2017a). *Norma n.º. 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2015). *PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números-2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2012). *Norma n.º 025/2012 de 27/12/2012 atualizada a 28/07/2015. Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento do Adenocarcinoma do Cólon e do Reto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Doctor, K. & Colibaseanu, D. (2017). Peristomal skin complications: causes, effects, and treatments. *Chronic Wound Care Management and Research*. (4): 1–6.

Doughty, D. (2008). History of Ostomy Surgery. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*. 35(1): 34-38.

European Council of Enterostomal Therapists (2019). *What is ECET?* Denmark: ECET. Disponível em: <http://ecet-stomacare.eu/>

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework 2018*. Brussels: EONS.

European Society for Medical Oncology (2016). *Colorectal Cancer: a guide for patients – Information based on ESMO Clinical Practice Guidelines*. Lugano: ESMO/Anticancer Fund. Disponível em: <https://www.esmo.org/Patients/Patient-Guides/Colorectal-Cancer>

- Fawcett, J. & Garity, J. (2009). *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ferreira, A.C., Seica, A. & Morais, I. (2009). Pessoa Ostomizada. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*. 20 (7): 3-5.
- Gonçalves, A.; Leite, A.; Fernandes, C.; Andrade, C.; Guerreiro, N.; Salvado, P. & e Dias, T. (2010) Conceptualização da Metodologia de Projecto. In Nunes, L. (org.) *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos*, (pp.3-9) (15). Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Grant, M.; McCorkle, R.; Hornbrook, M.; Wendel, C. & Krouse, R. (2013). Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of Cancer Education*. 28: 70-78.
- Gutman, N. (2011). *Colostomy guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.
- Hendren, S.; Hammond, K.; Glasgow, S.; Perry, W.; Buie, W.; Steele, S. & Rafferty, J. (2015). Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*. 58(4): 375-387.
- Hospital da Luz (2019). Cirurgia do cancro do reto: evolução nos últimos 100 anos. *Centro de Cirurgia Robótica e Cirurgia Minimamente Invasiva*. Lisboa: Luz Saúde, SA. Disponível em: <https://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/centros-especializados/centro-de-cirurgia-robotica-e-cirurgia-minimamente-invasiva/cirurgia-geral/cirurgia-do-cancro-do-reto/>
- Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E. (2017a). *Notícias – Ostomia: uma realidade que não pode causar vergonha*. Disponível em: <http://hff.min-saude.pt/ostomias-uma-realidade-que-nao-pode-causar-vergonha/>
- Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E. P.E (2017b). *Contrato-programa 2017-2019*. Amadora: HFF, E.P.E. Disponível em: <http://hff.min-saude.pt/gestao/>
- International Agency for Research on Cancer (2018). *Globocan 2018*. Lyon: WHO. Disponível em <http://gco.iarc.fr>
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham UK: Nelson Thornes.
- Joanna Briggs Institute (2015). *JBI Reviewers Manual: Methodology for JBI-Scoping Reviews 2015*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Ljunngqvist, O; Scott, M. & Fearon, K. (2017). Enhanced Recovery After Surgery, A

- Review. *JAMA Surgery*. 152 (3): 292-298.
- Lopes, M. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 39(2): 220-8.
- Malone, J.; Seers, K.; Titchen, A.; Harvey, G.; Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*. 47(1): 81-90.
- Marques, G. (2013). A pessoa submetida a ostomia de eliminação. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (pp.17-23). Lisboa: LIDEL.
- McQuade, R.; Bornstein, J. & Nurgali, K. (2014). Anti-Colorectal Cancer Chemotherapy-Induced Diarrhoea: Current Treatments and Side Effects. *International Journal of Clinical Medicine*. 5: 393-406.
- Medeiros, C. (2015). *A adaptação do doente oncológico à ostomia de eliminação intestinal: a intervenção educativa do enfermeiro*. Tese de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Meisner, S.; Lehur, P-A.; Moran, B.; Martins, L. & Jemec, G. (2012). Peristomal Skin Complications Are Common, Expensive, and Difficult to Manage: A Population Based Cost Modeling Study. *PLoS ONE*. 7 (5): 1-8.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Developing & Progress*. 5ªed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Meleis, A. (2010a). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2010b). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In Meleis, A. (Editor) *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, (pp.13-24). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E-O; Messias, D. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In Meleis, A. (Editor) *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, (pp.52-65). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010) Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In Meleis, A. (Editor) *Transitions Theory: Middle Range and*

- Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, (pp.65-72). New York: Springer Publishing Company.
- Miranda, L. (2013). *A Importância da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia na Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada na Comunidade*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Morais, I.; Seíça, A. & Pereira, M. (2013) Complicações em ostomias de eliminação. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (40-48). Lisboa: LIDEL.
- Mota, M.; Gomes, G.; Silva, C.D.; Gomes, V.L.; Pelzer, M.; Barros, E. (2016). Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*. 18(1): 63-78.
- Mota, M.J. (2013). Estomaterapia. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp.1-4). Lisboa: LIDEL.
- Nunes, L. (2010) (org.) Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. (15) Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care, *British Journal of Nursing*. 14 (6): 320-324.
- Oliveira, I. (2013). *A relação terapeuta-cliente: na perspectiva do cliente*. Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional, área de Especialização em Reabilitação Física. Porto: Instituto Politécnico do Porto.
- Olsen, L.; Goolsby, A. & McGinnis, J. (2009). Leadership Commitments to Improve Value in Healthcare: Toward Common Ground. *Workshop Summary Institute of Medicine Roundtable on Evidence-Based Medicine*. Washington: The National Academies Press. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/11982.html>
- Ordem dos Enfermeiros (2019) *Proposta de projecto de regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Estomaterapia*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/assembleiascolegiosespecialidade/Doc>

uments/AssembleiasColegios2017/Docs%20aprovados%2007.12/CEEMC_Ponto2_PadroesQualidade_rev.pdf

- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6ª ed. New York: Mosby.
- Pacheco, R. (2015). A transição na pessoa portadora de uma ostomia de eliminação intestinal. *Açoriano Oriental*. (18917). Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3858/01mar2015.pdf>
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. 11(V). 121-132.
- Peixoto, P. (2014). Ostomias. In Afonso, C. et al. (Coord.) *Prevenção e tratamento de feridas - da evidência à prática*, (pp. 345-379). Porto: Care4Wounds.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*. 20(1): 1-23.
- Pereira, P. & Botelho, M.A. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*. 18 (2): 61-73.
- Pereira, N. & Botelho, M.A. (2012). Experiência vivida dos sobreviventes de cancro do cólon e reto após tratamento com intenção curativa: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*. 16 (2): 31-50.
- Pinto, I. (2014). *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: validação do formulário*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pinto, M. (2009). *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Portaria n.º 19/2012 de 20 de janeiro (2012). Alteração ao Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, aprovado pela Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro. *Diário da República n.º 15/2012, Série I de 2012-01-20*. 351 – 352.
- Queirós, P.; Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem*

- Referência*. IV (3): 157-164.
- Rao, T. S. S., Radhakrishnan, R. & Andrade, C. (2011). Standard operating procedures for clinical practice. *Indian Journal of Psychiatry*. 53(1): 1–3.
- Reading, L. (2005). Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British Journal of Nursing*. 14 (16):16-20.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2009). *Ostomy Care and Management*. Toronto: RNAO.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. 4744-4750
- Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16*. 19359-19370.
- Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16*. 19354-19359.
- Rodrigues, C. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Santos, A.; Leite, A. & Silva, A. (coord.) (2014). *Plano Local de Saúde da Amadora 2014-2016*. Amadora: Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora e Câmara Municipal da Amadora.
- Santos, C. (2013). Nota Introdutória. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (XV-XVI). Lisboa: LIDEL.
- Schreiber, M. (2016). Ostomies: Nursing Care and Management. *MEDSURG Nursing*. 25(2): 127-130.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In Meleis, A. (Editor) *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific*

- Theories in Nursing Research and Practice*, (pp.38-51). New York: Springer Publishing Company.
- Seiça, A. & Morais, I. (2013). Competências no cuidar e tecnologias. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (33-39). Lisboa: LIDEL.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). Agrupamento de Centros de Saúde Amadora. Lisboa: SNS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-de-saude-amadora/>
- Silva, C.; Santos, C. & Brito, M. (2016). Perfil da pessoa que será submetida a ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória. *ONCO.NEWS*. 33:24-31.
- Silva, C.; Sousa, F.; Lima, J.; Pinto, M.; Brito, M. & Cruz, I. (2017). Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. *Revista de Enfermagem Referência*. (14): 111-120.
- Sousa, C.; Branco, Z. & Brito, D. (2015). Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*. 3: 12-15.
- Sousa, L.; Firmino, C.; Marques-Vieira, C.; Severino, S. & Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* (0): 46-55.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusociência.
- Williams, J. (2012). Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*. 21(13):786-794.
- World Council of Enterostomal Therapists (2019). *WCET History*. Washington: WCET. Disponível em: <https://www.wceten.org/>
- World Health Organization (2014). *World Cancer Report 2014*. Lyon: WHO. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2014). *WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery*. New Jersey: WOCN.
- Wu, J. (2012) Intestinal Stomas: Historical Overview. In Fazio, V.; Church, J. & Wu, J. (Edit.) *Atlas of Intestinal Stomas* (pp.1-38). New York: Springer.

APÊNDICES

APÊNDICE I. PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*

***Intervenções de Enfermagem Promotoras do Autocuidado na Pessoa com
Ostomia de Eliminação Intestinal Após Alta Hospitalar:
Protocolo de uma Revisão Scoping***

PALAVRAS-CHAVE: cuidados de enfermagem (*nursing care*), autocuidado (*self-care*), ostomia de eliminação intestinal (*ostomy, colostomy, ileostomy*), após-alta (*post-discharge care*).

BACKGROUND

A presença de uma ostomia causa profundas mudanças na vida da pessoa portadora e sua família, manifestadas por desajustes físicos, emocionais, sociais e familiares (Sousa, Branco e Brito, 2015).

A doença que mais contribui para o estabelecimento de uma ostomia de eliminação intestinal (OEI) é o cancro colorretal. A sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas duas décadas, facto relacionado com o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, sobretudo nos países mais desenvolvidos, onde as taxas de incidência são mais elevadas - 65% de todos os casos (WHO, 2014).

A mudança resultante de um procedimento cirúrgico mutilador é pesada e permanente, o que implica intervir sobre as incapacidades que daí sucedam. “É sobre as referidas incapacidades, que os enfermeiros podem oferecer respostas concretas para uma integração e adaptação absoluta da sua nova condição de saúde” (Pinto, 2009, p.78). Os enfermeiros têm a responsabilidade de prover a pessoa com ostomia e/ou cuidador, com as estratégias necessárias para colmatar as dificuldades físicas, emocionais e sociais, inerentes à condição de ostomizado, garantindo um suporte continuado ao longo do tempo, adaptando-se a eventuais mudanças nas necessidades sentidas por estes utentes (Schreiber, 2016).

No estudo de Ferreira, Seiça e Morais (2005) sobre a qualidade de vida da pessoa com ostomia e seu cuidador, a informação e aconselhamento que melhor satisfazem as suas necessidades, é a que provem de enfermeiros com formação específica na área de estomaterapia, quando comparada a outros profissionais de saúde. Assim se justifica a necessidade de uma consulta de enfermagem de estomaterapia, pois é necessário que se garanta uma restituição da capacidade de autocuidado após a cirurgia (Santos, 2013).

A alta hospitalar pode ser ameaçadora, na medida em que se deixa o ambiente protetor do hospital, cheio de recursos técnicos e humanos, para lidar com o retorno a um quotidiano transformado. Além disso, os problemas que surgem em casa, são geralmente diferentes dos vividos em contexto hospitalar (Cardoso, 2011). Ao mesmo tempo, hospitalizações mais curtas abreviam o tempo para o ensino necessário, que pode ser reduzido a instruções básicas e exibição dos materiais, gerando receio e insegurança no regresso a casa (Grant, McCorkle, Hornbrook, Wendel, & Krouse, 2013). O processo de transição do utente do hospital para a unidade de saúde na comunidade assenta num pressuposto de continuidade de cuidados, que exige estratégias de comunicação e articulação entre enfermeiros de diferentes instituições, trabalhando em equipa (Readding, 2005). Os CSP ocupam um lugar privilegiado para capacitar a pessoa com OEI e facilitar o processo de transição, contudo, é neste processo de continuidade de cuidados que reside o elo mais fraco do processo assistencial, sobretudo por falta de comunicação entre as equipas. Como diz Readding (2005, p. 16) “going home is not only the journey from hospital, but also the beginning of a new life”. O momento da alta é um período assaz difícil, pois para além das dificuldades práticas de gerir um estoma – aspeto, cheiro, equipamento – a pessoa ainda está a lidar com os aspetos relacionados com uma cirurgia major, fraqueza, cansaço, letargia, dor, baixa concentração. Ainda por cima já não está num contexto com profissionais sempre disponíveis para ajudar, aconselhar ou apoiar, quando alguma coisa corre mal. O verdadeiro impacto da cirurgia não é sentido antes de se chegar a casa (Readding, 2005). Nas primeiras semanas o edema regride e o estoma reduz de tamanho, o abdómen volta à normalidade e pode ser necessário readaptar o dispositivo que se levou do hospital. Com o tempo terá também de se adaptar a cuidar do estoma fora de casa e posteriormente, a gerir a ostomia em atividades de lazer, desporto, sexualidade (Readding, 2005).

Os utentes aparentam não reconhecer nas equipas dos CSP competências para a prestação dos cuidados à ostomia, já que os próprios enfermeiros, não se considerando bem preparados face às necessidades especiais, remetem esses cuidados para o hospital (Sousa, Branco & Brito, 2015). No estudo destas autoras, é avançada, como uma possível solução, a criação da CEET nos centros de saúde

“com enfermeiros com formação específica, dado que (...) a organização de cuidados pelo enfermeiro de família não assegura a eficácia de um atendimento especializado” (Sousa, Branco & Brito, 2015).

OBJETIVOS

O objetivo desta revisão *scoping* é reunir evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com OEI após alta hospitalar. Como objetivos específicos propõe-se identificar as intervenções promotoras de autocuidado em relação à OEI e listar as intervenções mais relevantes no contexto após-alta hospitalar.

QUESTÃO DE REVISÃO – PCC

A pesquisa parte da questão *Quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com ostomia de eliminação intestinal após a alta hospitalar?* esquematizada segundo a mnemónica PCC:

P (população)	Pessoa com ostomia de eliminação intestinal
C (conceito)	Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa ostomizada
C (contexto)	Prestação de cuidados à pessoa ostomizada em qualquer contexto de saúde após alta hospitalar.

Quadro 1: Questão de revisão segundo “PCC”

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
Participantes	Indivíduos com idade superior a 18 anos portadores de uma OEI	Indivíduos com idade inferior a 18 anos Indivíduos com outro tipo de ostomia
Conceito	Intervenções de enfermagem à pessoa com OEI	Textos que não mencionem intervenções de enfermagem
Contexto	Após a alta hospitalar	Pré-operatório, Pós-operatório imediato
Tipos de Texto	Estudos qualitativos, quantitativos, mistos, revisões sistemáticas de literatura, <i>guidelines</i>	

Data de Publicação	2005 e 2018 ¹³	Anterior a janeiro 2005
Idioma de Publicação	Português e inglês	Outro que não português e inglês
Disponibilidade de Texto	<i>Full text</i>	Ausencia de <i>full text</i> , resumos

Quadro 2: Critérios de seleção

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Esta revisão adota uma estratégia de pesquisa composta por 3 etapas:

1. Pesquisa inicial através do motor de busca EBSCOhost, restrita às bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* e Medline *with Full Text*, empregando uma linguagem natural acerca do tema. Em seguida fez-se a análise das palavras contidas no título e resumo e dos termos de indexação;
2. A segunda etapa de pesquisa inclui todas as palavras-chave e termos de indexação identificados, recorrendo às bases CINAHL e Medline, utilizando em ambas os operadores booleanos OR e AND;
3. A terceira etapa de pesquisa inclui a análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados para que possam ser identificados outros artigos pertinentes para a temática em revisão.

Durante a pesquisa poderão ser adicionados termos e palavras-chaves, se forem considerados pertinentes para a *scoping*. Nesta fase de protocolo identificam-se os seguintes:

Palavras-Chave	cuidados de enfermagem (<i>nursing care</i>), autocuidado (<i>self-care</i>), ostomia de eliminação intestinal (<i>ostomy, colostomy, ileostomy</i>), após-alta (<i>post-discharge care</i>)	
Termos de Indexação	CINAHAL	<i>ostomy, colostomy, ileostomy, enterostomy, self-care, ostomy care, patient education, after care</i> ¹⁴
	MEDLINE	<i>ostomy, colostomy, ileostomy, enterostomy, self-care, patient care, patient education, after care</i>

Quadro 3: Termos de indexação e palavra-chave

¹³ Foi realizada uma pesquisa preliminar com o limite inferior do intervalo temporal “2008”, resultando num número de artigos diminuto.

¹⁴ “*After Care*” é o termo sugerido quando pesquisado “*Post-Discharge Care*”.

Para além das bases CINAHAL e Medline, poderão ser incluídos estudos colididos da literatura cinzenta, nomeadamente *Google Scholar* e Repositórios Nacionais de Teses.

O processo de pesquisa é apresentado sob a forma de diagrama:

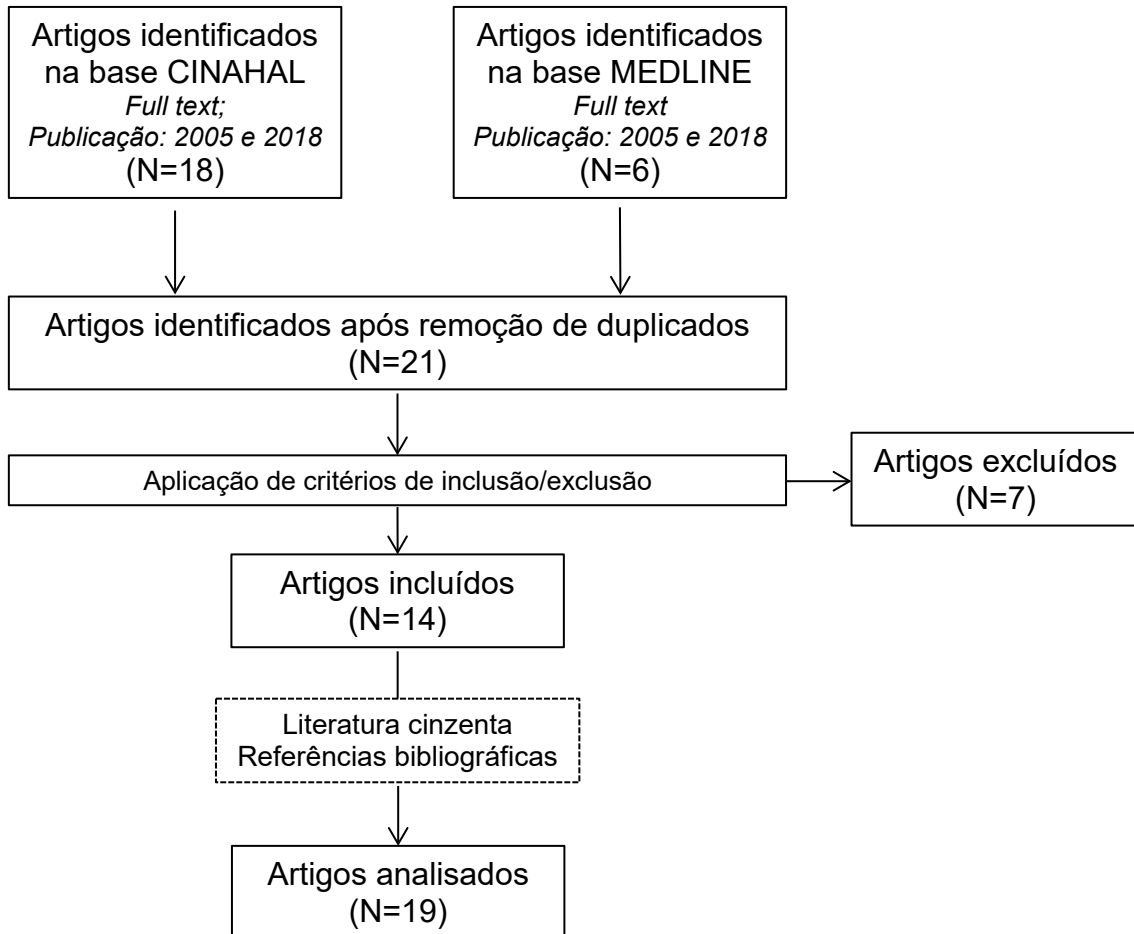


Figura 1: Processo de pesquisa

Ostomies: Nursing Care and Management Schreibe, M. (2016)	Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. Mota, M., Gomes, G., Silva, C., Gomes V., Pelzer, M., Barros, E. (2016)	Autocuidado De Pacientes Com Colostomia, Pele Periestomal E Bolsa Coletora. Coelho, A., Oliveira, C., Bezerra, S. et al. (2015)	Psychosocial impact of intestinal failure: a familial perspective. Cadogan, J. (2015)
The Ostomy Patient's Sexuality: Integrative Review. Barreto, A., Valença, M. (2013)	Patient stoma care: educational theory in practice. Williams, J. (2012)	Systematization Of The Nursing Assistance Delivered To Ostomized Patients. Davim, R., Moraes, M., Silva, R. et al. (2012)	Auto-irrigação - estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia. Maruyama, S., Barbosa, C., Bellato, R., Pereira, R., Navarro, J. (2009)
Ostomy Basics. Dornán, C. (2009)	Caring for the older Ostomate. Williams, J. (2008)	Basics of Ostomy Care. Pontieri-Lewis, V. (2006)	Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. O'Connor, G. (2005)
Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. Grant, M., McCorkle, R., Hornbrook, M., Wendel, C., Krouse, R. (2013)	Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. Reading, L. (2005)	Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. Sousa, C., Branco, Z., Brito, D. (2015)	Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. Silva, C., Sousa, F., Lima, J., Pinto, M., Brito, M., Cruz, I. (2017)
A percepção do individuo estomizado quanto à sua situação. Menezes, A., Quintana, J. (2008)	The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis. Smith, J., Spiers, J., Simpson, P., Nicholls, A. (2016)	Impacto da ostomia no processo de viver humano. Cascais, A., Martini, J., Almeida, P. (2007)	

Figura 2: Artigos analisados

EXTRAÇÃO DE RESULTADOS

Para sintetizar os dados relevantes para os objetivos da revisão, após leitura dos artigos apurados, foi construída uma tabela de extração de dados:

TÍTULO,AUTOR, ANO	AMOSTRA	OBJETIVOS/METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES PARA A QUESTÃO DE REVISÃO
Ostomies: Nursing Care and Management Schreiber, M. (2016)	Não se aplica	Revisão de literatura sobre cuidados às ostomias	Enumera os tipos de ostomias e aspectos relevantes na educação da pessoa ostomizada, como cuidados de higiene e alimentação, risco de quebra da integridade cutânea, alterações na autoimagem e déficit no autocuidado. A educação do ostomizado é da responsabilidade da enfermagem, fornecendo-lhe estratégias para lidar com os problemas físicos, emocionais e sociais.	Enumera os aspectos a incluir na educação do ostomizado.
Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia, Mota, M., Gomes, G., Silva, C., Gomes V., Pelzer, M., Barros, E. (2016)	12 ostomizados seguidos em consulta de ET de um hospital	<u>Objetivo:</u> conhecer como o autocuidado contribui para a qualidade de vida da pessoa com ostomia <u>Método:</u> estudo descritivo qualitativo; dados colhidos por entrevistas	A análise de conteúdo gerou três categorias: enfermagem a promover o autocuidado; mobilização de forças para o autocuidado; qualidade de vida a partir do autocuidado. <u>Conclusão:</u> os dados mostraram que o autocuidado é promotor da qualidade de vida de pessoas ostomizadas, permitindo que sejam autónomas, ativas e participativas na sociedade.	Reitera a importância de promover o autocuidado.
Autocuidado de Pacientes com Colostomia, Pele Periestomal e Bolsa Coletora, Coelho, A., Oliveira, C., Bezerra, S. et al. (2015)	52 utentes com colostomia	<u>Objetivo:</u> analisar o autocuidado de colostomizados em relação ao estoma, à pele periestomal e ao dispositivo coletor. <u>Método:</u> estudo exploratório, transversal, quantitativo; dados colhidos por questionário	<u>Conclusão:</u> A maioria dos utentes realizava boas práticas de autocuidado ao estoma, à pele periestomal e dispositivo coletor. O enfermeiro foi citado por grande parte dos participantes como o profissional que deu as primeiras orientações, destacando-se a sua importância na prestação de cuidados de qualidade, individualizados e holísticos.	O enfermeiro é o profissional mais citado na promoção do autocuidado em ET.
Psychosocial impact of intestinal failure: a familial perspective, Cadogan, J. (2015)	2 participantes	Estudo caso	O artigo debruça-se sobre os fatores psicológicos e o seu impacto na família e pessoas significativas, pelo que estes devem ser incluídos nos planos de cuidados. O seu bem-estar influencia positivamente o doente. Foram criados instrumentos educativos (DVDs, panfletos) para utentes. O serviço de saúde em causa desenvolveu um programa educacional para enfermeiros, de forma a melhorar as suas competências.	Aponta a necessidade de valorizar o impacto da ostomia na vida da pessoa e família.
The Ostomy Patient's Sexuality: Integrative Review, Barreto, A., Valença, M. (2013)	9 artigos	<u>Objetivo:</u> investigar as dificuldades sexuais vivenciadas pelos portadores de ostomias intestinais. <u>Metodologia:</u> revisão integrativa de artigos	Os resultados indicaram que a ostomia gera mudanças na autoimagem corporal e altera hábitos que envolvem a sexualidade. Os ostomizados apresentam sentimentos de medo, vergonha, rejeição e exclusão. <u>Conclusão:</u> a sexualidade faz parte da vida e é influenciada pela mudança da imagem corporal, presente nos ostomizados. É necessário aumentar o número de pesquisas nessa área, para proporcionar cuidados holísticos à pessoa com ostomia.	O impacto da ostomia na sexualidade deve ser considerado na prestação de cuidados em ET.
Patient stoma care: educational theory in practice, Williams, J. (2012)	Não se aplica	<u>Objetivo:</u> adaptar teorias gerais de educação ao ensino feito ao ostomizado <u>Metodologia:</u> revisão de literatura	Educação com qualidade dirigida ao ostomizado, melhora os seus resultados e a eficácia do serviço nacional de saúde. Podem ser aplicadas teorias gerais de educação, como: teoria humanista, teoria de aprendizagem social, taxonomia de Bloom, teoria motivacional. Aspectos a considerar na educação do utente ostomizado: alteração na imagem e função corporal, apropriação de uma linguagem específica, ansiedade por ser	É importante estabelecer programas de educação organizados, pois influenciam a qualidade de vida do utente e a eficácia do próprio SNS.

			escrutinado, estratégias de coping, diagnóstico e prognóstico, cuidado individualizado, motivação, necessidade de aprender novas habilidades, capacidade para aprender, aspetos religiosos e culturais, rede de suporte, vulnerabilidade.	
Systematization Of The Nursing Assistance Delivered To Ostomized Patients , Davim, R., Moraes, M., Silva, R. et al. (2012)	Não se aplica	<u>Objetivo</u> : propor a Sistematização da Assistência de Enfermagem de acordo com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem em ostomizados. <u>Método</u> : pesquisa bibliográfica, com caráter exploratório e abordagem quantitativa transversal.	<u>Resultados</u> : A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem reforça a importância da participação do utente. <u>Conclusão</u> : a aplicação da SAE de acordo com a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem reforça a participação e empenho do ostomizado no autocuidado, melhorando a sua qualidade de vida.	O constructo teórico de Orem é aplicável no planeamento de cuidados à pessoa com OEI.
Auto-irrigação - estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia , Maruyama, S., Barbosa, C., Bellato, R., Pereira, R., Navarro, J. (2009)	10 pessoas que aceitaram participar no treino da auto-irrigação.	<u>Objetivo</u> : compreender o processo de treino da auto-irrigação intestinal, e as implicações na qualidade de vida. <u>Método</u> : estudo exploratório com abordagem qualitativa: dados colhidos por entrevista semiestruturada	A irrigação revelou-se facilitadora da reinserção social dos indivíduos com colostomia definitiva, trazendo uma melhor qualidade de vida aos mesmos.	A irrigação enquanto estratégia de promoção do autocuidado, melhora a qualidade de vida da pessoa ostomizada.
Ostomy Basics , Dorman, C. (2009)	Não se aplica	Revisão de literatura sobre cuidados às ostomias	Aspetos focados: avaliação física e emocional, tipos de ostomias, características dos estomas, complicações com ostomias – irritação cutânea, tipos de dispositivos, sexualidade, dieta.	Cataloga cuidados à ostomia.
Caring for the older Ostomate , Williams, J. (2008)	Não se aplica	<u>Objetivo</u> : discutir o papel da enfermagem na educação de utentes ostomizados idosos <u>Método</u> : revisão de literatura	<u>Conclusão</u> : os cuidados à ostomia podem ser mais difíceis em utentes idosos, por diminuição das suas capacidades. Tal representa um desafio, pois as situações de saúde que mais conduzem a ostomias (CCR, diverticulite) são mais comuns à medida que idade avança.	Limitações funcionais constituem um desafio aos cuidados de enfermagem de ET.
Basics of Ostomy Care , Pontieri-Lewis, V. (2006)	Não se aplica	Revisão literatura sobre cuidados às ostomias	Aspetos focados: Educação da pessoa ostomizada e formação dos enfermeiros (avaliação do estoma, pele periestomal e escolha de dispositivos/acessórios).	Cataloga cuidados à ostomia.
Teaching stoma-management skills: the importance of self-care , O'Connor, G. (2005)	Não se aplica	<u>Objetivo</u> : o artigo procura demonstrar como a enfermeira estomaterapeuta deve aproveitar as oportunidades de ensino no pré e pós-operatório .	<u>Conclusões</u> : Antes de ter alta, o ostomizado deverá demonstrar um grau razoável de competência na troca e despejo do dispositivo. É importante existir uma troca de informação entre o hospital e CSP, de garantindo a continuidade do processo de educação e suporte após alta.	Confirma a importância da continuidade de cuidados, na transição entre hospital e domicílio.
Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program , Grant, M., McCorkle, R., Hornbrook, M., Wendel, C., Krouse, R. (2013)	(I) 599 utentes (II) 239 homens veteranos (III) 34 utentes de centro de saúde da comunidade	<u>Objetivos</u> : avaliar alterações da qualidade de vida do ostomizado; listar sugestões dos ostomizados para lidar com as alterações; descrever cuidados prestados aos ostomizados; esboçar um programa para ostomizados a longo prazo baseado no modelo de doença crónica. <u>Métodos</u> : investigação composta por 3 estudos descritivos, quantitativos	<u>Conclusões</u> : os resultados demonstraram que o ajustamento continua a ser um desafio para muitos ostomizados ao longo da vida. O contato com enfermeira estomaterapeuta foi relatado com uma maior valia na resolução de problemas. O contato com pares provou ser muito benéfico para ostomizados recentes, pela partilha de dicas sobre os cuidados e aspetos relacionais. O programa tem potencial para melhorar a capacidade de autocuidado dos ostomizados e dessa forma, a sua qualidade de vida.	A adaptação à ostomia é um desafio presente ao longo da vida, pelo que o contato com o enfermeiro de ET deverá ser mantido.

<p>Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist, Reading, L. (2005)</p>	<p>Não se aplica</p>	<p><u>Objetivo:</u> Identificar os problemas que podem surgir na transição para casa e o que é necessário para que esta seja bem sucedida</p>	<p><u>Conclusões:</u> O suporte em casa/após alta é precioso, permitindo ao enfermeiro apreciar o progresso do utente, identificar problemas, perceber mecanismos de coping, avaliar cuidados ao estoma e pele. Enfermeiros devem refletir sobre como os ostomizados tratam de si em casa, devendo trabalhar em equipa com as equipas de cuidados saúde primários e associações de voluntários. Enfermeiros devem manter-se atualizados (formação).</p>	<p>Justifica a importância da continuidade de cuidados, na transição entre hospital e casa e a necessidade de atualização de conhecimentos (formação).</p>
<p>Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras, Sousa, C., Branco, Z., Brito, D. (2015)</p>	<p>20 pessoas com colostomia definitiva 7 enfermeiros de centros de saúde do mesmo distrito</p>	<p><u>Objetivos:</u> conhecer as suas percepções relativamente à doença e situação; conhecer as implicações de uma colostomia definitiva na vida das pessoas portadoras; identificar as redes de suporte social e de saúde que utilizam e conhecer a resposta de enfermagem em CSP. <u>Método:</u> abordagem qualitativa, próxima dos estudos exploratórios descritivos; entrevista semi-estruturada</p>	<p><u>Resultados:</u> Estudo demonstrou que a doença é percebida como grave ou mortal, representando a colostomia a esperança e/ou alívio da dor. As alterações de vida manifestam-se a nível individual, familiar, ocupacional e social. Os ostomizados revelam necessidades em saúde, psico-afectivas, sócio-familiares e económicas que devem ser trabalhadas num clima de confiança; utilizam com mais relevância redes de suporte formal (enfermeiro estomaterapeuta e cirurgião), informal (familiares e amigos) e sobrenatural (religiosa). Não conhecem os cuidados que os centros de saúde lhes podem oferecer. Os enfermeiros dos CSP reconhecem que estes utentes têm necessidades especiais, às quais não dão resposta satisfatória, defendendo a criação da consulta de ET em CSP. <u>Conclusões:</u> as pessoas ostomizadas têm necessidades próprias. Os enfermeiros de CSP podem desempenhar um papel fundamental na continuidade de cuidados, mas devem tornar visíveis as suas competências para serem acreditados por estas utentes.</p>	<p>Ostomizados desconhecem o que os CSP podem oferecer. Os CSP devem assumir um papel fundamental na continuidade de cuidados, sendo a consulta de ET em CSP, uma resposta eficaz e desejada. Os enfermeiros de CSP devem tornar visíveis as suas competências.</p>
<p>Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição, Silva, C., Sousa, F., Lima, J., Pinto, M., Brito, M., Cruz, I. (2017)</p>	<p>1 pessoa com ileostomia</p>	<p><u>Objetivos:</u> descrever e compreender o fenómeno de transição vivido por uma pessoa com ileostomia <u>Metodologia:</u> Estudo de caso único, qualitativo; informação recolhida através da observação, da análise aos registos eletrónicos de enfermagem e de uma entrevista semiestruturada.</p>	<p><u>Resultados:</u> A pessoa e o contexto envolvidos numa transição são duas realidades que não se repetem e que influenciam o curso do processo de transição. <u>Conclusão:</u> O modelo de transição de Afaf Meleis permite compreender o processo de transição vivido pela pessoa com ileostomia quanto à natureza, condições e padrões de resposta envolvidos. Os enfermeiros assumem uma figura de destaque na preparação dos clientes para a vivência das transições, facilitando o processo de desenvolvimento daquelas que são as competências necessárias para gerir a(s) mudança(s) decorrente(s) da nova condição.</p>	<p>A teoria das transições de Meleis ajuda a compreender o processo de transição vivido pela pessoa com ostomia.</p>
<p>The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis, Smith, J., Spiers, J., Simpson, P., Nicholls, A. (2016)</p>	<p>21 participantes</p>	<p><u>Objetivos:</u> analisar a experiência de viver com uma ileostomia <u>Métodos:</u> estudo qualitativo, fenomenológico; dados recolhidos com entrevistas semi-estruturadas</p>	<p><u>Resultados:</u> emergiram duas categorias, o impacto intra-pessoal da ileostomia e o impacto da ileostomia nas relações com os outros. A ostomia destabiliza o autoconceito, a autoimagem e a sexualidade, mas algumas conseguiram direcionar a doença para uma reconstrução positiva do eu. Para alguns as relações íntimas e de</p>	<p>É necessário compreender o impacto da ostomia na pessoa ao nível da sua relação com os outros.</p>

			amizade ficaram perturbadas, para outros são fonte de suporte. <u>Conclusões:</u> A ileostomia tem impacto intra e interpessoal, positiva ou negativamente.	
A percepção do indivíduo estomizado quanto à sua situação , Menezes, A., Quintana, J. (2008)	Utentes de um Grupo de Atenção aos Estomizados	<u>Objetivo:</u> pesquisar a percepção e as manifestações subjetivas de ostomizados quanto a sua situação <u>Métodos:</u> estudo qualitativo; dados obtidos por entrevista não estruturada e análise de conteúdo	<u>Resultados:</u> as categorias emergentes foram adaptação, resignação e vínculo afetivo. Percebeu-se que o apoio familiar é fator determinante para a aceitação da nova realidade. <u>Conclusões:</u> a percepção do ostomizado quanto à sua situação varia de adaptação à resignação. Ressalta-se a importância do apoio familiar.	É necessário compreender o impacto da ostomia na pessoa e família e a importância do apoio desta.
Impacto da ostomia no processo de viver humano , Cascais, A., Martini, J., Almeida, P. (2007)		<u>Objetivo:</u> obter uma visão geral dos estudos existentes acerca do processo de viver da pessoa ostomizada <u>Método:</u> revisão de literatura	<u>Resultados:</u> a pessoa após a realização de uma ostomia, depara-se com diversas alterações em seu processo de viver, como a alteração da fisiologia, da autoestima, da imagem corporal. Estas transformações por sua vez, condicionam a vida familiar, afetiva, laboral e social. Experimenta sentimentos que vão desde revolta a depressão, podendo o comportamento manifestado variar ao longo do tempo e de pessoa para pessoa. Torna-se assim necessário o apoio encontrado na família, em pessoas significativas, mas também na estrutura de atendimento profissional, a qual é essencial para uma boa adaptação da pessoa à sua nova condição.	Os serviços de saúde devem fornecer apoio psicológico e educação para o autocuidado e assim contribuir para a melhoria significativa da qualidade de vida do ostomizado.

Quadro 4: Tabela de extração de dados

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A leitura e análise dos textos, permitiu completar e fundamentar, com base na evidência, as intervenções que se pretendem desenvolver, na promoção do autocuidado da pessoa com OEI. Alguns artigos catalogam os cuidados a prestar (Dorman, 2009; Pontieri-Lewis, 2006), bem como os aspetos a incluir na educação do ostomizado (Schreiber, 2016). Outros dão especial atenção ao impacto da ostomia nos vários domínios – físico, psicológico, família, sexualidade, social – afetando a pessoa ao nível da sua relação consigo e com os outros (Menezes & Quintana, 2008; Smith, Spiers, Simpson & Nicholls, 2016; Cadogan, 2015; Barreto & Valença, 2013).

Ficou reiterado que promover o autocuidado é fomentar a qualidade de vida da pessoa ostomizada (Mota et al, 2016; Cascais, Martini & Almeida, 2007) e que o enfermeiro está no eixo deste processo, assumindo a responsabilidade pela educação e capacitação do ostomizado (Schreiber, 2016; Coelho et al, 2015).

A importância da continuidade de cuidados, na transição entre hospital e contexto domiciliar, é defendido por vários autores (Readding, 2005; O'Connor, 2005). Neste âmbito, os enfermeiros de CSP podem assumir um papel fundamental, sendo a consulta de ET em CSP, uma resposta eficaz e desejada pelos utentes e profissionais (Sousa, Branco & Brito, 2015). Dado que a adaptação ao viver com uma ostomia é um desafio suportado ao longo da vida, o apoio de um enfermeiro com competências em ET deverá estar sempre garantido (Grant, McCorkle, Hornbrook, Wendel & Krouse, 2013).

Refira-se ainda que dois artigos demonstraram a aplicação das teorias de Orem (Davim et al, 2012) e Meleis (Silva et al, 2017) à problemática em estudo.

Relativamente aos objetivos propostos, foi possível identificar intervenções promotoras do autocuidado, no entanto, não ficou claro se algumas são mais relevantes no período após alta hospitalar. Independentemente do contexto, a pessoa com ostomia vivencia profundas alterações a nível individual, familiar, ocupacional e social. O papel do enfermeiro é auxiliar na sua reabilitação e reintegração na sociedade, através da capacitação para o autocuidado.

BIBLIOGRAFIA

- Barreto, A. & Valença, M. (2013). The ostomy patient's sexuality: integrative review. *Journal Nursing UFPE on line*. 7 (7): 4935-43.
- Cadogan, J. (2015). Psychosocial impact of intestinal failure: a familial perspective. *British Journal of Nursing (Stoma Supplement)*. 24 (17): 24-29.
- Cardoso, T. (2011). *Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cascais, A.; Martini, J. & Almeida, P. (2007) Impacto da ostomia no processo de viver humano. *Contexto Enfermagem*. 16(1): 163-167.
- Coelho, A.; Santos, F. & Poggetto, M. (2013). A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Revista Mineira de Enfermagem*. 17(2): 258-267.
- Davim, R., Moraes, M., Silva, R. et al. (2012). Systematization Of The Nursing Assistance Delivered To Ostomized Patients. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 6(7): 1697-705.
- Dorman, C. (2009). *Ostomy Basics*, RN. 72(7): 22-27.
- Ferreira, A.C., Seixá, A., Morais, I. (2009). Pessoa Ostomizada. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*. 20 (7): 3-5.
- Grant, M.; McCorkle, R.; Hornbrook, M.; Wendel, C. & Krouse, R. (2013). Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of Cancer Education*. 28: 70-78.
- Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/ Supplement*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Maruyama, S., Barbosa, C., Bellato, R., Pereira, R. & Navarro, J. (2009). Auto-irrigação - estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia, *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 11(3):665-673.
- Menezes, A. & Quintana, J. (2008) A percepção do indivíduo estomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21(1): 13-18.
- Mota, M.; Gomes, G.; Silva, C.D.; Gomes, V.L.; Pelzer, M. & Barros, E. (2016). Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*. 18(1): 63-78.

- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care, *British Journal of Nursing*. 14 (6): 320-324.
- Pinto, M. (2009). *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of Ostomy Care, *MEDSURG Nursing*. 15(4): 199-202.
- Readding, L. (2005). Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British Journal of Nursing*. 14 (16): 16-20.
- Santos, C. (2013) Nota Introdutória. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (XV-XVI). Lisboa: LIDEL.
- Schreiber, M. (2016) Ostomies: Nursing Care and Management. *MEDSURG Nursing*. 25(2): 127-130.
- Silva, C.; Sousa, F.; Lima, J.; Pinto, M.; Brito, M. & Cruz, I. (2017). Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. *Revista de Enfermagem Referência*. (14): 111-120.
- Smith, J.; Spiers, J.; Simpson, P. & Nicholls, A. (2016). The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology*. 36(12): 143-151.
- Sousa, C.; Branco, Z. & Brito, D. (2015). Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*. 3: 12-15.
- Williams, J. (2012). Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*. 21(13): 786-794.
- Williams, J. (2008). Caring for the older Ostomate. *Nursing & Residential Care*. 10(2): 64-67.
- World Health Organization (2014). *World Cancer Report 2014*. Lyon: WHO. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>

ANEXOS
(do APÊNDICE I)

Anexo I - Tabela de Palavras e Descritores das bases de dados

PALAVRA/DESCRITOR	CINAHAL	MEDLINE
OSTOMY	A surgical creation of an external opening. Consider also headings for specific types of ostomies. Do not use /equipment and supplies, prefer precoordinated heading OSTOMY EQUIPMENT AND SUPPLIES.	Surgical construction of an artificial opening (stoma) for external fistulization of a duct or vessel by insertion of a tube with or without a supportive stent.
COLOSTOMY	A surgically created opening in the colon.	The surgical construction of an opening between the colon and the surface of the body.
ILEOSTOMY	A surgically created opening into the ileum for fecal diversion or drainage.	Surgical creation of an external opening into the ILEUM for fecal diversion or drainage. This replacement for the RECTUM is usually created in patients with severe INFLAMMATORY BOWEL DISEASES. Loop (continent) or tube (incontinent) procedures are most often employed.
ENTEROSTOMY	A surgically created opening into the intestine through the abdominal wall; prefer specific intestinal ostomy.	Creation of an artificial external opening or fistula in the intestines
SELF CARE	Consumer performance of activities for oneself.	Performance of activities or tasks traditionally performed by professional health care providers. The concept includes care of oneself or one's family and friends.
OSTOMY CARE	Management of surgically created artificial openings such as colostomies, ileostomies, gastrostomies, etc. PERISTOMAL SKIN CARE also available. Do not use /nursing; consider ENTEROSTOMAL THERAPY NURSING.	-
PATIENT EDUCATION	A combination of learning and motivation activities designed to educate patients and family members about disease states or procedures and appropriate methods for self-care. May occur in either inpatient or outpatient settings. Coordinate with specific disease or procedure/education. For articles that contain examples of patient education materials search for the document type: consumer/patient teaching materials.	The teaching or training of patients concerning their own health needs.
AFTER CARE Post-Discharge Care Use: After Care	Patient follow-up after hospital or other health facility care.	The care and treatment of a convalescent patient, especially that of a patient after surgery.
PATIENT CARE	-	The services rendered by members of the health profession and non-professionals under their supervision.

Anexo II - Descrição da estratégia de pesquisa das bases de dados

CINAHAL



Tuesday, July 17, 2018 11:05:48 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S13	S10 AND S11 AND S12	Limiters - Full Text; Published Date: 20050101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	18
S12	S7 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S11	S6 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S10	S5 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S8	(MH "After Care")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S7	(MH "Patient Education+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S6	(MH "Self Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search	Display

S5	(MH "Ostomy Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	Database - CINAHL Plus with Full Text Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S4	(MH "Enterostomy+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S3	(MH "Ileostomy")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S2	(MH "Colostomy")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S1	(MH "Ostomy+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display

MEDLINE



Tuesday, July 17, 2018 2:28:34 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S13	S10 AND S11 AND S12	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20050101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	6
S12	S6 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	573
S11	S5 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	304
S10	S8 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	6,238
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	45,690
S8	(MH "Patient Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	863,099
S7	(MH "Aftercare+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	171,848

			Search Database - MEDLINE with Full Text	
S6	(MH "Patient Education as Topic+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	79,977
S5	(MH "Self Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	49,928
S4	(MH "Enterostomy+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	17,490
S3	(MH "Ileostomy")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	6,330
S2	(MH "Colostomy")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	8,536
S1	(MH "Ostomy+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	45,690

APÊNDICE II. CRONOGRAMA GERAL DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTÁGIO COM RELATÓRIO																				
Ano	2018												2019							
Mês	9	10					11					12		1				2		
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	F	13	14	15	16	17	18	R
Data	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	3	7	14	21	28	4	11
	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	2	4	11	18	25	1	8	1
E1																				
112 horas 14 turnos																				
E2																				
144 horas 18 turnos																				
E3																				
240 horas 30 turnos																				
496 horas 60 turnos																				

APÊNDICE III. CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES PLANEADAS E REALIZADAS
POR ESTÁGIO

CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES PLANEADAS E REALIZADAS NO E1

MÊS	S	O			
	SEMANA DE ESTÁGIO				
	1	2	3	4	5
	SEMANA				
ATIVIDADES PLANEADAS REALIZADAS/NÃO REALIZADAS					
	24	1	8	15	22
	28	5	12	19	26
Revisão de literatura sobre cuidados de enfermagem à pessoa com OEI					
Observação da dinâmica de funcionamento da CEET					
Identificação das intervenções promotoras do autocuidado na pessoa com OEI					
Diagnóstico de complicações com o estoma ou pele periestomal					
Aprendizagem de medidas corretoras de complicações com estoma/pele periestomal					
Aprendizagem de métodos de controlo de eliminação (irrigação)	X	X	X	X	
Avaliação do autocuidado da pessoa/cuidador em relação à OEI					
Realização de intervenções promotoras do autocuidado na pessoa com OEI					
Observação do processo de transição vivido pela pessoa com OEI/família					
Reflexão sobre os problemas e desafios apontados pelos utentes com OEI					
Listagem das IPSS (formação a assistentes SAD)					
Elaboração do plano de formação sobre OEI dirigido a assistentes SAD das instituições identificadas					
Elaboração de folheto sobre OEI para as assistentes que participam na formação					
Divulgação da proposta formativa junto das instituições locais					
Realização de sessões de formação nas instituições que manifestem interesse					
Avaliação das sessões de formação realizadas					
Elaboração e submissão de comunicação livre a encontro de carácter científico					
Colaboração no plano de formação do ACES no âmbito da ET					
Reflexão sobre a prática – jornal de aprendizagem					
Elaboração de um estudo de caso					
Elaborar relatório preliminar					
Reuniões com orientador					

Legenda:



Atividade realizada



Atividade não realizada

CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES PLANEADAS E REALIZADAS NO E2

Mês	O					N				
	Semana de estágio					Semana				
	6	7	8	9	10	29	05	12	19	26
	02	09	16	23	30					
ATIVIDADES PLANEADAS REALIZADAS/NÃO REALIZADAS										
Revisão de literatura sobre cuidados de enfermagem à pessoa com OEI										
Observação da dinâmica de funcionamento da CEET										
Identificação das intervenções promotoras do autocuidado na pessoa com OEI										
Diagnostico de complicações com o estoma ou pele periestomal										
Aprendizagem de medidas corretoras de complicações com o estoma/pele periestomal										
Aprendizagem de métodos de controlo de eliminação (irrigação)	X	X	X	X	X					
Avaliação do autocuidado da pessoa/cuidador em relação à OEI										
Realização de intervenções promotoras do autocuidado na pessoa com OEI										
Observação do processo de transição vivido pela pessoa com OEI/família										
Reflexão sobre os problemas e desafios apontados pelos utentes com OEI										
Elaboração de folheto sobre alimentação para ileostomizados e colostomizados										
Pesquisa bibliográfica sobre nutrição e QT										
Reunião no Hospital Dia Oncológico sobre orientações dietéticas durante QT										
Elaboração de documento sobre alimentação, ostomias e QT								X		
Esboço de linhas orientadoras para um protocolo entre ACES e hospital										
Reflexão sobre a prática – jornal de aprendizagem										
Elaboração de um estudo de caso										
Participação em encontro de carater científico com comunicação livre										
Elaborar Relatório										
Reuniões com orientador										

Legenda:



Atividade realizada



Atividade não realizada

CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES PLANEADAS E REALIZADAS NO E3

ATIVIDADES PLANEADAS REALIZADAS/NÃO REALIZADAS	MÊS		D			J					F		
	SEMANA ESTÁGIO		11	12	F	13	14	15	16	17	18	R	
	SEMANA		3	10		3	7	14	21	28	4	9	
	SEMANA		7	14		4	11	18	25	1	8	1	
Revisão de literatura sobre cuidados de enfermagem à pessoa com OEI													
Reunião CCS: apresentação dos fundamentos do projeto													
Elaboração do projeto da CEET													
Pedido de autorização à Comissão de Ética da ARSLVT para realizar trabalho acadêmico com utentes													
Elaboração da documentação de apoio à consulta: manual de boas práticas, norma de procedimentos, <i>flyer</i> de divulgação, folheto de alimentação													
Submissão do projeto de consulta ao CCS (versão final)													
Apresentação do projeto no ACES – DE													
Apresentação do projeto no ACES – UF								→	→				
Apresentação do projeto no hospital – Reunião das DE								→	→	→			
Definição de linhas orientadoras para protocolo com hospital													
Negociação do protocolo de articulação no hospital										X	X		
Divulgação da CEET em outras unidades hospitalares										X	X		
Preparação do espaço físico da consulta									X	X	X		
Reuniões com laboratórios para obtenção de amostras										X	X		
Identificação dos utentes alvo da consulta – listagem													
Convocação de utentes com OEI e/ou atendimento de utentes referenciados											X		
Participação em evento de caráter científico com poster ou comunicação livre											X		
Elaborar Relatório													
Reuniões com orientador													

FÉRIAS DE NATAL

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Legenda:



Atividade realizada

Atividade adiada



Atividade não realizada

APÊNDICE IV. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE E1

CARATERIZAÇÃO DO E1

24/09/2018 – 26/10/2018

O ACES [REDACTED] ocupa uma área geográfica de 1.071Km² e serve uma população de 218.536 utentes inscritos. Compreende os concelhos de [REDACTED], onde se situa a sede do ACES. Encontra-se organizado em cinco UCSP, oito USF, Unidade de Saúde Pública, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, cinco UCC, um Serviço de Atendimento Permanente, um Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes e três Atendimentos Complementares. Como recursos humanos, dispõe de 389 trabalhadores, entre os quais, 1 diretor executivo, 87 médicos, 126 enfermeiros, 2 técnicos superiores de saúde, 8 técnicos superiores do regime geral, 18 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 4 técnicos de informática, 101 assistentes técnicos, e 42 assistentes operacionais (SNS, 2017).

A CEET, afeta à UCSP [REDACTED], opera desde 1996, conduzida por uma enfermeira com formação específica na área. Tomei conhecimento deste serviço através de uma pesquisa informal na internet. Estabeleci contato com a Vogal de Enfermagem do CCS do ACES [REDACTED], que me referenciou para a enfermeira responsável. Foi realizada uma reunião, com o objetivo de conhecer a dinâmica da consulta e garantir o campo de estágio. Foi negociado o período de estágio e apresentados os objetivos do mesmo. A partir da entrevista inicial foram planeadas atividades que vão ao encontro das competências a desenvolver, bem como das necessidades do serviço.

A consulta faz o acompanhamento dos utentes exclusivamente da área geográfica do concelho de [REDACTED], que não foram operados no Centro Hospitalar [REDACTED], uma vez que este também disponibiliza uma CEET. Ocorre todas as quartas feiras no período da manhã, num gabinete dotado com o equipamento necessário, ou por intermédio de visita domiciliária. Os atendimentos são preferencialmente com marcação, embora os utentes possam recorrer, pessoalmente ou via telefónica, sempre que necessário.

Os objetivos da consulta são:

- Planear e implementar cuidados individualizados, dirigidas à pessoa e/ou cuidador;
- Cuidar o utente/família após alta hospitalar;
- Contribuir para reinserção familiar, social e laboral do utente ostomizado;
- Capacitar a pessoa para a independência no autocuidado ao estoma e gestão das atividades de vida diárias;
- Conhecer todos os dispositivos e acessórios disponíveis e recomendar o seu uso de acordo com o tipo de estoma;
- Identificar possíveis complicações e intervir na sua resolução ou no encaminhamento para o profissional com competências para a sua resolução (Silva & Barbosa, 2016).

Em 2017 foram acompanhados 72 utentes, maioritariamente do sexo masculino e idade superior a 65 anos. Relativamente ao tipo, a preponderância de colostomias é significativa, conforme se pode observar no gráfico:

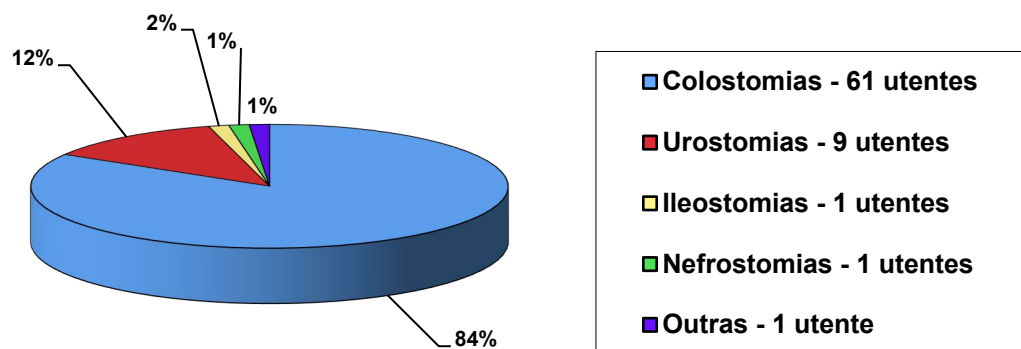


Figura 1 – Tipo de ostomia (Silva, 2017)

A principal causa para a construção de ostomia foi a doença oncológica:

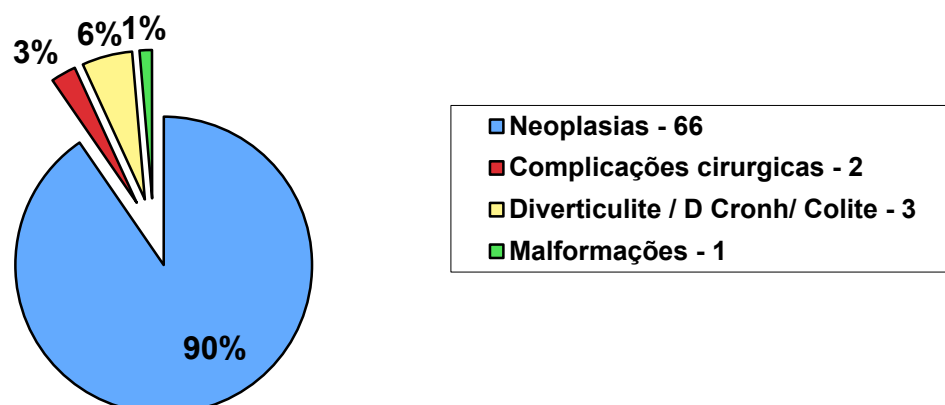


Figura 2 – Causa para a formação de ostomia (Silva, 2017)

Os utentes utilizam dispositivos de recolha adaptados a cada situação e de acordo com a sua preferência pessoal. Durante a consulta são informados acerca dos dispositivos existentes no mercado, com a possibilidade de testarem diferentes materiais, cedidos pelos laboratórios. No grupo de 72 utentes atendidos, a larga maioria opta por sistema de duas peças.

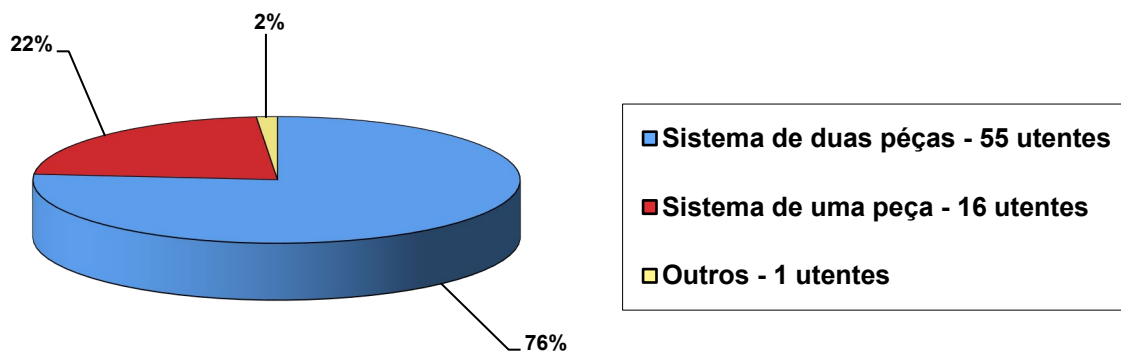


Figura 3 - Escolha do dispositivo (Silva, 2017)

Relativamente a complicações detetadas, a maior incidência reporta-se macerações cutâneas peri-estoma e granulomas, mas também se observaram hérnias e prolapsos. As medidas corretivas aplicadas na CEET foram eficazes, sem necessidade de encaminhamento para outros recursos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Serviço Nacional de Saúde (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: SNS. Disponível em:

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30025/3114100/Pages/default.aspx>

Silva, A. & Barbosa, M. (2016). *Manual de Procedimentos em Estomaterapia*. Torres Vedras: ACES Oeste Sul.

Silva, A. (2017). *Atendimento a ostomizados e famílias – Consulta de Estomaterapia. Relatório de Atividades da Equipa de Enfermagem da UCSP do Centro de Saúde de Torres Vedras*. (trabalho não publicado e cedido por Ana Luísa Silva).

APÊNDICE V. JORNAL DE APRENDIZAGEM REALIZADO NO E1

	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA 9º Curso De Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica Outubro 2018	
ENSINO CLÍNICO I	Aluno Orientador Docente Orientador de Estagio	Vanda Janeiro (nº4822) Prof. Óscar Ferreira Enf. Ana Luísa Silva
ATIVIDADE	JORNAL DE APRENDIZAGEM	
	Ação de formação para assistentes de apoio domiciliário de IPSS do Concelho de ██████████: a primeira experiência	

Os desafios da nossa era sujeita a constantes (r)evoluções técnico-científicas, sociais e culturais, exigem um processo de formação centrado no desenvolvimento da autoaprendizagem e reflexão crítica, de forma a capacitar os indivíduos para a gestão das contingências do nosso quotidiano. Neste sentido, “a Prática Reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas práticas” (Santos, 2004, p.59).

O Jornal de Aprendizagem constitui um instrumento valioso, pela oportunidade de refletir sobre as experiências de uma forma estruturada. “Porque envolve a escrita, permite a reapropriação da experiência e a perceção de quando se age e de quando se reage. É um instrumento de acesso à intuição” (Cabete, 2005, p.1). Esta ferramenta reflexiva assenta numa reavaliação das intervenções realizadas e o seu impacto, tanto no cliente, como no profissional.

Como descreve Pereira-Mendes, “o exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro” (2016, p.3). Assim, é visto como uma habilidade fundamental em contexto clínico, estimulando a autoconsciência com a finalidade da prestação de melhores cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016).

O estágio em curso tem proporcionado várias situações de aprendizagem, tendo sido selecionada uma para a elaboração deste Jornal de Aprendizagem. Como recurso, será utilizado o Ciclo de Gibbs (Jasper, 2003), que compreende seis

etapas: descrição da situação, sentimentos suscitados, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação para futuras interações.

Uma das atividades planeadas para este estágio foi a implementação de um programa de formação, dirigido a assistentes de SAD, de IPSS do concelho de [REDACTED], subordinado à temática “Cuidados ao utente com ostomia de eliminação”.

Após levantamento das IPSS junto da Segurança Social de [REDACTED], iniciei os contatos diretamente com as instituições, tendo ficado agendada a 1ª sessão na Casa do Povo de [REDACTED], no passado dia 10/10/2018.

A proposta formativa foi apresentada à responsável pelo SAD, que se mostrou muito recetiva. Fez-se um levantamento dos recursos disponíveis e condições do local. O espaço disponibilizado seria a sala de reuniões e o equipamento de projeção seria emprestado por terceiros, mas a cargo da instituição. A presença dos formandos estaria assegurada, pela “participação obrigatória” (sic) das assistentes, segundo a responsável.

No dia da sessão e à hora marcada, não estavam assegurados os meios técnicos. Fui conduzida ao refeitório da instituição, com excessiva luminosidade, inadequada a uma projeção de *slides* em Powerpoint® e informaram-me que ainda iam buscar um computador compatível.

Entretanto as formandas começaram a chegar e a instalar-se. A minha perceção inicial foi de que o interesse para assistirem à sessão era diminuto, agravado pelo atraso decorrente das dificuldades técnicas.

Após algumas tentativas falhadas, cheguei à conclusão de que era impossível recorrer à projeção e percebendo a crescente dispersão da audiência, optei por congregar as participantes à volta de uma mesa e usar o próprio computador para expor os *slides*, apostando num ambiente mais informal. Dei início à sessão com algumas das assistentes a efetuarem, concomitantemente, outras tarefas (registos), não escondendo o desinteresse em participar na atividade. Porém, utilizando uma estratégia interativa, recorrendo às suas experiências pessoais, permitindo que colocassem todas as questões ao longo da apresentação e introduzindo precocemente os materiais de apoio para a sessão (moldes de estomas, material

para os cuidados à ostomia), senti um interesse crescente pelos conteúdos. A sessão acabou por se tornar muito participativa, com elevado grau de satisfação das formandas, apurado através de um questionário no final da mesma, cuja única sugestão/comentário foi de que a formação poderia ser mais longa.

Ao longo deste episódio os meus sentimentos evoluíram de insatisfação, frustração e alguma insegurança, pelo começo atribulado, até a um sentimento de confiança e satisfação, sobretudo por ter prosperado mediante condições inicialmente desafiadoras.

Apesar do exposto, não considero que a experiência tenha apresentado aspetos negativos, pois as dificuldades representaram uma oportunidade para “dar a volta” à situação, com calma, humor e capacidade de adaptação. Isto vai de encontro às competências de enfermeiro especialista que se pretendem desenvolver, como um profissional com conhecimento aprofundado num domínio específico, com capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, um profissional consciente de si, respondendo com assertividade às circunstâncias (Regulamento n.º 140/2019).

Esta situação fez-me rever os passos dados nesta atividade do estágio, nomeadamente questionar se devia ter feito um diagnóstico sobre necessidades de formação junto da população alvo, já que neste caso particular, a participação das formandas foi imposta pela responsável.

Na formação destinada a adultos estão patentes princípios como: promover o crescimento e desenvolvimento contínuo dos mesmos; desenvolver competências para as pessoas darem resposta aos problemas e a questões do quotidiano da vida adulta, bem como prepará-las para oportunidades atuais e futuras de trabalho; ajudar as entidades a alcançarem os resultados desejados e adaptarem-se às constantes mudanças (Dias, 2012). Penso que estes princípios foram acautelados e inclusivamente, no decorrer da sessão houve partilha de experiências anteriores com utentes ostomizados, demonstrando-se a pertinência da temática.

Pese embora não tenha surgido a partir de um diagnóstico de necessidades, a formação em causa não foi imposta às instituições. Fez-se uma proposta às instituições, no sentido de oferecer uma resposta de qualidade às necessidades da pessoa com ostomia de eliminação, enquanto inserida no seio da sua comunidade,

uma vez que as assistentes de SAD podem ser as suas cuidadoras principais. O processo de transição do utente do hospital para a comunidade assenta num pressuposto de continuidade de cuidados, que exige estratégias de comunicação e articulação entre enfermeiros de diferentes instituições, trabalhando em equipa (Reading, 2005), aos quais acrescento, os cuidadores formais destes utentes.

Com a formação pretende-se capacitar estas assistentes de SAD para os cuidados básicos às ostomias, ao mesmo tempo fomentando o contacto estreito com a CEET do Centro de Saúde de [REDACTED], à qual podem recorrer sempre que surgirem dúvidas. Desta forma também se contribui para a solidificação das relações entre os vários agentes prestadores de cuidados à população.

Relativamente à situação aqui retratada e em relação às dificuldades técnicas ocorridas, tenciono assegurar-me que todas os requisitos estão reunidos nas próximas sessões, com um levantamento mais assertivo dos recursos e condições do local.

Vou continuar a divulgar esta proposta formativa junto das IPSS listadas, reforçando a sua mais valia para os formandos, entidades prestadoras e em última análise, a população do concelho de [REDACTED].


Dado que se revelou eficaz, replicarei a metodologia pedagógica adotada.

BIBLIOGRAFIA

- Cabete, D. (2005). *Jornal de aprendizagem. 2º Curso de Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Lisboa: ESEL.
- Dias, R.J. (2012). *O contributo dos Cursos de Educação e Formação de Adultos para a (re)integração social*. Dissertação de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*. 20(1): 1-23.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. 11(V): 121-132.

- Readding, L. (2005). Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British Journal of Nursing*, Vol 14 (16): 16-20.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. 4744-4750.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. 11: 59-62.

APÊNDICE VI. ESTUDO DE CASO REALIZADO NO E1

	<p style="text-align: center;">ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA</p> <p style="text-align: center;">9º Curso De Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica Outubro 2018</p>	
<p>ENSINO CLÍNICO I</p>	<p>ALUNO</p> <p>ORIENTADOR</p> <p>ORIENTADOR ESTAGIO</p>	<p>Vanda Janeiro (nº4822)</p> <p>Prof. Óscar Ferreira</p> <p>Enf. Ana Luísa Silva</p>
<p>ATIVIDADE</p>	<p>ESTUDO DE CASO</p>	
	<p>Cuidados de enfermagem especializados a pessoa com ileostomia em contexto de CEET</p>	

Resumo

O estudo de caso que se apresenta foi realizado no âmbito do ensino clínico na CEET do Centro de Saúde de [REDACTED] e pretende contribuir para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à pessoa com OEI em contexto de CSP, através da articulação de contributos teóricos com a prática.

Tem como foco uma pessoa portadora de ileostomia, atendida na consulta acima mencionada no passado dia 17/10/2018.

A revisão da literatura observa o impacto físico, emocional e social duma ostomia, na vida da pessoa portadora e sua família.

O referencial teórico utilizado divide-se em dois eixos: Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A congruência entre as duas teorias é garantida pelo facto das transições se relacionarem fortemente com alterações na capacidade de autocuidado.

Apresenta-se um plano de cuidados elaborado com o programa SCLINICO®.

Palavras Chave

Ileostomia; cuidados com estoma e pele periestomal; intervenções de enfermagem; estomaterapia; transição; autocuidado.

1. INTRODUÇÃO

Nesta etapa do percurso de aprendizagem – Estágio com Relatório – está em curso um projeto, cujo objetivo geral é o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à pessoa com OEI em contexto de CSP. Nesse sentido, foram delineados objetivos específicos que passam pelo aprofundar de conhecimentos teórico-práticos na área da ET e pela prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com OEI. Uma forma de articular os contributos adquiridos com a revisão da literatura e os apropriados da prática, é a elaboração de um estudo de caso, proposto como atividade para este ensino clínico. Benner (2001) refere que os enfermeiros aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que põem à prova os conhecimentos e requerem a capacidade de aprender uma situação.

A escolha do sujeito, mediante um leque de possibilidades relativamente pequeno, foi sujeita a discussão com o enfermeiro orientador, configurando-se como o caso mais interessante a analisar. Trata-se então de uma utente com 49 anos, portadora de ileostomia há 15 anos e que recorre pela primeira vez a uma consulta de estomaterapia, após tomar conhecimento, acidentalmente, da sua existência. Autónoma nos cuidados à ostomia, todavia, veio a verificar-se um défice de conhecimentos em relação aos cuidados à pele e aos dispositivos disponíveis. A consulta desta utente permitiu-me desempenhar algumas das atividades planeadas no projeto e a subsequente reflexão com base na evidência científica.

O presente documento engloba uma sucinta revisão de literatura sobre ostomias de eliminação intestinal, mais especificamente, ileostomias e o seu impacto, dando ênfase a aspetos que emergiram na situação clínica em estudo. Seguir-se-á a integrante metodológica, com o referencial teórico de enfermagem selecionado, a caracterização da situação e respetivo plano de cuidados, conforme o programa SCLINICO®. Por fim, serão tecidas algumas considerações finais.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Viver com uma ileostomia

As ostomias podem classificar-se quanto à função – respiratórias, urinárias, digestivas de alimentação ou eliminação – quanto à localização anatômica e ainda relativamente ao tempo de permanência, definitivas ou temporárias (Reis, 2015).

Uma ileostomia resulta da exteriorização de porção do ileon, excluindo o trânsito intestinal do colon e reto. O efluente tende a ser líquido, contínuo e rico em enzimas proteolíticas, particularmente irritantes para a pele.

A **Colite Ulcerosa** é uma das principais causas para a construção duma ileostomia. Trata-se de uma doença inflamatória intestinal, de etiologia desconhecida, mais frequente entre os 20 e 40 anos e que evolui por crises. Caracteriza-se por dejeções líquidas frequentes com presença de sangue, muco e/ou pus, epigastralgias, perda de apetite e peso, mal-estar geral, tenesmo ou dor anal. Está amplamente descrita a sua relação com a saúde mental:

Historicamente, as doenças inflamatórias intestinais foram apresentadas na literatura como uma etiologia psicossomática. (...) Pode-se supor que o convívio com a doença em si seja desencadeante de angústia e ansiedade. Contudo, considera-se que as doenças inflamatórias intestinais possuam uma etiologia desconhecida, na qual, distúrbios afetivos, emocionais e eventos estressantes da vida pareçam ser relevantes no desencadeamento e na manutenção de sua sintomatologia. (...) Levantamentos recentes sugerem que as conexões nervosas entre o cérebro e o intestino estimulem as células inflamatórias na parede intestinal (Castro, 2015, p.1).

A primeira linha de tratamento é conservadora (corticóides, ácido-5-aminosalicílico, imunossupressores). As indicações cirúrgicas são: falta de resposta à medicação, megacólon tóxico, colite fulminante, hemorragia grave ou profilaxia de cancro colorretal, uma vez que existe maior risco deste se vir a desenvolver (Barata, 2010; Saraiva, 2006). A opção cirúrgica de eleição é a **proctocolectomia total com anastomose em bolsa** e consiste na remoção total do cólon, proctectomia proximal com ou sem mucosectomia rectal, com ileostomia provisória. A anastomose do ileon ao ânus faz-se através da construção de uma bolsa em “J”, estando preservado o esfíncter anal, logo, continência fecal. Tem como risco a reativação da doença e eventual degenerescência maligna (Saraiva, 2006).

A pessoa submetida a cirurgia com estabelecimento de ostomia, sofre uma marcada invasão na sua intimidade, com alteração no seu esquema corporal, influenciando a sua autoimagem e originando reações emocionais diversas, dado que o corpo é o nosso interlocutor com o mundo que nos rodeia. A presença de uma ostomia causa profundas mudanças na vida da pessoa portadora e sua família, manifestadas por desajustes físicos, emocionais, sociais e familiares (Sousa, Branco e Brito, 2015).

Os problemas físicos que ocorrem na pessoa ostomizada, estão sobretudo relacionados com a inadequada localização do estoma e défices no cuidado à ostomia. Os problemas emocionais associam-se sobretudo a uma baixa autoestima decorrente da alteração da autoimagem e a todas as emoções que acompanham o diagnóstico, prognóstico, eventual perda de ordenado por incapacidade de trabalhar e todas as transformações no estilo de vida (Gutman, 2011).

Na esfera social, parece notar-se uma preocupação em manter secreta a sua ostomia. Algumas pessoas relatam o afastamento de “amigos” pós-ostomia, enquanto outras, sentindo-se estigmatizadas, excluem-se elas próprias das relações sociais (Cascais, Martini e Almeida, 2007).

É recorrente a apreensão do ostomizado face à forma como explicar aos familiares mais próximos, a sua situação física atual – ruídos incontroláveis, a utilização das instalações sanitárias com maior frequência, a presença de um “saco” no abdómen. A postura das pessoas significativas na sua vida influencia, indubitavelmente, o processo de aceitação da ostomia.

Um aspeto incontornável é o impacto na sexualidade, embora nem sempre seja abordado pelos técnicos de saúde, nem pelos próprios ostomizados. O tema ainda é visto como um tabu, dificilmente abordado em público. Determinadas patologias e abordagens cirúrgicas podem implicar disfunções sexuais – impotência, dispareunia – porém, mesmo não sendo esse o caso, a expressão da sexualidade no ostomizado sofre alterações, diretamente relacionadas com o compromisso da sua autoimagem. Numa revisão integrativa de literatura, Barreto e Valença (2013), identificaram que a pessoa ostomizada, por ter medo de ferir o estoma, vergonha pela exposição de fezes, pelo saco, ruídos ou odores desagradáveis, não se sente atrativa, evitando a atividade sexual. Outros, no entanto, adotam estratégias como

diferentes posições, utilização de dispositivos (tampão, *stoma cap*) ou roupa interior especial.

A sexualidade é importante para o equilíbrio emocional e psicossocial do ser humano, constituindo um dos padrões funcionais básicos da saúde (Gutman, 2011). Não menosprezando a sua importância ao longo do ciclo vital, somos forçados a priorizar este domínio na presença de utentes mais jovens.

Não obstante os desafios inerentes à condição de ostomizado, alguns estudos abordam outro ângulo da problemática. Smith et al. (2016) revelam que vários participantes no seu estudo, sentiram um impacto positivo no seu autoconceito, em parte porque a cirurgia melhorou a sua qualidade de vida, aliviando sintomas exacerbados, libertando-os do papel de “doente”; para outros tomou a forma de desafio e afirmação, oferecendo uma oportunidade de encontrar um propósito valioso decorrente da sua situação.

Num estudo de Menezes & Quintana (2008) com ileostomizados, investigou-se a perceção e as manifestações subjetivas da pessoa com ostomia face à sua situação. Da análise de conteúdo emanaram as seguintes categorias: adaptação, resignação e vínculo afetivo, sendo que adaptação significa ajustar toda uma vida em um novo contexto, onde algumas coisas importantes têm, muitas vezes, que serem abandonadas, substituídas ou reduzidas. “O ser humano se reconstrói o tempo todo para se adaptar de forma criativa, sendo capaz de autonomia relativa quando se vê privado de certas disponibilidades” (Menezes & Quintana, 2008, p.15).

2.2. Intervenção de enfermagem à pessoa com OEI em CEET

A evidência científica atesta a importância da educação para a saúde dirigida à pessoa com ostomia. Esta deve ser, sempre que possível, enquadrada no âmbito de uma consulta de enfermagem de estomaterapia e iniciada no pré, com reforço no pós-operatório, em sessões periódicas¹⁵. A consulta promove a capacitação do ostomizado nos vários domínios do autocuidado. Abarca o ensino e treino nos cuidados de higiene ao estoma e pele, com os materiais existentes (dispositivos e acessórios), bem como a informação sobre possíveis complicações.

¹⁵ Periodicidade recomendada pela DGS: aos 15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente (DGS, 2017).

A alimentação e a sua influência na eliminação intestinal é um tópico sempre abordado. Não existindo contraindicações absolutas, alguns alimentos produzem efeito ao nível da consistência e odor do efluente. No caso específico das ileostomias, existe o risco de alimentos ricos em fibras ingeridos em excesso, causarem obstruções, devendo o utente ser aconselhado a mastigar bem, aumentar a ingestão hídrica e moderar inicialmente esses alimentos ¹⁶, introduzindo-os gradualmente na sua dieta.

Atividade física, vestuário, férias (viagens) são assuntos frequentemente alvo de questionamento pelo ostomizado, devendo este ser informado, desmistificando alguns preconceitos, apoiando o mais precocemente possível, o regresso ao seu estilo de vida.

Em situações específicas, pode ser necessário ensinar e treinar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, caso esteja pendente a reconstrução do trânsito intestinal.

O utente é informado acerca da legislação vigente e possíveis benefícios fiscais.

2.2.1. Cuidados ao estoma e pele periestomal

Calcula-se que cerca de metade dos ostomizados sentirá dificuldades relacionadas com manuseamento do material e complicações com a ostomia – precoces ou tardias – sendo a maceração cutânea a mais frequente. A intervenção de enfermagem nos cuidados ao estoma e pele circundante, bem como na prevenção e deteção de complicações, vem devidamente regulamentada na Norma n.º 015/2016 da DGS, que se transcreve:

- a) Cuidados ao estoma e à pele periestomal:
 - i. Lavagem das mãos com água e sabão líquido;
 - ii. Preparação de material necessário;
 - iii. Posicionar confortavelmente a pessoa com ostomia;
 - iv. Retirar de forma suave o sistema coletor sujo, de cima para baixo com as duas mãos, em que uma segura o dispositivo e a outra apoia a pele e na presença de sistemas drenáveis, iniciar procedimentos com drenar do efluente;
 - v. Observar as características do efluente;

¹⁶ Alimentos ricos em fibras: aipo, pipocas, vegetais como repolho, brócolos, couve-flor, couve e couve de Bruxelas, coco, abacaxi, uva passa, ameixa seca e frutas seca, cogumelos, castanhas e sementes, saladas verdes (ConvaTec®, 2018).

- vi. Limpar resíduos do estoma;
 - vii. Lavar o estoma e a pele periestomal, sem esfregar, com esponja natural (ou compressa) humedecida em água morna e sabonete líquido neutro (ou cloreto de sódio a 0,9%) e repetir a com a esponja humedecida só em água;
 - viii. Secar bem o estoma e pele periestomal;
 - ix. Avaliar as características do estoma e pele;
 - x. Incentivar a pessoa com ostomia a “olhar” e “tocar” o estoma.
- b) Prevenção e deteção de complicações cutâneas:
- i. Identificar fatores de risco, (sistémicas ou tópicas) nomeadamente: tratamentos adjuvantes, o autocuidado, fugas de efluente, humidade, prurido, alteração da coloração, sinais inflamatórios cutâneos, entre outros;
 - ii. Utilização de escala validada de avaliação da pele periestomal de acordo com protocolo definido a nível local;
 - iii. Diagnosticar lesões pele periestomal (maceração, escoriação, eritema, zona de pressão, ulceração) e sua etiologia;
 - iv. Cuidados com alterações da pele periestomal de acordo com protocolo definido a nível local;
 - v. De acordo com os fatores de risco identificados, o enfermeiro deve contactar o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (Saúde 24). (DGS, 2017)

As lesões cutâneas peri-estomas são variadas e comuns em todos os tipos de ostomias, influenciando em grande escala a qualidade de vida do utente ostomizado. As principais lesões encontradas são:

- **Irritação cutânea de ação mecânica**, provocada pelo traumatismo da repetida remoção do dispositivo coletor. O tratamento pode passar pela utilização de dispositivos de duas peças;
- **Reação alérgica ao adesivo do dispositivo**, pouco frequente, surgindo em média após 48h de exposição. O tratamento consiste na utilização de um protetor cutâneo e substituição da marca do dispositivo;
- **Utilização de produtos de higiene desadequados**, que contenham corantes, desinfetantes ativos que secam a pele, detergentes, desodorizantes, álcool e éter. O tratamento inclui a utilização de material protetor, mas sobretudo, o ensino adequado acerca da higiene do estoma e pele circundante;
- **Irritação cutânea provocada pelo efluente**, especialmente o efluente corrosivo das ileostomias, que pode causar lesões graves. O tratamento implica o recurso a protetores cutâneos e a otimização do diâmetro do dispositivo (Peixoto, 2014).

3. METODOLOGIA

3.1. Referencial teórico de enfermagem – Orem e Meleis

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório).

3.2. História Clínica

P.C.S.C. é uma utente do sexo feminino, com 49 anos, natural e residente no [REDACTED]. Com o 12º ano de escolaridade, é profissional no [REDACTED] ocupando funções de Assistente Técnica, em contrato de trabalho em funções públicas.

Divorciada, com dois filhos, vive em união de facto com o companheiro atual desde há cinco anos, juntamente com os filhos deste – família reconstruída (genograma¹⁷). Vivem num apartamento com condições de saneamento garantidas.

Os progenitores ainda estão vivos, sendo a mãe saudável e o pai com história de AVC há dois anos, com sequelas graves a nível comportamental, agravadas por quadro de demência e parkinsonismo, encontrando-se a viver em lar.

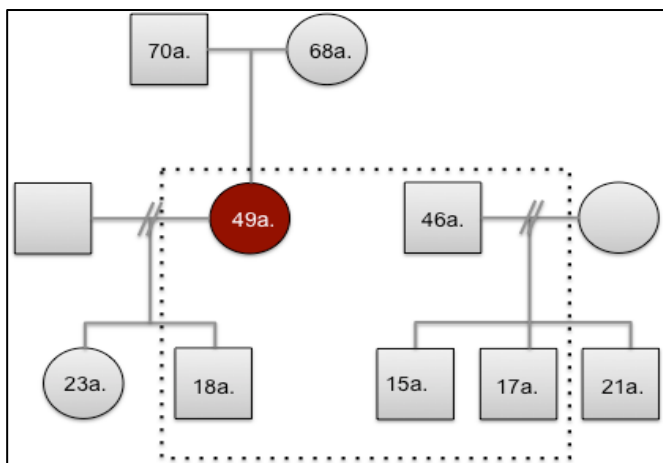


Figura1 – Genograma

Antecedentes pessoais

Segundo a utente, sofreu uma depressão na sequência do último parto (2000), tendo feito medicação psiquiátrica que abandonou por sua vontade. Tem história de

¹⁷ Região entre o picotado corresponde ao agregado a residir permanentemente na habitação, estando os filhos mais velhos a estudar fora.

infecção a citomegalovírus¹⁸, com início que não sabe precisar, mantendo vigilância laboratorial regular. Há dois anos refere nova depressão, coincidente com doença do pai, tratada com medicação que já não mantém.

História da doença atual

No início de 2003 refere o início de queixas de retorragias, acompanhadas de perda ponderal. Foi encaminhada para o Hospital de [REDACTED], onde foi diagnosticada colite ulcerosa. Inicialmente controlada com corticoterapia e plano dietético, até sofrer agravamento do quadro ainda nesse ano, levando a internamento no serviço de Gastroenterologia do Hospital de [REDACTED]. Por incapacidade de controlarem as perdas sanguíneas, atingindo uma hemoglobina de 5 g/dl, em outubro de 2003 foi submetida a proctocolectomia com bolsa e construção de ileostomia. A cirurgia decorreu sem intercorrências, tendo alta ao fim de algum tempo (não sabe precisar). A utente refere que no dia prévio à alta, recebeu ensino básico sobre os cuidados à ileostomia, não voltando a usufruir desde então qualquer orientação em relação à mesma.

3.3. Avaliação inicial

A trabalhar no [REDACTED] há pouco tempo, após transferência de outra unidade, a utente tomou conhecimento, fortuitamente, da existência da CEET e marcou atendimento para dia 17/10/2018. Apesar de ser ostomizada há 15 anos, sentiu que devia aproveitar a oportunidade de validar os seus conhecimentos e habilidades na gestão do autocuidado à ostomia, ressalvando que há muitos anos ninguém vê o seu estoma, nem na consulta de especialidade no hospital.

Começou por descrever a sua história de saúde e que a instalação da colite ulcerosa foi associada, pela equipa médica, ao seu quadro depressivo pós-parto, que a utente descarta, terminantemente, associando o aparecimento da doença a

¹⁸ Parece existir uma relação entre o citomegalovírus (CMV) e a colite ulcerosa (C.U.), embora não totalmente esclarecida. Além de poderem ocorrer simultaneamente, os doentes com C.U. apresentam títulos mais elevados de anticorpos anti-CMV que a população normal. Estão descritos casos em que a infeção por CMV se associou ao início da C.U., sugerindo que o vírus pode desencadear uma resposta autoimune e subsequente lesão intestinal. Noutros casos, o CMV aparece no contexto de uma exacerbação de uma C.U. já diagnosticada, não se percebendo se o vírus é causa de exacerbação ou oportunista. Dado que a infeção por CMV é muito comum na população, existindo de forma latente, é difícil assumi-lo claramente como fator etiológico da C.U. (Rosa et al, 2006).

fatores ambientais desconhecidos, por ter sido diagnosticada a doença a um vizinho, exatamente na mesma altura.

Utente com bom estado geral e idade aparente correspondente à cronológica. Discretamente descorada, mas garante estar equilibrada do ponto de vista analítico. Com 1,60m de altura e 65 kg de peso (IMC: 25,3). Não faz qualquer medicação, à exceção de anti contraceptivo oral.

Quando questionada acerca do regime dietético, refere ser apenas intolerante ao leite, tomate e alface, ingerindo os restantes alimentos.

Utiliza um dispositivo de peça única drenável com *clamp*, desde sempre. Foi informada acerca de dispositivos mais recentes, nomeadamente com fecho de velcro (mais confortável), tendo levado amostras para experimentar por lhe terem agradado. Fornecidos os códigos do produto para médico de família prescrever.

Acrescentou que pratica exercícios para fortalecimento do esfíncter anal, ainda tendo esperança de reconstrução do trânsito.

Passou-se à observação do estoma e pele circundante:

- **Estoma** com dimensões de 35x22 (mm), rosado, húmido, pouco saliente;
- **Pele periestomal** bastante macerada, por fuga de efluente, diretamente relacionada com má corte da placa, não ajustada ao estoma.

Foram validados os cuidados de higiene ao estoma e pele, que verbalizou corretamente, mas a utente não estava desperta para a complicação apresentada, desconhecendo a forma de a minimizar. Já tinha ouvido falar da clara de ovo mas nunca aplicou. Prestaram-se os cuidados de limpeza e proteção da pele, com aplicação de protetor cutâneo (spray) e otimização do diâmetro do dispositivo. Utilizou-se ainda removedor de cola, por existirem resíduos junto ao estoma. A utente foi instruída neste procedimento e levou amostras para testar/treinar em casa. Ficou agendada nova consulta com um intervalo de 15 dias, para reavaliação da maceração cutânea.

Na entrevista foram ainda abordados alguns aspetos relacionados com a sua vivência enquanto ostomizada, tentando apurar o impacto emocional, familiar, social e laboral. “*Esqueço-me que tenho o estoma*”, começou por contar, “*aliás, o meu filho mais novo não me conheceu de outra maneira*” (tinha 3 anos quando foi operada). “*Faço mais ou menos tudo igual... uso a mesma roupa... vou à casa de banho fazer*

o que tenho a fazer”.

Recordando o momento em que recebeu a proposta de cirurgia, mais do que apreensão, sentiu alívio, *“já não aguentava mais... estava sempre a pedir para me operarem”*.

Quando questionada relativamente à relação conjugal e vida sexual, confessou que *“no início tive receio em revelar que era ostomizada, já nos conhecíamos há muito tempo mas ele não sabia... quando lhe disse, só me respondeu: e então?”* e acrescenta que é sexualmente ativa, tomando inclusivamente a pílula.

Não participa em atividades recreativas/lúdicas na sua comunidade, *“preferimos passear fora daqui”, “tirando um ou outro amigo, acho que ninguém sabe”* e *“adoro ir à praia... e uso bikini”*.

Em relação à atividade laboral, *“no trabalho não sabiam, só contei porque me mandaram carregar uns arquivos... deram-me outra tarefa”*.

3.4. Plano de cuidados - SCLINICO®

Apresenta-se o plano de cuidados tal como foi elaborado na CEET. O programa SCLINICO® é baseado na linguagem CIPE®.

DIAGNÓSTICO/FOCO: Gestão do Regime Terapêutico	
INTERVENÇÕES/ AVALIAÇÃO	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento: <ul style="list-style-type: none">▪ Capacidade cognitiva – SIM▪ Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde – SIM▪ Força de vontade na aprendizagem – SIM▪ Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem – SIM Avaliar conhecimento sobre o regime de exercício, dietético e medicamentoso – sem compromisso
DIAGNÓSTICO/FOCO: Aceitação estado de saúde	
INTERVENÇÕES/ AVALIAÇÃO	Avaliar aceitação estado saúde: <ul style="list-style-type: none">▪ Sensação de paz e tranquilidade com condição saúde – DEMONSTRA▪ Abandono do conceito de saúde anterior - DEMONSTRA▪ Reações/sentimentos/crenças positivas perante a condição de saúde – DEMONSTRA▪ Reconhece a realidade da condição de saúde – DEMONSTRA▪ Motivação/envolvimento/procura informação com vista a enfrentar a condição de saúde – DEMONSTRA▪ Desempenha atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde – DEMONSTRA Encorajar a usar os serviços da comunidade Incentivar interação social Incentivar envolvimento família

DIAGNÓSTICO/FOCO: Autocuidado	
INTERVENÇÕES/ AVALIAÇÃO	<p>Avaliar autocuidado da ostomia</p> <p>Avaliar conhecimento para promover autocuidado na ostomia de eliminação (Parâmetros da escala: demonstra / não demonstra):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conceito de ostomia de eliminação – DEMONSTRA ▪ Finalidade da ostomia de eliminação – DEMONSTRA ▪ Direitos da pessoa ostomizada – DEMONSTRA ▪ Material necessário – DEMONSTRA ▪ Aquisição de material necessário – DEMONSTRA ▪ Periodicidade da troca de dispositivos – DEMONSTRA ▪ Adequação dos dispositivos ao estoma – NÃO DEMONSTRA ▪ Técnica de remoção de dispositivos – DEMONSTRA ▪ Limpeza da ostomia e pele periestomal – NÃO DEMONSTRA ▪ Alterações/complicações do estoma – NÃO DEMONSTRA ▪ Trabalho e lazer – DEMONSTRA ▪ Alimentação e hidratação – DEMONSTRA ▪ Vestuário – DEMONSTRA ▪ Exercício físico – DEMONSTRA ▪ Higiene – DEMONSTRA ▪ Relacionamento sexual – DEMONSTRA ▪ Apoio profissional – NÃO DEMONSTRA <p>Avaliar capacidade para autocuidado à ileostomia (Parâmetros da escala: demonstra / não demonstra):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunir material necessário – DEMONSTRA ▪ Despejar o saco de ostomia – DEMONSTRA ▪ Remover o saco de ostomia/peça única – DEMONSTRA ▪ Remover a placa/peça única – DEMONSTRA ▪ Limpeza estoma e pele periestomal – NÃO DEMONSTRA ▪ Recortar placa – NÃO DEMONSTRA
DIAGNÓSTICO/FOCO: Comportamento procura de saúde	
INTERVENÇÕES/ AVALIAÇÃO	<p>Avaliar comportamento de procura de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procura informações de acordo como seu estado saúde – NÃO ▪ Procura corretamente os serviços de saúde – NÃO ▪ Realiza as consultas de vigilância preconizadas – NÃO <p>Ensinar sobre serviços de saúde</p> <p>Ensinar sobre recursos da comunidade</p>
DIAGNÓSTICO/FOCO: Maceração	
INTERVENÇÕES/ AVALIAÇÃO	<p>Avaliar conhecimento sobre prevenção maceração</p> <p>Avaliar maceração – Presente; abdómen; lado direito</p> <p>Avaliar risco de maceração:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ostomia – SIM ▪ Incontinência intestinal – SIM ▪ Incontinência urinaria – NÃO ▪ Diarreia – NÃO ▪ Hipersudorese – NÃO ▪ Pregas cutâneas – NÃO <p>Aplicar protetor cutâneo</p> <p>Otimizar dispositivos de ostomia</p>

	<p>Manter pele seca</p> <p>Limpar a pele periférica ao estoma</p> <p>Vigiar pele periférica estoma</p> <p>Trocar dispositivos de ostomia</p> <p>Vigiar estoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspeto brilhante e com formato regular ▪ Coloração rosa forte ou vermelho vivo ▪ Sem sinais de hemorragia ▪ Sem edema, ulceração ou nódulos na mucosa
--	---

Tabela 1 – Plano de Cuidados

4. DISCUSSÃO

Alguns dados colhidos na interação com a utente, merecem discussão face à evidência científica consultada.

Embora esteja ostomizada há 15 anos, verificaram-se défices no autocuidado, relativamente aos cuidados com o estoma/pele periestomal e no reconhecimento de uma das complicações mais frequentes. Esta situação ajuda por si só, a legitimar a existência da consulta de estomaterapia e do acompanhamento da pessoa com ostomia se manter a longo prazo. Desconcertante é a utente não ter usufruído de qualquer apoio especializado, inclusivamente no momento da alta, limitando-se a instruções básicas e exibição de dispositivos. Esta circunstância pode ser justificada pelo facto da Estomaterapia ser uma área em expansão em Portugal, com uma visibilidade e corpo de peritos mais dilatado contemporaneamente.

Sabe-se que o apoio das pessoas significativas influencia positivamente o processo de aceitação da ostomia, o que parece acontecer neste núcleo familiar, contribuindo para uma boa adaptação face à situação. Contudo, não pode ser ignorado um certo isolamento social, confirmando a propensão para manter secreta a ostomia na esfera social, como nos diz a literatura.

Com uma autoimagem aparentemente bem resolvida, evidenciada na expressão da sua sexualidade, não só na relação íntima com o parceiro, como na forma como se apresenta ao exterior não escondendo a sua feminilidade (uso de bikini, por exemplo), a utente demonstra um processo de transição saudável.

Outro aspeto que poderá ter motivado a transição positiva, assenta no significado da cirurgia/ileostomia para a utente: melhorou a sua qualidade de vida, aliviando sintomas exacerbados.

Apenas uma curiosidade: como se mencionou anteriormente, não se conhecem as causas para o desenvolvimento da colite ulcerosa, mas a utente, apresenta dois fatores com aparente associação – história de distúrbio depressivo e infeção a CMV.

5. CONCLUSÃO

O estudo de caso apresentado ilustra a atividade realizada numa consulta de estomaterapia e articula contributos teóricos com achados da prática, permitindo o cumprimento dos objetivos específicos: *aprofundar de conhecimentos teórico-práticos na área da Estomaterapia e prestar de cuidados de enfermagem promotores de autocuidado à pessoa com OEI*. As competências comuns de enfermeiro especialista adquiridas, encontram-se no domínio das aprendizagens profissionais, tais como o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e basear a praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

O estudo de caso foi definido em projeto como indicador de resultado, de acordo com as atividades planeadas para este estágio, nomeadamente:

- reflexão sobre os problemas e desafios apontados pelos utentes com OEI;
- reconhecimento da presença de complicações com o estoma ou pele circundante;
- caracterização das complicações com o estoma/pele circundante e medidas corretoras;
- avaliação de conhecimentos da pessoa em relação à OEI e prevenção de complicações
- realização de intervenções promotoras do autocuidado na pessoa com OEI;
- capacitação da pessoa/cuidador para os cuidados à ostomia;
- avaliação da adaptação da pessoa à situação de saúde – ponto de vista, social, laboral.

6. BIBLIOGRAFIA

- Barata, M. (2010). Considerações sobre Estomas. *Ostomias - Boletim Semestral* (1). Associação Portuguesa de Ostomizados: 3-5.
- Barreto, A. & Valença, M. (2013). The ostomy patient's sexuality: integrative review. *Journal Nursing UFPE on line*. 7(7): 4935-43.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cascais, A.; Martini, J. & Almeida, P. (2007) Impacto da ostomia no processo de viver humano. *Contexto Enfermagem*. 16(1): 163-167.
- Castro, C. (2015). *Aspetos Psicológicos na Doença Inflamatória Intestinal. GAMEDII – Grupo de Assistência Multidisciplinar em Estomas e Doença Inflamatória Intestinal*. Disponível em: <http://gamedii.com.br/faq/perguntas-frequentes/63-temas-importantes/retocolite-ulcerativa/181-aspectos-psicologicos-na-doenca-inflamatoria-intestinal?tmpl=co>
- ConvaTec© (2018). *Ileostomia*. Disponível em: <http://www.convatec.pt/ostomia/viver-com-uma-ostomia/recomenda%C3%A7%C3%B5es-nutricionais/ileostomia/>
- Direção Geral da Saúde (2017). *Norma nº. 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Gutman, N. (2011). *Colostomy guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.
- Menezes, A. & Quintana, J. (2008). A percepção do indivíduo estomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21(1): 13-18.
- Peixoto, P. (2014). Ostomias. In Afonso, C. et al. (Coord.) *Prevenção e tratamento de feridas - da evidência à prática*, (pp. 345-379). Porto: Care4Wounds.
- Reis, F. (2015). *Transição para a vivência com uma ostomia: Intervenções de Enfermagem*. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Rosa, I.; Queiroz, A.; Mera, F.; Viveiros, C.; Medeiros, I. & Gonçalves, L. (2006). Citomegalovírus na Colite Ulcerosa: Causa ou Coincidência? *GE – Jornal Português de Gastroenterologia*. 13: 144-146.

- Saraiva, A.C. (2006). Tratamento cirúrgico da colite ulcerosa. *APDI Boletim Informativo*. 20(3): 1-8.
- Smith, J.; Spiers, J.; Simpson, P. & Nicholls, A. (2016). The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology*. 36(12): 143-151.
- Sousa, C.; Branco, Z. & Brito, D. (2015). Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*. (3): 12-15.

APÊNDICE VII. FORMAÇÃO A ENFERMEIROS REALIZADA NO E1

CENTRO DE SAÚDE DE TORRES VEDRAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE OSTOMIZADO E FAMÍLIA

Enf.ª Ana Luísa Silva

Consulta de Estomaterapia do Centro de Saúde

Enf.ª Marlene Barbosa

Consulta de Estomaterapia do Centro de Saúde da

Enf.ª Vanda Janeiro

Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica Oncológica, ESEL

23/10/18

FINALIDADE E OBJETIVOS

FINALIDADE

- Desenvolver cuidados de enfermagem a utentes ostomizados e cuidadores, no ambulatório, tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida.

OBJETIVO GERAL

- Capacitar os enfermeiros para realizar cuidados em estomaterapia na área geográfica da sua intervenção.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer causas que conduzem a ostomias e os vários tipos de estomas;
- Identificar as necessidades do utente/cuidador;
- Planear e implementar cuidados individualizados, dirigidos ao utente/cuidador após a alta hospitalar;
- Capacitar o utente para a autonomia no auto cuidado e gestão das AVD;
- Contribuir para reinserção familiar, social, e laboral do utente ostomizado;
- Identificar possíveis complicações e intervir na sua resolução ou no encaminhamento para o profissional com competências para a sua resolução;
- Conhecer todos os dispositivos e acessórios disponíveis e recomendar o seu uso de acordo com o tipo de estoma;
- Conhecer os recursos da comunidade que poderão dar apoio ao utente/cuidador.

23/10/18

PROGRAMA

DATA	TEMAS
23/10 – 9h30 às 13h	Apresentação História da Estomaterapia Principais causas Tipos de ostomias
23/10 – 14h às 16h	Papel do enfermeiro em estomaterapia Normas de atuação por áreas Cuidados de enfermagem em ostomias de eliminação
24/10 – 9h30 às 13h	Complicações das ostomias/intervenções - imediatas e tardias Recursos da comunidade
24/10 – 14h às 16h	Material de ostomias e acessórios disponíveis Dispositivos (prática e manuseamento)
30/10, 6/11, 13/11 e 20/11	Estágio no Centro de Saúde de [REDACTED]
31/10, 7/11, 14/11 e 21/11	Estágio no Centro de Saúde de [REDACTED]

23/10/18

OSTOMIAS – MARCOS HISTÓRICOS

A palavra *estoma* deriva do grego e significa *boca ou abertura*
Ostomia é o termo usado para designar a abertura criada cirurgicamente

Relato de ostomia acidental remonta aos tempos da Bíblia

Caelius Aurelianus, 350 anos a.C. descreve a abertura de ostomias, não planeadas e paliativas

1707 - Lorenz Heister descreve cirurgia com fixação do estoma, em campo de batalha

1779 - Piloni realiza o primeiro estoma planeado (cecostomia), com uma sobrevida de 12 dias

1793 - Duret, realiza uma colostomia com êxito a bebé com ânus não perfurado que viveu até aos 45

Mayo em 1904 e Miles em 1908, realizaram pela primeira vez a técnica cirúrgica da amputação abominoperineal

Hartman em 1921, realizou um novo procedimento cirúrgico como alternativa à AAP, com elevada morbimortalidade

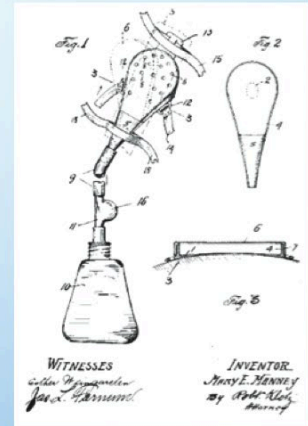
23/10/18

OSTOMIAS – MARCOS HISTÓRICOS

- A partir da década de 1950, é designada a “era moderna das ostomias” – evolução das técnicas cirúrgicas e conhecimento sobre diferentes materiais (plástico, goma karaya)
- **Dr. Rupert Turnbull** (cirurgião coloretal) e **Norma Gill-Thompson** (ileostomizada) nos EUA, são considerados os pioneiros da Estomaterapia



- Educação e suporte da pessoa submetida a cirurgia com ostomia
- Colaboração com a indústria no desenvolvimento de dispositivos mais eficazes
- Marcação pré-operatória do estoma como standard
- Programas de formação em Estomaterapia



1912, Mary Manney, Chicago

23/10/18

OSTOMIAS – MARCOS HISTÓRICOS

- 1961 – surgem os primeiros programas de educação e reabilitação, com crescente participação de enfermeiros (EUA)
- 1968 – constituída a 1ª organização de estomaterapeutas (EUA)
- 1978 – criado o WCET (World Council Entherostomy Therapy) por 30 terapeutas de 15 países e 20 representantes da indústria com vista a promover a Estomaterapia a nível mundial e o intercâmbio entre especialistas – Norma Gill foi a 1ª presidente



23/10/18

OSTOMIAS – MARCOS HISTÓRICOS



- 1979 – Associação Portuguesa de Ostromizados (Enf. Augusta Pinheiro)
- 1991 – Primeiras consultas de enfermagem de estomaterapia, regulamentadas pelo Despacho do Ministério da Saúde, de 24 de Fevereiro de 1995;
- Formação era obtida em universidades inglesas, francesas e espanholas, com cursos acreditados pelo WCET
- 2012 – “Curso de Formação Avançada em Estomaterapia” realizado pela UCP, em parceria com a APECE, com acreditação pelo WCET

Enfermeiros inscritos APECE:

- 50 com curso formação avançada (200h)
- 21 com formação básica (50h)
- 14 com título próprio de “Experto Universitario en Estomaterapia” (420h)

23/10/18

OSTOMIAS – PRINCIPAIS CAUSAS



Ostromizados em Portugal

14mil (Ferreira, 2009)

10 a 12mil (Barata, 2010)

14mil (HFF, 2017)

18mil (SIC, 2015)

APO 20 mil

CCR

- Maior incidência países desenvolvidos
“key markers of human development” - WCR2014
- 3º com > incidência mundo (ambos sexos)
- 2º com > incidência Portugal (ambos sexos)
- Tendência a aumentar

TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS (100000 HABITANTES)

	Taxa bruta	Taxa pad. (pop. Eur.)
Próstata	120,3	90,5
Mama	62,5	50,2
Cólon	47,6	32,1
Traqueia, Brônquios e Pulmão	35,8	26,5
Estômago	27,8	18,9
Reto	22,7	15,8
Corpo do Útero	17,8	12,4
Bexiga	17,3	11,3
Linfoma não Hodgkin	17,1	12,9
Glândula Tiroideia	15,3	13,7
Total	444,5	330,3

Fonte: RORENO, RON 2010

23/10/18

OSTOMIAS – PRINCIPAIS CAUSAS



23/10/18

OSTOMIAS – PRINCIPAIS CAUSAS

NEOPLASIAS – intestinal, urológica, ginecológica

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (Crohn, Colite Ulcerosa)

TRAUMATISMO

PERFURAÇÃO INTESTINAL

DIVERTICULITE

LESÕES PERINEAIS

FÍSTULAS

PROTEÇÃO ANASTOMOSE DE CIRURGIA INTESTINAL

OCLUSÃO

RECTITE/CISTITE RÁDICA

MALFORMAÇÕES

23/10/18

OSTOMIAS - CLASSIFICAÇÃO

DURAÇÃO

TEMPORÁRIA

DEFINITIVA

FUNÇÃO

ALIMENTAÇÃO

- GASTROSTOMIA
- JEJUNOSTOMIA

ELIMINAÇÃO

- INTESTINAL
- URINÁRIA

RESPIRAÇÃO

- TRAQUEOSTOMIA



OSTOMIAS - CLASSIFICAÇÃO

OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

ILEOSTOMIA

COLOSTOMIA

OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO URINÁRIA

CISTOSTOMIA
NEFROSTOMIA

URETEROILEOSTOMIA

ELIMINAÇÃO

- INTESTINAL
- URINÁRIA

TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

OSTOMIA ELIMINAÇÃO INTESTINAL

ELIMINAÇÃO
• INTESTINAL
• URINÁRIA

ILEOSTOMIA

- Resulta da exteriorização de porção do ileon, excluindo o trânsito intestinal do colon e reto.
- Efluente líquido, contínuo e rico em enzimas proteolíticas, irritantes para a pele.
- Temporárias ou definitivas



23/10/18

TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

OSTOMIA ELIMINAÇÃO INTESTINAL

ELIMINAÇÃO
• INTESTINAL
• URINÁRIA

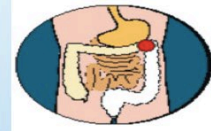
COLOSTOMIA

- ASCENDENTE
- TRANSVERSOSTOMIA
- DESCENDENTE
- SIGMOIDOSTOMIA

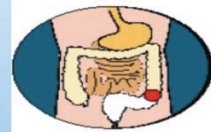
- Resulta da exteriorização à pele de uma porção do colon
- Efluente varia conforme localização do estoma
- Temporárias ou definitivas



Colostomia Ascendente



Colostomia Transversa

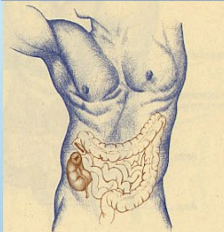


Colostomia Descendente
o Sigmoide.

23/10/18

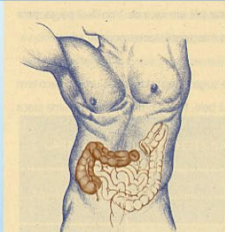
TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

COLOSTOMIA ASCENDENTE



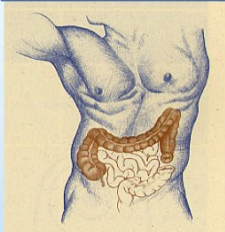
Fezes líquidas ou semi-líquidas

TRANSVERSOSTOMIA



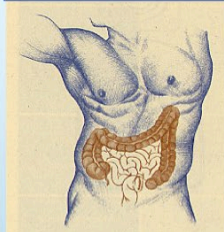
Fezes semi-líquidas ou moles

COLOSTOMIA DESCENDENTE



Fezes moldadas

SIGMOIDOSTOMIA



Fezes sólidas

ELIMINAÇÃO
• INTESTINAL
• URINÁRIA

23/10/18

TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO



ESTOMA TERMINAL:

o intestino é seccionado e a extremidade proximal é exteriorizada através da parede abdominal, sendo fixada na superfície da pele. A extremidade distal do intestino é mantida dentro da cavidade abdominal.



ESTOMA EM ANSA:

é exteriorizada uma ansa do intestino, colocando-se uma "bague" entre a mesma e a pele. Realiza-se uma incisão longitudinal na ansa intestinal, suturando-a à pele. Geralmente são estomas temporários. É criado um estoma com duas "bocas"



ESTOMA EM CANO DE ESPINGARDA:

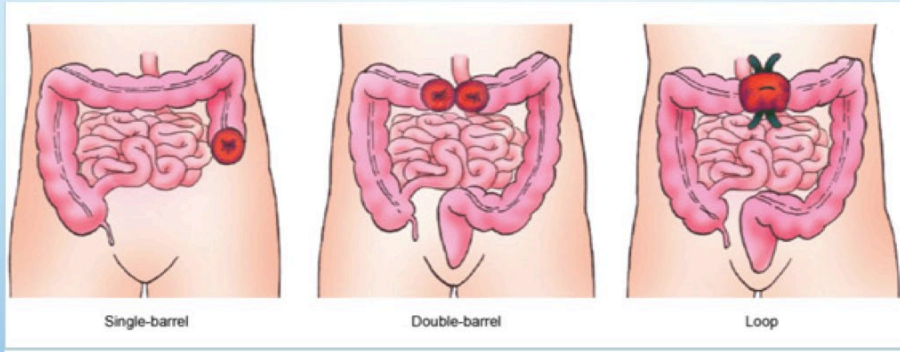
o intestino é seccionado, sendo que ambas as extremidades são exteriorizadas através da parede abdominal. Constroem-se 2 estomas, separados por uma pequena porção de pele.

ELIMINAÇÃO
• INTESTINAL
• URINÁRIA

23/10/18

TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

ELIMINAÇÃO
• INTESTINAL
• URINÁRIA



23/10/18

TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

ELIMINAÇÃO
• INTESTINAL
• URINÁRIA

UROSTOMIAS

- A Urostomia é uma técnica cirúrgica que consiste na derivação do fluxo urinário para o exterior através de uma abertura artificial realizada na parede abdominal.
- A bexiga pode ser ou não removida.

CUTÂNEAS

- CISTOSTOMIAS
- NEFROSTOMIAS

TEMPORÁRIAS

ENTEROCUTÂNEAS

- URETEROILEOSTOMIA DE BRICKER (CONDUTO ILEAL)

DEFINITIVAS

23/10/18

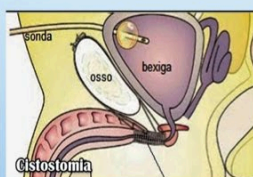
TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

UROSTOMIAS

CUTÂNEAS
CISTOSTOMIAS
NEFROSTOMIAS

CISTOSTOMIA

- Inserção de um cateter na bexiga através da parede abdominal
- Técnica utilizada quando há lesão traumática da uretra, aumento prostático
- Elevado risco de perda de urina extra-cateter e infecção



ELIMINAÇÃO
• INTESTINAL
• URINÁRIA

23/10/18

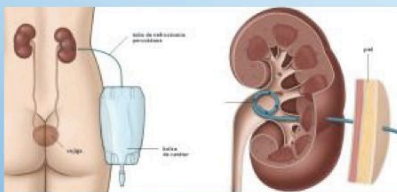
TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

UROSTOMIAS

CUTÂNEAS
CISTOSTOMIAS
NEFROSTOMIAS

NEFROSTOMIA

- Inserção de um cateter até ao rim através da pele
- Realiza-se sobretudo em obstruções das vias urinárias
- Cateter pode ser conectado a saco coletor ou inserido em dispositivo coletor de urostomia



ELIMINAÇÃO
• INTESTINAL
• URINÁRIA

23/10/18

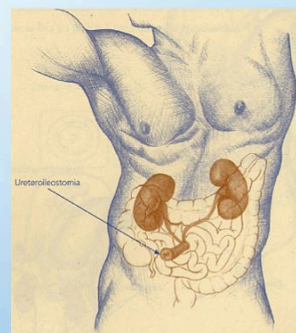
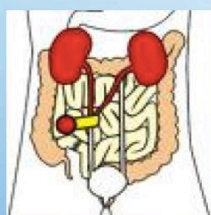
TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

UROSTOMIAS

ELIMINAÇÃO
• INTESTINAL
• URINÁRIA

ENTEROCUTÂNEAS URETEROILEOSTOMIA (CONDUTO ILEAL)

- É isolado um segmento do íleon ao qual se ligam os ureteres. A extremidade do íleon é suturada à pele, formando um estoma



23/10/18

TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

FÍSTULAS

- É uma comunicação anormal, congênita ou adquirida entre duas vísceras ocas, entre uma víscera oca e a pele ou mistas (combinando os tipos anteriores)
- Se ocorrem entre intestino e a pele denominam-se fístulas enterocutâneas
- Podem ser de alto débito (>500ml 24h), moderado (200ml a 500ml 24h) ou baixo débito (< 200ml 24h).

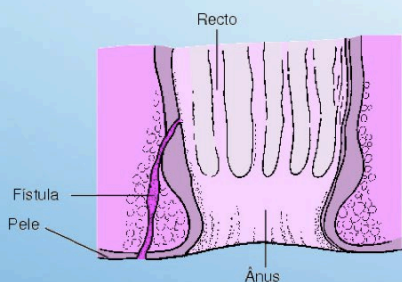


Figura 1 - Fístula enterocutânea.

23/10/18

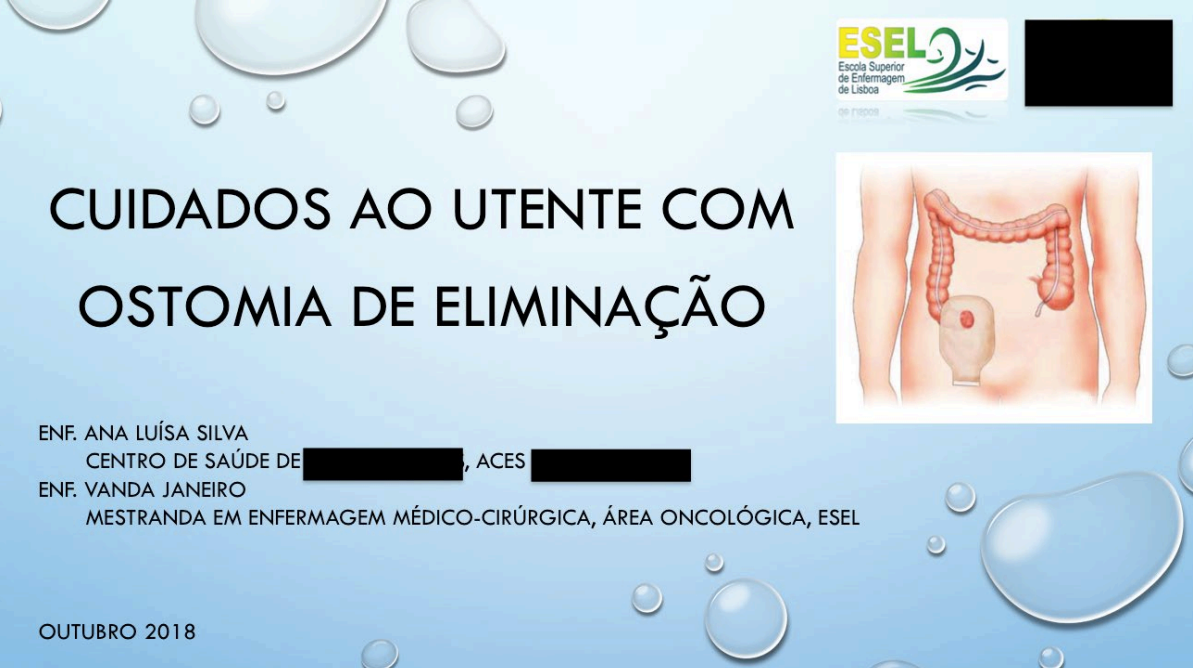
A minha participação como formadora terminou com este diapositivo. A restante sessão foi conduzida pelas outras formadoras, que foram responsáveis pelo conteúdo dos diapositivos subsequentes, pelo que não são apresentados neste relatório.

APÊNDICE VIII. DOCUMENTAÇÃO ELABORADA NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO DE ASSISTENTES SAD - IPSS

I. PLANO DE FORMAÇÃO PARA ASSISTENTES SAD – IPSS

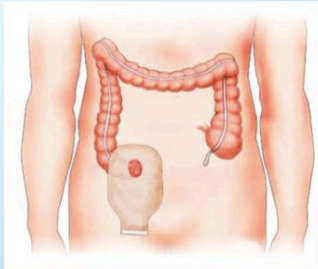
Tema	Cuidados ao utente portador de ostomia de eliminação
Formadores	Enf. Ana Luísa Silva – [REDACTED] e Enf. Vanda Janeiro – Mestranda ESEL
População Alvo	Assistentes de SAD de IPSS do Concelho de [REDACTED]
Condições de Admissão	Nº participantes: dependente das instalações Forma de inscrição: declaração de intenção em participar após divulgação da formação junto das IPSS Custo: gratuito Faltas: não se aplica
Local	IPSS seleccionadas
Data	Início 10/2018
Duração	2h
Finalidade	Promover cuidados a utentes ostomizados e cuidadores, na comunidade, tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida.
Objetivo Geral	Capacitar assistentes SAD nos cuidados à pessoa com ostomia de eliminação.
Objetivos Específicos	<input type="checkbox"/> Informar sobre os vários tipos de ostomias; <input type="checkbox"/> Identificar as necessidades do utente/cuidador; <input type="checkbox"/> Informar sobre possíveis complicações e intervenção na sua resolução ou no encaminhamento para o profissional com competências para a sua resolução; <input type="checkbox"/> Divulgar os dispositivos e acessórios disponíveis; <input type="checkbox"/> Informar sobre os recursos da comunidade
Programa	<input type="checkbox"/> Apresentação <input type="checkbox"/> Definição dos tipos de ostomias <input type="checkbox"/> Cuidados básicos às ostomias de eliminação <input type="checkbox"/> Divulgação de materiais e acessórios disponíveis <input type="checkbox"/> Treino com moldes de estomas <input type="checkbox"/> Informação sobre as complicações das ostomias e forma de intervenção <input type="checkbox"/> Informação sobre os recursos da comunidade.
Suportes Pedagógicos	Métodos e Técnicas Pedagógicas: métodos interrogativo, demonstrativo e expositivo, de acordo com os conteúdos. Recursos Didáticos e Materiais: <ul style="list-style-type: none">▪ Projetor e computador;▪ Bibliografia variada;▪ Moldes de estomas para treino;▪ Material utilizado em estomaterapia;▪ Folheto.
Avaliação	Grau de satisfação dos formandos em relação à ação de formação desenvolvida, através de um questionário de satisfação aplicado após o final da formação.

II. SESSÃO



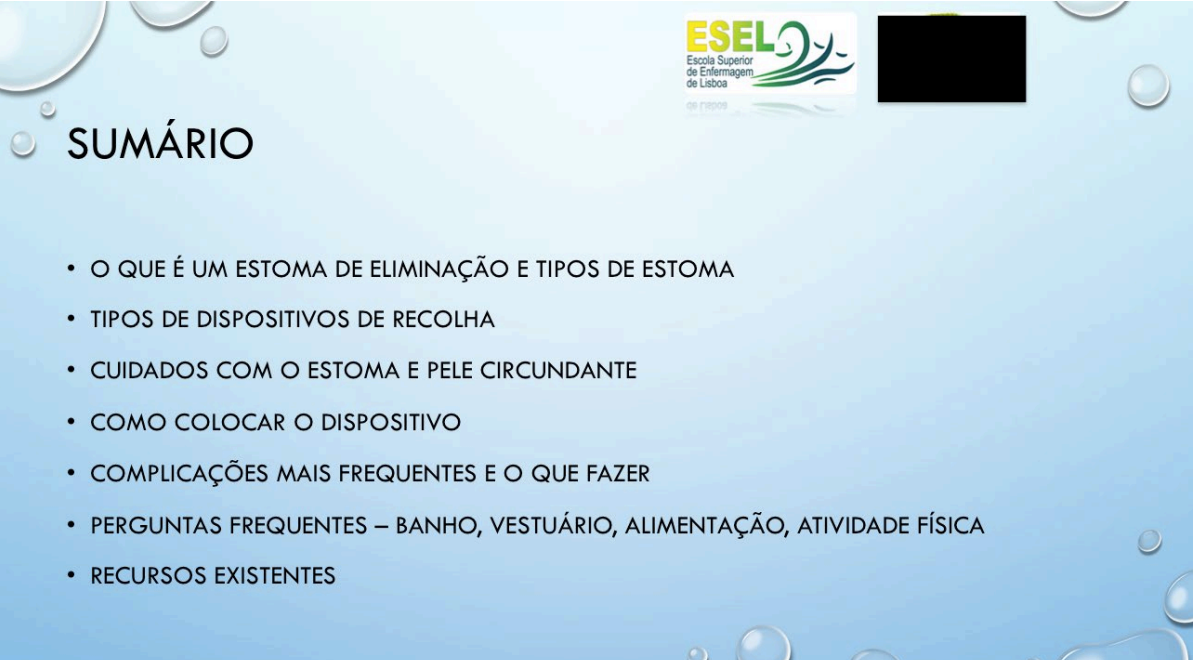
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

CUIDADOS AO UTENTE COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO



ENF. ANA LUÍSA SILVA
CENTRO DE SAÚDE DE [REDACTED], ACES [REDACTED]
ENF. VANDA JANEIRO
MESTRANDA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, ÁREA ONCOLÓGICA, ESEL

OUTUBRO 2018



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

SUMÁRIO

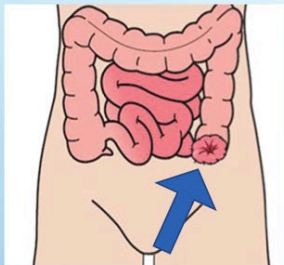
- O QUE É UM ESTOMA DE ELIMINAÇÃO E TIPOS DE ESTOMA
- TIPOS DE DISPOSITIVOS DE RECOLHA
- CUIDADOS COM O ESTOMA E PELE CIRCUNDANTE
- COMO COLOCAR O DISPOSITIVO
- COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES E O QUE FAZER
- PERGUNTAS FREQUENTES – BANHO, VESTUÁRIO, ALIMENTAÇÃO, ATIVIDADE FÍSICA
- RECURSOS EXISTENTES

O QUE É UM ESTOMA DE ELIMINAÇÃO?

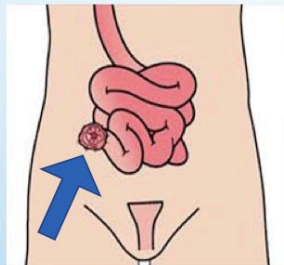
- Ostomia de eliminação faz-se através duma cirurgia que liga uma parte do intestino à parede abdominal, para a saída dos produtos de excreção.
- Pode ser necessária por vários motivos, sendo o mais comum por obstrução causada por tumores.
- Pode ser temporária ou definitiva.

A palavra "estoma" tem origem grega e significa "boca" ou "abertura"

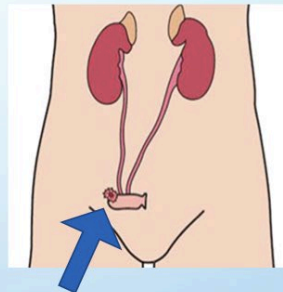
TIPOS DE ESTOMA DE ELIMINAÇÃO



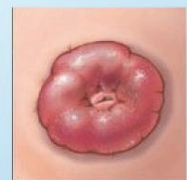
COLOSTOMIA
Saída de fezes sólidas ou moldadas



ILEOSTOMIA
Saída de fezes semi-líquidas a pastosas



UROSTOMIA
Saída de urina



- Vermelho/rosa
- Húmido
- Saliente/plano
- Tamanho variável

TIPOS DE DISPOSITIVOS DE RECOLHA



SISTEMA DE 1 PEÇA

- ABERTO → ileostomia / urostomia
- FECHADO → colostomia



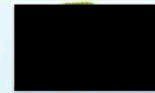
SISTEMA DE 2 PEÇAS

- ABERTO → ileostomia / urostomia
- FECHADO → colostomia

CUIDADOS COM O ESTOMA E PELE CIRCUNDANTE

- Lavar a pele com água morna e sabão neutro, usando material macio
- Secar bem mas sem esfregar
- Não aplicar cremes gordos e hidratantes pois diminui a aderência do saco
- Não utilizar éter, desinfetantes, álcool, acetona ou desodorizantes pois irritam a pele
- Depilar se existir grande quantidade de pelos. Usar tesoura de preferência ou lâmina com **MUITA CAUTELA** no sentido do crescimento do pêlo, sem chegar muito próximo do estoma





COMO COLOCAR O DISPOSITIVO

SISTEMA 1 PEÇA

Mudança diária



1. Retirar o saco anterior
(descolar a partir de cima)
2. Lavar estoma e pele à volta e secar bem
3. Recortar saco ao tamanho do estoma
4. Aplicar na pele centrado com o estoma
(colar a partir de baixo)
5. Sacos abertos → atenção ao fecho



Mesmo que o saco não tenha conteúdo, deve ser trocado diariamente pois o filtro dos gases deixa de ser eficaz.

COMO COLOCAR O DISPOSITIVO

SISTEMA 2 PEÇAS

Mudança diária do saco
Placa pode estar vários dias



TROCA DE PLACA+SACO

1. Retirar dispositivo completo (saco+placa)
2. Lavar estoma e pele à volta e secar bem
3. Recortar a placa do tamanho do estoma
4. Aplicar a placa na pele
5. Adaptar o saco na placa já colada
6. Sacos abertos → atenção ao fecho

APENAS TROCA DE SACO

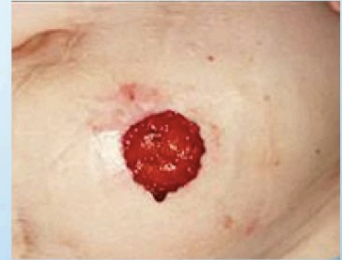
1. Retirar o saco
2. Limpar o estoma e parte interna da placa
3. Adaptar o saco novo
4. Sacos abertos → atenção ao fecho



COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES E O QUE FAZER

SANGRAMENTO DO ESTOMA

- Lavos de sangue podem surgir pois o estoma é muito irrigado.
É preciso ter cuidado na sua limpeza.



- Se a situação persistir → Consulta de Estomaterapia do CS [REDACTED]
- Se “pingar” sangue do interior do estoma → Hospital

COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES E O QUE FAZER

IRRITAÇÃO DA PELE

✓ Alergia a material do dispositivo



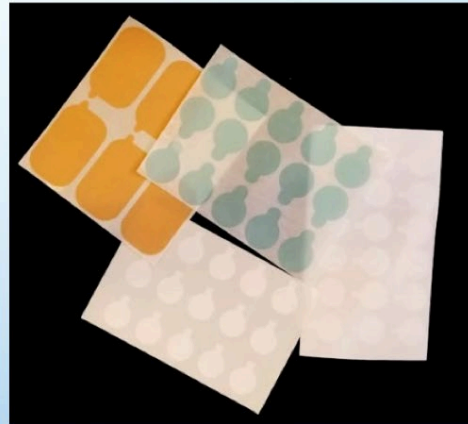
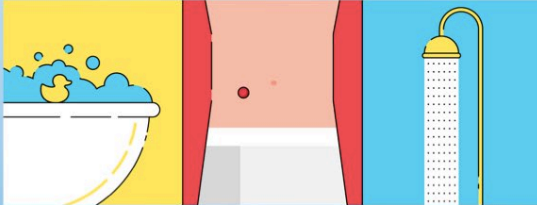
✓ Fuga de fezes/urina para a pele



- O saco ou placa deve ser cortado mesmo à medida do estoma para evitar infiltração de fezes/urina para a pele circundante
- Lavar a pele só com água morna
- Aplicar protetor cutâneo em spray/toalhitas ou clara de ovo
- Se a situação persistir → Consulta de Estomaterapia do CS [REDACTED]

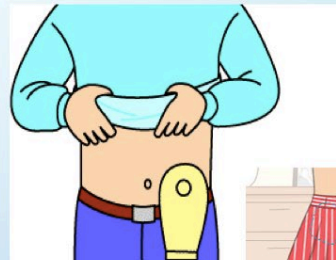
PERGUNTAS FREQUENTES

Para se tomar banho é preciso tirar o saco?
Pode tomar-se com saco colocado ou não,
devendo apenas proteger o filtro.



PERGUNTAS FREQUENTES

Pode usar-se qualquer tipo de roupa?
Deve evitar-se roupa apertada.
Substituir os cintos por suspensórios.
Existem cintas com “buraco” para o saco.

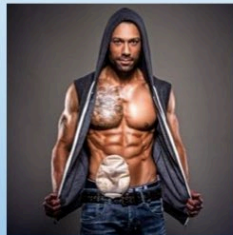
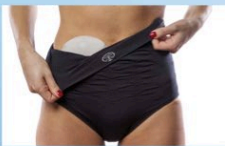




PERGUNTAS FREQUENTES

Existe alguma limitação na atividade física?

A atividade física é aconselhada mas evitando desportos “violentos”(boxe, judo).
Pode-se trabalhar, passear e viajar, assegurando que se leva material para trocar o dispositivo.



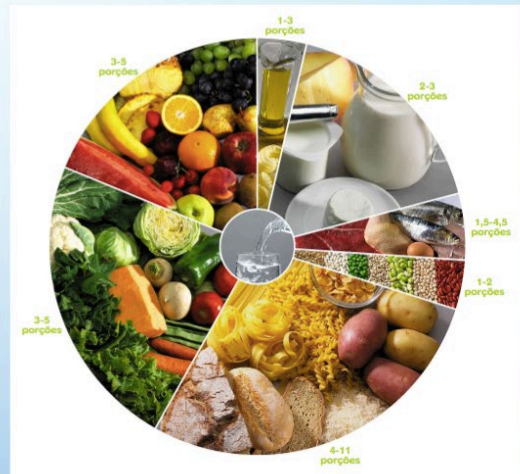
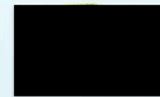
Day to Day travel supplies with a stoma (including for going to work)



PERGUNTAS FREQUENTES

Existe algum cuidado especial na alimentação?

Não há restrições na alimentação, a não ser que exista uma doença prévia que exija uma dieta especial.
Alguns alimentos podem alterar a consistência e o cheiro das fezes, provocarem mais gases ou serem mais irritantes para o intestino.





PERGUNTAS FREQUENTES - ALIMENTAÇÃO

ALIMENTOS QUE...	
... aumentam cheiro das fezes	Feijão, grão, ervilha, fava, cebola, alho, bróculos, cogumelos
... diminuem cheiro das fezes	logurte, salsa, espinafres, alface
... provocam mais gases	Feijão, ervilha, legumes, cebola, pão, bolos, fermentos, cerveja, refrigerantes, chocolate
... "prendem" o intestino"	Arroz, batata, banana, frutos secos, doce de maçã, queijo seco
... podem causar diarreia	Leite, feijão, figo, ameixa, morango, melancia, laranja, kiwi, legumes, cerveja, gorduras cruas
... irritam o intestino/estoma	Condimentos fortes, sumo de fruta ácida, fritos e refogados, alimentos gordos




RECURSOS EXISTENTES

- CENTRO DE SAÚDE DE [REDACTED]
Consulta de Enfermagem de Estomaterapia
ENF. ANA LUÍSA SILVA
4ª Feira - 9h Às 13h
Telefone: [REDACTED]



- CENTRO HOSPITALAR DO [REDACTED]
Consulta de Enfermagem de Estomaterapia
Telefone: [REDACTED]
- APO, FARMÁCIAS, COOPERATIVAS, LABORATÓRIOS

III. FOLHETO ENTREGUE ÀS FORMANDAS



Cuidados com estoma e pele

Lavar a pele com água morna e sabão neutro, usando material macio.

Secar bem mas sem esfregar.

Não aplicar cremes gordos pois diminui a aderência do saco.

Não utilizar éter, desinfetantes, álcool ou desodorizantes pois irritam a pele.

Depilar **cautelosamente** com lâmina ou tesoura, no sentido do crescimento do pêlo.

PERGUNTAS FREQUENTES

CUIDADOS AO UTENTE COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO

Para se tomar banho é preciso tirar o saco?

Podem tomar-se banho ou duche sem saco ou com ele colocado, devendo apenas proteger o filtro se o saco não for para trocar após o banho.

Pode usar-se qualquer tipo de roupa?

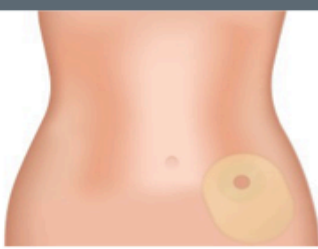
Deve evitar-se roupa apertada e se for caso disso, substituir o cinto por suspensórios. Existem cintas com "buraco" para o saco.

Existe alguma limitação na atividade física?

A atividade física é aconselhada mas evitando desportos de contato mais forte (boxe, judo). Pode-se trabalhar, passear e viajar, assegurando que se leva material para trocar o dispositivo.

Existe algum cuidado especial na alimentação?

Não há restrições na alimentação, a não ser que exista uma doença prévia que exija dieta especial. No entanto, alguns alimentos podem alterar a consistência e o cheiro das fezes, provocarem mais gases ou serem mais irritantes para o intestino.



CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

CENTRO DE SAÚDE DE [REDACTED]

4^{as}feiras – 9h às 13h

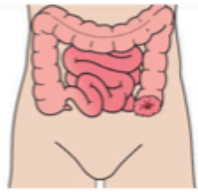
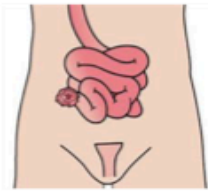
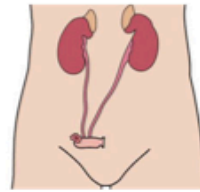
Telefone: [REDACTED]

[REDACTED]


Realizado por: Vanda Janeiro – Mestranda, 9^o Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área Oncológica

A palavra "estoma" tem origem grega e significa "boca" ou "abertura"


TIPOS DE ESTOMA

		
COLOSTOMIA Saída de fezes sólidas ou moldadas	ILEOSTOMIA Saída de fezes semi-liquidas a pastosas	UROSTOMIA Saída de urina

SISTEMAS 1 PEÇA



SISTEMAS 2 PEÇAS



Trocar o dispositivo

SISTEMA 1 PEÇA
Mudança diária

- Retirar o saco anterior (descolar a partir de cima)
- Lavar estoma e pele à volta e secar bem
- Recortar saco ao tamanho do estoma
- Aplicar na pele centrado com o estoma (colar a partir de baixo)

SISTEMA 2 PEÇAS
Mudança diária do saco
Placa pode estar dias (máximo 7)

APENAS TROCA DE SACO

- Retirar o saco
- Limpar o estoma e parte interna da placa
- Adaptar o saco novo

TROCA DE PLACA+SACO

- Retirar dispositivo completo (saco+placa)
- Lavar estoma e pele à volta e secar bem
- Recortar a placa do tamanho do estoma
- Aplicar a placa na pele centrada com o estoma
- Adaptar o saco na placa já colada

NOTA: Sacos abertos → atenção ao fecho

IV. AVALIAÇÃO – GRELHA E RESULTADOS

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “CUIDADOS AO UTENTE PORTADOR DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO”		
Idade:	Género: Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/>	Escolaridade:
<p>O questionário é anónimo e tem como objetivo contribuir para a melhoria contínua destas ações de formação. A sua colaboração é muito importante.</p> <p>Preencha o próximo quadro assinalando com um (X) a sua resposta, considerando a escala: (I) INSUFICIENTE, (S) SUFICIENTE, (B) BOM, (MB) MUITO BOM</p>		

1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO				
	I	S	B	MB
Interesse dos conteúdos apresentados				
Adequação do conteúdo em relação aos objetivos definidos				
Duração da ação de formação				
2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO				
	I	S	B	MB
Equipamento didatico – apresentação projetada, material de ostomia				
Documentação de apoio – folheto				
3. FORMADORES				
	I	S	B	MB
Clareza da exposição/linguagem adequada				
Domínio da temática/conhecimentos sobre o assunto				
Capacidade para esclarecer dúvidas				
Gestão do tempo disponível				
4. RESULTADOS E EXPECTATIVAS				
	I	S	B	MB
Temas abordados face às expectativas				
Utilidade prática da formação				
5. AVALIAÇÃO GLOBAL				
	I	S	B	MB
De um modo global a ação de formação foi:				

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Obrigada pela colaboração!

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO

IDADES

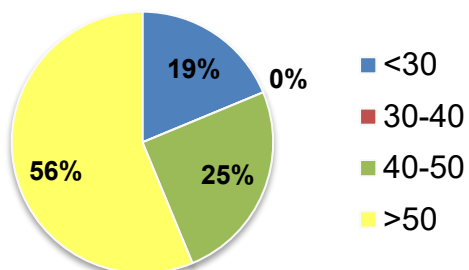


Gráfico 1 – Distribuição por idades

GRAU ESCOLARIDADE

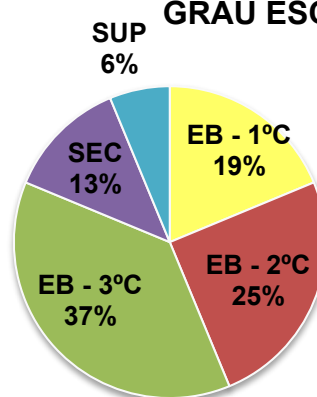


Gráfico 2 – Distribuição por grau de escolaridade

AVALIAÇÃO GLOBAL

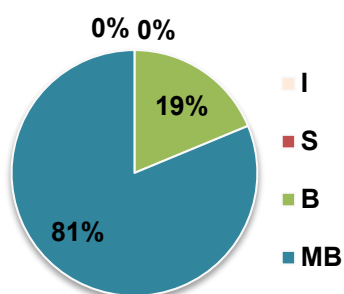


Gráfico 3 – Avaliação global da formação

FORMADORES

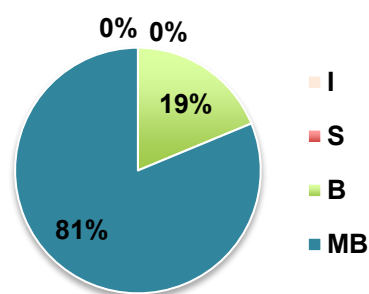


Gráfico 4 – Avaliação dos formadores

DURAÇÃO DA FORMAÇÃO

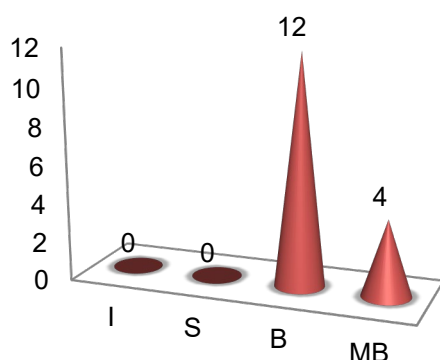


Gráfico 5 – Avaliação da sessão quanto à duração

LEGENDA: EB1°C – Ensino Básico 1º Ciclo; EB2°C – Ensino Básico 2º Ciclo; EB3°C – Ensino Básico 3º Ciclo; Sec – Ensino Secundário; Sup – Ensino Superior; I – Insuficiente; S – Suficiente; B – Bom; Mb – Muito Bom

V. CERTIFICADO DE PRESENÇA NA FORMAÇÃO

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certificamos que _____ participou na
Ação de Formação com o tema “**Cuidados ao utente portador de
ostomia de eliminação**”, organizada pela Consulta de Enfermagem de
Estomaterapia da UCSP [REDACTED] – ACES [REDACTED], no dia __/__/____,
com a duração de 2 horas e com o programa:

- Definição dos tipos de ostomias
- Cuidados básicos às ostomias de eliminação
- Divulgação de materiais e acessórios disponíveis
- Treino com moldes de estomas
- Informação sobre as complicações das ostomias e forma de intervenção
- Informação sobre os recursos da comunidade.

[REDACTED], __/__/____

Consulta de Estomaterapia

UCSP [REDACTED] – ACES [REDACTED]

APÊNDICE IX. COMUNICAÇÃO LIVRE

I. RESUMO

TÍTULO: Consulta de Enfermagem de Estomatoterapia em Cuidados de Saúde Primários: uma intervenção na comunidade com cuidadores formais de serviço de apoio domiciliário

Autores: **Vanda Janeiro***, Enfermeira mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área Oncológica, ESEL; **Ana Luísa Silva**, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária – Consulta de Estomatoterapia do Centro de Saúde de ██████████, ACES ██████████; **Óscar Ferreira**, Professor Adjunto da ESEL, Doutor em Educação


Em Portugal não se conhece o número exato de pessoas com ostomia. A Associação Portuguesa de Ostomizados arrisca um universo de 20.000 ostomizados. A pessoa submetida a construção de ostomia, sofre uma profunda alteração no seu esquema corporal, afetando a sua autoimagem e originando reações emocionais diversas, dado que o corpo é o nosso interlocutor com o mundo que nos rodeia. O processo de adaptação à nova realidade é complexo e exige intervenções promotoras da aquisição de conhecimentos e capacidades, por parte do utente e/ou seu cuidador. O modelo de prestação de cuidados à pessoa com ostomia de eliminação na comunidade pode passar pela consulta de enfermagem em cuidados de saúde primários (CSP), pois os problemas que surgem em casa, são geralmente diferentes dos vividos em contexto hospitalar. A educação para a saúde sobre ostomias deve ser estendida a todos os níveis de prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2017).

No âmbito do projeto do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Oncológica, onde se visa *desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com ostomia de eliminação em contexto de CSP*, um dos objetivos específicos é **promover a literacia em cuidadores formais de serviços de apoio social na área da Estomatoterapia**. Assim, foi implementado um programa de formação dirigido a assistentes de SAD das IPSS do concelho de ██████████, com o intuito de as capacitar para os cuidados básicos às ostomias e estreitar o contacto com a Consulta de Estomatoterapia do Centro de Saúde de ██████████, ao qual podem recorrer se necessitarem de apoio especializado, contribuindo para a solidificação das relações entre os vários parceiros da comunidade e diminuindo as barreiras de acesso aos cuidados de saúde.

O SAD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados no domicílio, a indivíduos/famílias quando não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas atividades da vida diária. Embora a família ainda seja encarada como a principal prestadora de cuidados a pessoas dependentes, nas sociedades atuais assiste-se a uma reorganização de papéis, com menor disponibilidade para se suprirem as necessidades no seio familiar. É introduzida a figura do “cuidador formal”, como o profissional que presta cuidados, recorrendo a competências adquiridas por formação específica.

O projeto começou em outubro de 2018. Após uma reunião na Segurança Social, para levantamento das IPSS do concelho, estabeleceram-se contatos diretos com as entidades, apresentando a proposta formativa. Até à data foram realizadas duas sessões, com um total de 16 formandas. Como material didático auxiliar, produziu-se um folheto com noções básicas de cuidados a ostomias para entregar aos participantes. Numa avaliação preliminar, obtida por questionário preenchido no final da sessão, a avaliação global é muito positiva (89% atribui a classificação de “*Muito Bom*” e restantes 19% de “*Bom*”). O projeto irá estender-se ao longo do próximo ano e finaliza quando todas as assistentes de SAD das entidades interessadas tiverem recebido formação.

II. APRESENTAÇÃO



2^o Encontro de Enfermagem em Estomatologia

22 e 23 NOVEMBRO 2018
CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UMA INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE COM CUIDADORES FORMAIS DE SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Vanda Janeiro
Enfermeira Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica área Oncológica, ESEL

Ana Luísa Silva
Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária – Consulta de Estomatologia do ACES [REDACTED]

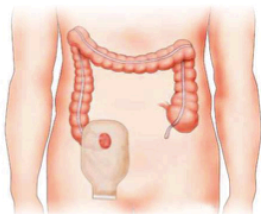
Óscar Ferreira
Professor Adjunto da ESEL, Doutor em Educação



2^o Encontro de Enfermagem em Estomatologia

22 e 23 NOVEMBRO 2018
CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA EM CSP:
UMA INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE COM CUIDADORES FORMAIS DE SAD



Ostomizados em Portugal

- 14mil (Ferreira, 2009)
- 10 a 12mil (Barata, 2010)
- 14mil (HFF, 2017)
- 18mil (SIC, 2015)
- 20/25 mil (Silva, Santos & Brito, 2016)

CCR

- Maior incidência países desenvolvidos
“key markers of human development” - WCR2014
- 3º cancro com > incidência mundo (ambos sexos)
- 2º cancro com > incidência Portugal (ambos sexos)
- Tendência a aumentar

TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS (100000 HABITANTES)		
	Taxa bruta	Taxa pad. (pop. Eur.)
Próstata	120,3	90,5
Mama	62,5	50,2
Cólon ←	47,6	32,1
Traqueia, Brônquios e Pulmão	35,8	26,5
Estômago	27,8	18,9
Reto ←	22,7	15,8
Corpo do Útero	17,8	12,4
Bexiga	17,3	11,3
Linfoma não Hodgkin	17,1	12,9
Glândula Tiroideia	15,3	13,7
Total	444,5	330,3

Fonte: RORENO, RON 2010

- A pessoa submetida a construção de ostomia sofre uma profunda alteração no seu esquema corporal, afetando a sua autoimagem e originando reações emocionais diversas.
- O processo de adaptação à nova realidade é complexo e exige intervenções promotoras da aquisição de conhecimentos e capacidades, por parte do utente e/ou seu cuidador.
- O processo de educação e promoção de autocuidado é iniciado a nível hospitalar mas “os indivíduos aprendem a lidar com as limitações da autonomia em ambiente protegido. **Na fase do regresso a casa deparam-se com novos desafios que pressupõem uma resposta adaptativa à nova situação contextual**” (Almeida, 2009).
- A alta hospitalar pressupõe uma capacitação para o autocuidado à ostomia, com a previsão de um suporte de cuidados de enfermagem especializados – consulta de estomaterapia.
- Os CSP devem ser envolvidos neste processo, por oferecerem um contato de maior proximidade, colmatando eventuais problemas de acessibilidade (Despacho n.º 11233/2016 de 19 de setembro).

A educação para a saúde sobre ostomias deve ser estendida a todos os níveis de prestadores de cuidados de saúde

(DGS, Norma n.º 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017)

3

Objetivos da Comunicação

Divulgar o projeto de formação dirigido a cuidadores formais de serviços de apoio social, no âmbito dos cuidados à pessoa com ostomia.

Demonstrar a relevância da enfermagem em estomaterapia em contexto de cuidados de saúde primários.

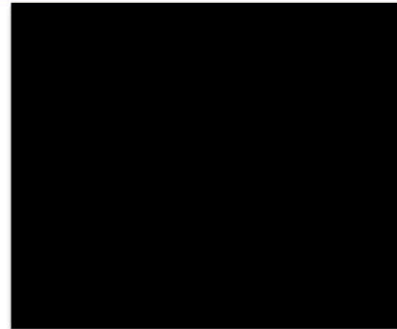
Refletir sobre o papel da enfermagem na promoção da literacia dos cidadãos, na área da estomaterapia.

Promover a discussão entre pares sobre estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na área da estomaterapia.

4

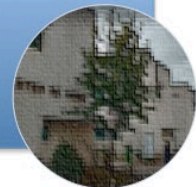


Curso De Mestrado e
Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção de
Enfermagem Oncológica



Consulta de Enfermagem de
Estomaterapia

UCSP
ACES



*Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem
especializados à pessoa com ostomia de eliminação na comunidade*

Promover a literacia na área da
estomaterapia em cuidadores formais de
serviços de apoio social

Capacitar cuidadores formais de serviços
de apoio social para os cuidados básicos
à pessoa com ostomia de eliminação



Programa de formação
dirigido a assistentes de
SAD das IPSS do concelho
de [REDACTED]



SAD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias, quando não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas atividades da vida diária.



A família ainda é encarada como a principal prestadora de cuidados a pessoas dependentes. Porém, assistimos atualmente a uma reorganização de papéis e responsabilidades, com menor disponibilidade para se suprirem as necessidades dos dependentes no seio familiar.



É introduzida a figura do “cuidador formal”, como o profissional que presta cuidados, recorrendo a competências adquiridas por formação específica.

(Rodrigues, 2014)



FORMAÇÃO DE ADULTOS

Promover o crescimento e desenvolvimento contínuo dos formandos

Desenvolver competências para as pessoas darem resposta aos problemas e a questões do quotidiano, bem como preparar para oportunidades atuais e futuras de trabalho

Ajudar as entidades a alcançarem os resultados desejados e adaptarem-se às constantes mudanças

(Dias, 2012).

Início do Projeto: Outubro 2018



Contatos com as entidades

Apresentação da proposta formativa

Listagem das IPSS do Concelho [redacted]

9

PLANO DE FORMAÇÃO PARA ASSISTENTES SAD – IPSS

Tema	Cuidados ao utente portador de ostomia de eliminação
Formadores	Enf. Ana Luisa Silva – [redacted] e Enf. Vanda Janeiro – Mestranda ESEL
População Alvo	Assistentes de SAD de IPSS do Concelho [redacted]
Condições de Admissão	Nº participantes: dependente das instalações Forma de inscrição: declaração de intenção em participar após divulgação da formação junto das IPSS Custo: gratuito Faltas: não se aplica
Local	IPSS selecionadas
Data	início 10/2018
Duração	2h
Finalidade	Promover cuidados a utentes ostomizados e cuidadores, na comunidade, tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida.
Objetivo Geral	Capacitar assistentes de SAD nos cuidados à pessoa com ostomia de eliminação.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Informar sobre os vários tipos de ostomias; ☐ Identificar as necessidades do utente/cuidador; ☐ Informar sobre possíveis complicações e intervenção na sua resolução ou no encaminhamento para o profissional com competências para a sua resolução; ☐ Divulgar os dispositivos e acessórios disponíveis; ☐ Informar sobre os recursos da comunidade que poderão dar apoio psicossocial ao utente/cuidador.
Programa	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Apresentação ☐ Definição dos tipos de ostomias ☐ Cuidados básicos às ostomias de eliminação ☐ Divulgação de materiais e acessórios disponíveis ☐ Treino com moldes de ostomias ☐ Informação sobre as complicações das ostomias e forma de intervenção ☐ Informação sobre os recursos da comunidade.
Suportes Pedagógicos	<p>Métodos e Técnicas Pedagógicas: métodos interrogativo, demonstrativo e expositivo, de acordo com os conteúdos.</p> <p>Recursos Didáticos e Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projetor e computador; • Bibliografia variada; • Moldes de ostomas para treino; • Material utilizado em estomaterapia; • Folheto resumo.
Avaliação	Grau de satisfação dos formandos em relação à ação de formação desenvolvida, através de um questionário de satisfação aplicado após o final da formação.

OBJETIVO GERAL:

- Capacitar assistentes de SAD nos cuidados à pessoa com ostomia de eliminação

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Informar sobre os vários tipos de ostomias
- Explicar os cuidados básicos à ostomia e pele circundante
- Informar sobre possíveis complicações e intervenção na sua resolução ou encaminhamento para o profissional com competências para a sua resolução
- Divulgar os dispositivos e acessórios disponíveis
- Informar sobre os recursos da comunidade

10

RECURSOS DIDÁTICOS:

- Apresentação de diapositivos criados em Powerpoint®
- Material de estomaterapia – placas, sacos, acessórios (protetor cutâneo, medidor de estomas)
- Modelo de estomas



CENTRO DE SAÚDE DE TORRES VEDRAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE OSTOMIZADO E FAMÍLIA

Enf.ª Ana Luísa Silva
Consulta de Estomaterapia do Centro de Saúde

Enf.ª Marlene Barbosa
Consulta de Estomaterapia do Centro de Saúde do

Enf.ª Vanda Janeiro
Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica Oncológica, ESEL

23/10/18

RECURSOS DIDÁTICOS (cont):

- Folheto

Cuidados com estoma e pele

Lavar a pele com água morna e sabão neutro, usando material macio.

Secar bem mas sem esfregar.

Não aplicar cremes gordos pois diminui a aderência do saco.

Não utilizar éter, desinfetantes, álcool ou desodorizantes pois irritam a pele.

Depilar cuidadosamente com lâmina ou tesoura, no sentido do crescimento do pêlo.

Complicações mais frequentes

Sangramento: podem surgir lesões de sangue pois o estoma é muito irrigado; cuidado na limpeza "de limpar" sangue do interior do estoma → HOSPITAL

Irritação cutânea: o saco ou placa deve ser colado mesmo à medida do estoma. Lavar a pele só com água morna e aplicar protetor cutâneo em spray ou creme de óleo.

PERGUNTAS FREQUENTES

Para se tomar banho é preciso tirar o saco?

Pode tomar-se banho ou duche sem saco ou com ele colocado, devendo apenas proteger o filtro ao o saco não for para trocar após o banho.

Podr usar-se qualquer tipo de roupa?

Deve evitar-se roupa apertada e se for caso disso, substituir o cinto por suspensórios. Existem cintas com "buracos" para o saco.

Existem alguma limitação na atividade física?

A atividade física é aconselhada mas evitando desportos de contacto mais forte (boxe, judô). Pode-se trabalhar, passear e viajar, assegurando que se leva material para trocar o dispositivo.

Existem alguma cuidado especial na alimentação?

Não há restrições na alimentação, a não ser que exista uma doença prévia que exija dieta especial. No entanto, alguns alimentos podem alterar a consistência e o cheiro das fezes, provocarem mais gases ou serem mais irritantes para o intestino.

CUIDADOS AO UTENTE COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO

CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

CENTRO DE SAÚDE DE [REDACTED]

4ª Etapa - 0h às 13h

Telefone: [REDACTED]

A palavra "estoma" tem origem grega e significa "boca" ou "abertura"

COLOSTOMIA
Saida de fezes sólida ou pastosa

ILEOSTOMIA
Saida de fezes semi-líquidas e pastosas

UROSTOMIA
Saida de urina

TIPOS DE ESTOMA

SISTEMAS 1 PEÇA

SISTEMAS 2 PEÇAS

Trocar o dispositivo

SISTEMA 1 PEÇA

1. Retirar o saco anterior (descolar e partir no meio)
2. Lavar a pele e pôr a cola e secar bem
3. Recolocar o novo saco ao mesmo estoma
4. Aplicar na pele com cuidado com o estomaterapeuta a parir de 15 minutos

SISTEMA 2 PEÇAS

Manter o estoma limpo. Para poder ser tirado (quando for)

APENAS TROCAR O SACO

1. Retirar o saco
2. Limpar o estoma e parte interna de placa
3. Adaptar o novo saco

TROCAR DE PLACA-SACO

1. Retirar o dispositivo completo (saco e placa)
2. Lavar a pele e pôr a cola e secar bem
3. Recolocar a placa do tamanho do estoma
4. Aplicar o novo saco ao mesmo estoma
5. Adaptar o novo saco ao tamanho do estoma

NB: Não se esquecer de substituir o filtro.

Até à data da submissão do resumo foram contactadas 15 IPSS:

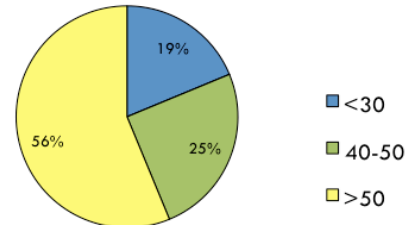
- ✓ 2 sessões realizadas – 16 formandas
- ✓ 5 aguardam agendamento de data
- ✓ 6 aguardam decisão superior
- ✓ 2 não manifestaram interesse na formação



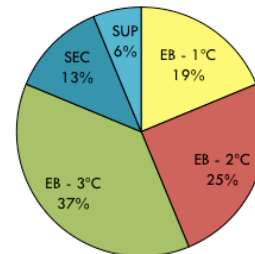
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA



DISTRIBUIÇÃO POR IDADES



DISTRIBUIÇÃO POR GRAU ESCOLARIDADE



ÁVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO
"CUIDADOS AO UTENTE PORTADOR DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO"

Idade: _____ Género: Fem Masc Escolaridade: _____

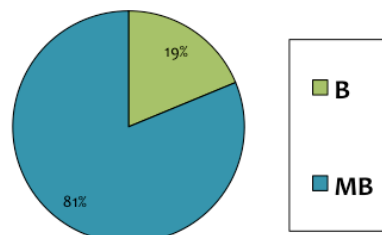
O questionário é anónimo e tem como objetivo contribuir para a melhoria contínua destas ações de formação. A sua colaboração é muito importante.
Preencha o próximo quadro assinalando com um (X) a sua resposta, considerando a escala: (I) INSUFICIENTE, (S) SUFICIENTE, (B) BOM, (MB) MUITO BOM

1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO				
	I	S	B	MB
Interesse dos conteúdos apresentados				
Adequação do conteúdo em relação aos objetivos definidos				
Duração da ação de formação				
2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO				
	I	S	B	MB
Equipamento didático – apresentação projetada, material de ostomia				
Documentação de apoio – folheto				
3. FORMADORES				
	I	S	B	MB
Clareza da exposição/linguagem adequada				
Domínio da temática/conhecimentos sobre o assunto				
Capacidade para esclarecer dúvidas				
Gestão do tempo disponível				
4. RESULTADOS E EXPECTATIVAS				
	I	S	B	MB
Temas abordados face às expectativas				
Utilidade prática da formação				
5. AVALIAÇÃO GLOBAL				
	I	S	B	MB
De um modo global a ação de formação foi:				

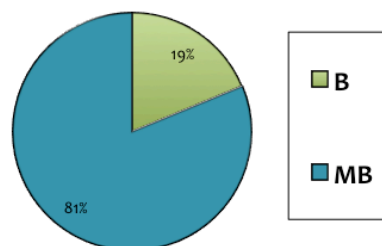
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Obrigada pela colaboração!

AVALIAÇÃO GLOBAL



FORMADORES



Pontos Chave

O envelhecimento da população, associado a uma redefinição de papéis na rede de apoio tradicional – família, vizinhos, amigos – fomentou o recurso a instituições especializadas na prestação de cuidados à pessoa dependente. Este novo paradigma do cuidar obriga a qualificação de cuidadores formais, na tentativa de melhorar a qualidade de vida dos utentes alvo da sua ação.

O processo de transição do hospital para a comunidade, do utente ostomizado, assenta num pressuposto de continuidade de cuidados, que exige estratégias de comunicação e articulação entre enfermeiros de diferentes instituições, trabalhando em equipa, à qual importa acrescentar, os cuidadores formais destes utentes.

O projeto de formação para assistentes de SAD de IPSS do concelho de [REDACTED] sobre cuidados à pessoa com ostomia, estabelece um canal de comunicação com a Consulta de Estomaterapia do ACES [REDACTED]

Solidificação das
relações entre os
vários parceiros da
comunidade

Diminuição das
barreiras de acesso
aos cuidados de
saúde

O projeto permite o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente ao assumir-se como facilitador da aprendizagem, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, concebendo e gerindo programas formativos, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

15

1. Almeida, A. (2009). A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório no contexto domiciliar. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.
2. Barata, J. (2010). Considerações sobre estomas. Ostomias, Associação Portuguesa de Ostomizados, 1, 1-8.
3. Despacho n.º 11233/2016 de 19 de setembro (2016). Estabelece disposições para melhorar a acessibilidade e simplificar os processos no acesso aos produtos para absorção de urina e fezes. Diário da República n.º 180/2016, Série II de 19 setembro. 28489 – 28490.
4. Dias, R.J. (2012). O contributo dos Cursos de Educação e Formação de Adultos para a (re)integração social. Dissertação de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
5. Direção Geral da Saúde (2017). Norma n.º 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
6. Direção Geral da Saúde (2015). PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números – 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/D4C834D6-865E-4349-8140-73999084F83A/0/022204.pdf>
7. Ferreira, A.C., Seixo, A., Morais, I. (2009). Pessoa Ostomizada. Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros. 20 (7): 3-5.
8. HFF(2017) Notícias – Ostomia: uma realidade que não pode causar vergonha. Disponível em: <http://hff.min-saude.pt/ostomias-uma-realidade-que-nao-pode-causar-vergonha/>
9. Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
10. Rodrigues, C. (2014). Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
11. Silva, C., Santos, C. & Brito, M.A. (2016). Perfil da pessoa que será submetida a ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória. ONCO.NEWS. 33: 24-31
12. World Health Organization (2014). World Cancer Report 2014. Lyon: WHO. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>

Obrigada pela atenção!

Great minds discuss ideas
Average minds discuss events
Small minds discuss people

Eleanor Roosevelt

16

APÊNDICE X. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE E2

CARATERIZAÇÃO DO E2

29/10/2018 – 30/11/2018

O Hospital [REDACTED] localiza-se na [REDACTED] e a sua área de influência direta abrange os concelhos de [REDACTED], área densamente povoada¹⁹, servindo uma comunidade de cerca de 550 mil habitantes. No final de 2016 contava com um total de 2873 colaboradores, entre os quais, enfermeiros (34%), assistentes operacionais (24%), médicos (13%) e técnicos superiores de saúde (8%), pertencendo os restantes profissionais à área administrativa e apoio técnico (HFF, 2016).

Em Portugal calcula-se que existam cerca de 20 a 25 mil ostomias (Silva, Santos & Brito, 2016), sendo a OEI a mais frequente. Na área de influência do [REDACTED] existem 800 a 900 pessoas com uma ostomia de eliminação. No ano de 2016 registaram-se 949 CEET, número que se prevê vir a aumentar, já que o núcleo da cirurgia colorretal do serviço de cirurgia geral do [REDACTED] é centro de referência colorretal a nível nacional (HFF, 2017).

A CEET funciona desde 2011 e acompanha pessoas com ostomias respiratórias, de alimentação e de eliminação. Define como meta o treino da autonomia do utente através da prevenção de complicações, maximização da independência da pessoa e desenvolvimento de processos de adaptação eficazes aos problemas mais comuns (Honório, Matos, Oliveira & Tavares, 2011). Ocorre todos os dias, das 12h às 19h de segunda a quinta-feira e das 8h às 16h à sexta-feira, em gabinete rotativo nas Consultas Externas, com o apoio das assistentes operacionais deste departamento. É assegurada por duas enfermeiras com formação específica em ET, sendo uma a coordenadora da consulta.

O agendamento é feito por referenciação interna, por marcação pelo secretariado no momento da alta hospitalar e pelas enfermeiras da consulta. Esta segue um cronograma adaptado da norma *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto* da Direção Geral da Saúde (DGS, 2017):

¹⁹ O concelho da [REDACTED] tem a maior densidade populacional do país, com mais de 177 mil habitantes por 23km² (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2017).

- Consulta de pré-operatório até 48h antes da cirurgia;
- 1ª Consulta de pós-operatório – 8 dias após a alta;
- 2ª Consulta – 8 dias após a 1ª consulta;
- 3ª Consulta – 15 dias após a 2ª consulta;
- 4ª Consulta – 1 mês depois da 2ª consulta;
- 5ª Consulta – 6 meses após a cirurgia;
- 6ª Consulta – 1 ano após a cirurgia;
- Anualmente (Geraldês, Honório, Oliveira & Alves, 2018).

Em novembro de 2018 foram atendidos 161 utentes, distribuídos pela consulta externa, internamentos e marcações de estoma na fase pré-operatória, encontrando-se este procedimento protocolado. Mais recentemente, a consulta de estomaterapia passou a integrar o programa ERAS®, que será examinado mais à frente. É disponibilizado ainda um contato telefónico a que todos os utentes têm acesso e ao qual recorrem amiúde. A equipa faz também o *follow-up* de utentes submetidos a reconstrução do trânsito intestinal, cerca de um mês após a cirurgia, avaliando se a recuperação foi alcançada, validando a eficácia dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, ensinados e treinados na consulta. As restantes tarefas passam pela gestão de material de ET e contatos com os laboratórios, estatística e relatórios mensais de atividades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde (2017). *Norma nº. 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2017). *PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>
- Geraldês, V.; Honório, M.; Oliveira, D. & Alves, R. (2018) *Procedimento 0183/T.DCIR. 20/02/2018. Consulta de estomaterapia/accompanhamento da pessoa com ostomia no HFF*. Acessível em Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E., Amadora, Portugal.


Honório, M.; Matos, S.; Oliveira, D. & Tavares, S. (2011) *Consulta de estomaterapia: funcionamento e organização*. CIR - Comunicações e Conferências. Amadora: Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E. (2017) *Notícias – Ostomia: uma realidade que não pode causar vergonha*. Disponível em: <http://hff.min-saude.pt/ostomias-uma-realidade-que-nao-pode-causar-vergonha/>

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E. (2016). *Relatório e contas*. Amadora: HFF, E.P.E. Disponível em: <http://hff.min-saude.pt/gestao/>

Silva,C.; Santos,C. & Brito,M. (2016).Perfil da pessoa que será submetida a ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória. *ONCO.NEWS*. 33: 24-31.

APÊNDICE XI. JORNAL DE APRENDIZAGEM REALIZADO NO E2

	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA 9º Curso De Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica	
	Novembro 2018	
ENSINO CLÍNICO II	ALUNO ORIENTADOR CO-ORIENTADORA ESTÁGIO	Vanda Janeiro (nº4822) Prof. Óscar Ferreira Enf. Raquel Alves
ATIVIDADE	JORNAL DE APRENDIZAGEM 2 Desafios na promoção do autocuidado em utente com OEI	

Benner (2001) encara a experiência profissional como base do desenvolvimento de competências e considera que o conhecimento prático é adquirido com a vivência de situações reais. No que respeita a oportunidades de aprendizagem, o estágio em curso revela-se profícuo. Assim, selecionei uma situação que me desafiou, para compor uma reflexão recorrendo ao Ciclo de Gibbs (Jasper, 2003), organizado em seis etapas que nos questionam sobre as ações realizadas, passando pela sua descrição, avaliação e análise, culminando no planeamento de intervenções em situações futuras.

M.G.L.S.S. é uma utente do sexo feminino com 59 anos, submetida no dia 2/09/2018 a resseção anterior do reto via laparoscópica com construção de ileostomia provisória, sem intercorrências. Teve alta para o domicílio após sete dias de internamento, com material para cuidar da ostomia até à data da consulta de estomaterapia do hospital, marcada para daí a uma semana. Segundo a nota de alta de enfermagem, o parâmetro “aceitação do estado de saúde” foi avaliado como não comprometido e a utente saiu aparentemente autónoma nos cuidados à ostomia.

A interação com a utente teve lugar em três ocasiões, em contexto de CEET, onde recorre com uma periodicidade bi-semanal. Apesar de não apresentar limitações funcionais, não se encontra autónoma nos cuidados à ostomia. No pós-operatório imediato diz que teve o apoio da irmã que, entretanto, foi submetida a cirurgia cardíaca e encontra-se dependente. Vive com o esposo que não oferece qualquer apoio neste âmbito, recusando-se a olhar para o estoma. Aloja, temporariamente, vários familiares na sua habitação (primos afastados).

Desde a alta (10/9/18) até à primeira CEET (21/9/18), não trocou efetivamente o dispositivo no domicílio, recorrendo três vezes à sua USF onde, entre outras intervenções, recebeu cuidados à ostomia. A periodicidade recomendada para a consulta de estomaterapia pós-operatória após alta é aos 15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente (DGS, 2017), pelo que o recurso à USF foi extraordinário. Foi acompanhada no hospital nas semanas seguintes, período no qual o estoma sofreu uma complicação – invaginação, com consequente lesão da pele periestomal.

1ª Interação - 31/10/2018

A utente entrou no gabinete e abraçou a Enf. R. de forma efusiva, referindo-se a ela como a sua “amiga”. Quando me apresentei e referi que trabalhava na USF onde pertence, disse que tinha lá ido para trocar o dispositivo e que não a tinham “ajudado” (SIC). Estranhei a situação, mas até apurar os factos não prossegui esta linha de diálogo.

Revelando grande labilidade emocional, ocupou a maioria do tempo da consulta a desabafar sobre as dificuldades que tem em casa, lamentando a falta de apoio do esposo e a recente situação de saúde da irmã.

A Enf. R. direcionou a sua atenção para os cuidados à ostomia, questionando a utente se trocou o saco no intervalo das consultas, com resposta negativa. Pareceu compreender as informações veiculadas, sobretudo alusivas às medidas corretivas da maceração periestomal: aplicação de pó hidrocolóide, *spray* protetor cutâneo, anel corretor e placa convexa. Após insistência, adaptou o saco à placa já colocada, com ajuda da enfermeira. O material escolhido tem um sistema de triplo encaixe supostamente facilitador, mas não partilho desta opinião. Despediu-se de nós com um abraço, chamando-me agora também de sua “amiga”.

2ª Interação - 9/11/2018

A utente entrou no gabinete aparentemente triste, angustiada pois o saco desadaptou-se durante a noite (antes de ontem) e não o conseguiu recolocar, embora já o tivesse feito em contexto de consulta. O marido não a conseguiu ajudar e teve de se deslocar à USF pela manhã, onde trocaram o dispositivo. Referiu que a dificuldade para adaptar o saco se deve a um défice na visão ao perto, facto que

nunca tinha sido mencionado ou detetado na consulta ou internamento. Com base nesta informação, foi trocado o dispositivo para um sistema de 2 peças de fixação adesiva, em vez de mecânica.

O estoma mantinha as mesmas características – húmido, rosado, com dimensões de 25mm por 38mm, invaginado. Pele periestomal com maceração melhorada e processo de hipergranulação das 4h às 6h²⁰. Aplicado pó hidrocolóide, *spray* protetor cutâneo, anel corretor e placa convexa.

3ª Interação - 16/11/2018

A utente entrou no gabinete sorridente. Desde a última consulta (12/11/18) não surgiram problemas com o dispositivo que, entretanto, voltara a ser de fixação mecânica, pois o sistema alternativo de fixação adesiva não foi do seu agrado.

Propus à utente ser ela a efetuar os cuidados à ostomia, com a minha ajuda e, para minha surpresa, assentiu. Preparei o material, validei os seus conhecimentos em relação aos acessórios – indicações e forma de utilização. A utente prestou corretamente os cuidados de higiene ao estoma e pele circundante, que apresentava melhoria relativamente à maceração. Na aplicação da placa e adaptação do saco necessitou de apoio, sobretudo por não estar familiarizada com o material. Foi aconselhada a treinar, antes da colocação, o sistema de encaixe que sendo triplo, não é o mais facilitador. O motivo da escolha deste dispositivo prende-se com a maior convexidade e adesividade do mesmo, dado o estado do estoma e pele periestomal. Pondera-se a transição para um sistema de peça única quando a maceração for debelada.

Nesta interação verifiquei que a utente tem capacidade para prestar cuidados à ostomia, revelando apenas insegurança. Ficou apreensiva por julgar que a partir de agora vai ter menor acesso à consulta de estomaterapia, mas foi tranquilizada com uma nova marcação para o início da próxima semana.

Voltou a lamentar a falta de apoio em casa, com o marido a recusar auxílio no âmbito da ostomia e confidenciou que o mesmo a tem pressionado para retomar relações sexuais, mas que ainda não se sente capaz.

Ao longo das várias interações com a utente, senti emoções contraditórias. Por um lado, surpresa e incompreensão, por não observar limitações evidentes ao

²⁰ A descrição das lesões é feita no sentido dos ponteiros do relógio.

autocuidado, por outro um sentimento de culpa por inconscientemente formar juízo de valor – a “utente não cuida da ostomia porque não quer”. Este pensamento redutor foi imediatamente destituído, recorrendo aos conhecimentos adquiridos sobre o intrincado processo de transição vivenciado pela pessoa ostomizada.

Mediante a afirmação da utente de ter recorrido à USF e não receber o apoio que necessitava, senti-me embaraçada pois no presente contexto estava a representar a instituição. Após indagação junto das colegas da USF e leitura dos registos, percebi que a utente não compreendeu a informação dada, interpretando-a como recusa de apoio. Na verdade, foi-lhe transmitido que não dispunham de material de ostomia apropriado, considerando o estado invaginado do estoma e a maceração da pele periestomal, pelo que deveria procurar aconselhamento especializado no hospital.

O principal sentimento que sobrevém da relação com esta utente, partilhado com a enfermeira coorientadora, é o de impotência por não se ter ainda conseguido capacitar a utente para o autocuidado à ostomia, embora a última consulta tenha contrariado esta tendência e fornecido boas perspetivas de uma crescente adaptação à situação de saúde.

A experiência relatada constitui uma experiência positiva, na medida em que permitiu satisfazer várias atividades planeadas para este estágio, nomeadamente: identificação das intervenções promotoras do autocuidado na pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal (OEI); reconhecimento da presença de complicações com o estoma/pele periestomal; aprendizagem de medidas corretoras de complicações com o estoma/pele periestomal; avaliação do autocuidado da pessoa em relação à OEI; realização de intervenções promotoras do autocuidado na pessoa com OEI; capacitação da pessoa/cuidador para os cuidados à ostomia; avaliação da adaptação da pessoa à situação de saúde; reflexão sobre os problemas e desafios apontados pelos utentes com OEI.

Destaco positivamente a relação da utente com a enfermeira estomaterapeuta, pois uma relação terapêutica deve incluir a disponibilidade para ouvir, respeito, flexibilidade, proximidade e suporte por parte do enfermeiro, atributos presentes nesta consulta. Inclusivamente, os utentes valorizam “o facto de os enfermeiros os

fazerem sentir-se especiais e de serem tocados fisicamente através de um abraço ou colocar a mão no ombro” (Pereira & Rebelo Botelho, 2014, p. 68).

Como aspeto negativo, não posso ignorar a perceção da falta de apoio dos CSP à pessoa com OEI. A acessibilidade à CEET do ■■■■ é muito satisfatória, porém, nem todos os utentes têm esta oportunidade, recorrendo à sua unidade de saúde na comunidade, onde não existe material nem conhecimentos dos profissionais para responder à necessidade de cuidados, particularmente na presença de pequenas complicações com o estoma ou pele periestomal.

Nesta experiência ficou evidente a diferença entre a realidade no internamento e em casa. A utente recebeu alta com aparente autonomia nos cuidados à ostomia, mas no domicílio e até à data, nunca trocou o dispositivo, procedendo apenas ao seu despejo. A alta hospitalar pode ser ameaçadora, na medida em que se deixa um ambiente cheio de recursos técnicos e humanos, onde “os indivíduos aprendem a lidar com as limitações da autonomia em ambiente protegido, na fase do regresso a casa deparam-se com novos desafios que pressupõem uma resposta adaptativa à nova situação contextual” (Almeida, 2009, p.20). Concomitantemente, hospitalizações mais curtas abreviam o tempo para o ensino necessário, que pode ser reduzido a instruções básicas e exibição dos materiais, o que pode gerar receio e insegurança no regresso a casa (Grant et al, 2013).

A presença de uma ostomia causa profundas mudanças na vida da pessoa portadora e sua família, manifestadas por desajustes físicos, emocionais, sociais e familiares (Sousa, Branco e Brito, 2015). Vários estudos sugerem a ligação entre cancro e problemas psicológicos, nomeadamente depressão e ansiedade, agravados na presença de uma ostomia. No seu estudo, Cotrim & Pereira (2007) demonstraram que a depressão, ideação suicida, estigmatização, solidão e baixa autoestima são significativamente mais prevalentes em ostomizados. Alguns destes sinais estão presentes na utente em causa, apesar de ser portadora de uma ostomia temporária e geralmente este facto acarretar menor sofrimento psicológico (Pereira & Rebelo Botelho, 2012). A utente sofre de fibromialgia, o que pode potenciar este quadro, uma vez que esta patologia é várias vezes acompanhada de ansiedade, depressão, perturbações da atenção, concentração e da memória, entre outros (Costa, Faria & Santiago, 2013).

A situação que está sob análise tem sido desafiante no que concerne à promoção do autocuidado. Este pode ser afetado pelo nível de maturidade de cada indivíduo, pelos objetivos e práticas culturais, pelos conhecimentos de saúde de cada pessoa, pela posição ou papel na estrutura familiar e social, pela motivação das pessoas adultas para se envolverem na ação de autocuidado, pelo conhecimento deficiente acerca do autocuidado, pelos problemas de saúde e por hábitos e habilidades do autocuidado inadequados (Orem, 2001). Entram na equação fatores como a idade, sexo, habilitações literárias, estatuto socioeconómico e estrutura familiar (Sidani, 2011).

A evidência científica demonstra a importância do apoio da família à pessoa ostomizada no processo de aceitação da ostomia. Sentimentos negativos dos familiares, refletem-se na pessoa, que pode desenvolver rejeição da sua própria condição, dificultando a sua adaptação (Ardigo & Amante, 2013). Esta realidade está espelhada na situação vivenciada pela utente, cujo núcleo familiar se resume ao esposo e irmã (apesar de extensa rede de familiares mais afastados a completar ocasionalmente o agregado), com o primeiro a não colaborar nos cuidados e a segunda limitada fisicamente por uma situação de doença. Fatores como a estrutura, divisão/repartição do trabalho, estatuto socioeconómico e etnia, influenciam o modo como a família cuida dos seus membros, pelo que o enfermeiro deve conhecer o contexto familiar e promover a sua inclusão no processo de capacitação para o autocuidado (Mota et al., 2016).

A sexualidade foi um aspeto focado pela utente, que não se sente ainda capaz de contato mais íntimo com o parceiro. A expressão da sexualidade no ostomizado sofre alterações, diretamente relacionadas com o compromisso da sua autoimagem. Numa revisão integrativa de literatura, Barreto e Valença (2013), identificaram que a pessoa ostomizada, por ter medo de ferir o estoma, vergonha pela exposição de fezes, pelo saco, ruídos ou odores desagradáveis, não se sente atrativa, evitando a atividade sexual.

Para além do suporte da família, os profissionais de saúde são essenciais. Os ostomizados consideram importante ter um profissional de referência que possam contactar para esclarecer dúvidas, para aconselhamento e para apoio emocional (Pereira & Rebelo Botelho, 2012). No estudo de Ferreira, Seiça e Morais (2005)

sobre a qualidade de vida da pessoa com ostomia e seu cuidador, a informação e aconselhamento que melhor satisfazem as suas necessidades, é a que provem de enfermeiros com formação específica na área de estomaterapia, quando comparada a outros profissionais de saúde.

Penso que tem sido desenvolvido um bom trabalho com esta utente, considerando as suas contingências físicas – complicações com estoma e pele periestomal – e emocionais, onde se tem centrado a maior parte da intervenção de enfermagem, promovendo a confiança como resposta à insegurança manifestada pela utente “através do uso de um vasto conjunto de estratégias, das quais destaco: a racionalização; a desmitificação; a não generalização; a explicação dos sintomas; a transmissão de segurança; a antecipação e proposta de soluções; e a oferta de disponibilidade” (Lopes, 2005, p.224).

Destaco a prática da escuta ativa, pilar na relação terapêutica que se tem desenvolvido com a utente.

Saber escutar, mais do que saber falar é o grande segredo da comunicação terapeuta-cliente. (...) A arte de escutar é difícil, porque não se resume ao ato externo apenas de ouvir. A escuta exige disponibilidade, interesse pelo cliente, compreensão da mensagem e espírito crítico. Livremente, com as suas palavras e os seus silêncios (Oliveira, 2013, p.13).

Como se tem vindo a mencionar, a pessoa submetida a cirurgia com construção de OEI regressa ao seu meio – familiar, social, laboral – com profundas alterações na sua vida e evidentes desafios na adaptação à sua nova condição.

A alta hospitalar pressupõe a capacitação para o autocuidado à ostomia, com um suporte de cuidados de enfermagem especializados – consulta de estomaterapia hospitalar. Ainda assim, os CSP devem ser envolvidos neste processo, por oferecerem um contato de maior proximidade (Despacho n. °11233/2016 de 19 de setembro), colmatando eventuais problemas de acessibilidade.

Tal implica conhecimentos e aptidões dos profissionais dos CSP, de acordo com as boas práticas aceites pela evidência científica, de forma a responder à procura de apoio pelos utentes, orientando, capacitando, executando as técnicas necessárias e detetando situações que exijam apoio diferenciado. Contudo, os profissionais de saúde de um modo geral, não se sentem confortáveis na gestão dos cuidados às ostomias, por falta de formação adequada (Hendren et al, 2015).

Considero que a nossa intervenção tem respeitado as idiossincrasias da utente, fornecendo o tempo e o espaço necessários para a sua capacitação nos cuidados à ostomia, ajudando-a a gerir os seus medos e inseguranças, facilitando o processo de transição.

Penso que seria uma mais-valia convidar o esposo para a acompanhar numa próxima consulta, de forma a compreender melhor a dinâmica do casal e a sua resistência em relação à ostomia.

Uma vez que é uma preocupação expressa pela própria utente, importa explorar a questão da sexualidade, investigando a razão pela qual não se sente capaz de retomar a atividade e se estiver ao nosso alcance, fornecer ferramentas para a ultrapassar esta questão. A sexualidade é importante para o equilíbrio emocional e psicossocial do ser humano, constituindo um dos padrões funcionais básicos da saúde (Gutman, 2011).

Facilitar o acesso a apoio psicológico especializado pode ser uma estratégia a implementar, na tentativa de reforçar a promoção da autoestima.

Fazendo parte da equipa da USF onde a utente pode recorrer numa situação urgente, dada a proximidade com a sua casa, tenciono fomentar o interesse pela área da estomaterapia e num futuro próximo dotar os restantes colegas de conhecimentos teórico-práticos para a prestação de cuidados a ostomias.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, A. (2009). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório no contexto domiciliar*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.

Ardigo, F. & Amante, L. (2013). Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. *Texto Contexto Enfermagem*. 22(4): 1064-71.

Barreto, A. & Valença, M. (2013) The ostomy patient's sexuality: integrative review. *Journal Nursing UFPE on line*. 7 (7): 4935-43.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Costa, C.; Faria, D. & Santiago, M. (2013). *Fibromialgia*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Disponível em:
<http://www.spreumatologia.pt/doencas/fibromialgia>
- Cotrim, H. & Pereira, G. (2007). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of oncology Nursing*. 12: 217–226.
- Despacho n.º 11233/2016 de 19 de setembro (2016). Estabelece disposições para melhorar a acessibilidade e simplificar os processos no acesso aos produtos para absorção de urina e fezes. *Diário da República n.º 180/2016, Série II de 19 setembro*. 28489 – 28490.
- Direção Geral da Saúde (2017). Norma n.º. 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ferreira, A.C., Seiça, A., Morais, I. (2009). Pessoa Ostomizada. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*. 20 (7): 3-5.
- Grant, M., McCorkle, R., Hornbrook, M., Wendel, C. & Krouse, R. (2013). Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of Cancer Education*. 28. 70-78.
- Gutman, N. (2011) *Colostomy guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.
- Hendren, S., Hammond, K., Glasgow, S., Perry, W., Buie, W, Steele, S. & Rafferty, J. (2015) Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*. 58(4), 375-387.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham UK: Nelson Thornes.
- Lopes, M. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 39(2):220-8.
- Mota, M.; Gomes, G.; Silva, C.D.; Gomes, V.L.; Pelzer, M.; Barros, E. (2016). Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*. 18(1): 63-78.
- Oliveira, I. (2013). *A relação terapeuta-cliente: na perspectiva do cliente*. Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional, área de Especialização em Reabilitação Física. Porto: Instituto Politécnico do Porto.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6ª ed.). New York: Mosby.

- Pereira, N. & Botelho, M.A. (2012). Experiência vivida dos sobreviventes de cancro do cólon e reto após tratamento com intenção curativa: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*. 16 (2): 31-50.
- Pereira, P. & Botelho, M.A. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*. 18 (2): 61-73.
- Sidani, S. (2011). Self-Care. In Doran, D. *Nursing Outcomes, The State of the Science* (2ªed.) (pp. 79-130). Burlington MA:Jones & Bartlett Publishers.
- Sousa, C.; Branco, Z. & Brito, D. (2015). Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*. 3: 12-15.

APÊNDICE XII. ESTUDO DE CASO REALIZADO NO E2



9º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

2º Ano 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOA
COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL
EM CONTEXTO DE DOENÇA ONCOLÓGICA:
INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA**

Discente: Vanda Cristina Oliveira Janeiro, n.º4822

Co-Orientador Clínico: Enfermeira Raquel Alves

Orientador de Estágio: Professor Óscar Ferreira

Lisboa
Novembro, 2018

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AJCC – American Joint Committee on Cancer

CCR – Cancro Colorretal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EONS – European Oncology Nursing Society

ESMO – European Society for Medical Oncology

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

IARC – International Agency for Research on Cancer

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice Massa Corporal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OEI – Ostomia de Eliminação Intestinal

QT – Quimioterapia

RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario

RT – Radioterapia

WHO – World Health Organization

WOCN – Wound, Ostomy and Continence Nurses Society

Resumo

O presente estudo de caso foi realizado no âmbito do estágio na CEET do Hospital [REDACTED] e procura contribuir para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à pessoa com ostomia de eliminação intestinal (OEI), através da articulação de contributos teóricos com a prática.

Tem como alvo uma utente ostomizada em contexto de doença oncológica, atendida na consulta acima mencionada ao longo do ensino clínico.

A revisão da literatura incide sobre o cancro colorretal (CCR), OEI e as implicações de ambos nos vários domínios. A história de saúde é comentada e apresenta-se um plano de cuidados em linguagem CIPE®.

O referencial teórico utilizado divide-se em dois eixos: Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A congruência entre as duas teorias é garantida pelo facto das transições se relacionarem fortemente com alterações na capacidade de autocuidado.

Palavras Chave

Cancro colorretal; ostomia de eliminação intestinal; ileostomia; colostomia; complicações com estoma e pele periestomal; intervenções de enfermagem; estomaterapia; transição; autocuidado.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1. Cancro Colorretal	7
1.2. Ostomia de eliminação intestinal	7
1.3. Intervenção de enfermagem à pessoa com OEI em CEET	7
2. METODOLOGIA	9
2.1. Referencial teórico de enfermagem – Orem e Meleis	9
2.2. História Clínica	9
2.3. Plano de cuidados	14
3. DISCUSSÃO	16
4. CONCLUSÃO	18
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADROS, FIGURAS E IMAGENS

Quadro 1 – Cuidados ao estoma, pele periestomal e prevenção complicações	7
Quadro 2 – Complicações com o estoma e pele periestomal	8
Quadro 3 – Classificação TNM	10
Quadro 4 – Grupos de prognóstico	10
Quadro 5 - Diagnósticos, intervenções e resultados esperado	15
Figura 1 – Genograma	9
Imagem 1 – Cuidados a estoma com retração após deiscência mucocutânea	12

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, está em curso um projeto com o objetivo geral de *desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com OEI*. Para tal definiram-se como objetivos específicos: *aprofundar conhecimentos teóricos e práticos na área da estomaterapia e prestar cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com OEI*.

Uma das atividades planeadas para o atual ensino clínico é a realização de um estudo de caso. Este instrumento permite articular a evidência científica, adquirida com pesquisa bibliográfica e os contributos da prática. Benner (2001) refere que os enfermeiros aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que põem à prova os conhecimentos e requerem a capacidade de aprender uma situação.

A utente alvo do estudo foi selecionada perante um conjunto vasto de situações, por possibilitar a realização de várias atividades planeadas para o estágio, com especial enfoque no reconhecimento da presença de complicações com o estoma/pele periestomal e aprendizagem de medidas de correção, bem como a avaliação da adaptação da pessoa à situação de saúde, fomentando uma reflexão sobre os problemas e desafios vivenciados pelos utentes com OEI. Este estudo permite-se ainda, imergir na problemática da doença oncológica, na forma como é experienciada pela pessoa, face a um diagnóstico e prognóstico pouco favorável.

Trata-se de uma utente com 49 anos, ostomizada há quatro, decorrente de um CCR. Inicialmente portadora de ileostomia, passou por um processo de reconstrução do trânsito intestinal e foi, posteriormente, submetida a confecção de colostomia definitiva. Seguida na consulta de estomaterapia do hospital desde o início do processo, é autónoma nos cuidados à ostomia, com intervenção de enfermagem na correção de complicações com o estoma.

O presente documento reúne uma breve revisão da literatura sobre OEI e CCR, que está na origem da situação clínica que se aborda. É sucedida da componente metodológica, com o referencial teórico de enfermagem, a caracterização da situação e respetivo plano de cuidados, com recurso à linguagem CIPE®. Por fim, serão tecidas considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Cancro colorretal

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório).

1.2. Ostomia de eliminação intestinal

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório).

1.3. Intervenção de enfermagem à pessoa com OEI em CEET

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório).

Os procedimentos referentes aos cuidados ao estoma e pele circundante, bem como na prevenção e deteção de complicações, estão regulamentados pela DGS:

Quadro 1 – Cuidados ao estoma, pele periestomal e prevenção complicações

CUIDADOS AO ESTOMA E À PELE PERI-ESTOMA
<ol style="list-style-type: none">1. Lavagem das mãos com água e sabão líquido;2. Preparação de material necessário;3. Posicionar confortavelmente a pessoa com ostomia;4. Retirar de forma suave o sistema coletor sujo, de cima para baixo, uma mão segura o dispositivo e a outra apoia a pele;5. Observar as características do efluente;6. Limpar resíduos do estoma;7. Lavar o estoma e a pele periestomal, sem esfregar, com esponja natural (ou compressa) humedecida em água morna e sabonete líquido neutro (ou cloreto de sódio a 0,9%) e repetir com a esponja humedecida só em água;8. Secar bem o estoma e pele periestomal;9. Avaliar as características do estoma e pele;10. Incentivar a pessoa com ostomia a “olhar” e “tocar” o estoma.
PREVENÇÃO E DETEÇÃO DE COMPLICAÇÕES CUTÂNEAS
<ol style="list-style-type: none">1. Identificar fatores de risco, sistémicos ou tópicos, nomeadamente: tratamentos adjuvantes, défices de autocuidado, fugas de efluente, humidade, prurido, alteração da coloração, sinais inflamatórios cutâneos, entre outros;2. Utilização de escala validada de avaliação da pele periestomal de acordo com protocolo definido a nível local;3. Diagnosticar lesões da pele periestomal (maceração, escoriação, eritema, zona de pressão, ulceração) e sua etiologia;4. Efetuar cuidados às alterações da pele periestomal de acordo com protocolo definido a nível local.

Fonte: Adaptado de Norma nº. 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017 (DGS, 2017).

Complicações com o estoma e pele periestomal

As complicações com ostomias afetam diretamente a qualidade de vida da pessoa portadora. Calcula-se que cerca de metade dos ostomizados sentirá dificuldades relacionadas com o manuseamento do material e complicações com a ostomia (DGS, 2017). Na sua origem poderá estar a técnica cirúrgica, o facto de esta ser eletiva ou de urgência, constituição física, condição física e a inadequação dos dispositivos utilizados (Morais, Seiça & Pereira, 2013). A evidência também sugere que a marcação pré-operatória do estoma reduz complicações subsequentes (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO, 2009). Na seleção do local da marcação devem ser considerados:

tipo de cirurgia, músculo reto abdominal, visualização do estoma pelo doente, presença de próteses ou aparelhos ortopédicos que exijam apoio abdominal, pregas cutâneas, cicatrizes de anteriores intervenções, linha natural da cintura, estruturas ósseas vizinhas como o rebordo costal (transversostomias) e lesões cutâneas (...) modo de vestir, atividades laborais e físicas (Seiça & Moraes, 2013, p.34).

As complicações podem surgir no pós-operatório imediato ou mais tardiamente.

Quadro 2 – Complicações com o estoma e pele periestomal

COMPLICAÇÕES COM O ESTOMA	
Precoces	Tardias
Edema	Hérnia periestomal
Hemorragia	Prolapso
Isquemia/Necrose	Estenose
Deiscência mucocutânea	Oclusão
Retração	Perfuração
Infeção/Abcesso/Fleimão	Recidiva tumoral
Evisceração	
COMPLICAÇÕES COM A PELE PERI-ESTOMA	
<input type="checkbox"/> Irritação cutânea de ação mecânica	
<input type="checkbox"/> Reação alérgica ao adesivo do dispositivo	
<input type="checkbox"/> Utilização de produtos de higiene desadequados	
<input type="checkbox"/> Irritação cutânea provocada pelo efluente	
<input type="checkbox"/> Efeitos da radioterapia sobre a pele.	
<input type="checkbox"/> Folliculite	
<input type="checkbox"/> Granulomas	
<input type="checkbox"/> Varizes periestomais	

Fonte: Peixoto (2014); Moraes, Seiça & Pereira (2013); Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) (2014).

2. METODOLOGIA

2.1. Referencial teórico de enfermagem – Orem e Meleis

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório).

2.2. História Clínica

R.F.B. é uma utente do sexo feminino, com 51 anos, natural de [REDACTED] e residente na [REDACTED]. Com a escolaridade básica, está desempregada e trabalhava como empregada de limpeza até há dois anos. É casada, com um filho de 16 anos, após óbito do filho mais velho em 2011 com osteossarcoma. O agregado é constituído por marido, filho e a própria (genograma²¹). Vivem num apartamento com boas condições de saneamento. O marido tem diabetes tipo 2 insulinotratado, com sequelas – amputação de dedos do pé, retinopatia e glaucoma bilateral. Segundo a utente, tem consumo abusivo de álcool. O filho é acompanhado por uma psicóloga do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, desde o falecimento do irmão. A mãe é saudável e o pai tem doença de Parkinson, sem limitações relevantes. Tem 4 irmãos, saudáveis. Vivem todos no distrito de Viseu. Sem familiares com história de CCR.

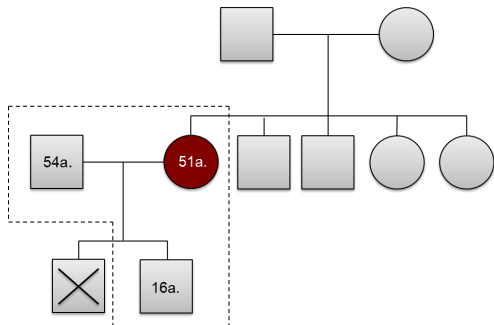


Figura 1 – Genograma

Antecedentes pessoais

Como antecedentes relevantes, aponta-se a obesidade mórbida – IMC 46,4 (altura de 1,66m e peso de 128 kg) e osteoartrose bilateral dos joelhos, utilizando auxiliar de marcha. De acordo com o processo clínico, desenvolveu perturbação depressiva em 2017, medicada com antidepressivo, embora a utente não o refira quando questionada sobre a medicação atual.

História da doença atual

²¹ Região entre o picotado corresponde ao agregado familiar.

Utente com queixas de anemia significativa desde o início de 2013, sem perdas hemáticas aparentes, tendo feito reposição de ferro com resultados pouco expressivos. No final desse ano foi encaminhada para consulta hospitalar, por revelar presença de sangue oculto nas fezes. Em fevereiro de 2014 realizou colonoscopia onde foi detetada lesão a 20 cm do ânus, ulcerada, vegetante e friável, que se estendia por 10cm, sujeita a biópsia. Foi colocado cateter central subcutâneo e fez três ciclos de QT e cinco semanas de RT, que terminou em junho desse ano. No carcinoma do reto em estágio II e III, como se veio a confirmar, a QT e/ou RT adjuvantes devem ser preferencialmente administradas no período pré-operatório, estando associada uma redução significativa da recorrência local (DGS, 2012; Santos, Silva, Rocha, Nogueira, Matos & Lopes, 2015).

No dia 5/9/2014 foi submetida a resseção anterior do reto com ileostomia e esplenectomia eletiva por suspeita de metastização esplénica. Pós-operatório complicado de infeção da ferida operatória, laceração da ileostomia e trombose da veia esplénica (tratada com heparina de baixo peso molecular). A análise anatomopatológica revelou um adenocarcinoma com estadiamento T3N1M0²², não se tendo detetado lesões no baço. Em reunião médica de oncologia, foi decidido reiniciar QT. A utente teve alta, aparentemente bem adaptada e autónoma nos

²² TNM é um código alfanumérico desenvolvido pela Union for International Cancer Control e a American Joint Committee on Cancer (AJCC) para classificar o estadiamento de um cancro.

Quadro 3 – Classificação TNM

T	Primary Tumor
TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
Tis	Carcinoma in situ: intraepithelial or invasion of lamina propria
T1	Tumor invades submucosa
T2	Tumor invades muscularis propria
T3	Tumor invades through the muscularis propria into pericolorectal tissues
T4a	Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum
T4b	Tumor directly invades or is adherent to other organs or structures
N	Regional Lymph Nodes
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Metastasis in 1–3 regional lymph nodes
N1a	Metastasis in one regional lymph node
N1b	Metastasis in 2–3 regional lymph nodes
N1c	Tumor deposit(s) in the subserosa, mesentery, or nonperitonealized pericolic or perirectal tissues without regional nodal metastasis
N2	Metastasis in four or more regional lymph nodes
N2a	Metastasis in 4–6 regional lymph nodes
N2b	Metastasis in seven or more regional lymph nodes
M	Distant Metastasis
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis
M1a	Metastasis confined to one organ or site (liver, lung, ovary, nonregional node)
M1b	Metastases in more than one organ/site or the peritoneum

Quadro 4 – Grupos de prognóstico

ANATOMIC STAGE/PROGNOSTIC GROUPS					
Stage	T	N	M	Dukes ⁺	MAC [*]
0	Tis	N0	M0	–	–
I	T1	N0	M0	A	A
	T2	N0	M0	A	B1
IIA	T3	N0	M0	B	B2
IIB	T4a	N0	M0	B	B2
IIC	T4b	N0	M0	B	B3
IIIA	T1–T2	N1/N1c	M0	C	C1
	T1	N2a	M0	C	C1
IIIB	T3–T4a	N1/N1c	M0	C	C2
	T2–T3	N2a	M0	C	C1/C2
	T1–T2	N2b	M0	C	C1
IIIC	T4a	N2a	M0	C	C2
	T3–T4a	N2b	M0	C	C2
	T4b	N1–N2	M0	C	C3
IVA	Any T	Any N	M1a	–	–
IVB	Any T	Any N	M1b	–	–

Fonte: adaptado de AJCC (2010).

cuidados à ileostomia, com acompanhamento na consulta de estomaterapia.

A 25/07/2016, após conclusão de QT e sem evidência de recidiva, foi submetida a cirurgia para encerramento da ileostomia e restabelecimento do trânsito intestinal, sem intercorrências.

Em novembro de 2017, em consulta de seguimento, detetada recidiva da anastomose com invasão da parede lateral pélvica e invasão da fáscia sagrada, síncrona com metástases hepáticas. Reiniciou QT com resposta favorável a nível pélvico e hepático, pelo que foi proposta cirurgia para resseção da recidiva tumoral.

No dia 6/9/2018 foi submetida a re-resseção anterior do reto (zona da anastomose) com parede lateral pélvica e fáscia sagrada, histerectomia e construção de colostomia. Intra e pós-operatório imediato com instabilidade hemodinâmica, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, suporte aminérgico e hemodiafiltração. Resultante do escalamento da dose de aminos, fez necrose da colostomia. Regressou ao bloco operatório no dia 23/9/2018 para cura de evisceração e revisão do estoma, desta feita sem intercorrências. Teve alta a 6/10/2018, com consulta de estomaterapia marcada para gestão dos cuidados à ostomia, que já apresentava complicações à saída do internamento.

Avaliação inicial

Utente seguida na consulta de estomaterapia semanalmente, para controlo de deiscência da sutura mucocutânea, acompanhada de retração do estoma, com a presença de duas locas adjacentes ao mesmo que evoluíram favoravelmente, sob tratamento com penso de hidrofibra de carboximetilcelulose de sódio e prata.

Desloca-se com o apoio de canadiana única, por queixas algicas ao nível do joelho esquerdo. Descorada, com cansaço fácil a esforços moderados. Vai iniciar reposição de ferro via endovenosa, por anemia de 8,5 mg/dl.

No respeitante à alimentação, menciona ser intolerante ao café e produtos láteos, não fazendo outras restrições dietéticas. Não refere anorexia.

Utiliza um dispositivo de duas peças de fixação mecânica, com placa convexa e fechado. Recorre a acessórios como pó hidrocolóide, protetor cutâneo em spray, anel e cinta com orifício.

Passou-se à observação do estoma e pele circundante:

- **Estoma** com dimensões de 25x35mm, rosado, húmido, invaginado;

- **Pele periestomal** macerada, com tecido cicatricial de locas prévias que encerraram por segunda intenção;
- Efluente mole a pastoso.

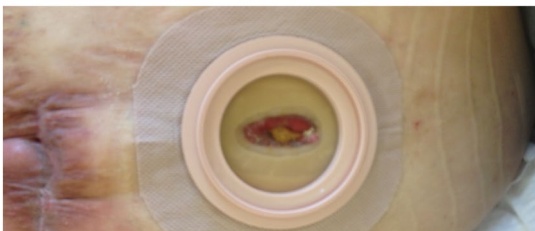
Imagem 1 – Cuidados a estoma com retração após deiscência mucocutânea



a) Aspeto do estoma e pele periestomal após higienização.



b) Aplicação de anel hidrocolóide.



c) Aplicação de placa convexa

Foi utilizado removedor de cola para remoção do dispositivo. Prestados cuidados de limpeza com compressas e água e feita a proteção da pele com pó hidrocolóide e protetor cutâneo em spray (a). Aplicou-se um anel (b), adaptando-se então a placa de base convexa, mantendo as dimensões do corte (c). Foram validados estes procedimentos com a utente, que fica autónoma na execução dos mesmos e foi agendada nova consulta com um intervalo de 15 dias para reavaliação das lesões.

Na deiscência da sutura mucocutânea, o estoma encontra-se, parcial ou totalmente, desinserido da pele circundante, por má técnica cirúrgica ou fatores que interfiram no processo de cicatrização (Morais, Seiça & Pereira, 2013). Entre estes, podem contar-se: RT, QT, corticosteróides, diabetes, infeção, mal-nutrição, tabagismo, isquémia/necrose do estoma (WOCN, 2014). As recomendações terapêuticas passam pelo preenchimento da loca com material absorvente que favoreça o processo de cicatrização, após o qual se deve aplicar

acessórios que uniformizem a zona periestomal, para melhor adaptação de dispositivo coletor, preferencialmente de duas peças (WOCN, 2014).

A retração ocorre quando o estoma é separado do plano cutâneo, mobilizando-se “para dentro”, resultando num espaço côncavo (Morais, Seíça & Pereira, 2013; WOCN, 2014). Tal pode suceder devido a necrose e deiscência mucocutânea, ou motivos como obesidade, danos por RT, recidiva de malignidade, mencionando apenas os mais relevantes no caso em estudo. Na aparelhagem desta ostomia deve ser usada placa convexa, anel ou pasta, cinto, tiras de fixação (WOCN, 2014).

A obesidade tem sido associada a problemas com o estoma e pele periestomal, como a retração, deiscência mucocutânea, prolapso, estenose, necrose (RNAO, 2009; Colwell & Fichera, 2005). Este fator, associado ao pós-operatório com múltiplas complicações, contribuiu para a conjetura desfavorável que se assiste, todavia, está a ser possível contornar os obstáculos com a aplicação de material adequado e com a capacidade de autocuidado da utente.

Na entrevista foram abordados alguns aspetos relacionados com a sua vivência enquanto ostomizada, tentando apurar o impacto emocional, familiar, social e laboral. Até há pouco tempo participava em atividades recreativas/lúdicas, referindo a sua preferência por idas à praia, inclusivamente enquanto ileostomizada. Em relação à atividade profissional, teve de ser abandonada por agravamento da situação de doença.

Na primeira consulta com a utente, fui informada pela própria da existência de metastização hepática (8 nódulos), não estando ainda decidido o curso terapêutico. Apesar desta notícia, todas as interações foram marcadas por um ambiente de boa disposição, inclusivamente com profuso recurso ao humor. Segundo Amorim & Pereira (2009) o otimismo e a morbidade psicológica geral, assim como a ansiedade, stress e depressão, encontram-se inversamente correlacionados. Porém, alguns doentes oncológicos tendem a suprimir a expressão das suas reais emoções, para evitar sentirem-se estigmatizados pela doença, ou com o receio de provocar sofrimento nos outros, o que pode dificultar a adaptação psicológica à doença (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009).

Podemos analisar esta reação à luz dos processos de *coping*. Quando este é orientado para a regulação das respostas emocionais, face a uma ameaça

incontornável, centra-se na diminuição do desconforto emocional e sofrimento, recorrendo à fuga, distanciamento do problema, atenção seletiva ou desvalorização dos acontecimentos negativos (Pereira, 2013 citando Lazarus & Folkman, 1984).

Ainda assim, não se pode menosprezar o papel da esperança na vivência da pessoa com cancro, aliás, “a essência da esperança caracteriza a experiência humana” (Pimentel, 2003, p.134).

No que concerne ao impacto psicológico, esta situação reveste-se da maior complexidade, pois além da ostomia e da grave doença oncológica, está presente de forma indelével a morte de um filho, com a mesma patologia. É difícil associar uma doença potencialmente fatal, a quem foi sonhado um longo e próspero futuro. Encarar a doença e morte numa criança é ver subvertido o ciclo de vida, “qualquer doença infantil aparece sempre como injusta, quando ela é suficientemente grave para configurar uma hipótese de morte, fere os pais de modo particular, porque vai quebrar o capital de esperança que os filhos sempre representam para eles” (Biscaia, 2003, p.207). Invocando Jankélévitch, o falecimento de alguém íntimo – a “segunda pessoa” – é a experiência de morte mais concreta que nos é possível ter (Jankélévitch, 1977).

Nos breves contatos com a utente, não foi oportuno abordar a questão da sexualidade, embora se denote algum atrito na relação conjugal, motivada pelos hábitos alcoólicos do esposo, que ainda assim sempre lhe prestou apoio nos cuidados à ostomia. Muitas vezes o cônjuge apresenta maior *distress* emocional que o próprio doente, por observar o sofrimento deste e sentir-se impotente para o aliviar (Cotrim & Pereira, 2007).

2.3. Plano de cuidados

No ■■■■ é utilizado o processo clínico eletrónico Soarian Clinicals®, que disponibiliza informação essencial aos profissionais de saúde, onde se incluem focos/diagnósticos de enfermagem (CIPE®). No entanto, ainda não está disponível esta parametrização na consulta externa, sendo os registos individualizados feitos em texto livre. Não existindo um plano de cuidados formal, seguiram-se os princípios do processo de enfermagem: diagnóstico, intervenção e resultado, como se demonstra no próximo quadro.

Quadro 5 - Diagnósticos, intervenções e resultados esperados

DIAGNÓSTICO	RESULTADO	INTERVENÇÃO
Autocuidado, comprometido	Autocuidado comprometido em grau reduzido	Instruir sobre cuidados de higiene ao estoma Instruir sobre otimização do dispositivo de ostomia
Conhecimento, diminuído	Conhecimento não diminuído ou diminuído em grau reduzido	Ensinar sobre os cuidados à ostomia Treinar os cuidados à ostomia Treinar os cuidados à pele periestomal Treinar a colocação do dispositivo de ostomia Instruir sobre otimização do dispositivo de ostomia Ensinar acerca dos recursos da comunidade
Eritema, presente	Eritema, Ausente ou diminuído	Aplicar protetor cutâneo Selecionar um sistema coletor adequado Executar cuidados à pele periestomal Instruir sobre cuidados à pele periestomal Instruir sobre colocação de sistemas coletores Instruir sobre otimização de sistemas coletores Treinar a colocação de sistemas coletores Vigiar a pele periestomal
Autoestima, comprometida	Autoestima não comprometida ou comprometida em grau reduzido	Apoiar a pessoa Disponibilizar tempo Encorajar a comunicação expressiva de emoções Escutar a pessoa
Imagem corporal, alterada	Imagem corporal não comprometida ou comprometida em grau reduzido	Apoiar a pessoa Escutar ativamente a pessoa Induzir uma mudança da imagem corporal
Medo, presente	Medo presente em grau reduzido	Encorajar a verbalização de sentimentos Escutar ativamente a pessoa Identificar e desmistificar medos presentes
Processo de coping, ineficaz	Processo de coping eficaz	Avaliar o impacto da ostomia no quotidiano Encorajar a comunicação expressiva de emoções Avaliar estratégias de coping Aconselhar a utilização de mecanismos de coping eficazes Promover a adaptação às atividades do quotidiano: sociais, lazer e trabalho
Aceitação do estado de saúde, não demonstrado	Aceitação do estado de saúde demonstrado	Avaliar o impacto da ostomia no quotidiano Promover o esclarecimento de dúvidas Promover a esperança
Processo familiar, alterado	Processo familiar não alterado ou alterado em grau reduzido	Avaliar suporte familiar Apoiar a pessoa Encorajar a verbalização de sentimentos com a família Promover o diálogo com pessoas significativas
Interação Sexual, alterada ²³	Interação Sexual não alterada ou alterada em grau reduzido	Identificar potencial impacto na sexualidade Encorajar a conversa entre par/cônjuge Encorajar a presença de par/cônjuge na consulta Escutar ativamente Encorajar a conversa franca e aberta na consulta

Fonte: Tavares (2013); Concelho Internacional de Enfermeiros (2005).

²³ Fenómeno ainda não trabalhado na consulta, mas programado.

3. DISCUSSÃO

O CCR é um dos mais comuns em ambos os sexos, representando 10% do total de neoplasias malignas e tem maior incidência em indivíduos com mais de 60 anos (ESMO, 2016), o que não é o caso do sujeito alvo deste estudo. Sem antecedentes familiares ou pessoais relevantes, apenas se destaca o regime dietético inadequado, a obesidade e o sedentarismo, que são aceites como fatores de risco para o CCR (WHO, 2014).

O cancro tem aumentado significativamente na população portuguesa, sendo a segunda causa de morte, atrás das doenças cérebro-cardiovasculares. Promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças oncológicas, garantindo a equidade e a acessibilidade dos cidadãos, têm sido grandes promessas do poder político (Ministério da Saúde, 2018). Porém, ao analisar a cronologia desta história de saúde, não podemos evitar a crítica: um ano desde as queixas de anemia até à pesquisa de sangue oculto nas fezes; mais de dois meses após resultado positivo até à realização de uma colonoscopia.

Não se aplicando propriamente a este caso, importa ressaltar que o CCR obedece aos critérios para a implementação de um programa de rastreio: é uma patologia grave, prevalente, com história natural conhecida e um período assintomático relativamente longo, possui testes de diagnóstico com comprovada eficácia e custo-efetividade, é passível de um tratamento eficaz que possibilita um prognóstico favorável quando detetada precocemente.

O percurso de tratamento desta utente tem sido marcadamente atribulado. A manifestação de complicações como a deiscência da sutura mucocutânea e retração do estoma, é compatível com condições prévias à cirurgia – obesidade mórbida, QT e RT adjuvantes – mas também com as intercorrências operatórias. Relativamente aos cuidados ao estoma e pele periestomal, cumpriram-se as recomendações baseadas na evidência científica, emanada quer a nível nacional como de organizações de peritos internacionais.

Em termos de processo de adaptação à ostomia atual, a utente não parece demonstrar dificuldade, o que poderia ser expectável dado o caráter definitivo da mesma e o facto de ter usufruído de uma reconstrução do trânsito intestinal

previamente. Penso que o seu foco de preocupação está verdadeiramente centrado na progressão da doença, como já referido. Ainda assim, verbaliza um bem-estar psicológico, de certa forma desajustado ao contexto. A minha intuição de enfermeira com duas décadas de experiência, diz-me que esta pessoa está em profundo sofrimento, mascarado em sorrisos e anedotas, e que este sofrimento se estende a quem lhe é mais próximo: ao esposo, entregue ao consumo excessivo de álcool e ao filho, já acompanhado em psicologia. A família é radicalmente afetada pela doença oncológica de um dos seus membros, não só pelos desafios do presente, como pelos aspetos relacionados com a transcendência para além da doença (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009) e é a segunda vez que esta família é atingida no seu âmago.

A atitude básica do homem, de certa forma a sua motivação para a vida, é a repressão da morte. *“La muerte se presenta como algo que no debería ser, como una amenaza permanente sobre la existencia, pero que está aún distante y que por eso no oprime radicalmente”* (Gevaert, 2003, p.296). A perceção da morte está entregue à aspiração de evasão, evidenciada pela demonstração do engenho humano nas várias dimensões da vida – *“toda a cultura é um protesto contra a morte”* (Teixeira, 1992, p.991). Contudo, esta fuga é ela mesma uma confirmação da consciência universal da morte (Gevaert, 2003). Resta a esperança, virtude indissociável da humanidade:

Dantes vivia sobre a terra a raça humana
a recato da desgraça e do penoso trabalho,
e das doenças horríveis, que trazem a morte aos homens.
Mas a mulher, com suas mãos, ergueu a grande tampa da vasilha,
e dispersou-os, preparando à humanidade funestos cuidados.
Dentro da vasilha, na morada indestrutível,
abaixo do rebordo, ficou apenas a Esperança. Essa
não se evoluiu.”
(Hesíodo, trad. Rocha Pereira, 2003, p.109)

4. CONCLUSÃO

O estudo de caso apresentado vai de encontro à atividade realizada na consulta de estomaterapia, articulando contributos teóricos com a prática profissional. Desta forma foi possível cumprir os objetivos específicos: *aprofundar de conhecimentos teórico-práticos na área da estomaterapia e prestar cuidados de enfermagem promotores de autocuidado à pessoa com OEI*. As competências comuns de enfermeiro especialista adquiridas, encontram-se no domínio das aprendizagens profissionais, tais como o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e basear a praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º140/2019). Foram também aprofundadas competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nas áreas da pessoa em situação crónica e paliativa, na medida em que se prestou cuidados a uma utente com doença oncológica, procurando maximizar o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, estabelecendo uma relação terapêutica (Regulamento n.º 429/20). A *framework* da European Oncology Nursing Society (EONS) marcou presença, considerando o módulo *Supporting People Living With, Through and Beyond Cancer* (EONS, 2018).

No projeto de estágio, o estudo de caso foi definido como indicador de resultado, para as atividades planeadas, entre as quais:

- diagnóstico de complicações com o estoma e/ou pele circundante;
- tratamento de complicações com o estoma/pele circundante;
- avaliação de conhecimentos da pessoa em relação à OEI e prevenção de complicações;
- promoção do autocuidado na pessoa com OEI;
- avaliação da adaptação da pessoa à situação de saúde;
- reflexão sobre os problemas e desafios apontados pelos utentes com OEI.

Ao contrário dos exercícios académicos anteriores, este trabalho permitiu-me uma abordagem mais incisiva da problemática do doente oncológico e família, ao longo do percurso da sua doença.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Joint Committee on Cancer (2010). *AJCC Cancer Staging Manual*. (7^aed). Chicago: AJCC.143-158.
- Amorim, L. & Pereira, G. (2009). Optimismo, suporte social e morbidade psicológica em filhos adultos de doentes oncológicos. *Psicologia, saúde & doenças*. 10(1): 83-98.
- Amorim, L. & Pereira, G. (2009). Será o optimismo uma mais-valia na doença oncológica? *Onco.news*. 3(8): 14-21.
- Aziz, N. (2007). Cancer survivorship research: State of knowledge, challenges and opportunities. *Acta Oncologica*. 46(4): 417-432.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Biscaia, J. (2003). A morte em oncologia, O caso particular das crianças. In Biscaia, J. *Perder para Encontrar*, (p.207-215). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Cardoso, G.; Luengo, A.; Trancas, B.; Vieira, C.; & Reis, D. (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Psilogos*. 7 (1&2): 8-18.
- Coelho, A.; Santos, F. & Poggetto, M. (2013). A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Revista Mineira de Enfermagem*. 17(2): 258-267.
- Colwell, J.C. & Fichera, A. (2005). Care of the obese patient with an ostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 32 (6): 378-383.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cotrim, H. & Pereira, G. (2007). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of oncology Nursing*. 12: 217-226.
- Direção Geral da Saúde (2017b). *Norma nº. 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017a). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015). *PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números-2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Direção Geral da Saúde (2012). *Norma nº 025/2012 de 27/12/2012 atualizada a 28/07/2015. Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento do Adenocarcinoma do Cólon e do Reto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework 2018*. Brussels: EONS.
- European Society for Medical Oncology (2016). *Colorectal Cancer: a guide for patients – Information based on ESMO Clinical Practice Guidelines*. Lugano: ESMO/Anticancer Fund. Disponível em: <https://www.esmo.org/Patients/Patient-Guides/Colorectal-Cancer>
- Gevaert, J. (2003). *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica*. 13ª ed. Salamanca: Ediciones Sigueme.
- Hendren, S.; Hammond, K.; Glasgow, S.; Perry, W.; Buie, W; Steele, S. & Rafferty, J. (2015) Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*. 58(4): 375-387.
- Pereira, M.H.R. (Org. e Trad.) (2003). Hesíodo. Trabalhos e Dias. In *Hélade: Antologia da Cultura Grega*, (pp.90-105). 8ªed. Lisboa: Edições Asa.
- International Agency for Research on Cancer (2018). *Globocan 2018*. Lyon: WHO. Disponível em <http://gco.iarc.fr>
- Jankélévitch, V. (1977). *La Mort*. Paris: Flammarion Éditeurs.
- Marques, G. (2013) A pessoa submetida a ostomia de eliminação. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (17-23). Lisboa: LIDEL.
- Medeiros, C. (2015). *A adaptação do doente oncológico à ostomia de eliminação intestinal: a intervenção educativa do enfermeiro*. Tese de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Morais, I.; Seíça, A. & Pereira, M. (2013) Complicações em ostomias de eliminação. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp.40-48). Lisboa: LIDEL.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6ª ed.). New York: Mosby.
- Pacheco, R. (2015). A transição na pessoa portadora de uma ostomia de eliminação intestinal. *Açoriano Oriental*. 18917. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3858/01mar2015.pdf>

- Peixoto, P. (2014). Ostomias. In Afonso, C. et al. (Coord.) *Prevenção e tratamento de feridas - da evidência à prática* (345-379). Porto: Care4Wounds.
- Pereira, N. & Rebelo Botelho, M.A. (2012). Experiência vivida dos sobreviventes de cancro do cólon e reto após tratamento com intenção curativa: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*. 16 (2): 31-50.
- Pimentel, M.C. (2003). Dos valores éticos como experiência de sentido, in Cassiano Reimão (org.). *H.-G. Gadamer: Experiência, Linguagem e Interpretação, Colóquios*. (pp.153-154). Lisboa: Universidade Católica Editora
- Pinto, I. (2014). *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: validação do formulário*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pinto, M. (2009). *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2009). *Ostomy Care and Management*. Toronto: RNAO.
- Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16*. 19359-19370.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. 4744-4750
- Reis, F. (2015). *Transição para a vivência com uma ostomia: Intervenções de Enfermagem*. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Santos, C. (2013). Nota Introdutória. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (pp.XV-XVI). Lisboa: LIDEL.
- Santos, M.; Silva, C.; Rocha, A.; Nogueira, C.; Matos, E. & Lopes, C. (2015).

- Patients with locally advanced rectal cancer treated with neoadjuvant chemoradiotherapy and curative surgery: Prognostic factors for survival. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. 12 (2): 9-18.
- Seiça, A. & Morais, I. (2013) Competências no cuidar e tecnologias. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (pp.33-39). Lisboa: LIDEL.
- Shumacher, K. & Meleis, A. (2010) Transitions: A central concept in nursing. In Meleis, A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, (pp.38-51). New York: Springer Publishing Company.
- Silva, C.; Sousa, F.; Lima, J.; Pinto, M.; Brito, M. & Cruz, I. (2017). Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. *Revista de Enfermagem Referência*. (14): 111-120.
- Tavares, M.J. (2013) Competências no cuidar e tecnologias. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp.29-32). Lisboa: LIDEL.
- Teixeira, J. (1992). Morte, in *Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia* (991) (3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo.
- World Health Organization (WHO). *World Cancer Report 2014*. Lyon: WHO.
Disponível em: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
- Wound Ostomy and Continence Nurses Society (2014). *Stoma Complications: Best Practice for Clinicians*. New Jersey: WOCN. Disponível em: <https://www.wocn.org/page/library>

APÊNDICE XIII. GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA E DADOS RECOLHIDOS

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DE CONSULTA

DATA:	ID:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DN:
1 ^o C <input type="checkbox"/> SUBS <input type="checkbox"/> _____		VEM SÓ <input type="checkbox"/> VEM ACOMPANHADO <input type="checkbox"/>	
PRÓXIMA CONSULTA:		_____	
HISTÓRIA DE SAÚDE			
AP:			
CIRURGIA:		DATA CIRURGIA:	
TIPO OSTOMIA:		_____	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			
ESTADO GERAL/ SINTOMAS	_____		PESO: _____ DOR: _____
CUIDADOS À OSTOMIA	CARATERISTICAS ESTOMA:	_____	
	CARATERISTICAS PERI-ESTOMA:	_____	
	DISPOSITIVO E ACESSÓRIOS:	_____	
COMPLICAÇÕES ESTOMA/PERI- ESTOMA	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	INTERVENÇÃO:	
ACEITAÇÃO DA SITUAÇÃO SAÚDE:	_____		
EDUCAÇÃO PARA SAÚDE EM CUIDADOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO			
CUIDADOS À OSTOMIA	ENSINAR	<input type="checkbox"/>	
	INSTRUIR/TREINAR	<input type="checkbox"/>	
	SUPERVISIONAR	<input type="checkbox"/>	
COMPLICAÇÕES ESTOMA/PERI- ESTOMA	ENSINAR	<input type="checkbox"/>	
	INSTRUIR/TREINAR	<input type="checkbox"/>	
	SUPERVISIONAR	<input type="checkbox"/>	
AUTOCUIDADO	HIGIENE	<input type="checkbox"/>	
	VESTUÁRIO	<input type="checkbox"/>	
	ALIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/>	
	ADAPT. SOCIAL	<input type="checkbox"/>	
	ADAPT. LABORAL	<input type="checkbox"/>	
	SEXUALIDADE	<input type="checkbox"/>	
	CONT. INTESTINAL	<input type="checkbox"/>	
OBS:			

DADOS COLIGIDOS

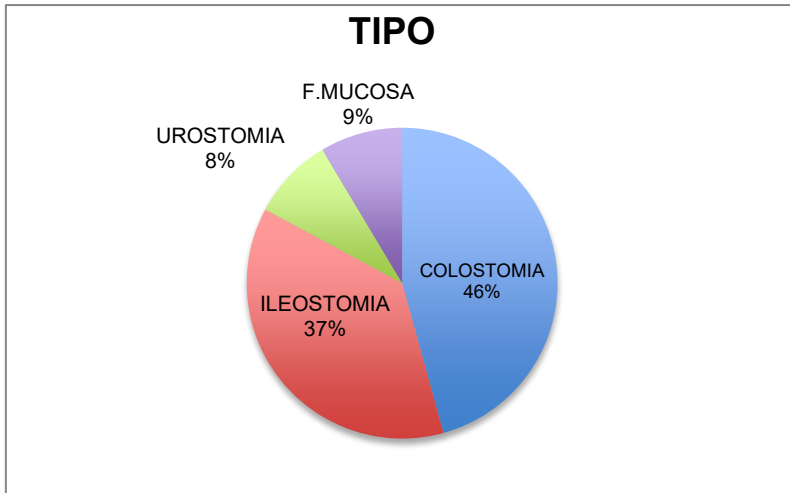


Gráfico 1 – Distribuição dos utentes ostomizados seguidos na CEET durante E2 quanto ao tipo de ostomia

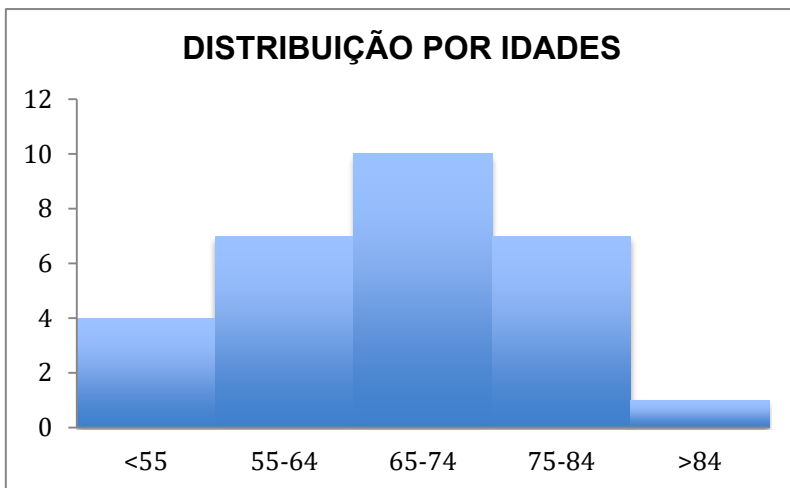


Gráfico 2 – Distribuição por idades dos utentes ostomizados seguidos na CEET durante o E2

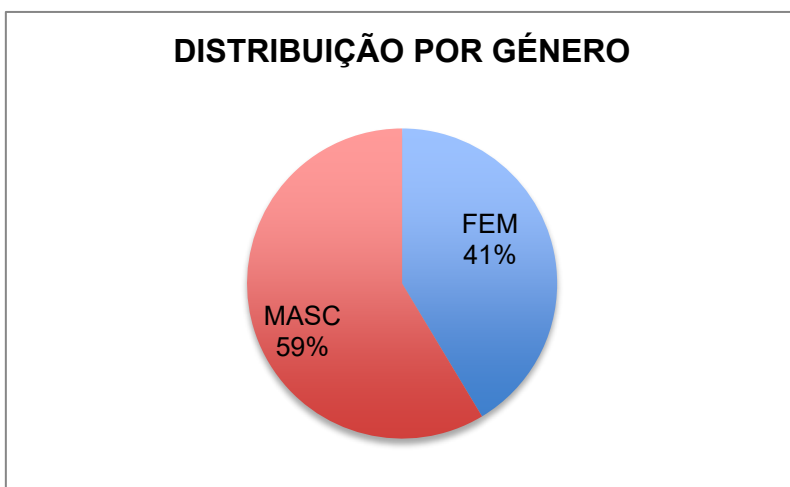


Gráfico 3 – Distribuição por género dos utentes ostomizados seguidos na CEET durante o E2

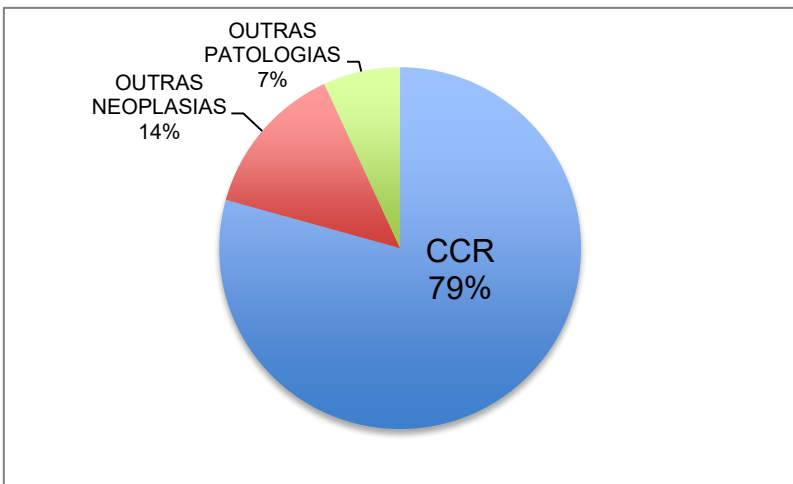


Gráfico 4 – Distribuição dos utentes ostomizados seguidos na CEET durante E2 quanto à causa que originou a ostomia

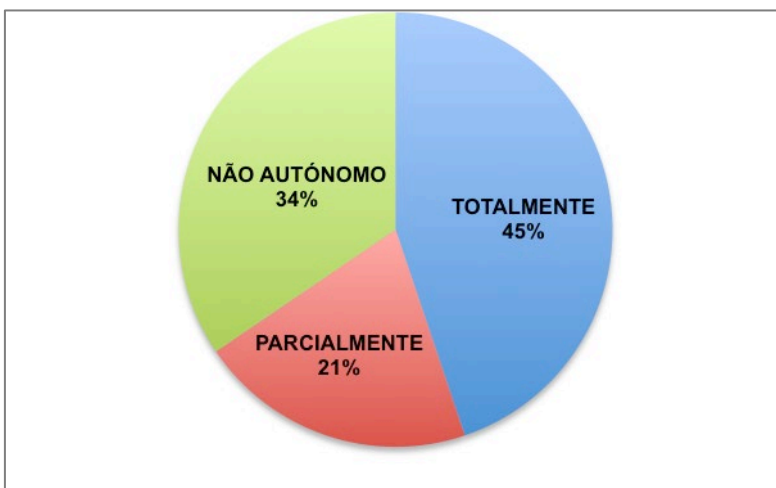


Gráfico 5 – Distribuição dos utentes ostomizados seguidos na CEET durante E2, quanto à autonomia no autocuidado

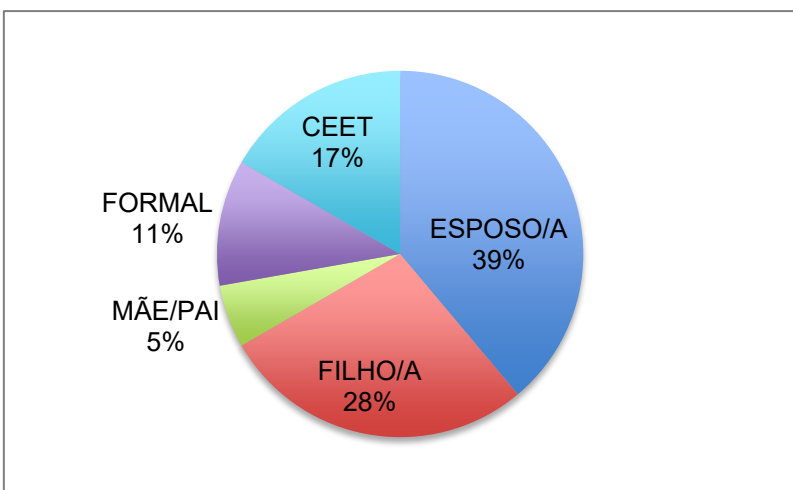


Gráfico 6 – Cuidadores de utentes ostomizados seguidos na CEET durante E2, quando o próprio não é autónomo ou parcialmente.

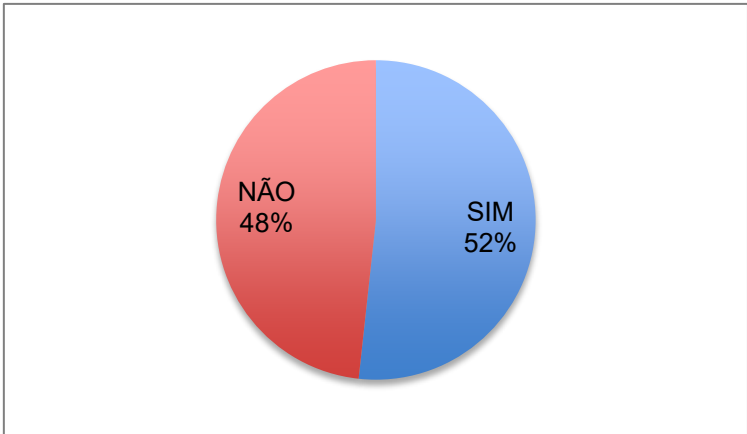


Gráfico 7 – Presença de complicações com estoma e/ou pele periestomal de utentes ostomizados seguidos na CEET durante o E2

APÊNDICE XIV. FOLHETOS ELABORADOS NO E2

EM CASO DE DIARREIA...

Tomar medicação para controlo da diarreia prescrita pelo médico.

Reforçar ingestão de líquidos (2 a 3 litros) – água, tisanas de ervas, sumo de fruta cozida (maçã, pêra), sumo de cenoura ou banana, água mineral sódica sem gás, água de arroz.

A gelatina é outra fonte de água.

Evitar café, chá preto (forte), refrigerantes com gás e bebidas alcoólicas.

Evitar leite ou usar leite sem lactose (disponível nos supermercados). Iogurte é bem tolerado, mas evitar os que estimulam o trânsito intestinal.

Ingerir alimentos com poucas fibras: arroz, batata, massa, pão branco, puré de cenoura.

Evitar alimentos ricos em fibras: vegetais de folha verde, leguminosas (feijão, ervilhas, etc).

Ingerir fruta em calda, fruta cozida sem casca ou açúcar e banana.

Evitar refeições ricas em gordura e condimentos.

A diarreia pode conduzir à desidratação, que representa um risco para a saúde.

Receita para re-hidratação rápida:

- 1 litro água
- 2 chávenas de sumo concentrado
- 1 colher sopa de açúcar
- 1 colher chá de sal
- 1 colher chá de bicarbonato de sódio

EFEITO DE ALGUNS ALIMENTOS NAS CARACTERÍSTICAS DAS FEZES

ALIMENTOS QUE PROVOCAM MAIS GASES

Feijão, ervilha, legumes de folha verde, soja, cebola, cogumelos, pão, bolos, fermentos, leite, chocolate, refrigerantes com gás, cerveja

ALIMENTOS QUE AUMENTAM O CHEIRO

Ovo, peixe, marisco, cebola, alho, couve, espargos, queijo, café, especiarias (caril, cominhos)

ALIMENTOS QUE DIMINUEM CHEIRO/GASES

Iogurte natural, salsa, alface, sumo de mirtilo

ALIMENTOS QUE IRRITAM O ESTOMA

Condimentos fortes, sumo de frutas ácidas

ALIMENTOS QUE "PRENDEM" O INTESTINO

Arroz, batata, banana, doce de maçã, tapioca, queijo seco, frutos secos, chá "fraco"

ALIMENTOS QUE PODEM DAR DIARREIA

Leite, feijão, tomate, vegetais verdes, figo, ameixa, laranja, morango, kiwi, melancia, cerveja, gorduras cruas, condimentos picantes

ALIMENTOS QUE ALTERAM A COR

Espargos, beterraba, morangos, molho de tomate, corantes alimentares, ferro (comprimidos)

Elaborado por:
Enf. Vanda Janeiro, Mestranda do Curso de Enfermagem Médico-Cirúrgica área Oncológica, ESEL e Enf. Raquel Alves, Consulta de Estomatologia

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA UTENTES COM COLOSTOMIA



CIRURGIA GERAL

Secretariado: [REDACTED]

Balcão Serviço: [REDACTED]

CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

2ª a 5ª feira das 14h às 19h

6ª feira das 8h30 às 15h30

Telefone: [REDACTED]

O que é uma Colostomia?

A Colostomia resulta de uma intervenção cirúrgica que exterioriza uma porção do intestino grosso, através de uma abertura feita na parede abdominal.

A sua localização vai depender da zona de intestino afetada.

A colostomia pode ser temporária ou definitiva, consoante o motivo pelo qual foi feita a cirurgia.



A consistência das fezes vai depender da zona em que foi construída a colostomia: quanto mais próxima do ânus, mais consistente será o produto de excreção – pode variar de semi-líquidas a moldadas.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Durante as primeiras três semanas após a cirurgia deverá optar por uma dieta pobre em fibras, evitando vegetais frescos, sementes, grãos, fruta crua com pele. Pode consumir vegetais e fruta se forem bem cozinhados.

Aos poucos pode e deve reintroduzir todos os alimentos que gosta. Experimente um de cada vez para perceber que reação provocam individualmente.

Uma dieta variada tem mais nutrientes, que são essenciais à sua recuperação.

Evite refeições muito condimentadas, gordurosas ou açucaradas, pois dificultam a digestão e irritam as paredes do intestino, inclusivamente o estoma e pele circundante.

Coma várias vezes ao dia num padrão certo, pois ajuda a regularizar o trânsito intestinal.

Mastigue bem os alimentos – a digestão começa na boca!



A produção de gases é um dos principais problemas para o colostomizado. Estes podem ser provocados:

- Deitar-se logo após as refeições
- Falar enquanto come
- Engolir ar
- Engolir grandes porções de uma vez
- Beber através de palhinha
- Mastigar pastilhas
- Fumar
- Problemas de dentição

Beba muitos líquidos - 6 a 8 copos por dia.

Dê preferência à água, mas pode complementar com chá de ervas/tisanas e sumos de fruta pouco ácidos.

Beba pequenos goles de cada vez e de preferência fora das refeições.

Lembre-se que cada pessoa reage de sua maneira. À medida que for experimentando diferentes alimentos, vai perceber quais evitar.

EFEITO DE ALGUNS ALIMENTOS NAS CARACTERÍSTICAS DAS FEZES

ALIMENTOS QUE PROVOCAM MAIS GAZES

Feijão, ervilha, legumes de folha verde, soja, cebola, pão, bolos, fermentos, leite, chocolate, refrigerantes com gás, cerveja

ALIMENTOS QUE AUMENTAM O CHEIRO

Ovo, peixe, marisco, cebola, alho, couve, espargos, queijo, café, especiarias (caril, cominhos)

ALIMENTOS QUE DIMINUEM CHEIRO/GAZES

logurte natural, salsa, alface, sumo de mirtilo

ALIMENTOS QUE IRRITAM O ESTOMA

Condimentos fortes, sumo de frutas ácidas

ALIMENTOS QUE "PRENDEM" O INTESTINO

Arroz, batata, banana, doce de maçã, tapioca, queijo seco, frutos secos, chá "fraco"

ALIMENTOS QUE PODEM DAR DIARREIA

Leite, feijão, tomate, vegetais de folha verde, figo, ameixa, laranja, morango, kiwi, melancia, cerveja, gorduras cruas, condimentos picantes

ALIMENTOS QUE ALTERAM A COR

Espargos, beterraba, morangos, molho de tomate, corantes alimentares, ferro (comprimidos)



SUGESTÕES de REFEIÇÕES

PEQUENO ALMOÇO E LANCHES

logurte natural
Leite sem lactose, aveia, arroz ou amêndoa
Pão branco (fresco ou torrado)
Bolachas de arroz
Fiambre de frango ou peru
Queijo seco
Manteiga de amendoim
Farinha maizena
Fruta cozida ou assada, sem casca
Fruta passada ou boião de fruta
Banana, pêra madura
Sumo/batido de banana, maçã, pêra, cenoura

ALMOÇO E JANTAR

Peixe (ex. bacalhau, salmão fresco/fumado, atum) cozido, estufado, soufflé
Carne magra cozida, estufada, guizada
Ovo cozido ou mexido
Tofu
Batata, batata-doce, inhame
Massas, arroz, arroz basmati
Cenoura cozida, abóbora, chuchu
Couve-coração (muito bem cozida)
Feijão verde sem fio (muito bem cozido)
Purê de maçã
Tapioca

DOCES

Mel, marmelada, doce de maçã
Arroz doce
Gelatina
Pastel de nata
Produtos sem gluten

TEMPEROS

Azeite
Limão (deixa de ser ácido após ingestão)

Folheto elaborado por:
Enf. Vanda Janeiro, Mestranda do Curso de Enfermagem
Médico-Cirúrgica área Oncológica, ESEL
Enf. Raquel Alves, Consulta de Estomatologia **HFE**

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA UTENTES COM ILEOSTOMIA



CIRURGIA GERAL

Secretariado: [] Balcão Serviço: []

CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

2ª a 5ª feira das 14h às 19h

6ª feira das 8h30 às 15h30

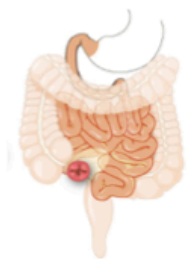
Telefone: []



O que é uma Ileostomia?

A ileostomia resulta de uma intervenção cirúrgica que exterioriza a porção terminal do intestino delgado (íleo), através de uma abertura feita na parede abdominal.

O intestino grosso (cólon) pode ter sido totalmente removido ou ter sido removida apenas uma parte.



As fezes costumam ser líquidas ou semi-líquidas e podem conter partículas de alimentos não totalmente digeridos.

Uma ileostomia costuma implicar uma considerável perda de líquidos e sais minerais, que é necessário repor.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Durante as primeiras 3 semanas após a cirurgia deverá optar por uma dieta pobre em fibras, evitando frutos e vegetais frescos. Estes podem ser consumidos se forem bem cozinhados.

Aos poucos pode reintroduzir todos os alimentos que gosta. Experimente um de cada vez para perceber que reação provocam individualmente. Uma dieta variada tem mais nutrientes, essenciais à sua recuperação.

Evite refeições muito condimentadas, gordurosas ou açucaradas, pois dificultam a digestão e irritam as paredes do intestino, inclusivamente o estoma e pele circundante.

Coma várias vezes ao dia, pequenas porções de cada vez e devagar.

Mastigue muito bem os alimentos.

Beba muitos líquidos (1,5 a 2 litros por dia), especialmente água, mas pode substituir por chá de ervas e sumos pouco ácidos. Beba pequenos goles de cada vez e de preferência fora das refeições.

Mascar pastilhas, beber por palhinha, falar enquanto come e fumar podem aumentar a ingestão de ar, provocando mais gases.

Lembre-se que cada pessoa reage de sua maneira. À medida que for experimentando diferentes alimentos, vai perceber quais evitar.

EM CASO DE DIARREIA...

Tomar medicação para controlo da diarreia prescrita pelo médico, de preferência em comprimidos ou xarope.

Reforçar ingestão de líquidos (2 a 3 litros) – água, tisanas de ervas, sumo de fruta cozida (maçã, pêra), sumo de cenoura ou banana, água mineral sódica sem gás, água de arroz.

A gelatina é outra fonte de água.

Evitar café, chá preto (forte), refrigerantes com gás e bebidas alcoólicas.

Evitar leite ou usar leite sem lactose (disponível nos supermercados). logurte é bem tolerado mas evitar os que estimulam o trânsito intestinal.

Ingerir alimentos com poucas fibras: arroz, batata, massa, pão branco, puré de cenoura.

Evitar alimentos ricos em fibras: vegetais de folha verde, leguminosas (feijão, ervilhas, etc).

Ingerir fruta em calda, fruta cozida sem casca ou açúcar e banana.

Evitar refeições ricas em gordura e condimentos.



A diarreia pode conduzir à desidratação, que representa um risco para a saúde.

Receita para re-hidratação rápida:

- 1 litro água
- 2 chávenas de sumo concentrado
- 1 colher sopa de açúcar
- 1 colher chá de sal
- 1 colher chá de bicarbonato de sódio

APÊNDICE XV. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE E3

CARATERIZAÇÃO E3

3/12/2018 – 8/2/2019

A área de influência do ACES [REDACTED] abrange todo concelho da [REDACTED], que se divide por seis freguesias: [REDACTED] [REDACTED]. Faz fronteira com os concelhos de [REDACTED] [REDACTED]. Conta com 175136 residentes, distribuídos em escassos 23,8 km², representando a maior densidade populacional do país (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2017). Na [REDACTED] destaca-se a elevada proporção de emigrantes, maioritariamente do continente africano. Apresenta taxas de desemprego, de beneficiários de rendimento social de inserção e de dependência do agregado familiar, superiores à média nacional. As habitações informais (vulgo “barracas”) ainda têm uma incidência significativa no concelho, com problemas associados de baixa salubridade e sobrelotação. A criminalidade é superior à média nacional (Peralta Santos, 2014).

O ACES [REDACTED] tem 204092 utentes inscritos, cerca de 77 mil sem médico de família, o que representa uma barreira de acesso aos cuidados de saúde (ARSLVT, 2015). Na sua organização constam seis USF, três UCSP, uma UCC, uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. Atualmente estão em construção duas novas unidades de saúde – [REDACTED] e [REDACTED], em parceria com a Câmara Municipal da [REDACTED]. Como recursos humanos dispõe de 117 enfermeiros, 82 médicos, 38 internos, 77 secretários clínicos e 20 profissionais não especificados (Sistemas Partilhados do Ministério da Saúde, 2017). Define como missão a “promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (...) participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua” (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

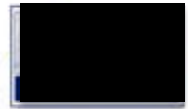
O Plano Local de Saúde 2014-2016²⁴, definiu como problemas prioritários: “VIH/SIDA”, “Tuberculose”, “Cancro” e “Diabetes Mellitus”. No concelho da [REDACTED], a taxa de mortalidade por CCR antes dos 65 anos, é superior à média nacional (Santos, Leite & Silva, 2014). No ACES [REDACTED] existem cerca 300 pessoas ostomizadas, segundo dados fornecidos pela própria instituição, referentes a 2017 e apenas ao número de utentes que solicitou reembolso na aquisição de material de ET.

²⁴ Celebrado entre o ACES [REDACTED], a Câmara Municipal, o [REDACTED] e instituições privadas de solidariedade social do concelho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2015). *ACES Amadora Planeamento das Unidades de Saúde da Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: ARSLVT.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2017). *PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>
- Santos, A., Leite, A. & Silva, A. (coord.) (2014) *Plano Local de Saúde da Amadora 2014-2016*. Amadora: Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora e Câmara Municipal da Amadora.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Agrupamento de Centros de Saúde Amadora*. Lisboa: SNS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-de-saude-amadora/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: SPMS. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30014/Pages/default.aspx>

APÊNDICE XVI. PROJETO DA CEET




**Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.
Agrupamento de Centros de Saúde** 



PROJETO

Consulta de Enfermagem de Estomatoterapia no ACES 

Vanda Janeiro
Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Área de Intervenção Oncológica
USF 


DEZEMBRO DE 2018

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCS – Conselho Clínico e de Saúde

CEET – Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE – Direção Executiva

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ET – Estomaterapia

■ – Hospital ■, E.P.E.

MGF – Medicina Geral e Familiar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	4
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	4
SUMÁRIO	5
DESCRIÇÃO TÉCNICA	7
JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO DA CEET.....	7
PLANO E MÉTODOS	7
ATIVIDADES PLANEADAS	8
Parte A – Conceção da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia	8
Parte B – Implementação da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia ...	9
CALENDARIZAÇÃO E GESTÃO DO PROJETO	9
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA FUTURA	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
APÊNDICES	13
APÊNDICE I – FLUXOGRAMA	
APÊNDICE II – INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSO, RESULTADO E PRODUTIVIDADE	
APÊNDICE III – NORMA DE PROCEDIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Consulta de Enfermagem de Estomaterapia no ACES [REDACTED]

Palavras chave: cuidados de saúde primários; consulta de enfermagem; estomaterapia; pessoa com ostomia.

Data de início do projeto: 4 dezembro de 2018

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) [REDACTED]

Hospital [REDACTED])

Outras entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e privadas

1. SUMÁRIO

Não se conhece o número exato de ostomizados em Portugal, apontando-se para um universo de 20 a 25 mil pessoas (Silva, Santos & Brito, 2016).

A pessoa submetida a construção de ostomia sofre uma profunda alteração no seu esquema corporal, afetando a sua autoimagem e originando reações emocionais diversas. A mudança resultante de um procedimento cirúrgico mutilador, implica uma intervenção sobre as incapacidades que daí sucedam, às quais “os enfermeiros podem oferecer respostas concretas para uma integração e adaptação absoluta à nova condição de saúde” (Pinto, 2009, p.78). Este processo é complexo e exige intervenções promotoras da aquisição de conhecimentos e capacidades, por parte do utente e/ou seu cuidador. A educação e promoção de autocuidado são iniciadas a nível hospitalar, onde “os indivíduos aprendem a lidar com as limitações da autonomia em ambiente protegido. Na fase do regresso a casa deparam-se com novos desafios que pressupõem uma resposta adaptativa à nova situação contextual” (Almeida, 2009, p.20), lançando-se assim o repto aos cuidados de saúde primários (CSP).

Este documento apresenta um projeto de consulta de enfermagem de estomaterapia (CEET) para o ACES [REDACTED]. Esta pretensão apoia-se na legislação que define **consulta de enfermagem** como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (Portaria n.º 19/2012 de 20 de janeiro, p. 352). Concomitantemente, destaca-se a responsabilidade dos CSP na garantia de oferta de cuidados de proximidade personalizados, reconhecendo as circunstâncias peculiares da pessoa com ostomia e a sua necessidade de

acompanhamento contínuo, com garantia de acesso atempado ao material adequado, promoção do autocuidado e homogeneização de procedimentos. Se numa fase inicial o tratamento é de âmbito hospitalar, o acompanhamento após a alta deve ser o mais próximo possível do local de residência e/ou trabalho dos doentes ostomizados, revelando-se aqui a sua equipa de família como a resposta que melhor permite assegurar esse acompanhamento próximo, contínuo, com qualidade e de forma integrada (Despacho n.º. 11233/2016 de 19 de setembro, p. 28489).

O âmbito deste projeto é a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a utentes com ostomias de eliminação, alimentação e respiração, através da conceção

e implementação da CEET no ACES [REDACTED]. A população abrangida corresponde à totalidade de utentes e cuidadores de utentes com ostomia inscritos no ACES. Por inerência, estende-se aos profissionais de saúde desta instituição.

2. DESCRIÇÃO TÉCNICA

2.1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO DA CEET

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório).

2.2. PLANO E MÉTODOS

O objetivo geral deste projeto é a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a utentes com ostomia e seus cuidadores, através da conceção e implementação de uma CEET no ACES [REDACTED]. Definem-se como objetivos específicos:

1. Prestar cuidados na área da ET à pessoa portadora de ostomia e/ou cuidador;
2. Efetuar consultoria na área de ET no ACES [REDACTED].

O percurso metodológico efetuado até ao momento, engloba a recolha de evidência científica recente, estando a ser elaborada uma *Scoping Review*, cuja questão de partida assenta nas intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado à pessoa ostomizada, após alta hospitalar.

Paralelamente, foram realizados dois estágios em CEET, a primeira no Centro de Saúde de [REDACTED], ACES [REDACTED] e a segunda no [REDACTED], onde foram reunidos múltiplos contributos estratégicos, quer pela observação da dinâmica do seu funcionamento, como também pela apreciação da documentação produzida pelas duas consultas. Os estágios enquadram-se no projeto de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na ESEL, frequentado pela autora desta proposta, que reúne ainda 15 anos de experiência num serviço de cirurgia geral e digestiva de um centro hospitalar de referência nacional, com vasto contato com utentes ostomizados ao nível da prestação de cuidados e elaboração de trabalhos científicos no âmbito da pessoa com ostomia em contexto hospitalar.

A equipa da CEET inclui uma segunda enfermeira, que integrou o grupo de trabalho que inaugurou a CEET do [REDACTED] em abril de 2011, da qual foi coresponsável. Completou a sua formação em ET realizando o VII Curso de Estomaterapia no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e o Curso de Formação Avançada em Estomaterapia na Universidade Portuguesa Católica, com um estágio no Queen's

Hospital em Romford Londres, orientado pela Enfermeira Estomaterapeuta Jacqui North. Em 2015 obteve a acreditação pela Word Council of Enterostomal Therapists (WCET), como Enfermeira Estomaterapeuta.

Análise SWOT

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Origem Interna	<p>[Strengths]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sugestão da CEET partiu do ACES • Capacidade técnica das enfermeiras que vão constituir a equipa • Equipa comprometida e motivada • População alvo do ACES (conhecida) em 2017: cerca 300 ostomizados 	<p>[W]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de formação acreditada em ET para uma das enfermeiras • Contratualização da CEET no ACES [REDACTED] • Acessibilidade não é a ideal - transportes públicos ([REDACTED]) • Recursos do ACES ao nível das VD
Origem Externa	<p>[O]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utentes submetidos a cirurgia em hospitais sem consulta de ET organizada • HFF como centro de referência de cirurgia colorretal e elevada casuística • Epidemiologia: aumento dos casos de cancro colorretal (principal causa para confeção de ostomia). 	<p>[T]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventual dificuldade na colaboração com a CEET do HFF • Fraca referenciação de utentes para a consulta • Fraca adesão da população alvo à consulta

2.3. ATIVIDADES PLANEADAS

Parte A – Conceção da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

Definição e conteúdo da Consulta de Estomaterapia

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório e NORMA de PROCEDIMENTO em apêndice).

Objetivos da consulta

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório e NORMA de PROCEDIMENTO em apêndice).

Estrutura da consulta

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório e NORMA de PROCEDIMENTO em apêndice).

<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação da consulta: <ul style="list-style-type: none"> ○ ACES – CCS, DE e UF ○ █████ – reunião entre Direções e entrega do projeto no █████ ○ Outras unidades hospitalares 										
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos utentes alvo da consulta – listagem • Convocação de utentes • Atendimento de utentes referenciados ou convocados 										
<ul style="list-style-type: none"> • Definição de linhas orientadoras para a referência mútua de utentes entre ACES e █████ 										
LEGENDA:		Atividades Planeadas								

Milestones

Uma *milestone* ou marco é uma data em que se atingiu determinado objetivo ou se completou uma fase, permitindo uma avaliação preliminar se o projeto está ou não a progredir. Definiram-se as seguintes:

12 CEET realizadas	Data: 30 dias após início CEET
2 CEET realizadas a utentes referenciados internamente pelo ACES	Data: 60 dias
4 CEET realizadas a utentes referenciados pelo █████	Data: 60 dias

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA FUTURA

O projeto pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados ao utente ostomizado, oferecendo uma resposta de proximidade, com melhoria significativa ao nível da acessibilidade aos cuidados de saúde, com especial impacto junto dos utentes mais vulneráveis.

As implicações para a prática passam, não só pela manutenção da CEET no ACES [REDACTED], com a monitorização e educação da pessoa com ostomia (e cuidador) nos moldes definidos, como também antevêm o posterior desenvolvimento de diversos caminhos de investigação, entre os quais a aplicação de escalas de qualidade de vida à pessoa com ostomia e avaliação da satisfação com os cuidados prestados ao nível dos CSP.

Concomitantemente, pretende-se fomentar uma articulação com o hospital de referência, garantindo o melhor apoio à pessoa ostomizada inscrita no ACES [REDACTED]. Com este desiderato procura-se dar um contributo para a plataforma de cooperação entre os prestadores de cuidados de saúde, promovendo a diminuição de barreiras de acesso aos cuidados de saúde no Concelho da [REDACTED] (Santos, Leite & Silva, 2014).

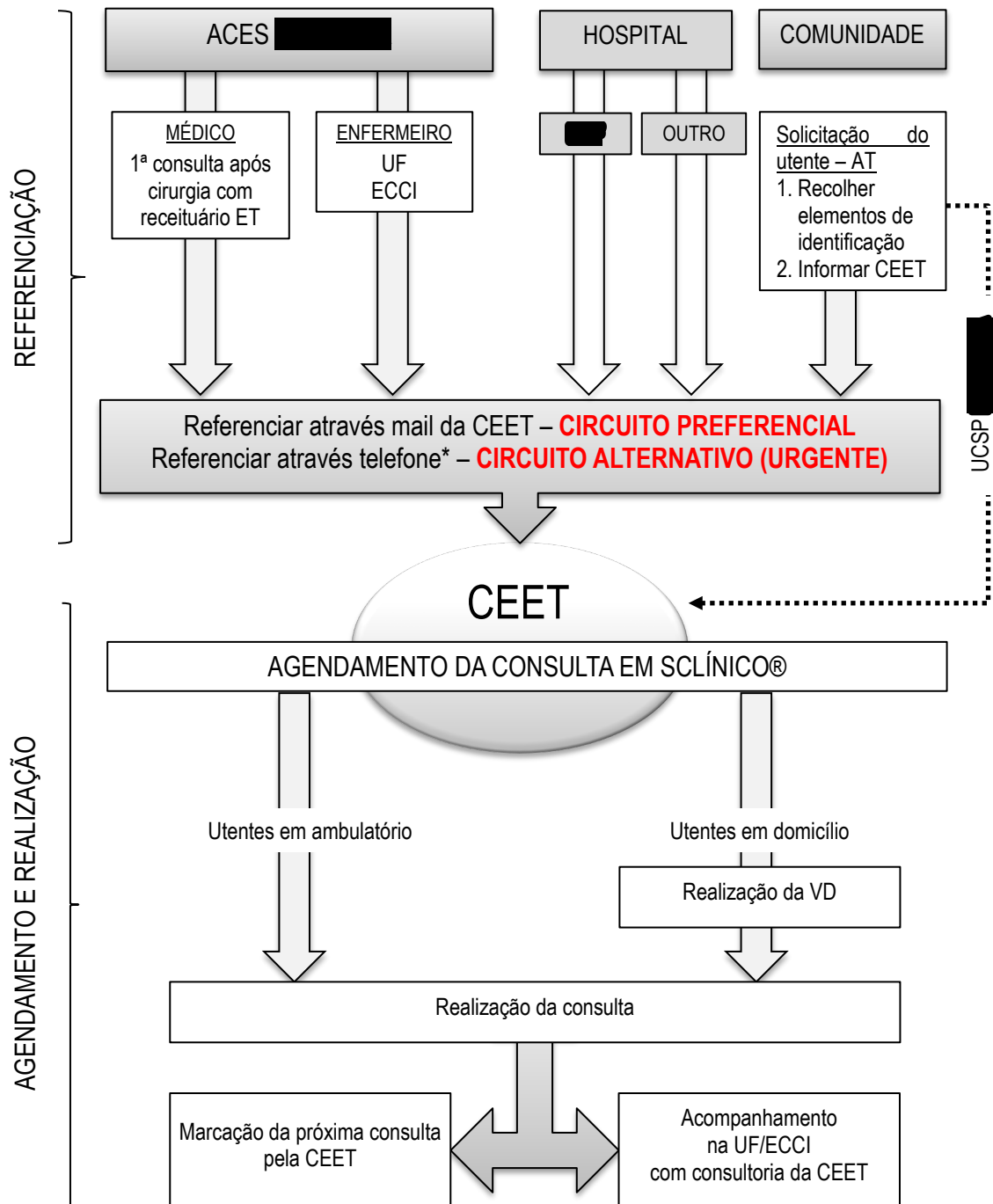
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2009). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório no contexto domiciliar*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.
- Cardoso, T. (2011). *Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Dias, C.; Freitas, M. & Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 23: 439-450.
- Despacho n.º 11233/2016 de 19 de setembro (2016). Estabelece disposições para melhorar a acessibilidade e simplificar os processos no acesso aos produtos para absorção de urina e fezes. *Diário da República n.º 180/2016, Série II de 19 setembro*. 28489 – 28490.
- Direção Geral da Saúde (2017a). *Norma nº 011/2016 de 28/10/2016 a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017b). *Norma nº 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017c). *Norma nº 014/2016 de 28/10/2016 atualizada em 3/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenções nas Ostomias de Alimentação em Idade pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017d). *Norma nº 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Grant, M.; McCorkle, R.; Hornbrook, M.; Wendel, C. & Krouse, R. (2013). Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of Cancer Education*. 28: 70-78.
- Morais, I.; A., Seça, A., Ferreira, J.; Moreira, M.; Araújo, H.; Pereira, C. et al. (2005). *Estudo de Qualidade de Vida: um estudo sobre o ostomizado e o seu cuidador*.

- Portugal. Disponível em: ebookbrowse.com/estudo-epico-pdf-d2380207999.
- Mota, M.J. (2013) Estomaterapia. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp.1-4). Lisboa: LIDEL.
- Pacheco, R. (2015). A transição na pessoa portadora de uma ostomia de eliminação intestinal. *Açoriano Oriental*. 18917. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3858/01mar2015.pdf>
- Santos, A.; Leite, A. & Silva, A. (coord.) (2014) *Plano Local de Saúde da Amadora 2014-2016*. Amadora: Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora e Câmara Municipal da Amadora.
- Pinto, M. C. (2009). *As Vivências Experienciadas pelas Mulheres Mastectomizadas: Conhecer e Compreender para Cuidar*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Portaria n.º 19/2012 de 20 de janeiro (2012). Alteração ao Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, aprovado pela Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro. *Diário da República n.º 15/2012, Série I de 2012-01-20*. 351 – 352.
- Readding, L. (2005). Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British Journal of Nursing*. 14 (16): 16-20.
- Reis, F. (2015). *Transição para a vivência com uma ostomia: Intervenções de Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Santos, C. (2013) Nota Introdutória. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp. XV-XVI). Lisboa: LIDEL.
- Silva,C.; Santos,C. & Brito,M. (2016). Perfil da pessoa que será submetida a ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória. *ONCO.NEWS*. 33:24-31.
- Sousa, C., Branco, Z., Brito, D. (2015). Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*. 3. 12-15.

APÊNDICES
(do PROJETO DA CEET)

APÊNDICE I – FLUXOGRAMA



(*) Telefone da UCSP [Redacted] Legenda: AT – Assistentes Técnicas; CEET – Consulta de Estomatéria; ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados; ET – Estomatéria; [Redacted] – Hospital [Redacted] UF – Unidade Funcional; VD – Visita Domiciliária

APÊNDICE II – INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSO, RESULTADO E PRODUTIVIDADE

Em termos gerais, os indicadores de saúde são medidas síntese que refletem informação relevante sobre determinados atributos e dimensões da saúde e dos fatores que a determinam, quer se trate de uma população ou um indivíduo (Dias, Freitas & Briz, 2007).

Indicadores de Estrutura
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CEET mensais realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de CEET mensais planeadas}} \times 100$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas de cuidados de enfermagem disponibilizadas para a CEET de 1}^\circ \text{ vez}}{\text{N}^\circ \text{ de CEET de 1}^\circ \text{ vez}}$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas de cuidados de enfermagem disponibilizadas para a CEET subsequentes}}{\text{N}^\circ \text{ de CEET subsequentes}}$

Indicadores de Processo
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ostomia de eliminação intestinal seguidos na CEE}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ostomia seguidos na CEET}} \times 100$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ostomia de eliminação urinária seguidos na CEET}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ostomia seguidos na CEET}} \times 100$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ostomia de ventilação seguidos na CEET}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ostomia seguidos na CEET}} \times 100$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ostomia de alimentação seguidos na CEET}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ostomia seguidos na CEET}} \times 100$

Indicadores de Resultado
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de novos ostomizados com pelo menos 5 consultas de estomaterapia no ano que reduziram níveis de dependência no autocuidado ao estoma}^{25}}{\text{N}^\circ \text{ total de novos ostomizados inscritos na unidade funcional, com pelo menos 5 consultas de estomaterapia no ano}} \times 100$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes seguidos na CEET com complicações ao nível da ostomia minimizadas ou corrigidas, com pelo menos 3 CEET, no ano}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes seguidos na CEET com complicações ao nível da ostomia, com pelo menos 3 CEET, no ano}} \times 100$

²⁵ Para aferição do grau de dependência no autocuidado, prevê-se a utilização do instrumento “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal” (Cardoso, 2011; Pinto, 2014)

Indicadores de Produtividade

Nº de ostomizados com CEET durante o ano


Nº de CEET desenvolvidas durante o ano no ACES [REDACTED]

Nº de CEET (1ª consulta) desenvolvidas durante o ano no ACES [REDACTED]

Nº de CEET desenvolvidas durante o ano no ACES [REDACTED] em VD

Nº de CEET (1ª consulta) desenvolvidas durante o ano no ACES [REDACTED] em VD

APÊNDICE III – NORMA DE PROCEDIMENTO

	ACES [REDACTED]	
	Consulta de Enfermagem de Estomaterapia (CEET)	
	Versão:	01/2019
	Data aprovação:	
Procedimento nº 01/2019	Página:	01 de 04
Título:	Consulta de Enfermagem de Estomaterapia no ACES [REDACTED]	

1. Objetivo

Os objetivos delineados para a CEET no ACES [REDACTED] são:

- Prestar cuidados de enfermagem individualizados à pessoa com ostomia e/ou seu cuidador;
- Promover o autocuidado da pessoa em relação à ostomia e manutenção das atividades de vida diárias;
- Identificar complicações com estoma e/ou pele periestomal e intervir na sua resolução ou encaminhar para o médico assistente/urgência hospitalar;
- Adaptar os dispositivos e acessórios disponíveis de acordo com a pessoa e o tipo de estoma;
- Diminuir os custos na aquisição de material de estomaterapia, através do acompanhamento individualizado e adequação dos dispositivos e acessórios;
- Articular com as Equipas Cuidados Continuados Integrados do ACES [REDACTED];
- Contribuir para reinserção familiar, social e laboral da pessoa ostomizada;
- Proporcionar o contato entre pessoas com ostomia, facilitando a adaptação da pessoa recentemente ostomizada à sua nova condição de saúde.

2. Referências


Despacho n.º 11233/2016 de 19 de setembro (2016). Estabelece disposições para melhorar a acessibilidade e simplificar os processos no acesso aos produtos para absorção de urina e fezes. *Diário da República n.º 180/2016, Série II de 19 setembro*. 28489 – 28490.

Direção Geral da Saúde (2017a). *Norma nº 011/2016 de 28/10/2016 a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2017b). *Norma nº 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2017c). *Norma nº 014/2016 de 28/10/2016 atualizada em 3/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenções nas Ostomias de Alimentação em Idade pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2017d). *Norma nº 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

	ACES [REDACTED]	
	Consulta de Enfermagem de Estomaterapia (CEET)	
	Versão:	01/2019
	Data aprovação:	
Procedimento nº 01/2019	Página:	02 de 04
Título: Consulta de Enfermagem de Estomaterapia no ACES [REDACTED]		

3. Aplicação

Este procedimento aplica-se aos utentes com ostomias de todas as Unidades Funcionais (UF) e Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do ACES [REDACTED].

4. Áreas envolvidas

- Equipa da CEET
- Conselho Clínico e de Saúde (CCS)

5. Documentos envolvidos

- Manual de Boas Práticas da CEET ((em construção)
- Folheto de divulgação da CEET
- Folheto “Ostomia De Eliminação Intestinal: Recomendações nutricionais”


6. Procedimento

1. ACESSIBILIDADE

Todos os utentes do ACES [REDACTED] com ostomias e seus cuidadores.

2. CIRCUITO DA PESSOA COM OSTOMIA

- a) Todos os utentes e cuidadores são referenciados para a CEET, mesmo que sejam acompanhados a nível hospitalar no âmbito da sua ostomia:
 - i. pelo médico, na 1ª consulta após cirurgia, quando solicitam receituário de material de estomaterapia (ET);
 - ii. pelo enfermeiro, quando realizarem tratamentos após cirurgia na UF;
 - iii. pelo enfermeiro da ECCI, quando efetuar a 1ª visita domiciliária após cirurgia (mesmo que sejam acompanhados a nível hospitalar no âmbito da sua ostomia);
 - iv. utentes podem solicitar marcação de CEET, fornecendo os elementos de identificação às assistentes técnicas das UF, aguardando o contato da equipa da CEET para agendamento;
 - v. as referenciações, sinalizações e pedidos de marcação são enviados por mail à equipa da CEET, que é quem procede ao agendamento dos utentes;
- b) A equipa da CEET agenda o utente através da informação recebida.
- c) A consulta é realizada por um dos elementos da equipa da CEET e é definido o plano de cuidados à pessoa com ostomia e cuidador:
 - i. atendimento subsequente na CEET ou
 - ii. acompanhamento na UF de origem com consultoria da equipa CEET.

	ACES [REDACTED]	
	Consulta de Enfermagem de Estomaterapia (CEET)	
	Versão:	01/2019
	Data aprovação:	
Procedimento nº 01/2019	Página:	03 de 04
Título:	Consulta de Enfermagem de Estomaterapia no ACES [REDACTED]	

6. Procedimento (cont.)


3. CONSULTA

a) Estrutura

- i. a CEET é assegurada por uma equipa de enfermagem com formação em ET;
- ii. as consultas têm uma regularidade semanal (dia a definir), no horário (a definir);
- iii. serão efetuadas no máximo 5 consultas por dia – 3 subsequentes, 1 consulta extra (urgência), 1 primeira consulta de pós-operatório – com um tempo médio de 30 minutos por consulta;
- iv. adota-se a periodicidade recomendada pela DGS – *Norma nº 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017*, com a particularidade da 1ª CEET ser feita no [REDACTED], se este é o hospital de origem do utente ou ser feita pela equipa do ACES [REDACTED], até 7 dias após alta, se a cirurgia foi realizada em unidades de saúde sem consulta de estomaterapia organizada. As consultas subsequentes devem ocorrer aos 15 dias (após a 1ª consulta), aos 30 dias, aos 3 meses, aos 6 meses, aos 12 meses e repetir-se anualmente. A periodicidade é adaptada às necessidades de cada utente.

b) Conteúdo

- i. *monitorização da pessoa com ostomia* – avaliação do estado geral; avaliação do estoma e pele periestomal; cuidados ao estoma e à pele periestomal; prevenção, deteção e tratamento de complicações com estoma e pele periestomal; treino e avaliação da pessoa com ostomia no autocuidado e na utilização da aparelhagem de dispositivo coletor (adaptado de DGS, 2017d);
- ii. *educação para a saúde da pessoa com ostomia e cuidador* – ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar cuidados à ostomia; ensinar a reconhecer complicações que afetam o estoma e a pele periestomal; promover o autocuidado (necessidades básicas e ou atividades de vida diária); instruir e treinar a utilização de dispositivos e acessórios; ensinar e treinar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica para a reconstrução do trânsito intestinal, quando aplicado; instruir e avaliar o impacto da alimentação na eliminação intestinal, quando aplicado (adaptado de DGS, 2017d);
- iii. *recursos físicos e materiais* – gabinete de consulta, material de consumo (compressas, luvas não estéreis e esterilizadas, seringas de 10ml e 100ml, adesivo, fita de nastro, aspirador de secreções, sondas de aspiração, balança), material de farmácia (nitrato de prata, lubrificante com analgesia, NaCl 0,9%, espuma de poliuretano) e material de ET (dispositivos e acessórios).

	ACES [REDACTED] Consulta de Enfermagem de Estomatologia (CEET)	
	Versão:	01/2019
Data aprovação:		
Procedimento nº 01/2019	Página:	04 de 04
Título: Consulta de Enfermagem de Estomatologia no ACES [REDACTED]		

7. Responsabilidades Equipa CEET Equipa de saúde da UF

8.Elaboração	9.Verificação	10.Aprovação	11.Revisão
Equipa CEET	CCS	DE	Equipa CEET
Data:	Data:	Data:	Quando se verificarem alterações


APÊNDICE XVII. MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CEET



MANUAL DE BOAS PRÁTICAS



Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

ELABORADO POR:
ENFERMEIRA VANDA JANEIRO, USF 
Mestranda do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura
de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Área de intervenção de Enfermagem Oncológica

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AT – Assistente Técnica

CEET – Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

CCS – Conselho Clínico e de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ET – Estomaterapia

HFF – Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.

OEI – Ostomia de Eliminação Intestinal

VD – Visita Domiciliária

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
REVISÃO DE CONCEITOS	7
DEFINIÇÕES.....	7
CLASSIFICAÇÃO DE OSTOMIAS	7
Ostomia respiratória	8
Ostomia de alimentação	8
Ostomia de eliminação urinária	8
Ostomia de eliminação intestinal (OEI)	8
OEI: POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES	10
CONSULTA DE ESTOMATERAPIA	12
DEFINIÇÃO E CONTEÚDO	12
ESTRUTURA	12
REFERENCIAÇÃO	14
PROTOCOLOS DE INTERVENÇÃO	16
REGISTOS	17
INDICADORES	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
APÊNDICES	23
APÊNDICE I. Norma de Procedimento da CEET	
APÊNDICE II. Complicações e Intervenções	
APÊNDICE III. Folheto	

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 – Estoma terminal	9
Figura 2 – Estoma em ansa	9
Figura 3 – Estoma em cano de espingarda	9
Quadro 1 – Características das fezes de acordo com a localização anatômica do estoma	10
Quadro 2 – Complicações com o estoma e pele periestomal	11
Quadro 4 – Acessórios e suas indicações	14
Quadro 5 – Complicações de referenciação urgente para hospital	15
Quadro 6 – Intervenções de enfermagem à pessoa com OEI	16
Quadro 7 – Educação para a saúde da pessoa com OEI	17
Quadro 8 – Exemplo de registos em SCLÍNICO®	17

INTRODUÇÃO

A pessoa submetida a construção de ostomia sofre uma profunda alteração no seu esquema corporal, afetando a sua autoimagem e originando reações emocionais diversas. A mudança resultante de um procedimento cirúrgico mutilador, implica uma intervenção sobre as incapacidades que daí sucedam, às quais “os enfermeiros podem oferecer respostas concretas para uma integração e adaptação absoluta à nova condição de saúde” (Pinto, 2009, p.78).

Este processo é complexo e exige intervenções promotoras da aquisição de conhecimentos e capacidades, por parte do utente e/ou seu cuidador. A educação e promoção de autocuidado são iniciadas a nível hospitalar, contexto protegido com acesso facilitado a recursos técnicos e humanos. No regresso a um quotidiano transformado, o ostomizado depara-se com novos desafios que pressupõem uma resposta adaptativa à situação contextual (Almeida, 2009; Cardoso, 2011). Concomitantemente, hospitalizações mais curtas abreviam o tempo para o ensino necessário, que pode ser reduzido a instruções básicas e exibição dos materiais, gerando receio e insegurança no regresso a casa (Grant et al, 2013). As maiores necessidades sentidas pela pessoa com ostomia em contexto comunitário foram: a dificuldade de gestão dos sentimentos; a aceitação da condição de ostomizado; a aquisição dos produtos de ostomia adequados à situação e respetivo reembolso quando indicado; e a falta de apoio no domicílio (Miranda, 2013).

Os cuidados de saúde primários (CSP) garantem a oferta de cuidados de proximidade personalizados, reconhecendo as circunstâncias peculiares da pessoa com ostomia e a sua necessidade de

acompanhamento contínuo, com garantia de acesso atempado ao material adequado, promoção do autocuidado e homogeneização de procedimentos. Se numa fase inicial o tratamento é de âmbito hospitalar, o acompanhamento após a alta deve ser o mais próximo possível do local de residência e/ou trabalho dos doentes ostomizados, revelando-se aqui a sua equipa de família como a resposta que melhor permite assegurar esse acompanhamento próximo, contínuo, com qualidade e de forma integrada (Despacho nº. 11233/2016 de 19 de setembro, p. 28489).

A readaptação da pessoa após um evento gerador de dependência é o terreno para a expressão do exercício profissional dos enfermeiros (Pacheco, 2015). É nesta esfera que se justifica a existência de uma consulta de enfermagem em estomaterapia, o mais acessível possível aos seus clientes, pois é necessário que

se garanta uma restituição da capacidade de autocuidado após a cirurgia (Santos, 2013). A consulta de enfermagem define-se como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (Portaria n.º 19/2012 de 20 de janeiro, p. 352).

REVISÃO DE CONCEITOS

DEFINIÇÕES

Estoma é uma palavra de origem grega, deriva de “stoma” que significa “boca” ou “abertura”.

Ostomia é um termo utilizado para designar a abertura criada cirurgicamente, cujo objetivo é criar um novo trajeto entre vísceras e o exterior, ou entre si, sem a presença de esfíncter (Marques, 2013; Peixoto, 2014).

Estomaterapia é uma área diferenciada de cuidados de enfermagem que integra saberes científicos, técnicos e princípios da relação de ajuda, facilitando o processo de adaptação da pessoa ostomizada à sua nova condição de vida, através da informação, ensino e aconselhamento (Mota, 2013).

Autocuidado é definido por Orem (2001) como uma função humana reguladora que uma pessoa desempenha por si própria (ou alguém em sua substituição), no sentido da preservação da vida, saúde, desenvolvimento e bem-estar. Os cuidados de enfermagem são necessários quando a pessoa precisa de incorporar novas medidas de autocuidado, cuja realização requer conhecimento e habilidade, adquiridos e treinados (Orem, 2001).

Transição é definido como uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado, referindo-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação pessoa/ambiente (Chick & Meleis, 2010).

CLASSIFICAÇÃO DE OSTOMIAS

As ostomias podem classificar-se quanto à função, localização anatômica, tempo de permanência e técnica cirúrgica de construção.

Relativamente ao tempo de permanência, as ostomias temporárias são realizadas quando existe a possibilidade de reconstrução do trânsito do órgão afetado, ou para proteção de uma anastomose distal à derivação. O tempo de permanência varia, em média, de 3 a 12 meses. As ostomias definitivas são construídas na impossibilidade de opções de tratamento que venham a restabelecer o trânsito e/ou a função do órgão, ou quando a localização das lesões o obriga. As ostomias temporárias podem tornar-se permanentes se a situação patológica se vier a revelar mais grave, se a condição geral do utente não permitir nova cirurgia ou se

a própria pessoa ostomizada preferir não se sujeitar a nova intervenção (Marques, 2013; Peixoto, 2014).

Ostomia respiratória
(em construção)

Ostomia de alimentação
(em construção)

Ostomia de eliminação urinária
As derivações urinárias denominam-se urostomias (em construção).

Ostomia de eliminação intestinal (OEI)

Ileostomia

A ileostomia resulta da exteriorização de porção do ileon, excluindo o trânsito intestinal do colon e reto. O efluente tende a ser líquido, contínuo e rico em enzimas proteolíticas irritantes para a pele. A ileostomia em ansa, geralmente temporária, é utilizada para proteção de anastomoses após cirurgia intestinal. A ileostomia terminal está indicada na colectomia ou proctocolectomia total, associadas a doença inflamatória intestinal, como colite ulcerosa e doença de Crohn (resistentes à medicação) ou para desviar o trânsito de segmentos com lesões, como na polipose adenomatosa familiar ou carcinoma avançado do reto; é a técnica usada na confecção de ileostomia definitiva (Marques, 2013).

Colostomia

Na colostomia é exteriorizada uma porção do colon, de acordo com o qual passa a denominar-se: cecostomia, colostomia ascendente, transversostomia, colostomia descendente ou sigmoidostomia. Pode ser temporária, recomendada na proteção de anastomoses colorretais ou coloanais, para repouso ou descompressão do intestino no tratamento de malformações, fístulas, infecções perineais, traumatismos, situações paliativas (Marques, 2013). A colostomia definitiva é construída quando uma porção do colon está irremediavelmente comprometida, com perda da função esfinteriana, mais usual na doença inflamatória intestinal com comprometimento do reto, nas retocolites ulcerativas inespecíficas, neoplasias do reto (amputação abdominoperineal), fístulas e incontinência anal (Marques, 2013; Coelho, Santos & Poggetto, 2013).

Relativamente à técnica cirúrgica de construção, podemos falar em estomas terminais, em ansa ou em cano de espingarda, quer esteja em causa uma ileo ou colostomia.

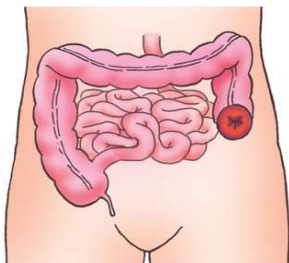


Figura 1. Estoma Terminal: o intestino é seccionado e a extremidade proximal é exteriorizada através da parede abdominal, sendo fixada na superfície da pele. A extremidade distal do intestino é mantida dentro da cavidade abdominal.

Fonte: Black & Hawks, 2009, p.401

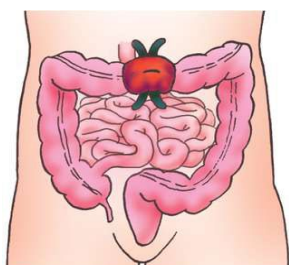


Figura 2. Estoma em Ansa: é exteriorizada uma ansa do intestino, colocando-se uma vareta entre a mesma e a pele. Realiza-se uma incisão longitudinal na ansa, suturando-a à pele. Pelo estoma proximal há saída de fezes e de muco pelo distal.

Fonte: Black & Hawks, 2009, p.401

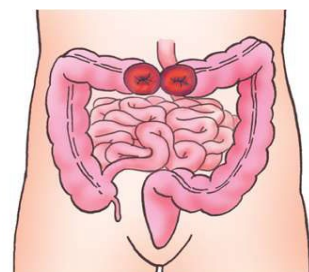


Figura 3. Estoma em Cano de Espingarda: o intestino é seccionado, sendo que ambas as extremidades são exteriorizadas através da parede abdominal. Constroem-se 2 estomas, adjacentes ou não, com saída de fezes pelo estoma proximal e de muco pelo distal.

Fonte: Black & Hawks, 2009, p.401

As principais indicações para a realização de uma OEI são: neoplasias – intestinal, urológica, ginecológica – proteção da anastomose de cirurgia intestinal, doença inflamatória intestinal (doença de Crohn, colite ulcerosa), traumatismo, perfuração intestinal iatrogénica, diverticulite, lesões perineais, fístulas, oclusão, rectite/cistite rádica e malformações (pediatria).

As características das fezes e a frequência da eliminação são influenciadas pela localização anatómica do estoma (Gutman, 2011).

Quadro 1 – Características das fezes de acordo com a localização anatômica do estoma

Ileostomia Colostomia ascendente	• fezes líquidas ou semi-líquidas
Transversostomia	• fezes semi-líquidas ou moles
Colostomia descendente	• fezes moldadas
Sigmoidostomia	• fezes sólidas

OEI: POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

Nos primeiros dias após a cirurgia, o estoma pode ficar edemaciado, situação que regride gradualmente. O estoma deve manter-se húmido, de cor vermelha ou rosa vivo; a pele periestomal não deve diferir do restante corpo, não apresentando lesões. O estoma não tem terminações nervosas, pelo que não dói ao ser tocado, no entanto, pode estar sujeito a pequenos sangramentos.

As complicações com ostomias afetam diretamente a qualidade de vida da pessoa portadora. Calcula-se que cerca de metade dos ostomizados sentirá dificuldades relacionadas com o manuseamento do material e complicações com a ostomia (DGS, 2017d). Na sua origem poderá estar a técnica cirúrgica, o facto de esta ser eletiva ou de urgência, constituição física, condição física e a inadequação dos dispositivos utilizados (Morais, Seiça & Pereira, 2013). A evidência também sugere que a marcação pré-operatória do estoma reduz complicações subsequentes (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). Na seleção do local da marcação devem ser considerados:

tipo de cirurgia, músculo reto abdominal, visualização do estoma pelo doente, presença de próteses ou aparelhos ortopédicos que exijam apoio abdominal, pregas cutâneas, cicatrizes de anteriores intervenções, linha natural da cintura, estruturas ósseas vizinhas como o rebordo costal (transversostomias) e lesões cutâneas (...) modo de vestir, atividades laborais e físicas (Seiça & Morais, 2013, p.34).

As complicações com o estoma e pele periestomal podem ser catalogadas de acordo com o tempo a partir da intervenção cirúrgica, como imediatas/precoces ou tardias. As primeiras surgem, geralmente, ainda durante o internamento; as tardias, após alta hospitalar, já em contexto domiciliário.

Quadro 2 – Complicações com o estoma e pele periestomal

COMPLICAÇÕES COM O ESTOMA	
Precoces	Tardias
Edema Hemorragia Isquemia/Necrose Deiscência mucocutânea Retração Infecção/Abcesso/Fleimão Evisceração	Hérnia periestomal Prolapso Estenose Oclusão Perfuração Recidiva tumoral
COMPLICAÇÕES COM A PELE PERI-ESTOMA	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Irritação cutânea de ação mecânica <input type="checkbox"/> Reação alérgica ao adesivo do dispositivo <input type="checkbox"/> Utilização de produtos de higiene desadequados <input type="checkbox"/> Irritação cutânea provocada pelo efluente <input type="checkbox"/> Efeitos da radioterapia sobre a pele. <input type="checkbox"/> Folliculite <input type="checkbox"/> Granulomas <input type="checkbox"/> Varizes periestomais 	

Fonte: Peixoto (2014); Moraes, Seiza & Pereira (2013); Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) (2014).

CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

DEFINIÇÃO E CONTEÚDO

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório).

ESTRUTURA

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório ou Projeto da CEET – Apêndice XVI).

Recursos humanos, físicos e materiais

Os recursos humanos implicados na CEET e os seus respetivos papéis são:

- Enfermeiro – realização e coordenação da consulta pela equipa de enfermagem da CEET, composta por duas enfermeiras com experiência em ET (Enfermeira A e B) e com formação acreditada em ET (Enfermeira A);
- Assistente Técnica da UCSP [REDACTED] – atendimento administrativo com ativação de contato em SClínico® e receção de pedidos de marcação de consulta por utentes;
- Assistente Operacional da UCSP [REDACTED] – apoio ao funcionamento da CEET, dentro do seu conteúdo funcional;
- Médico – apoio do médico de família do utente ou de intersubstituição;
- Técnico de Informática – apoio na criação/manutenção dos requisitos tecnológicos;
- Psicologia – referenciação de utentes identificados com necessidade de apoio psicológico;
- Assistente Social – referenciação de utentes identificados com necessidade de apoio social.

Recursos físicos

Para a operacionalização da CEET é necessário a disponibilização de um gabinete de consulta com equipamento *standard* – mesa, cadeiras, computador, impressora, telefone, marquesa, lavatório, recipiente de recolha de resíduos grupo

I/II e III. É imprescindível a existência de um local de armazenamento de média dimensão (armário), para o material de ET. Mediante a disponibilidade, seria útil a presença de um aspirador de secreções (ostomias respiratórias).

Considerando a provável ocorrência de visitas domiciliares, o acesso a transporte será ativado mediante agendamento prévio.

Recursos materiais

Os recursos materiais a utilizar na CEET distribuem-se por:

- Material de consumo – compressas, resguardos/compressas absorventes, luvas (não estéreis e esterilizadas), seringas (10ml e 100ml), adesivo, fita de nastro, sondas de aspiração;
- Material de farmácia – nitrato de prata, lubrificante com analgesia, NaCl 0,9%, espuma de poliuretano;
- Material de ET: amostras cedidas por laboratórios.

No material de ET estão incluídos os dispositivos coletores e de proteção cutânea, assim como acessórios de suporte, fixação, contenção ou remoção, adquiridos em farmácia da comunidade, mediante receita médica, com uma participação de 100% (na maioria dos artigos).

A escolha do dispositivo deve ter em consideração os princípios da segurança – bom ajuste ao estoma e aderência à pele periestomal; proteção e conforto – garantia de manutenção da integridade da pele periestomal; facilidade – simplicidade na remoção e adaptação; e economia – a adesividade permanece o tempo indicado (Peixoto, 2014).

Nos dispositivos de ostomia de duas peças, constituídos por placa e saco:

A) considera-se placa: base adesiva em material antialérgico, flexível, com fixação mecânica ou adesiva, segura que permita movimentos corporais sem compromisso da fixação. Recortável ou moldável, plana ou convexa. Disponível em 3 tamanhos adulto (pequeno, médio e grande) e um tamanho pediátrico. A fixação mecânica da placa pediátrica é realizada sem pressão abdominal;

B) considera-se saco: bolsa em material tecido não tecido, resistente e confortável. Com filtro de carvão na face anterior, acima do nível do estoma; drenável com fecho incorporado de fácil manuseamento, no caso das ileostomias; encaixe mecânico ou adesivo, seguro, compatível com a respetiva placa (DGS, 2017d).

Nos dispositivos de ostomia de uma peça, o saco tem as mesmas características elencadas, associado a uma base adesiva em material antialérgico,

flexível, recortável, plano ou convexo; fechado ou drenável com fecho incorporado.

Como acessórios para ostomia consideram-se dispositivos estéreis ou não, de uso único ou reutilizáveis, necessários à gestão da ostomia, onde se incluem adjuvantes de proteção e segurança.

Quadro 4 – Acessórios e suas indicações

Acessório	Indicação/utilização
Clampe	Fechar sacos coletores intestinais drenáveis
Medidor	Medir o estoma e efetuar marcação nas placas recortáveis
Cinta de proteção	Indicado na prevenção e gestão de hérnia periestomal
Kit de irrigação	Indicado para a técnica de irrigação em colostomizados (quando possível)
Pó	Indicado na pele periestomal macerada, pela absorção de humidade, exsudados e efluentes, mantendo a pele seca, evitando futuras irritações e cicatrizando as lesões
Pasta	Indicada para proteger a pele, aumentar a adesão das placas à pele, para nivelar dobras e irregularidades da pele próxima ao estoma. Não deve ser usada em pele com solução de continuidade, uma vez que contém álcool e provoca dor
Protetor cutâneo em spray ou toalhete	Aplicado na pele forma uma película protetora incolor e transparente, tornando-se uma barreira contra fluídos e lesões cutâneas provocadas por trocas frequentes de dispositivos coletores
Anel Convexo (tiras)	Indicado para o ajuste de dispositivos de 1 ou 2 peças em estomas com retração ou necessidade de nivelção. Trata-se de uma barreira de resina sintética não estéril em formato de anéis convexos, que podem ser moldados, obtendo ajuste perfeito ao dispositivo de ostomia
Tira hidrocolóide	Indicada para aumentar a fixação da placa adesiva à pele
Cinto elástico ajustável reutilizável	Indicado para melhorar a sustentação do dispositivo de ostomia
Espessante	Indicado para efluentes líquidos, que adquirem consistência gelatinosa em contato com o produto
Desodorizante lubrificante para sacos	Consiste em um gel fluído indicado para lubrificação do saco, evitando a aderência dos efluentes e reduzindo os odores característicos
Spray removedor	Facilita a remoção das componentes adesivas do dispositivo de ostomia

REFERENCIAÇÃO

Crítérios de referenciação

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no corpo do relatório ou Projeto da CEET – Apêndice XVI).

A referenciação da CEET do ACES Amadora para a unidade hospitalar onde o utente é acompanhado, deve ser efetivada, com urgência, na presença das seguintes complicações:

Quadro 5 – Complicações de referência urgente para hospital

OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL
a) Hemorragia; b) Oclusão intestinal; c) Diarreia não controlável; d) Prolapso não redutível; e) Necrose do estoma; f) Ulceração grave da pele periestomal (DGS, 2017d).
OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO URINÁRIA
a) Ausência de débito urinário; b) Obstrução de cateteres ureterais/nefrostomia; c) Traumatismo direto do estoma; d) Hemorragia ativa pelo estoma; d) Ulceração grave da pele periestomal; e) Febre ou alteração das características da urina compatíveis com infecção do trato urinário (DGS, 2017b).
OSTOMIA DE ALIMENTAÇÃO
a) Hemorragia digestiva; b) Exteriorização da sonda/botão colocada há menos de 4 semanas pela primeira vez; c) Síndrome da campânula interna (<i>Burried Bumper Syndrome</i>); d) Abscesso da parede abdominal/celulite (DGS, 2017c)
OSTOMIA DE VENTILAÇÃO
a) Dificuldade respiratória por obstrução; b) Perdas hemáticas (DGS, 2017a).

Fluxograma

(Esquema não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no Projeto da CEET – Apêndice XVI).

PROTOCOLOS DE INTERVENÇÃO

Quadro 6 – Intervenções de enfermagem à pessoa com OEI

Cuidados ao estoma e pele periestomal
<ol style="list-style-type: none">1. Higiene das mãos com solução alcoólica;2. Preparação do material necessário;3. Posicionar confortavelmente a pessoa com ostomia;4. Retirar o sistema coletor sujo, de cima para baixo, uma mão segura o dispositivo e a outra apoia a pele;5. Observar as características do efluente;6. Limpar resíduos do estoma;7. Lavar o estoma e a pele periestomal, sem esfregar, com esponja natural (ou compressa) humedecida em água morna e sabão neutro e repetir só com água;8. Secar bem o estoma e pele periestomal;9. Avaliar as características do estoma e pele.
Prevenção e deteção de complicações cutâneas
<ol style="list-style-type: none">1. Identificar fatores de risco (sistémicos ou locais), nomeadamente tratamentos adjuvantes, fugas de efluente, humidade, prurido, alteração da coloração, sinais inflamatórios cutâneos, entre outros;2. Diagnosticar lesões da pele periestomal e sua etiologia;3. Tratar as alterações da pele periestomal de acordo com a evidência científica;4. Referenciar para o hospital na presença de complicações cuja resolução não possa ser obtida na CEET.
Prevenção e deteção de complicações de estoma:
<ol style="list-style-type: none">1. Identificar fatores de risco (intrínsecos e extrínsecos), nomeadamente tratamentos adjuvantes, ajuste dos dispositivos, entre outros;2. Avaliação do estoma – dimensão, coloração, humidade;3. Diagnosticar alterações do estoma;4. Tratar as alterações do estoma de acordo com a evidência científica;5. Referenciar para o hospital na presença de complicações cuja resolução não possa ser obtida na CEET.
Treino da pessoa com ostomia no autocuidado e na aparelhagem do dispositivo coletor
<ol style="list-style-type: none">1. Higiene das mãos com solução alcoólica;2. Preparar material necessário;3. Medir o estoma com os medidores e marcar/desenhar na superfície destacável;4. [Dispositivo recortável] Recortar o dispositivo coletor e eliminar as arestas em redor da área de recorte do dispositivo passando com o dedo indicador4a. [Dispositivo moldável] Moldar manualmente a placa para que se ajuste ao tamanho e forma do estoma;5. Retirar o papel protetor, evitando tocar na parte adesiva;6. Fornecer o molde (papel destacável);7. [Dispositivo uma peça] Colar a base adesiva, de baixo para cima, ao longo da pele circundante, ajustando os bordos do recorte ao estoma7a. [Dispositivo de duas peças] Ajustar o rebordo da placa ao bordo inferior do estoma, colando-a à pele; pressionar ligeiramente com os dedos à volta do estoma e em toda a placa; adaptar o aro do saco à placa através do mecanismo específico para cada marca (pressão, mola, adesivo) e verificar se o dispositivo ficou devidamente adaptado;8. Pressionar suavemente o dispositivo coletor para maior aderência, aproximadamente um minuto;9. Colocar os materiais utilizados num recipiente para sujos;10. Lavar as mãos depois dos procedimentos.

Fonte: Adaptado da Norma nº 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017 (DGS, 2017d)

Quadro 7 – Educação para a saúde da pessoa com OEI

Educação para a saúde nos cuidados à OEI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ensinar, instruir, treinar e supervisionar os cuidados de higiene ao estoma e pele periestomal; 2. Ensinar a reconhecer complicações que afetam o estoma e a pele periestomal; 3. Autocuidado, relativamente às necessidades básicas e/ou atividades de vida diária, promovendo estilos de vida saudável: <ol style="list-style-type: none"> a) Autocuidado higiene corporal (banho): indicado sem ou com o sistema coletor, protegendo o filtro com autocolante apropriado; b) Autocuidado vestuário: manter o mesmo modelo/estilo de roupa, com a atenção de evitar elásticos e cinto apertado sobre o estoma; c) Autocuidado alimentação: adequação do regime alimentar às necessidades individuais, tipo de ostomia e equilíbrio hidroeletrólítico – ANEXO IV; d) Adaptação profissional, social e recreativa: estratégias adaptativas para facilitação do regresso à atividade; e) Expressão sexual no adulto: presença da ostomia no autoconceito sexual e na gestão da intimidade; f) Expressão sexual em idade pediátrica: presença de ostomia na construção da imagem corporal e interação social e no adolescente com atividade sexual, em situação de ostomia definitiva; g) Autocontrolo da continência intestinal (instruir técnica de irrigação e fortalecimento da musculatura pélvica). 4. Instruir e treinar a utilização de dispositivos e acessórios; 5. Esclarecer sobre os dispositivos; 6. Ensinar e treinar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, para reconstrução do trânsito intestinal; 7. Instruir e avaliar o impacto da alimentação na eliminação intestinal; 8. Referenciar para apoios na comunidade e/ou fomentar encontro entre ostomizados.

Fonte: Adaptado da Norma nº 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017 (DGS, 2017d)

REGISTOS

Os registos de enfermagem são efetuados no processo do utente, com a aplicação informática SCLÍNICO®. Sugerem-se os seguintes focos de atenção e diagnósticos:

Quadro 8 – Exemplo de registos em SCLÍNICO®

PROGRAMAS	
Ostomizados Saúde do Idoso/Adulto/Juvenil/Infantil Dependentes	Domicilio (caso a situação de dependência o justifique) Tratamento de feridas/ulceras
Focos de atenção	Intervenções de diagnóstico
Comportamento de procura de saúde	Avaliar comportamento de procura de saúde Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde
Ferida cirúrgica	Avaliar ferida cirúrgica Vigiar liquido de drenagem Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica Avaliar conhecimento do cuidador sobre a ferida cirúrgica Avaliar conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações com a ferida

Autocuidado higiene	Avaliar autocuidado higiene Avaliar compromisso no autocuidado higiene Avaliar capacidade do cuidador para cuidar da higiene
Autocontrole incontinência urinaria	Avaliar autocontrole incontinência urinaria Avaliar conhecimento sobre autocontrole incontinência urinaria Avaliar conhecimento do cuidador sobre autocontrole incontinência urinaria Vigiar eliminação urinaria
Autocontrole incontinência intestinal	Avaliar autocontrole incontinência intestinal Avaliar conhecimento sobre autocontrole incontinência intestinal Avaliar conhecimento do cuidador sobre autocontrole incontinência intestinal Avaliar a capacidade para irrigação intestinal
Maceração	Avaliar maceração Avaliar risco de maceração Avaliar potencial para melhorar conhecimento Avaliar conhecimento sobre prevenção de maceração Avaliar conhecimento do cuidador sobre prevenção de maceração Vigiar pele periférica ao estoma
Desidratação	Avaliar desidratação Avaliar risco de desidratação Avaliar conhecimento sobre prevenção de desidratação Avaliar conhecimento do cuidador sobre prevenção de desidratação
Alimentar-se	Avaliar o alimentar-se Avaliar compromisso no alimentar-se Avaliar capacidade do cuidador para alimentar/assistir no alimentar-se Avaliar capacidade para alimentar-se através de sonda gástrica Avaliar capacidade do cuidador para alimentar através de sonda gástrica
Mal nutrição	Avaliar malnutrição Avaliar conhecimento sobre prevenção de malnutrição Avaliar conhecimento do cuidador sobre prevenção de malnutrição
Obesidade	Avaliar conhecimento sobre obesidade
Gestão do regime terapêutico	Avaliar potencial para melhorar capacidade Avaliar potencial para melhorar conhecimento Avaliar gestão de regime terapêutico Avaliar capacidade para gerir regime de exercício, dietético e medicamentoso Avaliar conhecimento sobre regime de exercício, dietético e medicamentoso
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao regime de exercício, dietético e medicamentoso Avaliar adesão ao regime terapêutico Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão
Aceitação do estado de saúde	Avaliar aceitação do estado de saúde
Imagem corporal	Avaliar imagem corporal Avaliar conhecimento sobre imagem corporal
Autoestima	Avaliar autoestima "escala de Rosenberg"
Medo	Encorajar a verbalização de sentimentos Escutar ativamente a pessoa Identificar e desmistificar medos presentes
Papel do prestador de cuidados	Avaliar papel do cuidador Avaliar potencial do cuidador para tomar conta Avaliar capacidade do cuidador para tomar conta

	Avaliar conhecimento do cuidador sobre tomar conta
Stress do prestador de cuidados	Avaliar stress do prestador de cuidados Avaliar conhecimento do cuidador para gerir stress
Dor	Avaliar conhecimento sobre dor Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dor Avaliar potencial para melhorar conhecimento
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação Avaliar conhecimento sobre vacinação

INDICADORES

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no Projeto da CEET – Apêndice XVI).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2009). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório no contexto domiciliar*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.
- Cardoso, T. (2011). *Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In Meleis, A. (Editor) *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, (pp. 24-38). New York: Springer Publishing Company.
- Coelho, A.; Santos, F. & Poggetto, M. (2013). A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Revista Mineira de Enfermagem*. 17(2): 258-267.
- Despacho n.º11233/2016 de 19 de setembro (2016). Estabelece disposições para melhorar a acessibilidade e simplificar os processos no acesso aos produtos para absorção de urina e fezes. *Diário da República n.º 180/2016, Série II de 19 setembro*. 28489 – 28490.
- Dias, C.; Freitas, M. & Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 23: 439-450.
- Direção Geral da Saúde (2017a). *Norma n.º 011/2016 de 28/10/2016 a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017b). *Norma n.º 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017c). *Norma n.º 014/2016 de 28/10/2016 atualizada em 3/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenções nas Ostomias de Alimentação em Idade pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017d). *Norma n.º 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Governo do Estado do Espírito Santo (2017). *Manual de Orientação aos Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas*. Vitória: Governo do Estado do Espírito Santo Secretaria da Saúde.
- Grant, M.; McCorkle, R.; Hornbrook, M.; Wendel, C. & Krouse, R. (2013). Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of Cancer Education*. 28: 70-78.
- Gutman, N. (2011) *Colostomy guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.
- Marques, G. (2013) A pessoa submetida a ostomia de eliminação. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (pp.17-23). Lisboa: LIDEL.
- Miranda, L. (2013). *A Importância da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia na Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada na Comunidade*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Morais, I.; Seça, A. & Pereira, M. (2013) Complicações em ostomias de eliminação. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (pp.40-48). Lisboa: LIDEL.
- Morais, I., A., Seça, A., Ferreira, J., Moreira, M., Araújo, H., Pereira, C. et al. (2005). *Estudo de Qualidade de Vida: Um estudo sobre o ostomizado e o seu cuidador*. Disponível em: ebookbrowse.com/estudo-epico-pdf-d2380207999.
- Black & Hawks (2009). Types of colostomies. *Mosby's Medical Dictionary*. 9ª ed. Saint Louis: Elsevier. Disponível em:
<https://www.google.pt/search?tbm=bks&hl=ptPT&q=Mosby%27s+Medical+Dictionary%2C+9th+edition.+%C2%A9+2009%2C+Elsevier>
- Mota, M.J. (2013) Estomaterapia. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (pp.1- 4). Lisboa: LIDEL.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6ª ed.). New York: Mosby.
- Pacheco, R. (2015). A transição na pessoa portadora de uma ostomia de eliminação intestinal. *Açoriano Oriental*. 18917. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3858/01mar2015.pdf>
- Peixoto, P. (2014). Ostomias. In Afonso, C. et al. (Coord.) *Prevenção e tratamento de feridas - da evidência à prática*, (pp. 345-379). Porto: Care4Wounds.

- Pinto, I. (2014). *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: validação do formulário*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pinto, M. (2009). *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: Conhecer e compreender para cuidar*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Portaria n.º 19/2012 de 20 de janeiro (2012). Alteração ao Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, aprovado pela Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro. *Diário da República n.º 15/2012, Série I de 2012-01-20*. 351 – 352.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2009). *Ostomy Care and Management*. Toronto: RNAO.
- Seiça, A. & Morais, I. (2013) Competências no cuidar e tecnologias. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (pp.33-39). Lisboa: LIDEL.
- Santos, C. (2013) Nota Introdutória. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (pp.XV-XVI). Lisboa: LIDEL.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (2014). *Stoma Complications: Best Practice for Clinicians*. New Jersey: WOCN. Disponível em: <https://www.wocn.org/page/librar>

APÊNDICES
(do MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CEET)

APÊNDICE I. Norma de procedimento da CEET

(Texto não transcrito do documento original, uma vez que é coincidente com o apresentado no Projeto da CEET – Apêndice XVI).

APÊNDICE II. Complicações e Intervenções

COMPLICAÇÕES	ETIOLOGIA	INTERVENÇÕES
EDEMA	Resposta fisiológica ao trauma cirúrgico, tende a desaparecer em 2 semanas.	Aplicação de compressas frias ou glicose hipertônica.
HEMORRAGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Hemostase inadequada, se ocorre no pós-operatório imediato. • Estoma é muito vascularizado e pode sangrar ligeiramente durante a higiene, devido a traumatismo. • A mucosa é sensível e vulnerável a certos alimentos mais irritantes. • Sangramento pode estar associado à presença de granulomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaso de maior calibre exige correção cirúrgica. • Não utilizar material abrasivo na higiene do estoma. • Considerar aplicação de hemostático. • Se hemorragia persistir encaminhar para observação médica.
ISQUÊMIA/ NECROSE	Compromisso circulatório, por suturas muito apertadas, tensão excessiva, torção ou disseção excessiva do mesentério.	Se circunscrito à mucosa, pode regenerar, caso contrário é necessária a reconstrução.
DEISCÊNCIA MUCOCUTÂNEA	Total ou parcial, causada por má fixação do estoma à parede abdominal ou decorrente de fatores que interferem na cicatrização – desnutrição, infecção.	Se parcial, aplicar os princípios de tratamento de feridas, associado a sistema coletor de duas peças e proteção da pele periestomal.
ABCESSO	Surge por incumprimento da técnica asséptica, má limpeza do colon ou infecção da sutura.	Trata-se com drenagem e antibioterapia.
EVISCERAÇÃO	Técnica cirúrgica – má fixação enteroparietal ou abertura excessiva da parede abdominal.	Cirurgia
ESTENOSE diminuição do lúmen do estoma dificultando a saída das fezes	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica cirúrgica inadequada; • Processos que levam a uma cicatrização por 2ª intenção (infecção, isquemia, retração, deiscência mucocutânea), inflamação repetida da pele periestomal, incidência de patologia de base (tumor, Crohn); • Aumento do peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatação digital com lubrificação e movimentos circulares; • Ensino sobre hábitos alimentares; • Correção cirúrgica em último recurso.
RETRAÇÃO Afundamento do estoma em relação ao plano cutâneo	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica cirúrgica – má fixação; • Necrose do estoma, infecções repetidas da pele periestomal; • Aumento de peso, obesidade • Remoção precoce da “vareta” 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos e acessórios que induzam convexidade – anéis, placas; • Utilização de cinto.
PROLAPSO exteriorização inesperada de parte da ansa intestinal através do estoma	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica cirúrgica – abertura excessiva da parede abdominal, inadequada fixação; • Aumento da pressão intra-abdominal – presença de massas, tosse, espirro, elevação objetos pesados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução manual – decúbito dorsal, aplicação de pressão suave mas contínua; • Escolha de dispositivo apropriado; • Correção cirúrgica se volume considerável ou compromisso circulatório.

<p>HÉRNIA protusão de vísceras abdominais no tecido subcutâneo, formando uma proeminência na parede periostomal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica cirúrgica – abertura excessiva da parede, posicionamento do estoma em cicatriz prévia; • Excesso de peso ou mau estado geral; • Aumento da pressão intra-abdominal – presença de massas, tosse, espirro, elevação objetos pesados 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de cinta abdominal; • Ensino sobre esforços e pesos excessivos (>10kg), tosse e espirros, levante; • Ensino sobre hábitos alimentares para evitar excesso de peso e obstipação; • Cirurgia se abdómen agudo.
<p>ULCERAÇÃO DO ESTOMA</p>	<p>Normalmente associado a causas traumáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de dispositivo com medida adequada; • Evitar cintos nas calças (preferir suspensórios); • Evitar friccionar o estoma em mesas ou bancadas; • Colocar proteção adequada/almofadar a zona
<p>GRANULOMAS pequenas formações nodulares que sangram ao toque e potencialmente dolorosas; crescem em redor do estoma junto da inserção com a parede abdominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presença prolongada de material de sutura; • Irritação cutânea persistente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar a sua evolução; • Se sangrarem, cauterizar com nitrato de prata; • Laser.
<p>PERFURAÇÃO DO ESTOMA</p>	<p>Normalmente de causa traumática e associado à técnica de irrigação.</p>	<p>Ensino adequado referente à utilização do método de irrigação.</p>

(Peixoto, 2014; Moraes, Seica & Pereira, 2013)

MACERAÇÃO CUTÂNEA	
TIPO/CAUSAS	INTERVENÇÕES
Irritação cutânea de ação mecânica, provocada pelo traumatismo da repetida remoção do dispositivo coletor.	Utilização de dispositivos de duas peças.
Utilização de produtos de higiene desadequados, que contenham corantes, desinfetantes ativos que secam a pele, detergentes, desodorizantes, álcool, éter.	Utilização de material protetor e ensino adequado acerca da higiene do estoma e pele circundante;
Irritação cutânea provocada pelo efluente, por fuga e contato com a pele.	Recurso a protetores cutâneos e a otimização do diâmetro e tipo de dispositivo (sistema convexo, por exemplo).
Alergia à placa ou saco, normalmente desenhando a área de contacto do saco/placa com a pele.	Utilização de um protetor cutâneo e substituição da marca do dispositivo.
Foliculite, inflamação do folículo piloso causado pela remoção traumática dos pelos da região periestomal.	Pelos devem ser cortados em redor da ostomia regularmente, com uma tesoura e o dispositivo deve ser retirado no sentido do crescimento do pelo.
Efeitos da radioterapia sobre a pele, com lesões semelhantes a queimadura. Aumento da sensibilidade e intolerância da pele, mais fina e seca.	Remoção cuidadosa dos dispositivos e sempre que possível deixar a pele exposta ao ar (20 a 30 minutos). Utilizar dispositivo de duas peças para limitar a possibilidade de uma agressão traumática.

(Peixoto, 2014; Morais, Seiça & Pereira, 2013)

COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM ALIMENTAÇÃO	
OBSTIPAÇÃO	MEDIDAS A TOMAR
<p>Pode estar associada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alimentação incorreta (excesso de batata, arroz, farinha, bananas); • baixa ingestão de líquidos; • efeitos de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a ingestão de legumes e fruta (kiwi, ameixas, laranja, manga); • Aumentar a ingestão de líquidos (especialmente água, leite e sumos de fruta); • Se a obstipação se mantiver, procure o médico assistente.
DIARREIA	MEDIDAS A TOMAR
<p>Pode estar associada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ingestão de alguns alimentos (fruta ácida, feijão, ervilhas, cebolas, ameixas, chá preto, café, leite, queijo fresco); • comida muito condimentada; • ingestão exagerada de álcool, especialmente cerveja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar os alimentos/bebida que levaram à diarreia e fazer uma alimentação obstipante (batata, arroz, banana, cenoura); • Fazer uma reposição adequada de líquidos e nutrientes; • Se a situação se mantiver procurar o médico assistente.
GASES / FLAUTULÊNCIA	MEDIDAS A TOMAR
<p>Causados pela ingestão de determinado tipo de alimentos ou bebidas com gás.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mastigar bem e lentamente os alimentos; • Aumentar o consumo de alface, iogurtes e salsa; • Evitar alimentos que provocam mais gases (feijão, grão, ervilhas, cebolas, castanhas).
ODOR	MEDIDAS A TOMAR
<p>Causado pela alimentação e alguma medicação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar ou diminuir determinados alimentos (cebolas, feijão, couve, queijos fortes); • Ingerir iogurte, manteiga, espinafres e salsa.
FEZES COMPACTAS QUE NÃO “DESCEM” PARA O SACO	MEDIDAS A TOMAR
<p>Habitualmente devido a ingestão reduzida de líquidos ou/e de fibras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar esta ingestão de fibras e líquidos; • Ajudar as fezes a descer com a mão, empurrando levemente por cima do saco.

APÊNDICE III. Folheto com recomendações nutricionais para utentes com OEI

EM CASO DE DIARREIA...

Tomar medicação para controlo da diarreia prescrita pelo médico.

Reforçar ingestão de líquidos (2 a 3 litros) – água, tisanas de ervas, sumo de fruta cozida (maçã, pêra), sumo de cenoura ou banana, água mineral sódica sem gás, água de arroz.

A gelatina é outra fonte de água.

Evitar café, chá preto (forte), refrigerantes com gás e bebidas alcoólicas.

Evitar leite ou usar leite sem lactose (disponível nos supermercados). Iogurte é bem tolerado, mas evitar os que estimulam o trânsito intestinal.

Ingerir alimentos com poucas fibras: arroz, batata, massa, pão branco, puré de cenoura.

Evitar alimentos ricos em fibras: vegetais de folha verde, leguminosas (feijão, ervilhas, etc).

Ingerir fruta em calda, fruta cozida sem casca ou açúcar e banana.

Evitar refeições ricas em gordura e condimentos.

A diarreia pode conduzir à desidratação, que representa um risco para a saúde.
Receita para re-hidratação rápida:

- 1 litro água
- 2 chávenas de sumo concentrado
- 1 colher sopa de açúcar
- 1 colher chá de sal
- 1 colher chá de bicarbonato de sódio

EFEITO DE ALGUNS ALIMENTOS NAS CARACTERÍSTICAS DAS FEZES

ALIMENTOS QUE PROVOCAM MAIS GASES
Feijão, ervilha, legumes de folha verde, soja, cebola, cogumelos, pão, bolos, fermentos, leite, chocolate, refrigerantes com gás, cerveja
ALIMENTOS QUE AUMENTAM O CHEIRO
Ovo, peixe, marisco, cebola, alho, couve, espargos, queijo, café, especiarias (caril, cominhos)
ALIMENTOS QUE DIMINUEM CHEIRO/GASES
Iogurte natural, salsa, alface, sumo de mirtilo
ALIMENTOS QUE IRRITAM O ESTOMA
Condimentos fortes, sumo de frutas ácidas
ALIMENTOS QUE "PRENDEM" O INTESTINO
Arroz, batata, banana, doce de maçã, tapioca, queijo seco, frutos secos, chá "fraco"
ALIMENTOS QUE PROVOCAM DIARREIA
Leite, feijão, tomate, vegetais verdes, figo, ameixa, laranja, morango, kiwi, melancia, cerveja, gorduras cruas, condimentos picantes
ALIMENTOS QUE ALTERAM A COR
Espargos, beterraba, morangos, molho de tomate, corantes alimentares, ferro (comprimidos)

Elaborado por:
Enf. Vanda Janeiro,
Revisto por: CCS ACES

OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

CEET

ACES

Xª feira das Xh às Xh
 Telefone
 - MAIL -

O que é uma Colostomia?

A **Colostomia** resulta de uma intervenção cirúrgica que exterioriza uma porção do intestino grosso, através de uma abertura feita na parede abdominal. A sua localização vai depender da zona de intestino afetada.

A consistência das fezes vai depender da zona em que foi construída a colostomia: quanto mais próxima do ânus, mais consistente será o produto de excreção – pode variar de semi-líquidas a moldadas.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Durante as primeiras três semanas após a cirurgia deverá optar por uma dieta pobre em fibras, evitando vegetais frescos, sementes, grãos, fruta crua com pele. Pode consumir vegetais e fruta se forem bem cozinhados.

Aos poucos pode e deve reintroduzir todos os alimentos que gosta. Experimente um de cada vez para perceber que reação provocam individualmente.

Uma dieta variada tem mais nutrientes, que são essenciais à sua recuperação.

Evite refeições muito condimentadas, gordurosas ou açucaradas, pois dificultam a digestão e irritam as paredes do intestino, inclusivamente o estoma e pele circundante.

Coma várias vezes ao dia num padrão certo, pois ajuda a regularizar o trânsito intestinal.

Mastigue bem os alimentos – a digestão começa na boca!

RECOMENDAÇÕES GERAIS

A produção de gases é um dos principais problemas para o colostomizado. Estes podem ser provocados:

- Deitar-se logo após as refeições
- Falar enquanto come
- Engolir ar
- Engolir grandes porções de uma vez
- Beber através de palhinha
- Mastigar pastilhas
- Fumar
- Problemas de dentição

Beba muitos líquidos - 6 a 8 copos por dia. Dê preferência à água, mas pode complementar com chá de ervas/tisanas e sumos de fruta pouco ácidos. Beba pequenos goles de cada vez e de preferência fora das refeições.

Lembre-se que cada pessoa reage de sua maneira. À medida que for experimentando diferentes alimentos, vai perceber quais evitar.

O que é uma Ileostomia?

A **Ileostomia** resulta de uma intervenção cirúrgica que exterioriza a porção terminal do intestino delgado (ileo), através de uma abertura feita na parede abdominal. O intestino grosso (cólon) pode ter sido totalmente removido ou apenas uma parte.

As fezes costumam ser líquidas ou semi-líquidas e podem conter partículas de alimentos não totalmente digeridos.

APÊNDICE XVIII. FLYER DE DIVULGAÇÃO DA CEET



Enf. Dulce Oliveira • Enf. Vanda Janeiro

Estomaterapia é uma área diferenciada de cuidados de enfermagem que integra saberes científicos, técnicos e princípios da relação de ajuda, facilitando o processo de adaptação da pessoa ostomizada à sua nova condição de vida, através da informação, ensino e aconselhamento.

A intervenção de enfermagem à pessoa submetida a ostomia deve ser efetuada nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiros com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, a nível dos cuidados hospitalares, dos cuidados domiciliários, dos cuidados continuados, dos cuidados paliativos e dos cuidados de saúde primários – Norma DGS nº. 15/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto.

OBJETIVOS DA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

Promover o autocuidado da pessoa em relação à ostomia e manutenção das atividades de vida diárias

Contribuir para reinserção familiar, social e laboral da pessoa ostomizada

Adaptar os dispositivos e acessórios disponíveis de acordo com a pessoa e o tipo de estoma

Diminuir os custos na aquisição de material de estomaterapia, através do acompanhamento individualizado e adequação dos dispositivos e acessórios

Identificar complicações com estoma e/ou pele periestomal e intervir na sua resolução ou encaminhar para o profissional com competências para a sua resolução

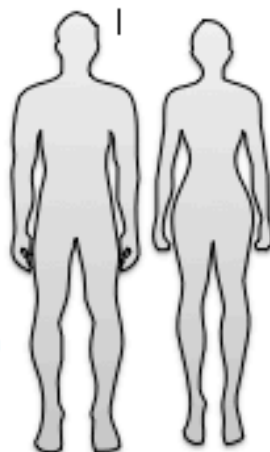
Proporcionar o contato entre pessoas com ostomia, facilitando a adaptação da pessoa recentemente ostomizada à sua nova condição de saúde

(Frente)

POPULAÇÃO ALVO

Utentes do ACES [redacted] com ostomia

Ostomia Respiratória
Traqueostomia
Traqueotomia



Ostomia de Alimentação
Gastrostomia
Jejunostomia

Ostomia de Eliminação Urinária
Nefrostomia
Cistostomia
Ureteroileostomia



Ostomia de Eliminação Intestinal
Ileostomia
Colostomia

- A consulta está acessível a todos os utentes do ACES Amadora com ostomia (e cuidadores).
- Todos os utentes (ou cuidadores) que se deslocam à UF para a 1ª consulta após cirurgia, solicitando receituário de material de ET, são referenciados pelo médico de MGF para a consulta.
- Todos os utentes que se deslocam à UF para realização de tratamentos após cirurgia, são referenciados pelo enfermeiro da UF para a consulta, mesmo que sejam acompanhados a nível hospitalar no âmbito da sua ostomia.
- Todos os utentes (ou cuidadores) podem solicitar, por sua iniciativa, uma marcação para consulta, devendo fornecer à assistente técnica os elementos de identificação atualizados para o posterior contato e agendamento pela equipa responsável.

Consulta de Estomaterapia
ACES [redacted]
REFERENCIAÇÃO POR MAIL



Horário

(a definir)

Localização

UCSP [redacted]
R. Joaquim Barradas de
Carvalho, 1
Amadora

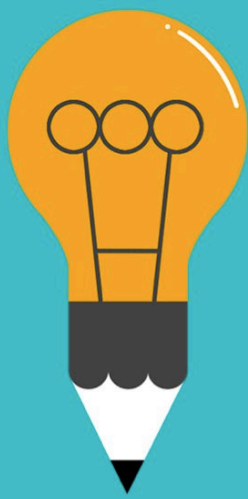
Contatos

Telefone: [redacted]

Mail: (a definir)

(Verso)

APÊNDICE XIX. SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DA CEET



CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA ACES

VANDA JANEIRO

USF

vanda.janeiro@arslvt.min-saude.pt

ESEL - Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, Opção de Enfermagem Oncológica

RESUMO



01 INTRODUÇÃO

02 JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

03 CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA - CEET
CONCEITO, OBJETIVOS, ESTRUTURA, CIRCUITO



A presença de uma ostomia causa profundas mudanças na vida da pessoa portadora e sua família, manifestadas por desajustes físicos, emocionais, sociais e familiares.
(Sousa, Branco e Brito, 2015)

O processo de adaptação à nova realidade é complexo e exige intervenções promotoras da aquisição de conhecimentos e capacidades por parte do utente e/ou seu cuidador.

A patologia que mais contribui para o estabelecimento de uma ostomia é o CCR.

WORLD CANCER RESEARCH FUND

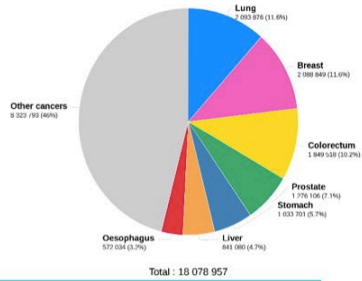
- 3º mais comum a nível global
- 1,8 milhões casos em 2018

WCR 2014:

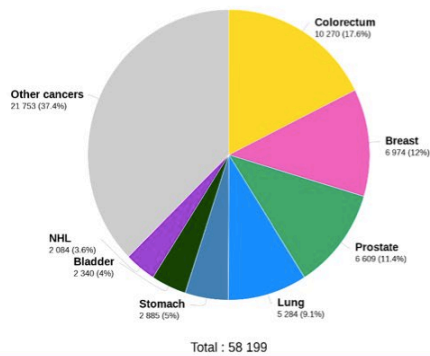
- 3º mais comum nos homens
- 2º mais comum nas mulheres



Estimated number of new cases in 2018, worldwide, all cancers, both sexes, all ages



Estimated number of new cases in 2018, Portugal, all cancers, both sexes, all ages

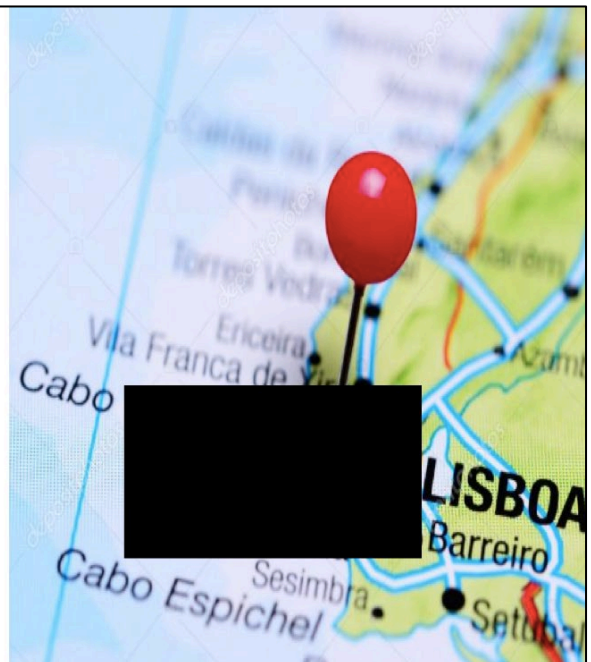


CEET Justificação do Projeto

Não se conhece o número exato de ostomizados em Portugal, apontando-se para um universo de 20 mil pessoas (APO, 2019).

ACES

Em 2017 estavam identificados 300 utentes com ostomia.



CEET

Justificação do Projeto



Os procedimentos relacionados com a ostomia, acarretam diversas mudanças na vida do doente, com **consequências físicas, psicológicas e sociais**, cuja minimização deve fundamentar-se numa abordagem de **acompanhamento contínuo**, com garantia de acesso atempado ao material adequado, **promoção do autocuidado** e homogeneização de procedimentos. (...) o acompanhamento após a alta deve ser o **MAIS PRÓXIMO POSSÍVEL DO LOCAL DE RESIDÊNCIA E/OU TRABALHO** dos ostomizados, revelando-se aqui os CSP como a resposta que melhor permite assegurar esse acompanhamento próximo, contínuo, com qualidade e de forma integrada.

(Despacho n.º 11233/2016 de 19 de setembro de 2016)



Deve ser implementada a intervenção de enfermagem à pessoa com OEI na fase pós-ostomia, realizada por enfermeiro com experiência e formação específica em cuidados de estomaterapia, a nível dos cuidados hospitalares, dos cuidados domiciliários, UCC, CP e **CSP**.

(Norma n.º 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017)

CEET

Justificação do Projeto

OBJETIVO GERAL

Melhoria da qualidade dos cuidados prestados a utentes com ostomia respiratória, alimentação, eliminação urinária e intestinal, e seus cuidadores, através da concepção e implementação de uma CEET no ACES [REDACTED].

Prestar cuidados na área da ESTOMATERAPIA à pessoa portadora de ostomia e/ou cuidador

Efetuar consultoria na área da ESTOMATERAPIA a profissionais de saúde no ACES [REDACTED]

CEET

Percurso da Equipa da CEET



1999

2015

2017



2018



2019



Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com OEI:
A resposta dos Cuidados de Saúde Primários

CEET

PLANEAMENTO



A. CONCEITO CEET

B. OBJETIVOS CEET

C. ESTRUTURA

D. RECURSOS

E. INDICADORES

F. DOCUMENTAÇÃO APOIO

CEET

A. CONCEITO

Estomaterapia é uma área diferenciada de cuidados de Enfermagem que integra saberes científicos, técnicos e princípios da relação de ajuda, facilitando o processo de adaptação da pessoa ostomizada à sua nova condição de vida, através da **informação, ensino e aconselhamento** (Mota, 2013).

Num estudo de sobre a qualidade de vida da pessoa com ostomia e seu cuidador, a informação e aconselhamento que melhor satisfazem as suas necessidades, é a proveniente de enfermeiros com formação específica na área de ET, quando comparada a outros profissionais de saúde (Morais, Seíça, Ferreira et al. 2005).



CEET

B. OBJETIVOS

01 Prestar cuidados de enfermagem individualizados à pessoa com ostomia e/ou seu cuidador

02 Promover o autocuidado da pessoa em relação à ostomia e manutenção das AVD

03 Identificar complicações com estoma ou pele periestoma e intervir na sua resolução ou encaminhar para o profissional com competências para a sua resolução

04 Adaptar os dispositivos e acessórios disponíveis de acordo com a pessoa e o tipo de estoma

05 Diminuir os custos na aquisição de material de ET, através do acompanhamento individualizado e adequação dos dispositivos e acessórios

06 Articular com as ECCI do ACES [REDACTED]

07 Contribuir para reinserção familiar, social e laboral da pessoa ostomizada

08 Proporcionar o contato entre pessoas com ostomia, facilitando a adaptação da pessoa recentemente ostomizada à sua nova condição de saúde

CEET

C. ESTRUTURA



01

POPULAÇÃO ALVO

02

CIRCUITO DE REFERENCIAÇÃO
FLUXOGRAMA

03

HORARIO, DURAÇÃO E PERIODICIDADE

04

CONTEÚDO

CEET

C1. POPULAÇÃO ALVO

OSTOMIAS RESPIRATÓRIAS
Traqueostomia



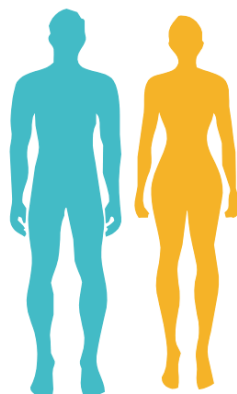
OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO
Gastrostomia
Jujunostomia



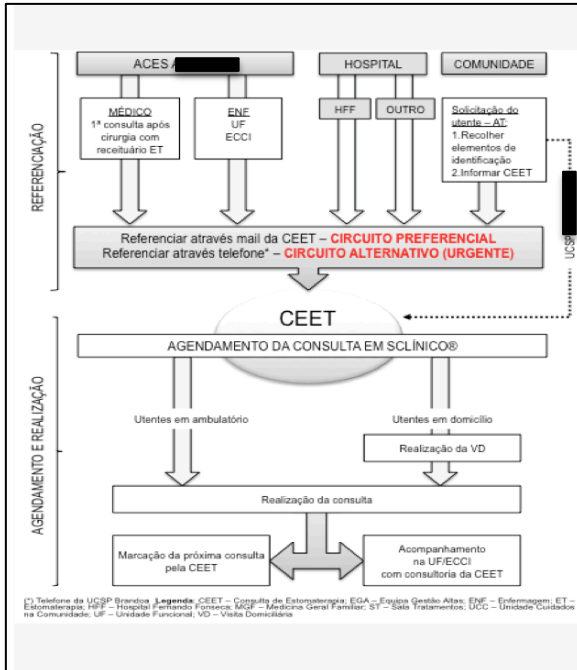
OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO URINÁRIA
Nefrostomia
Cistostomia
Ureteroileostomia (Bricker)



OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL
Ileostomia
Colostomia



A CEET ESTÁ ACESSÍVEL A TODOS OS UTENTES DO ACES [REDACTED] COM OSTOMIA E CUIDADORES.



CEET

C2. CIRCUITO DE REFERENCIAÇÃO

1. Todos os utentes e cuidadores são referenciados para a CEET, pelo médico, na 1ª consulta após cirurgia, quando solicitam receituário de material de ET;
2. Todos os utentes e cuidadores são sinalizados para a CEET, pelo enfermeiro, quando realizarem tratamentos após cirurgia na UF (mesmo que sejam acompanhados a nível hospitalar no âmbito da sua ostomia);
3. Todos os utentes e cuidadores são sinalizados para a CEET, pelo enfermeiro da ECCI, quando efetuar a 1ª VD após cirurgia (mesmo que sejam acompanhados a nível hospitalar no âmbito da sua ostomia);
4. Os utentes podem solicitar marcação de CEET, cedendo os elementos de identificação às AT das UF, aguardando o contato da equipa da CEET para agendamento.
5. As referências e pedidos de marcação são enviados por mail à equipa da CEET, que é quem procede ao agendamento dos utentes.

CEET

C3. HORÁRIO, DURAÇÃO, PERIODICIDADE

HORÁRIO

4h semanais

DURAÇÃO

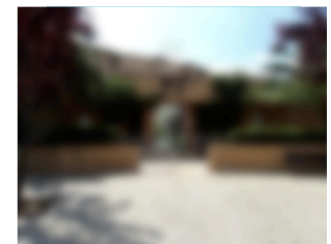
30' consulta

PERIODICIDADE

1ª consulta Hospital

Consultas subsequentes:

- a) Aos 15 dias;
- b) Aos 30 dias;
- c) Aos 3 meses;
- d) Aos 6 meses;
- e) Aos 12 meses;
- f) Anualmente.



UCSP

CEET

C4. CONTEÚDO

MONITORIZAÇÃO

- a) Avaliação do estado geral;
- b) Avaliação do estoma e pele periestomal;
- c) Cuidados ao estoma e pele periestomal;
- d) Prevenção, deteção e tratamento de complicações cutâneas;
- e) Prevenção e deteção de complicações de estoma;
- f) Treino e avaliação da pessoa com ostomia no autocuidado e na utilização da aparelhagem de dispositivo coletor

(adaptado de DGS, 2017).

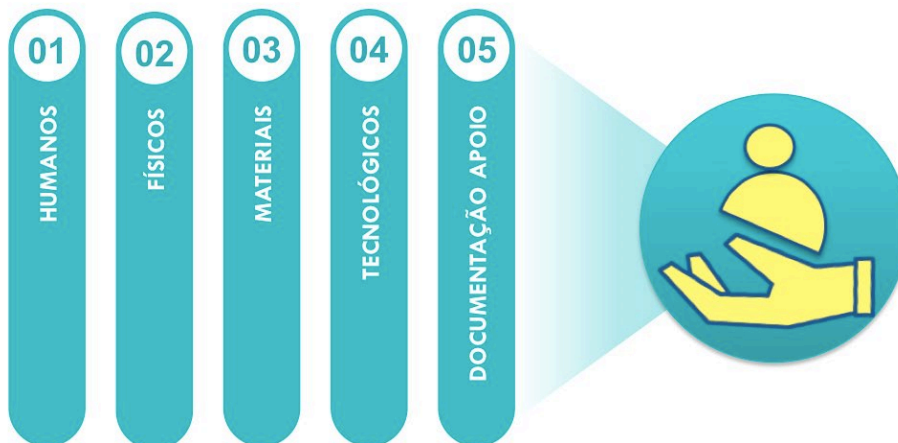
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- a) Ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar cuidados à ostomia;
- b) Reconhecer complicações que afetam o estoma e a pele periestomal;
- c) Promover o autocuidado (necessidades básicas e ou atividades de vida diária);
- d) Instruir e treinar a utilização dispositivos e acessórios;
- e) Ensinar e treinar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica para a reconstrução trânsito intestinal (quando aplicado);
- f) Instruir e avaliar impacto da alimentação na eliminação intestinal (se aplicado)

(DGS, 2017).

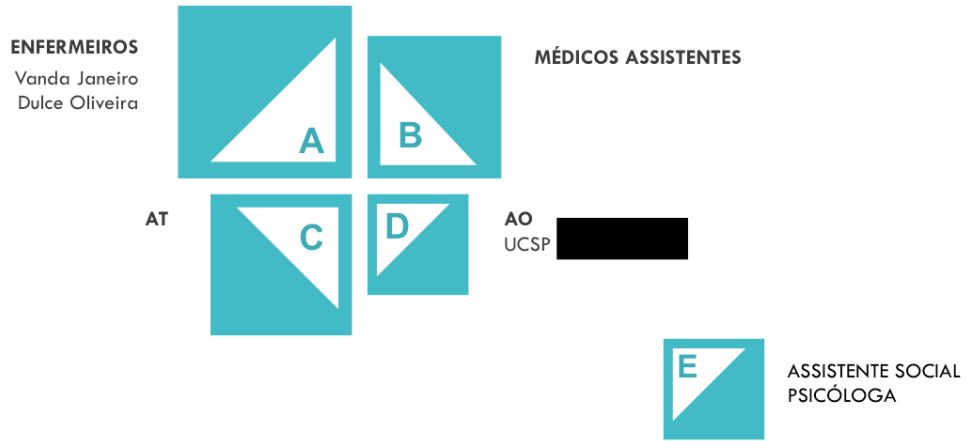
CEET

D. RECURSOS



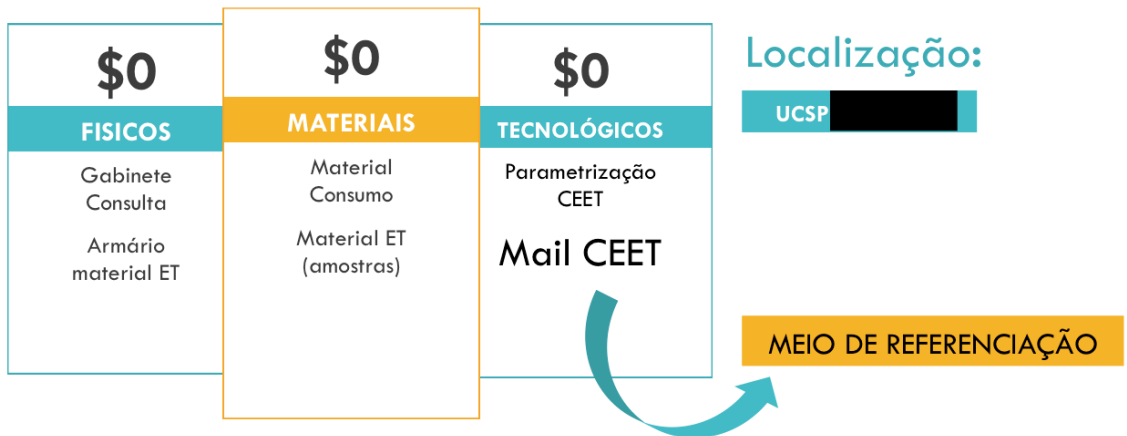
CEET

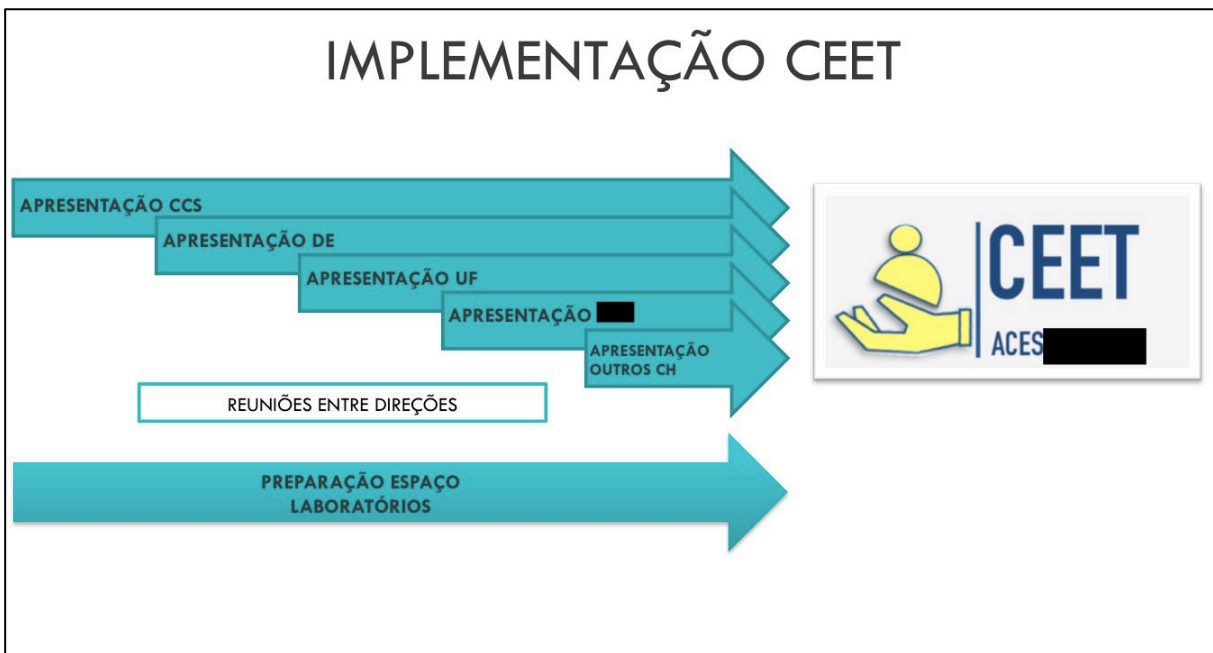
D1. RECURSOS HUMANOS



CEET

D2. RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS E TECNOLÓGICOS





CEET

BIBLIOGRAFIA

- Associação Portuguesa de Ostimizados (2019). *Apresentação da Associação*. Disponível em: <http://www.apostomizados.pt/pt/content/2-associacao/13-apo>
- Despacho n.º11233/2016 de 19 de setembro (2016). Estabelece disposições para melhorar a acessibilidade e simplificar os processos no acesso aos produtos para absorção de urina e fezes. *Diário da República n.º 180/2016, Série II de 19 setembro*. 28489 – 28490.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Norma n.º015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 3/3/17. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- International Agency for Research on Cancer (2018). *Globocan 2018*. Lyon: WHO. Disponível em: <http://gco.iarc.fr>
- Morais, I., A., Seíça, A., Ferreira, J., Moreira, M., Araújo, H., Pereira, C. et al. (2005). *Estudo de Qualidade de Vida: Um estudo sobre o ostomizado e o seu cuidador*. Disponível em: ebookbrowse.com/estudo-epico-pdf-d2380207999
- Mota, M.J. (2013) Estomaterapia. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp.1-4). Lisboa: LIDEL
- Sousa, C.; Branco, Z. & Brito, D. (2015). Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco*. 3: 12-15.
- World Cancer Research Fund (2018). *Colorectal cancer statistics*. Disponível em: <https://www.wcrf.org/>
- World Health Organization (WHO). *World Cancer Report 2014*. Lyon: WHO. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>

ANEXOS

ANEXO I. FORMULÁRIO *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal*

FORMULÁRIO
**Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa
com ostomia de eliminação intestinal**

Elaborado por: Gomes, Silva & Cardoso (2011) / Validado por: Pinto (2014)

I - Caracterização sociodemográfica

1. GÉNERO:

1 Masculino 2 Feminino

2. IDADE: _____ (anos)

3. ESTADO CIVIL:

1 Solteiro (a) 2 Casado (a)/União de facto 3 Divorciado(a)/ Separado(a) 4 Viúvo(a)

4. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

1 Não sabe ler nem escrever 2 Sabe ler e escrever sem habilitações literárias

3 Anos de escolaridade _____

5. SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL:

- 1 Empregado no ativo
- 2 Empregado não ativo (baixa, licença)
- 3 Incapacitado permanente para o trabalho
- 4 Desempregado
- 5 Reformado, aposentado ou em reserva
- 6 Estudante
- 7 Tarefas domésticas

6. PROFISSÃO ATUAL:

1 _____

2 Não se aplica

7. HÁ QUANTO TEMPO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA:

1 Há menos de 1 mês Há _____ dias

2 Há mais de 1 mês Há _____ meses

3 Aguarda cirurgia

8. DIAGNÓSTICO CLÍNICO ASSOCIADO À CIRURGIA:

1 _____

2 Não sabe responder

9. TIPO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL:

1 Colostomia 2 Ileostomia

10. TIPO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL, QUANTO À DURAÇÃO:

1 Temporária 2 Definitiva 3 Não sabe responder

11. TEVE CONTACTO COM PESSOAS OSTOMIZADAS ANTES DA CIRURGIA?

1Não 2Sim

12. PARTICIPOU EM CONSULTA (S) DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA NO PRÉ-OPERATÓRIO?

1Não 2Sim

13. REALIZADA MARCAÇÃO DO LOCAL DE CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA?

1Não 2Sim

14. TEM PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL?

1Não 2Sim Quem?

2.1Cônjuge

2.2Parceiro em união de facto

2.3Filho (a)

2.4Pai ou mãe

2.5Sogro ou sogra

2.6Nora ou genro

2.7Irmão ou irmã

2.8Neto (a) ou bisneto (a)

2.9Avô (ó) ou bisavô (ó)

2.10Outro familiar/ convivente. Qual? _____

II – Avaliação da competência de autocuidado

DOMÍNIOS DA COMPETÊNCIA		AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA			
A) CONHECIMENTO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	46. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal.				
	47. Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal.				
	48. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal.				
	49. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.				
	50. Refere quais os dispositivos necessários à ostomia.				
	51. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia.				
	52. Refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia.				
	53. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada.				
	54. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.				
B) AUTO-VIGILÂNCIA		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	55. Observa a ostomia de eliminação intestinal.				
	56. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal.				
	57. Identifica as características das fezes.				
	58. Identifica sinais de alteração das fezes.				
	59. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.				
	60. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia.				
	61. Regista ocorrências significativas				

C) INTERPRETAÇÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	62. Questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação.				
	63. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.				
	64. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes.				
	65. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.				
D) TOMADA DE DECISÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	66. Estabelece prioridades na tomada de decisão.				
	67. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.				
	68. Previne as complicações da ostomia.				
	69. Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.				
E) EXECUÇÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	70. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto.				
	71. Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional.				
	72. Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados.				
	73. Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia.				
	74. Mede o tamanho da ostomia.				
	75. Recorta a placa/ penso de acordo com o tamanho da ostomia.				
	76. Desadapta o saco da placa de ostomia (se dispositivo de 2 peças).				
	77. Liberta os gases contidos no saco de ostomia.				
	78. Descola a placa de ostomia.				
79. Limpa a ostomia de eliminação intestinal.					

	80. Lava a pele periestomal.				
	81. Seca a pele periestomal.				
	82. Aplica protetores cutâneos.				
	83. Cola a placa de ostomia.				
	84. Adapta o saco de ostomia (se dispositivo de 2 peças).				
	85. Confirma o ajuste do dispositivo.				
	86. Realiza a técnica de irrigação intestinal.				
F) NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
Indicadores	87. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada.				
	88. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.				
Indicadores	89. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia.				
	90. Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde.				

Referências Bibliográficas

- Cardoso, T. (2011). *Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pinto, I. (2014). *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: validação do formulário*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

ANEXO II. CERTIFICADO DE PRESENÇA E DE PARTICIPAÇÃO NO 2º
ENCONTRO DE ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA DO CENTRO
HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

2^a Encontro de Enfermagem em Estomaterapia

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Vanda Cristina Oliveira Janeiro

participou no 2.º Encontro de Enfermagem em Estomaterapia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, com o tema “**Conquistas e Desafios em Estomaterapia**” que decorreu no Centro de Reabilitação do Norte – Valadares, nos dias 22 e 23 de novembro de 2018, com a duração de 16 horas.

Conteúdo programático no verso

Vila Nova de Gaia, 3 de dezembro de 2018



ORGANIZAÇÃO

A Presidente do Encontro
Carmo Moura
(Enf.ª Carmo Moura)

2^a Encontro de Enfermagem em Estomatoterapia

CERTIFICADO

certifica-se que o trabalho

*"Consulta de Enfermagem de Estomatoterapia em Cuidados de Saúde Primários:
uma intervenção na comunidade com cuidadores formais de serviço de apoio "*

dos autores

Vanda Janeiro | Ana Luísa Silva | Óscar Ferreira

foi apresentado sob a forma de **Comunicação Livre**,
no 2.º Encontro de Enfermagem em Estomatoterapia do Centro
Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Vila Nova de Gaia, 11 de dezembro de 2018



A Presidente do Encontro
Carmo Moura
(Enf.ª Carmo Moura)

ANEXO III. AVALIAÇÕES DE ESTÁGIO

ESTÁGIO 1	<p>NOTA DE ESTÁGIO = média da nota dos indicadores avaliados</p> <p>NOTA: <u>Excelente</u></p> <p>NOTA FINAL: <u>18 (dezito) valores</u></p> <p>Legenda:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Insuficiente</td> <td>Suficiente</td> <td>Bom</td> <td>Muito Bom</td> <td>Excelente</td> </tr> <tr> <td>< 9,5</td> <td>10-13</td> <td>14-15</td> <td>16-17</td> <td>18-20</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	< 9,5	10-13	14-15	16-17	18-20
1	2	3	4	5												
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente												
< 9,5	10-13	14-15	16-17	18-20												
ESTÁGIO 2	<p>Legenda:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Insuficiente</td> <td>Suficiente</td> <td>Bom</td> <td>Muito Bom</td> <td>Excelente</td> </tr> <tr> <td>< 9,5</td> <td>10-13</td> <td>14-15</td> <td>16-17</td> <td>18-20</td> </tr> </table> <p>NOTA DE ESTÁGIO = média da nota dos indicadores avaliados</p> <p>NOTA: <u>Excelente</u></p> <p>NOTA FINAL: <u>18 valores</u></p>	1	2	3	4	5	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	< 9,5	10-13	14-15	16-17	18-20
1	2	3	4	5												
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente												
< 9,5	10-13	14-15	16-17	18-20												
ESTÁGIO 3	<p>NOTA DE ESTÁGIO = média da nota dos indicadores avaliados</p> <p>NOTA: <u>Excelente (5)</u></p> <p>NOTA FINAL: <u>19,5 val.</u></p> <p>Legenda:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Insuficiente</td> <td>Suficiente</td> <td>Bom</td> <td>Muito Bom</td> <td>Excelente</td> </tr> <tr> <td>< 9,5</td> <td>10-13</td> <td>14-15</td> <td>16-17</td> <td>18-20</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	< 9,5	10-13	14-15	16-17	18-20
1	2	3	4	5												
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente												
< 9,5	10-13	14-15	16-17	18-20												

