



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO AO DOENTE
ONCOLÓGICO COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO
INTESTINAL**

Ana Luísa de Nóbrega e Silva

**Lisboa
2022**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO AO DOENTE
ONCOLÓGICO COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO
INTESTINAL**

Ana Luísa de Nóbrega e Silva

Orientador: Professor Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira

Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Educar não transforma o mundo. Educação muda as pessoas.
Pessoas transformam o Mundo”*

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Aos Senhores Professores Doutores Óscar Ferreira e Alexandra Pinto dos Santos
...pela orientação e disponibilidade em todas as etapas deste percurso.

À Lina e à Catarina, minhas amigas e colegas
... por serem a âncora nos momentos mais difíceis.

À Dr.^a Paula Brandão e à Dr. Carla Antunes
...pela ajuda.

À minha família, especialmente à minha filha Bia e ao meu marido
...pelo apoio, paciência e amor incondicional.

À minha querida mãe Anita
...pelo exemplo de mãe e Enfermeira, tenho pena que não tenhas visto cá a
concretização deste percurso, mas eu sei que te orgulhas!

Às Senhoras Enfermeiras Orientadoras Clínicas pela experiência partilhada ao
longo dos estágios...como eu gostei de aprender!

E a todos aqueles que sempre acreditaram em mim

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APECE – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Estomatoterapia

ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCR – Cancro Colon e Reto

CEEEEMC - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CEET – Consulta de Enfermagem de Estomatoterapia

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CMTV- Câmara Municipal de Torres Vedras

CSP- Cuidados de Saúde Primários

CT – Conselho Técnico

DGS – Direção-Geral da Saúde

E – Estágio

ECCO – Enfermeira Coordenadora Cuidados Oncológicos

EEEMC – Enfermeira Especialista Enfermagem Médico-cirúrgica

EEMC – Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMCVDO- Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica na Vertente do Doente Oncológico

ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement

NN – Nursing Navigator

OC – Orientadora Clínica

OIE – Ostomia Eliminação Intestinal

OMS – Organização Mundial de Saúde

POEI – Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal

QT – Quimioterapia

RT - Radioterapia

UCSP –Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O objetivo deste relatório é descrever de forma crítica como foram adquiridas e desenvolvidas competências específicas relativas ao grau de mestre e de especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica na vertente Oncológica. Em Portugal o cancro do colon e reto (CCR) é a doença com mais novos casos anuais e a principal razão para as ostomias de eliminação intestinal (OEI). Estima-se a existência de 20 mil pessoas com ostomia, sendo a OEI a mais frequente. A pessoa com ostomia de eliminação intestinal (POEI) confronta-se com alterações profundas na sua vida (físicas, psicológicas, espirituais e sociais) que exigem intervenções de Enfermagem especializada com ênfase na dimensão educativa, as quais contribuem para a sua capacitação, em todos os domínios de cuidados. A evidência reforça a importância da estomaterapia como formação específica dos enfermeiros. Os profissionais nos CSP nem sempre têm competência para prestar cuidados às POEI, e existem poucas Consultas de Enfermagem de Estomaterapia (CEET) nos CSP. Pretende-se colmatar as falhas enunciadas e assegurar a acessibilidade de cuidados especializados à POEI na unidade de CSP onde trabalho. Realizei uma Revisão Scoping que deu resposta à pergunta “Quais são as intervenções do enfermeiro especialista que promovem o autocuidado ao doente oncológico com ostomias de eliminação intestinal?”. Paralelamente realizei três estágios que decorreram em três instituições de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo, no âmbito hospitalar, terminando nos CSP. Foram desenvolvidas intervenções que enfatizaram a importância da estomaterapia e da promoção do autocuidado da POEI e do seu cuidador. De relevar as atividades promotoras da literacia das POEI e dos profissionais de saúde sobretudo na Comunidade, a elaboração de vários folhetos de apoio e de um Guia de Boas Práticas Promotoras do Autocuidado à POEI no local onde exerço a profissão, e a articulação criada com a CEET no Centro de saúde.

Palavras chave: Cancro colon e reto, Ostomias de eliminação intestinal, Autocuidado, Cuidados de enfermagem, cuidados de saúde primários

ABSTRAT

The objective of this report is to critically describe how specific skills related to the master's degree and specialist in the field of medical-surgical nursing in the Oncology area were acquired and developed. In Portugal, colon and rectal cancer (CRC) is the disease with the most new annual cases and the main reason for intestinal elimination ostomies (IEO). It is estimated that 20,000 people have an ostomy, with IEO being the most frequent. People with intestinal elimination ostomy (PIEO) are faced with profound changes in their lives (physical, psychological, spiritual and social) that require specialized Nursing interventions with an emphasis on the educational dimension, which contribute to their training and should be ensured in all areas of care. The evidence reinforces the importance of stomatherapy as a specific training for nurses. Professionals in PHC are not always competent to provide care to PIEO which are referenced and there are few Stomatherapy Nursing Consultations (STNC) in PHC. This project aims to fill the gaps mentioned and ensure the accessibility of specialized care to PIEO in the PHC unit where I work. I performed a Scoping Review that answered the question "What are the interventions of the specialist nurse that promote self-care for cancer patients with intestinal elimination ostomies?". At the same time, I carried out three internships that took place in three health institutions in the Lisbon and Tagus Valley region, in the hospital environment, ending in the PHC. Interventions were developed that emphasized the importance of stomatherapy and the promotion of self-care for PIEO and its caregiver. The activities that promote the literacy of PIEO and health professionals, especially in the Community, should be highlighted, as well as the elaboration of several support leaflets and a Guide to Good Practices Promoting self-care at PIEO at the place where I work, and the articulation created with STNC at the PHC.

Keywords: Colon retal cancer, self care, ostomy (colostomy, ileostomy) patients, nursing care, primary health care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1. Fenómeno em estudo: A pessoa com ostomia de eliminação intestinal.....	19
2.1.1. Revisão da literatura sobre OEI.....	19
2.1.2. Intervenções de enfermagem à POEI	23
2.2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	27
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO CLÍNICO	30
3.1. Primeiro Campo de Estágio.....	30
3.2. Segundo Campo de Estágio	37
3.3. Terceiro Campo de Estágio	42
3.4. Análise reflexiva das competências adquiridas	48
4. AVALIAÇÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	51
5. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

ANEXOS

ANEXO I - Participação na formação "Let's talk about sex, stomas and silence", promovido pela Convatec

ANEXO II - Certificados participação no Congresso da APECE

ANEXO III - Avaliação da formação na USF

ANEXO IV - Certificado de realização de formação na USF

ANEXO V - Certificado participação no VII Congresso Ibéro-Americano de Enfermagem

ANEXO VI - Certificado apresentação do póster intitulado "Capacitação do ostomizado intestinal na potencialização da medicação- Intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica"

ANEXO VII - Certificado participação na Webinar "Gestão dos cuidados ao doente com estoma – Epidemiologia clínica, gestão e organização"

APÊNDICES

APÊNDICE I - Scoping Review

APÊNDICE II - O papel do enfermeiro Nursing Navigator

APÊNDICE III - Descrição funcionamento Serviço Oncologia – Estágio 1

APÊNDICE IV - Reflexão sobre a transição segura de cuidados

APÊNDICE V - Livro de apoio aos doentes com Colostomia criado para estágio 1

APÊNDICE VI - Estudo de caso Estágio 2

APÊNDICE VII - Póster – Programa educativo da pessoa com OEI no serviço de internamento

APÊNDICE VIII - Atualização do Poster OEI – Registos de enfermagem em SClínico

APÊNDICE IX - *Reflexão da aprendizagem no Congresso da APECE*

APÊNDICE X - *Formação das cuidadoras informais das IPSS: “Cuidados ao utente com OEI”*

APÊNDICE XI - *Livro de apoio à pessoa com ostomia de eliminação intestinal na CEET*

APÊNDICE XII - *Manual de registos de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com OEI em SClinico*

APÊNDICE XIII - A - *Resultado da avaliação dos conhecimentos da equipa da USF sobre cuidados à POEI antes da formação*

APÊNDICE XIII -B - *Resultado da avaliação dos conhecimentos da equipa da USF sobre cuidados à POEI após a formação*

APÊNDICE XIV - *Apresentação da sessão de formação sobre Intervenções do Enfermeiro Especialista na Promoção do Autocuidado ao doente oncológico com ostomias de eliminação intestinal*

APÊNDICE XV - *Manual de Boas Práticas nos cuidados à POEI na USF*

APÊNDICE XVI - *Panfleto: “ Como cuidar do meu Estoma de Eliminação intestinal?”*

APÊNDICE XVII - *Panfleto: “ A alimentação na pessoa com Ostomia de eliminação intestinal”*

APÊNDICE XVIII - *Panfleto: “ A absorção dos medicamentos nos doentes com Ostomias de eliminação intestinal”*

APÊNDICE XIX - *Apresentação do trabalho: “Absorção dos medicamentos nos doentes com OEI”*

APÊNDICE XX - *Poster: “Capacitação do Ostomizado Intestinal na Potencialização da Medicação: Intervenção do Enfermeiro Especialista”*

Lista de ilustrações

Ilustração 1 - Classificação das OEI quanto à localização anatômica.....	21
Ilustração 2 - Tipos de colostomia	21
Ilustração 3 - Classificação do estoma quanto ao tipo de construção cirúrgica.....	22
<i>Ilustração 4 - Complicações tardias das ostomias</i>	<i>23</i>

INTRODUÇÃO

A apresentação deste relatório pretende demonstrar o percurso realizado na unidade curricular Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem na área Médico-Cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem Oncológica, explanando a forma de organização e preparação das atividades desenvolvidas, e das competências adquiridas, documentando os resultados obtidos.

Neste sentido foi desenvolvido um projeto intitulado “Intervenções do Enfermeiro Especialista na Promoção do autocuidado ao Doente Oncológico com Ostomias de Eliminação Intestinal”, que se pretendeu incidir nos CSP. Pretende-se com este relatório mostrar como foram adquiridas e desenvolvidas competências especializadas nesta área de intervenção, de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados às POEI na USF onde trabalho.

A escolha do tema surgiu após a análise de várias situações de prestação de cuidados a pessoas com neoplasia do cólon, submetidas a ostomia, no contexto de cuidados de saúde primários. Identifiquei e analisei uma prática de cuidados que não dava resposta às necessidades dos clientes enquanto seres holísticos.

O CCR é responsável por um grande número de ostomias de eliminação. Segundo Santos, Kimura e Chaves (2017) num estudo realizado com 114 indivíduos portadores de ostomias intestinais, concluiu-se que a causa predominante para a construção do estoma definitivo foram as neoplasias (81,4%), e para o estoma temporário o traumatismo anorretal. Lamentavelmente não existiam dados consensuais sobre o número de pessoas ostomizadas em Portugal, mas segundo a Associação Portuguesa de Ostomizados (APO, 2019) estimava-se que existisse um universo nacional de cerca de 20.000 pessoas com ostomia de eliminação. Também segundo Munhão (2017) estimava-se que no nosso país o número de ostomizados estivesse entre as 17 e as 18 mil pessoas, das quais cerca de 72.9% eram do sexo masculino e mais de 80% acima dos 65 anos. Na USF onde trabalho não existe forma de monitorizar o número certo de utentes com OEI, sendo este um dos problemas que se pretende corrigir com este projeto.

Perante a evidência que a maior causa da incidência de POEI está relacionada com a neoplasia do colo retal é importante perceber que as doenças oncológicas assumem maior relevância nas necessidades dos doentes a nível mundial, com peso crescente na nossa sociedade, associadas a um grau de incapacidade, de duração prolongada e progressão lenta. Todos os anos 370 mil cidadãos da União Europeia são diagnosticados com cancro do colon e 170 mil morrem (Tomé, 2019). Em Portugal, o CCR é o principal diagnóstico de neoplasia em 2018, com 10.270 (17,6%) casos registados (Santiago e Paiva, 2021). Verifica-se que o CCR ocupa o segundo lugar como principal causa de morte, configurando-se, assim, como um problema de saúde pública (INE, 2021).

O CCR é a segunda causa de morte em Portugal e a primeira antes dos 65 anos de idade (DGS, 2017). As mortes por tumores malignos representaram 25,4% do total de óbitos, com um acréscimo de 2,2% em relação a 2018 (INE, 2019). Segundo o INE (2021), existiram em 2019 cerca de 2620 casos de morte por tumores malignos do cólon (9,2%), A repartição por sexo revela que 59,1% dos óbitos por tumores malignos do cólon foram de homens. A nível nacional à data de setembro 2021 a proporção de utentes com neoplasia do cólon e reto era de 0,61% sendo que a nível da ARS LVT era de 0,66%. No ACeS onde trabalho esta proporção aumenta no período homólogo, para 0,75%. Na minha USF essa percentagem foi de 0,76% (ACSS, 2021).

Com este projeto pretendi como objetivo geral: adquirir e 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.

Delinieei como objetivos específicos: Adquirir e desenvolver competências como Enfermeiro especialista e Mestre para cuidar de doentes com OEI ao longo de todo o seu processo de doença nos cuidados de saúde primários; Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem ao doente oncológico com OEI, promovendo o autocuidado, através da capacitação do doente e família/pessoa significativa para a gestão da sua doença, e conseqüentemente a melhoria da sua qualidade de vida.; Melhorar a articulação entre a equipa de enfermagem da USF onde trabalho e a enfermeira responsável pela Consulta de estomaterapia do mesmo ACeS/outras consultas a nível hospitalar, promovendo a comunicação segura entre os diferentes níveis de cuidados.

Sou enfermeira há 26 anos, trabalhando nos últimos 11 anos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) num ACES da ARSLVT, e confronto-me ao longo destes últimos anos, com um aumento da população com CCR e com OEI, os quais requerem intervenções específicas e especializadas de enfermagem e de uma equipa multidisciplinar. Perante esta problemática considerei pertinente melhorar conhecimentos (aprofundando, atualizando e consolidando-os) para desenvolver competências que me permitissem melhor adequar a prestação de cuidados à POEI e aos seus cuidadores. Pela necessidade de uma intervenção especializada junto da POEI nesta área, aprofundei o conhecimento teórico através da pesquisa bibliográfica que considerei pertinente, procurando a melhor evidência científica. Recorri a pesquisa bibliográfica alargada de artigos, teses de mestrado e doutoramento, livros e acesso à base de dados da Plataforma agregadora de bases de dados EBSCO, e realizei um protocolo de revisão scoping, com o objetivo de mapear a literatura existente, de forma a dar resposta à questão: Quais são as intervenções do enfermeiro especialista que promovem o autocuidado ao doente oncológico com ostomias de eliminação intestinal? (Apêndice 1). Fundamentei a minha aprendizagem na revisão da literatura, complementada com as atividades que desenvolvi nos três campos de estágio, pois uma Prática Baseada na Evidência (PBE) é um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, fundamental para a otimização de resultados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A forma como a pessoa vivencia o seu processo de transição saúde/doença vai determinar a capacidade da pessoa para se auto-cuidar (Mota, Gomes, Petuco, Heck, & Barros, 2015). As repercussões a nível motor, cognitivo e afetivo, podem afetar a qualidade de vida da POEI (Silva, 2012), sendo que o processo de adaptação é complexo, exigindo aos Enfermeiros cuidados que possibilitem à POEI a aquisição de conhecimentos e o desenvolver de capacidades que promovam o autocuidado e aceitem a transição vivenciada (Silva, 2012).

Chick e Meleis (2010) referem que o autocuidado é o conceito chave e que as transições se relacionam fortemente com alterações na capacidade de autocuidado, correlacionando deste modo a Teoria do Défice de Autocuidado (Orem, 2001) com a Teoria das Transições (Meleis, 2010). Autocuidado é definido como “a produção de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o seu próprio funcionamento, no interesse da sua própria vida, funcionamento integrado e bem-

estar”. (Orem, 1985, p. 31). Transição é definida por Chick & Meleis como “A passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra (...) refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta” (1986, p.239-240). A transição é um processo dinâmico e fluido no qual ocorre um evento ou uma situação, terminando quando a pessoa consegue integrar os novos papéis, desenvolver as competências exigidas, atinge o sentimento de bem-estar ou adquire a qualidade de vida que desejava (Meleis, 2015). A transição saúde/doença, é originada por uma mudança da condição de saúde, pela passagem de um estado saudável para um estado de doença ou do agravamento do estado da condição de saúde. Estas mudanças exigem novos comportamentos, recursos e estratégias de coping face à rutura, alteração ou restabelecimento de relações durante este processo, pelas incertezas acerca do futuro e os temores relacionados com as consequências deste processo, são sentidos, por exemplo, pela pessoa que se confronta com o diagnóstico de CCR (Meleis, 2015).

Nos cuidados à pessoa com doença oncológica, devem ser consideradas as competências preconizadas na framework da European Oncology Nursing Society (EONS, 2018), encaram 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 enfermeiro, pela sua proximidade, compreende melhor a POEI o que contribui para uma interação mais eficaz e uma melhor comunicação.

Da revisão da literatura sobre políticas de saúde que suportam esta problemática, salientam-se: a) Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto (DGS, 2017a); b) Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Estomaterapia (Regulamento n.º 398/2019, OE; c) o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2021-2026, que no objetivo estratégico 3 enfatiza e otimiza a comunicação intra e interinstitucional, a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, e a adequação da comunicação e da informação clínica ao doente, família e cuidador.

A Lei de Bases da Saúde na sua Base 2, determina que "... as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde" (Lei n.º 95/2019).

Neste sentido, operacionalizaram-se três estágios clínicos: o primeiro estágio ocorreu numa Unidade de prevenção e tratamento do CCR, num hospital privado de Lisboa, seguido de um segundo estágio no Serviço de Consultas externas de Digestivo baixo e consulta de estomaterapia, num Instituto de apoio a doentes oncológicos em Lisboa e a finalizar, numa USF onde trabalho, num ACES da ARSLVT, conjuntamente com a CEET também no mesmo ACES. Procurei com estes estágios ter uma visão mais alargada dos cuidados à POEI, estabelecendo a integração e continuidade de cuidados entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.

Este documento encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda a definição da problemática e o diagnóstico da situação onde se fundamenta a escolha do tema, o segundo aborda o enquadramento teórico, onde se analisa o fenómeno em estudo: a POEI, apresentando-se evidência encontrada na literatura, reflectindo-se sobre as intervenções dos enfermeiros promotoras do autocuidado e o referencial conceptual de enfermagem escolhido. O terceiro capítulo demonstra a análise reflexiva do meu percurso nos estágios, explanando a metodologia utilizada, os objetivos e atividades que os operacionalizaram bem como as competências adquiridas e desenvolvidas. No penúltimo capítulo avaliam-se os pontos fortes e pontos fracos do projeto, as implicações para a prática de enfermagem, e para a melhoria da qualidade de cuidados. Na conclusão são descritas algumas considerações finais e perspectivas futuras. Acrescentei ainda documentos pertinentes para atestar e clarificar o percurso realizado, em apêndices e anexos.

Este documento foi redigido segundo a norma da American Psychological Association (APA, 6th ed).

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Sabemos que o tratamento primário para CCR é a cirurgia para ressecção do tumor, e que em muitas situações clínicas é incontornável a construção de uma ostomia. Associado à cirurgia também poderá ser necessário um adjuvante adicional de rádio e quimioterapia (Ohlsson-Nevo et al, 2016). Poderão surgir muitas dificuldades neste processo: sintomas físicos como dor, diarreia, fadiga, náuseas e disfunção sexual (Borjeson, Starkhammar, Unosson et al, 2012), bem como questões existenciais pelo futuro incerto perante o diagnóstico de cancro. Para muitos doentes, a cirurgia de realização de ostomia está associada a uma ambiguidade de sentimentos: pode ser vista como uma parte do tratamento e/ou cura para salvar a sua vida, ou os sentimentos iniciais serem negativos pelo receio do que vão enfrentar no futuro e a possibilidade de ser uma forte ameaça à qualidade de vida (Miranda, 2013). Algumas pessoas com anos de incontinência não resolvida ou doença inflamatória intestinal, podem encará-la como uma melhoria na qualidade de vida e uma “promessa de retorno a uma vida normal” (UOAA, 2020).

Ter uma ostomia intestinal requer adaptação pessoal e gestão ao longo da vida, o que não significa necessariamente ter uma incapacidade. Estão envolvidos fatores físicos, pessoais e ambientais, bem como a necessidade de uso de dispositivos para controle da ostomia e o mais importante: o autocuidado (Bulkley et al, 2018). Quando a ostomia não está funcionando e/ou os seus dispositivos não estão bem adaptados, podem surgir uma série de intercorrências bem documentadas (Bulkley et al, 2018), como muito tempo gasto a cuidar do estoma (Grant et al, 2013), extravazamento do efluente fecal com os problemas de pele a ele associado [cerca de 50% das pessoas com ostomias terão disfunções como irritação cutânea e dificuldade no manuseamento dos sacos, o que constituem desafios na abordagem dos cuidados prestados a longo termo. (DGS, 2017b)] adaptações no vestuário, constrangimento social, diminuição de atividades interpessoais e sociais (Bulkley et al, 2018). Os desafios inerentes ao autocuidado tornam-se assim muito importantes, podendo alterar a qualidade de vida da POEI. A somar a toda esta complexidade da situação, ainda há que ter em conta alguns fatores físicos, pessoais e ambientais como a localização e a forma da ostomia, o tipo de ostomia (ileostomia versus colostomia), IMC elevados, as comorbilidades já existentes, os recursos sociais e financeiros, o acesso a serviços e equipamentos

ideais para ostomia, o ter ou não um cuidador que possa ajudar, influenciam o autocuidado da ostomia (Bulkley et al, 2018)

Perante a complexidade desta problemática facilmente se fundamenta a importância do acompanhamento das POEI pelos enfermeiros estomaterapeutas e se enquadra a necessidade de CEET bem como a homologação de Normas diretivas pela DGS, para que se possa restituir a capacidade de autocuidado após a cirurgia, principalmente no que diz respeito ao autocuidado à sua ostomia de eliminação.

Por outro lado, a alta hospitalar torna-se ameaçadora na medida em que no curto tempo de hospitalização nem sempre há tempo para que a POEI possa aprender o autocuidado à sua OEI, e no contexto domiciliário a POEI não estar protegida pelos recursos humanos e técnicos, que lhe proporcionavam apoio no ambiente hospitalar neste período de transformação, face aos problemas que podem surgir em casa. Apesar de surgirem cada vez mais programas como o Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), que prevê um conjunto de intervenções de enfermagem para preparação da POEI no internamento, com benefícios demonstrados (Ljunngqvist, Scott & Fearon, 2017), a necessidade de cuidados especiais continua muito para além do período cirúrgico imediato (DGS, 2017b). Requer uma preparação no período pré-operatório, como se verifica na instituição onde realizei o estágio 1 e 2, mas que nem sempre é possível, e muitas vezes inexistente noutras instituições hospitalares, bem como a continuação da avaliação das necessidades da POEI e o impacto da ostomia na sua vida já em contexto comunitário. Devem ser então os enfermeiros com experiência e formação específica em cuidados de ET, nos diferentes níveis de cuidados, tanto hospitalares como na comunidade - cuidados domiciliários, cuidados continuados, cuidados paliativos e cuidados de saúde primários (DGS, 2017b), a prestar cuidados especializados com os objetivos de maximizar a independência para o autocuidado, ajudando a prevenir complicações, a reduzir o stress psicológico e a promover uma melhoria da qualidade de vida (RNAO, 2019). Mas infelizmente esta transição de cuidados perde continuidade, e nem sempre a preparação da alta clínica é realizada de forma individualizada, havendo uma fragmentação de cuidados entre hospital e a comunidade, o que potencia erros, duplicação de ensinamentos dispare, com seguimento da POEI desadequado, por falta de tempo para o planeamento da alta, dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde nos diferentes níveis de cuidados, falta de registos onde se avaliam os resultados das intervenções e das

necessidades das POEI, bem como a não utilização dos protocolos existentes e respectivas referências para CEET (Baixinho, C., Ferreira, Ó, 2019).

Por outro lado os profissionais de saúde em CSP, nem sempre têm conhecimentos e competências suficientes para orientar as POEI, como é visível numa pesquisa de Costa (2020), aos profissionais de saúde num ACES de Portugal Continental, onde se verificou que 78% dos participantes referiram não ter formação específica em ostomias de eliminação intestinal; 41% não possuía conhecimento suficiente sobre os dispositivos coletores e acessórios, 30% não tinha opinião formada sobre o assunto, e 70% dos profissionais referiram não existir um profissional de saúde de referência a quem possam recorrer em caso de necessidade, havendo portanto necessidade de formação nesta área dos CSP (Costa, 2020).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Fenómeno em estudo: A pessoa com ostomia de eliminação intestinal

2.1.1. Revisão da literatura sobre OEI

Como já foi referido na introdução, o CCR é responsável por um grande número de ostomias de eliminação. Por ocupar o segundo lugar como principal causa de morte, constitui um problema de saúde pública.

Segundo a ESMO (2016), existem alguns fatores de risco identificados para o CCR, fatores estes que aumentam o risco da sua ocorrência. Nem sempre o CCR está associado a genes herdados, e quando este cancro ocorre num contexto familiar, menos de metade se deve à condição hereditária¹. Segundo a mesma fonte os principais fatores de risco do CCR são: o envelhecimento, porque à medida que se envelhece o risco de CCR aumenta, o estilo de vida como o regime alimentar rico em carnes vermelhas e carnes processadas, rico em gordura e/ou pobre em fibras, grande consumo de álcool, a obesidade e o estilo de vida sedentário. A diabetes mellitus do tipo 2 aumenta a probabilidade de desenvolver tumores no intestino grosso, bem como o tabagismo que aumenta o risco de desenvolver lesões pré-cancerígenas como os pólipos colorretais². Ainda são fatores de risco antecedentes pessoais prévios de pólipos colorretais ou CCR, antecedentes pessoais de outros cancros, como o linfoma, testicular ou do endométrio; as doenças inflamatórias intestinais³; história familiar; síndromes hereditárias⁴ (ESMO, 2016).

Os sinais e sintomas que se associam ao CCR num estadio inicial são muito vagos. A presença de sangue oculto nas fezes pode ser um sinal de cancro colorretal, ou de um pólipo daí a importância dos rastreios. Pode surgir sintomas de

¹ Os restantes casos familiares podem estar associados não apenas à partilha dos genes herdados mas também aos fatores ambientais e fatores de risco.

² Pólipos ou adenomas podem evoluir a longo prazo para cancro, sendo reconhecidas como lesões pré-cancerosas, devendo ser removidos (ESMO,2016).

³ Como a Doença de Crohn e a Colite ulcerosa, que pela duração e a extensão da inflamação do intestino pode originar displasia (organização desordenada das células do revestimento interno do intestino) responsável por dois terços dos CCR esporádicos (ESMO,2016).

⁴ Na polipose Adenomatosa Familiar há uma mutação do gene APC, aparecendo centenas pólipos no intestino grosso em idade jovem; a síndrome de Lynch (pelas mutações nos genes que originam falhas nos mecanismos de reparação do ADN), a síndrome de Turcot, a síndrome de Peutz-Jeghers, a polipose associada ao gene MYH e descendentes de judeus Ashkenazi (pelas mutações genéticas herdadas) (ESMO,2016).

fadiga, falta de ar e palidez (ESMO, 2016), pela anemia e a carência de ferro. A combinação de queixas persistentes como a alteração nos hábitos intestinais, desconforto abdominal geral, perda de peso inexplicável, requer estudo mais pormenorizado: palpação abdominal, o exame retal, exames como a retosigmoidoscopia ou a colonoscopia, que podem ser diagnósticos (biópsia da área anómala) ou curativos (remoção de pólipos). Podem ser realizados exames radiológicos como a colonografia por TAC⁵, enema de bário⁶, investigações laboratoriais, marcadores tumorais (fatores produzidos pelos tumores) que podem ajudar a diagnosticar uma recidiva do cancro ou a acompanhar a sua evolução, exames histopatológicos ⁷. A informação obtida nestes último vai confirmar o diagnóstico de CCR e avaliar o seu estadiamento.

O tratamento de eleição é cirúrgico e consiste na ressecção da área afetada e da rede venosa e gânglios linfáticos. Pode ser feita a ressecção anterior alta do reto onde é removido o cólon sigmóideo e a porção superior do reto, na ressecção anterior baixa do reto é removido o cólon sigmóideo e a totalidade do reto sendo que é realizada a anastomose para ligação das porções restantes do intestino (o esfíncter é preservado) podendo ser necessário construir uma ostomia para proteção das anastomoses. Se o tumor é muito baixo (muito perto do canal anal ou no próprio canal anal) terá de ser realizada a ressecção abdomino-perineal. Neste caso, o ânus é encerrado e faz-se um estoma definitivo (Lazzaron, 2020). Devido à localização do tumor, poderá ser necessário remover parte da vagina e/ou do útero e ovários, no caso da mulher, ou a próstata, no homem. Pode ser usada a quimioterapia e radioterapia antes e/ou depois da cirurgia (DGS, 2012).

O termo ostomia refere-se a um procedimento cirúrgico para criar uma abertura artificial na parede abdominal inferior, e pode ser usado alternadamente com o termo estoma para se referir a qualquer abertura criada cirurgicamente, para eliminar resíduos corporais (Puckett, 2018). As OEI podem ser classificadas de acordo com a localização anatômica, o tipo de construção cirúrgica, e ao tempo de permanência (Ambe et al., 2018). De acordo com a localização anatômica as OEI designam-se de ileostomias ou colostomias. São ileostomias quando o segmento de

⁵ Através de um TAC do abdómen, um computador produz imagens tridimensionais da parede interna do intestino grosso (ESMO,2016)..

⁶ A introdução de sulfato de bário e ar no cólon, através do ânus, permite visualizar o rebordo da parede interna do cólon e do reto pela radiografia.

⁷ Análise de características específicas do tecido tumoral, dos gânglios linfáticos que geralmente são retirados, aos órgãos que possam ter sido invadidos ou às metástases, em laboratório (ESMO, 2016).

intestino exteriorizado é o intestino delgado, surgindo preferencialmente do lado direito do abdomen, [nesse caso o efluente fecal drenado é líquido (figura 1)]. As colostomias são assim designadas se fôr o intestino grosso, sendo criadas geralmente na região abdominal à esquerda,[neste caso o efluente fecal drenado é pastoso ou sólido, dependendo da localização da mesma (figura 1)] (Ambe et al., 2018). No caso das colostomias elas poderão ser do colon ascendente, do colon transverso, do colon descendente ou do sigmoide (figura 2).

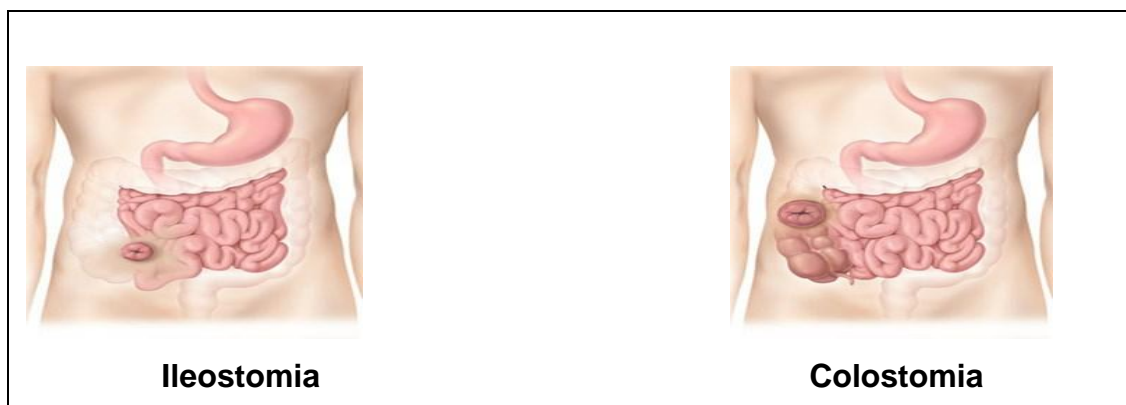


Ilustração 1 - Classificação das OEI quanto à localização anatômica

Fonte: www.convatec.pt

TIPOS DE COLOSTOMIA			
Ascendente	Transversa	Descendente	Sigmoideia

Ilustração 2 - Tipos de colostomia

Fonte: www.convatec.pt

Quanto ao tempo de permanência, as OEI podem ser temporárias ou definitivas, sendo que a maioria das ostomias realizadas têm caráter temporário. Pelo risco do restabelecimento do trânsito intestinal, pela patologia que levou à realização da ostomia, ou devido à condição física do doente as ostomias temporárias podem tornar-se definitivas (DGS, 2017b).

Quanto ao tipo de construção cirúrgica o estoma pode ser classificado como: Terminal - criado através da incisão do intestino e trazendo a extremidade proximal do intestino através de uma abertura na parede abdominal até um pouco acima do nível da pele; Em ansa - criado pela mobilização da parte lateral do intestino por uma abertura na parede abdominal e pela realização de uma incisão transversal no intestino. Terá duas aberturas, proximal e distal. Pode ser colocada uma haste de suporte temporária sob o estoma para evitar a retração do mesmo; Estoma em cano de espingarda - é feita uma ressecção do intestino; ambas as extremidades proximal e distal são trazidas para cima através de aberturas na parede abdominal, criando dois estomas nas extremidades. O proximal será o estoma funcionante e o distal será o estoma não funcional - também conhecido como fístula mucosa. Os estomas podem ser posicionados lado a lado ou a alguma distância um do outro.

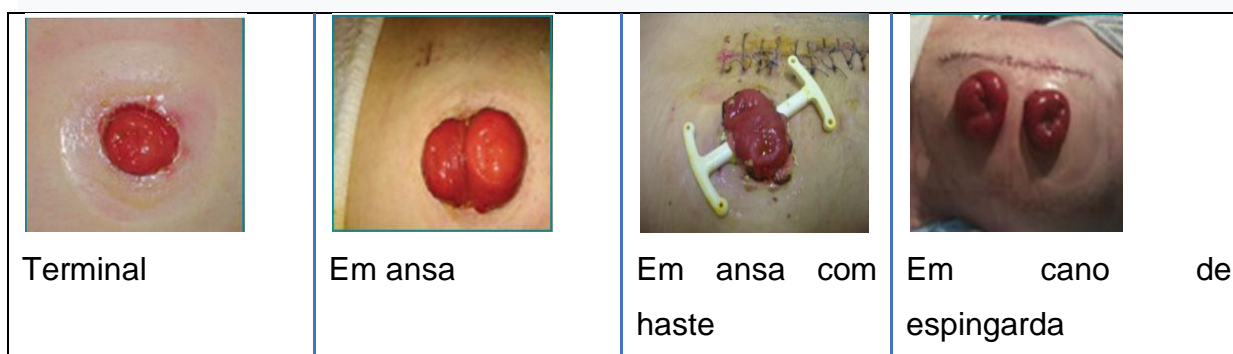


Ilustração 3 - Classificação do estoma quanto ao tipo de construção cirúrgica

Fonte: RNAO (2019)

Segundo Ambe et al as complicações com as OEI podem ser classificadas em precoces e tardias. As complicações precoces que podem ocorrer nos primeiros trinta (30) dias são a hemorragia, a formação de hematomas, a isquemia ou necrose, a separação mucocutânea, o edema e a irritação da mucosa cutânea (2018). Estas complicações são geralmente tratadas de forma conservadora, com cuidados contínuos à pele e estoma, mas a necrose e a retração da ostomia podem necessitar de uma revisão cirúrgica se o trânsito intestinal estiver prejudicado (Ambe et al, 2018) O edema da ostomia pode ser tratado com a aplicação de compressas frias ou glicose hipertônica e habitualmente desaparece ao fim de duas a três semanas (APECE, 2012; Santos & Cesaretti, 2000).

As complicações tardias que poderão ocorrer são a hemorragia, necrose, edema, prolapso, estenose, retração do estoma, hérnia e maceração peri-estoma (Ambe et

al., 2018). Estas complicações podem ser resolvidas de forma conservadora ou por cirurgia, neste último se houver persistência dos sintomas e o comprometimento funcional da ostomia. A obesidade, o tratamento com esteróides, a criação de ostomia secundária e as complicações sépticas são fatores de risco para a hérnia paraestomal.



Ilustração 4 - Complicações tardias das ostomias

Fonte: O próprio

2.1.2. Intervenções de enfermagem à POEI

As complicações físicas relacionadas com a presença de uma OEI estão bem documentadas na literatura, em cerca de 20 a 71% das POEI, sendo as mais comuns os problemas relacionados com o extravazamento do efluente fecal e os problemas de pele periestomal (RNAO, 2019) que afetam mais nos primeiros tempos após a reconstrução da OEI. Importa estar consciente de que com o passar do tempo os efeitos psicossociais requerem também atenção (Ercolano et al., 2016). Também a incidência de hérnias paraestomais estão associados a perda de qualidade de vida, pelo peso da mesma, pela alteração da imagem corporal e pela fadiga, podendo ser causada por fatores de risco como alto índice de massa corporal e amplitude do perímetro abdominal (RNAO, 2019). O portador de uma OEI tem ainda a função de gerir a transformação psicológica associada com as

alterações nos relacionamentos sociais e familiares, da função sexual, do humor e das atividades da vida diária (Neves, 2016), o que os obriga a reorganizar o seu estilo de vida e rotinas diárias como a dieta, exercício físico, intimidade e a gestão da sua ostomia (RNAO, 2019).

Associações profissionais especialistas nestas áreas, como a WOCN (2016), referem que as OEI sejam elas temporárias ou permanentes, requerem continuidade de cuidados físicos e emocionais para que a POEI retome a sua vida diária. A POEI pode ter acesso a recursos e apoios adequados, com cuidados baseados na evidência científica, realizados por uma equipa de profissionais de saúde qualificados e experientes, que interage, com a pessoa, o seu cuidador e a sua rede de apoio. Assim pode ultrapassar estas dificuldades ou evitá-las e pode ter uma vida ativa após a cirurgia. As políticas e programas adaptados e o acesso a profissionais de saúde especializados está relacionado a melhores resultados de saúde, como é exemplo entre outros: O estudo realizado por Franke, A., et al (2017) mostrou que a implementação de programas de educação à POEI, com acompanhamento ambulatorio e por telefone têm uma influência positiva na satisfação das mesmas, reduzindo o risco de desidratação, reduzindo taxas de readmissão hospitalar relacionadas com a desidratação (em 49%) e diminuição de tempos médios de internamento por readmissão de 4,2 para 3 dias; o uso de novas tecnologias, como por exemplo vídeos explicativos que demonstrem os cuidados básicos e as questões práticas do dia a dia de uma POEI, incentivando a participação conjunta com a família/cuidador, sendo mais indicados para o período pré e pós-operatório, podendo estes ser úteis para abordar o assunto, estimular a discussão e construir confiança em relação ao futuro (Dalmolin et al, 2016). Por seu lado, o programa de autocuidado de cinco sessões baseado no Modelo de Cuidados Crônicos para melhorar a qualidade de vida e o autocuidado para sobreviventes de cancro com ostomias, de Krouse et al, em 2016 demonstrou que a qualidade de vida total, o bem-estar físico e o bem-estar social melhoraram significativamente na pós-intervenção e no acompanhamento.

O painel de especialistas da RNAO (2019) e a DGS (2017b) recomendam que os serviços de saúde forneçam acesso a enfermeiras estomaterapeutas, que realizem intervenções como a marcação pré-operatória do local do estoma, na região do músculo reto abdominal, longe de cicatrizes, pregas cutâneas e linha da cintura, no local que possibilita a autovisualização e o autocuidado (DGS, 2017b). As intervenções de enfermagem à pessoa a ser submetida a ostomia de eliminação

intestinal devem ser efetuadas nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiros com experiência e formação específica reconhecida em cuidados de estomaterapia, a nível dos cuidados hospitalares (consulta de enfermagem de estomaterapia e unidade de internamentos), dos cuidados domiciliários, das unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos e dos cuidados de saúde primários (DGS, 2017b). Estas podem reduzir a incidência da principal complicação da pele peri-estoma (maceração por contacto com os efluentes), de dermatite periestoma, das taxas de readmissão ao hospital, do tempo de internamento hospitalar, e pode melhorar a qualidade de vida de pessoas (RNAO, 2019).

A educação para a saúde na fase pré-operatória incide nos ensinamentos e aconselhamento sobre a cirurgia, alterações na vida diária e autocuidado, explicando o que é um estoma, demonstrando exemplos de dispositivos a utilizar, descrevendo o procedimento cirúrgico, informando do impacto potencial do estoma nos relacionamentos, sexualidade, banho e outras atividades da vida diária, explicando as rotinas pós-operatórias e fornecendo informações sobre a compra de equipamentos para o cuidado do estoma (RNAO, 2019)

Na fase pós-operatória a educação passa por apoiar os cuidados à OEI, com recurso ao ensino, instrução, treino e supervisão do autocuidado da POEI (higiene da pele peri-estoma e estoma), reconhecimento de complicações, ensino e treino na utilização de dispositivos e acessórios, nos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, nas técnicas de eliminação intestinal para a reconstrução do trânsito intestinal, na instrução e avaliação do impacto da alimentação na eliminação intestinal e na referenciação para apoios na comunidade (DGS, 2017b). É ainda aconselhado o acompanhamento com visitas domiciliárias ou por telefone nas primeiras quatro semanas (RNAO (2019), que podem fornecer informações sobre como o paciente se está a adaptar à ostomia e procurar problemas que possam ser resolvidos (McGrath, Porrett, 2005). Sugerem ainda intervenções para prevenir hérnias (a avaliação dos fatores de risco - elevado índice de massa corporal e perímetro abdominal), aconselhamento sobre controle de peso e abstinência de levantamento de peso no pós-operatório, aconselhamento sobre uso de vestuário e realização de exercícios abdominais após três meses da cirurgia (RNAO, 2019). Recomendam que os profissionais de saúde avaliem a qualidade de vida da POEI, monitorizando a ansiedade e a depressão, a sexualidade e imagem corporal. Devem manter o apoio especializado por tempo indeterminado, pois o impacto

negativo de uma ostomia persiste por um período de meses a anos após a cirurgia (RNAO, 2019). A DGS recomenda a periodicidade para a CEET acompanharem a POEI após intervenção aos 15 dias, 30 dias, 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente (DGS, 2017b).

O processo de transição requer a atuação de enfermeiros especialistas em estomaterapia, a inclusão dos recursos internos da POEI e a aceitação e apoio das pessoas importantes nas suas vidas, como fatores importantes para a adaptação psicológica e social da mesma (Miranda, 2013). Segundo McMullen et al, (2014), as atividades de gestão de saúde implicam mais trabalho cognitivo do que cuidado físico direto. São ainda fatores facilitadores do processo de transição da POEI a atribuição de um significado positivo à ostomia, a estabilidade psicológica, o conforto na fé e na religiosidade (Mota et al, 2015). Foram ainda destacados pelas POEI fatores relacionados com a comunidade, como esclarecer a forma como se adquirem os dispositivos necessário para a ostomia, o apoio da família e da equipa multiprofissional, em especial do enfermeiro; e o contato com outras pessoas com estomas (Mota et al, 2015). Estes autores concluem que o processo de transição para o autocuidado é complexo, está carregado de subjetividades e dificuldades, mas apontam para a importância de se ter em conta estes fatores ao direcionarmos as intervenções terapêuticas de Enfermagem, para que sejam eficazes e eficientes para o (re)desenvolvimento de competências e habilidades para o autocuidado (Mota et al, 2015).

Ercolano et al. (2016), aconselham os enfermeiros especialistas a auxiliar os ostomizados a priorizar os efeitos relacionados à ostomia, e a estabelecer metas de planeamento de estratégias de cuidados, e a empregar outras estratégias de apoio à autogestão, como a comunicação, educação e reenquadramento cognitivo. Criar um bom relacionamento com o paciente e a equipa facilita uma comunicação efetiva que garantirá a envolvência de todos (Barwell, 2012). O papel da enfermagem também passa pelas auditorias aos locais de prestação de cuidados desde hospitais até à comunidade, de forma a garantir a qualidade e excelência dos cuidados e corrigir os problemas encontrados (Edis, 2015).

2.2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Considero que o Enfermeiro, pela proximidade com a POEI encontra-se numa posição privilegiada para promover o autocuidado e a aceitação da sua nova condição, e fomentar sentimentos positivos da POEI face à sua autoimagem e ao ambiente familiar e social em que se insere. Este apoio educacional, psicossocial e de treino deve ser realizado para que cumpram com sucesso o autocuidado da ostomia (DGS, 2017b). Tendo optado por adotar a *Teoria do défice de autocuidado de enfermagem (TDAE)*, de Dorothea Orem, desenvolvida pela autora entre 1959 e 1985, como referencial teórico, considero ser pertinente definir autocuidado segundo ela: o autocuidado define-se como as atividade que uma pessoa realiza por sua própria vontade, dirigidas a si mesma ou ao ambiente, para regular a sua vida, o seu bem-estar e a sua saúde (Orem, 2011). Fatores como a idade, género, estado de desenvolvimento, estado de saúde, sistema familiar, padrões de vida, e acessibilidade aos sistemas de saúde podem influenciar o autocuidado (Orem, 2001). Este autocuidado não se restringe apenas às atividades de vida diária e às instrumentais, ele abrangendo todos os aspetos da vida (Queirós, 2010). Para Orem a TDAE é uma teoria geral onde se inter-relacionam três teorias: a Teoria do Autocuidado - que descreve a razão e a forma como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado - que determina e descreve os benefícios das pessoas ao serem ajudadas pela enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem – que compreende que ao se produzir enfermagem, tem que se criar e manter relações, descrevendo-as (Taylor, 2002).

A Teoria do Autocuidado engloba o conceito de autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (Taylor, 2002). A “capacidade de autocuidado” traduz-se na capacidade de desempenho do indivíduo para cumprir as atividades do autocuidado; a “necessidade de autocuidado” é o somatório de ações necessárias para satisfazer os requisitos de autocuidado, que podem ser do tipo: universal, de desenvolvimento ou de desvio da saúde; o “défice 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; as “intervenções de enfermagem” são as ações de um

enfermeiro ao dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa (Orem, 2001)

O autocuidado deve ser uma consequência das intervenções para gerir a doença que visam melhorar os problemas de saúde e a condição global das pessoas. Os enfermeiros ao tentarem aumentar os conhecimentos e habilidades das pessoas perante as decisões que têm de tomar sobre a sua saúde, devem solidificar e encaminhar as suas intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais para o autocuidado.

O momento da alta da POEI do ambiente hospitalar para o domicílio é um momento delicado porque existe uma transição de saúde-doença que se traduz numa alteração de papéis, ao haver uma passagem de um estado saudável para uma situação crónica na sua vida. Esta requer muita atenção, pois existem necessidades de apoio que devem ter sido previamente preparadas, e constitui-se como um processo de transição que pertence ao domínio da disciplina de enfermagem (Meleis, 2012). A transição só será saudável se o desempenho e o comportamento da POEI e sua família for revelador da capacidade de lidarem com a nova situação (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2010), e adquirirem a autonomia no autocuidado à ostomia alcançando o seu bem-estar (Meleis & Trangenstein, 2010). Muitas vezes é necessária a presença e ajuda da família ou de um cuidador, que pode ter a responsabilidade de acompanhar, supervisionar e ou até mesmo cuidar da POEI, principalmente se esta for mais idosa ou dependente (Sequeira, 2018). O défice de autocuidado ajuda-nos a compreender e a escolher as intervenções dos enfermeiros, que com o processo de enfermagem determinam os requisitos de autocuidado a competência para o mesmo, quais as necessidade terapêutica, e mobilizam as competências do enfermeiro para planearem a assistência (Taylor, 2002). Perante a capacidade da POEI para o autocuidado Orem esclarece que poderá ser necessário o apoio com um sistema totalmente compensatório, quando os enfermeiros substituem a pessoa no autocuidado, um sistema parcialmente compensatório, quando a ajuda do enfermeiro só é precisa para aquilo que ela não consegue realizar, ou um sistema apoio-educativo, quando a pessoa ou o seu cuidador só precisam de ensinamentos ou de supervisão na realização das atividades (Taylor, 2002).

Gostaria de incorporar neste trabalho também o conceito do Cuidado Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006), onde estão integrados conceitos fundamentais na prática avançada da enfermagem, como o holismo, o

respeito pela autodeterminação da pessoa, a prática baseada na evidência científica, o conhecimento empírico, tão presente nos nossos cuidados, a influência que os fatores tempo e espaço têm, e a essência do cuidar que são as relações criadas entre enfermeiro e doente. Segundo a filosofia dos cuidados centrados na pessoa os enfermeiros devem ter competência e profissionalismo para tomar decisões, capacidade de comunicar, dedicarem-se em manter o princípio ético da beneficência, demonstrando ter consciência que os seus pontos de vista podem ter impacto nas decisões das pessoas, ter em conta as suas crenças e valores, ter presença empática, compartilhar a tomada de decisão e prestar cuidados holísticos (McCormick & McCance, 2006 e 2010). O papel do enfermeiro centrado na pessoa, é estar lá (presença), oferecendo suporte pessoal e perícia tática, enquanto capacita o cliente para seguir o caminho da sua própria escolha, ao seu modo (McCormack, 2003).

Importa assumir também a ideia que deve haver um equilíbrio entre o conhecimento científico, a prática dos cuidados, a reflexão, a orientação e previsão das intervenções dos enfermeiros com as POEI e seus cuidadores, para que sejam capazes de realizar os cuidados fundamentais como a higiene pessoal, mobilidade, dormir, descansar, segurança, tomar a medicação e poder de escolha para as decisões que lhe são colocadas (Kitson, 2018).

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO CLÍNICO

Este capítulo reflete a análise descritiva e reflexiva das atividades que realizei e implementei nos três campos de estágio, no qual pretendo descrever as estratégias que adotei para atingir os objetivos delineados, os seus resultados e as competências esperadas no enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção ao doente oncológico.

Foi utilizada a Metodologia de Projeto, onde se centraliza todo o trabalho num problema que foi identificado no local onde exerço enfermagem (diagnóstico da situação), definiram-se objetivos, planearam-se ações que foram planeadas e serão divulgadas neste relatório (Nunes, 2010). Este percurso teve início na unidade curricular Opção II, com a elaboração do projeto de estágio que teve necessidades de ser adaptado, como é o caso da mudança do primeiro campo de estágio pela situação pandémica vivida, por ser uma instituição de primeira linha para o Covid 19. Para a elaboração do projeto de estágio realizou-se uma revisão da literatura – Scoping Review (Apêndice 1) com recolha de evidência científica, sobre as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado à pessoa com OEI.

3.1. Primeiro Campo de Estágio

O primeiro estágio realizado foi numa Unidade de prevenção e tratamento do CCR, num hospital privado de Lisboa, de 27 de novembro de 2020 a 15 de Janeiro de 2021. Esta Unidade de Saúde desenvolve o programa Nursing Navigator (NN) (Apêndice 2)., programa este que incorpora os objetivos por mim delineados Objetivo Geral: *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para promover o autocuidado ao doente com OEI, integrado no projeto Nursing Navigator: Intervenções de enfermagem ao doente com CCR.*

O estágio começou com uma reunião com a enfermeira chefe do Serviço e com a Enfermeira coordenadora dos cuidados oncológicos (ECCO), responsável pelo programa NN aos doentes com CCR. Tive a oportunidade de apresentar o meu projeto. Como corresponsáveis pela orientação clínica do meu estágio deram-me a conhecer o funcionamento do serviço e deste programa, onde tive acesso aos procedimentos, guias orientadores, bem como ao programa informático glintt, que

permitiu verificar de que forma se faziam os registos sobre o autocuidado ao doente com OEI. Permitiu ainda observar como os enfermeiros comunicavam entre níveis.

Segundo Benner (2001), classificar-me-ia ao nível de proficiente nesta área, pela minha experiência anterior nos diferentes serviços onde trabalhei. A minha participação neste estágio começou por ser mais observacional, e à medida que fui conhecendo a dinâmica do serviço, permitiu ter uma intervenção mais participativa e autónoma.

Realizei documento descritivo do funcionamento do mesmo, (Apêndice 3) como indicador de avaliação do objetivo específico: “Compreender a dinâmica de funcionamento do Serviço de Oncologia, do HCIS, em Lisboa, no âmbito do projeto Nursing Navigator;”

Tive a oportunidade de fazer o acompanhamento dos doentes com CCR desde o seu diagnóstico, tendo assistido e realizado consultas de enfermagem pré cirúrgicas a doentes para realização de ostomias definitivas (colostomias e ileostomias), bem como ostomias provisórias, para promoção do processo de cicatrização do intestino. Este acompanhamento também foi feito aos doentes com CCR sujeitos a cirurgia sem programação de colocação de ostomias. A Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2019) menciona os benefícios de uma intervenção de enfermagem nesta fase pré-operatória da confecção de um estoma, solidificados pela evidência científica: redução do tempo de internamento hospitalar, prevenção da maceração por contacto da pele com os efluentes (principal complicação da pele peri-estoma), das readmissões hospitalares e melhoria da qualidade de vida da pessoa com OEI. Nesta consulta preparam-se os doentes para a complexidade do processo que os espera, não só contribuindo para a sua literacia em saúde, mas para que se sintam seguros em relação aos seus medos, tranquilizando-os para que se sintam apoiados.

Pude participar no acolhimento destes doentes no dia da cirurgia bem como nas visitas diárias após a mesma, para acompanhamento do doente enfatizando os ensinamentos que promovessem o autocuidado. Ao realizar o autocuidado a pessoa cuida do que é preciso para assegurar as atividades da vida diária, bem como a sua sobrevivência, e lidar com necessidades básicas, individuais e essenciais (ICN, 2021). Desta forma, o autocuidado à ostomia envolve as atividades que cada pessoa

pode desenvolver por si própria de forma a cuidar do seu estoma, mantendo-se ativo e independente (ICN, 2021).

O acompanhamento destes doentes e suas famílias tem uma forte vertente educacional, no que diz respeito aos ensinamentos sobre os cuidados com a alimentação, gestão do seu regime terapêutico ou os cuidados em relação à utilização dos dispositivos utilizados nas suas ostomias de eliminação intestinal (colostomias ou ileostomias), para que conseguissem ultrapassar as dificuldades inerentes às fases do tratamento a que estavam sujeitos.

Estas visitas eram sempre precedidas de uma pequena reunião com a enfermeira do serviço de cirurgia, de forma a uniformizar os cuidados prestados aos doentes com OEI e promover a sua continuidade. O plano de cuidados centrado na pessoa construía-se em equipa, indo ao encontro das necessidades do mesmo. Como defendiam McCormack, McCance et al: *“Person-centred processes focus on delivering care through a range of activities and include: working with patients’ beliefs and values; engagement; having sympathetic presence; sharing decision making; and providing holistic care”* (2015, p.3)

Constatei que a ECCO realizava também consultadoria aos enfermeiros do serviço de cirurgia, respondendo sempre às suas solicitações e questões por telefone ou correio eletrónico, ou quando realizava as formações em serviço sobre o autocuidado aos doentes com ostomias. A meu ver, a criação do enfermeiro com papel de elo de ligação na equipa de enfermagem em cada serviço de internamento, facilitou a comunicação entre a mesma e a ECCO, permitiu que fossem criadas normas de procedimento que possibilitassem não só a uniformização de cuidados mas também a sua individualização. O EEMC “...Tem também um papel de liderança nomeadamente no âmbito da melhoria contínua da qualidade e segurança do doente, fomentando a criação de protocolos, guias de boas práticas e criação, divulgação e utilização de evidência científica” (OE, 2014, p.3)

Esta atividade de formação em serviço aos enfermeiros das unidades de internamento não se pode realizar durante o meu estágio devido à situação de pandemia em que nos encontrávamos, e das mudanças de instalações do antigo hospital para o local onde estagiei.

Tive no entanto a oportunidade de preparar a alta do doente, avaliando se ele estava preparado para o autocuidado à sua OEI, e se não, pelo menos a sua família, promovendo o autocuidado e ajustando os ensinamentos de acordo com as necessidades

do doente. A preparação da alta hospitalar, adequada às necessidades da POEI doente continua a ser uma área importantíssima, onde por vezes os profissionais manifestam algumas dificuldades em promover a continuidade de cuidados, por variadíssimas razões: falta de tempo, organização dos cuidados, falta de comunicação entre os profissionais de saúde do hospital e da comunidade, falta de avaliação e de registo da eficácia das intervenções, ou até pela não sistematização dos protocolos utilizados (Baixinho e Ferreira, 2010). No novo Plano de Segurança do doente 2021-2026, é destacada a importância da comunicação efetiva durante todo o ciclo de cuidados, particularmente nos momentos da sua transição, da transferência de responsabilidade ou na troca de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Neste documento, no Objetivo Estratégico 3.1: Otimizar a comunicação intra e interinstitucional, pretende-se atingir como meta para 2023, que 95% dos ACES tenham acesso a todas as notas de alta das entidades hospitalares, sendo que se pretende atingir os 100% no ano de 2026.

Fiz uma reflexão sobre a transição de cuidados (Apêndice 4). O facto de esta ser uma unidade privada, onde o doente é acompanhado desde o início pela ECCO com o projeto NN, minimiza algumas dificuldades sentidas pelos doentes ao longo deste processo, bem como reduz a problemática da transição de cuidados, na medida em que o doente, apesar de ter alta, continua a ter todo o apoio para extração dos pontos de sutura, bem como a marcação da 1ª consulta de estomaterapia após cirurgia e consultas de follow up, consultas estas que tive a oportunidade de realizar. A pessoa com ostomia e o cuidador têm a possibilidade de comunicar presencialmente com o enfermeiro ou utilizando correio eletrónico e/ou telefone, (é-lhes entregue um cartão com os contatos da ECCO bem como do serviço de internamento) usufruindo de uma relação humanizada, acolhedora, dinâmica centralizada nas necessidades e compreensão da pessoa com OEI e do seu cuidador.

Verifiquei que a ECCO informava os doentes com OEI da forma como poderiam aceder gratuitamente aos dispositivos que necessitavam para o autocuidado da sua OEI, entregando uma ficha com as referências dos mesmos, para que entregassem ao seu médico de família, como previsto na norma DGS nº 26/2017. No entanto não era entregue qualquer informação escrita para os enfermeiros da comunidade, para que pudessem dar apoio nos centros de saúde da sua área de residência. Considero

que seria muito importante esta continuidade de cuidados, porque tal como refere Costa, Ferreira, Machado e Silva (2021), deve ser garantida a transferência da informação para os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, informação esta relativa aos ensinamentos realizados e capacidade obtida para o autocuidado da sua OEI, o que contribui para a efetiva reintegração na sociedade. As transições de cuidados podem causar grande impacto no doente e família, quando não existe continuidade de cuidados (Lopes et al., 2014).

Apesar de todo o apoio prestado nesta Unidade existem muitos doentes que frequentam os cuidados de saúde primários, ou por ser mais perto da sua área de residência, ou por dificuldade na deslocação, muitas vezes associado ao fator económico, pelo que é importante promover o aumento da cultura de segurança no utente, tendo como referência a norma da DGS Nº 001/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.

Todos os procedimentos foram precedidos de pesquisa bibliográfica, como é possível verificar nos diversos trabalhos escritos que realizei. Exemplo disso foi a programação da escolha do local de realização da ostomia pela ECCO, tendo contribuído para melhoria dos meus conhecimentos aquando da observação da mesma. Durante o estágio, fui analisando com a ECCO a importância desta intervenção antes da cirurgia, ao reduzir complicações e dificuldade no autocuidado do doente, ao permitir uma melhor adaptação à nova situação e consequentemente melhor qualidade de vida⁸.

Observei e analisei ao longo do estágio o papel importante da comunicação constatando que não só era importante para a relação de confiança com o doente e seu cuidador, promovendo o autocuidado, contribuindo para a literacia dos mesmos, mas também com os restantes membros da equipa. Ao ser elo de ligação entre o doente e a equipa, com os seus conhecimentos e competências, o enfermeiro gere a comunicação entre os mesmos e atualiza a equipa quanto às necessidades do doente e família,

Pude ainda observar e realizar a primeira consulta de enfermagem para realização de tratamentos de QT, quer na vertente curativa, quer na vertente paliativa. Acompanhei o doente na realização da QT e pude observar os cuidados prestados durante a administração da mesma, pela proximidade física do hospital de

⁸ Não se coloca em apêndice o estudo de caso onde é possível verificar esta análise descrita para não aumentar o número de páginas deste relatório.

dia oncológico, visto estar no espaço físico da Unidade de prevenção e tratamento do CCR. Relembrei conceitos adquiridos ao longo do Curso de EEMC vertente oncológica, bem como os conhecimentos adquiridos no campo de estágio, sobre QT, e pude realizar desta forma os ensinamentos sobre a gestão dos efeitos secundários dos seus tratamentos, com apoio de guias existentes no serviço.

Como referido por Shejila, Pai e Fernandes “Oncology nurses are suitable for this task because of their greater knowledge and understanding of various aspects of cancer care. Patients need a qualified nurse to provide information and education about their care, manage their needs and problems from diagnosis through treatment and survivorship and help them to develop coping mechanisms” (2015, p. 104).

As reuniões de decisão multidisciplinar realizadas semanalmente revelaram-se importantíssimas para a continuidade de cuidados, nas quais participava a ECCO, que juntamente com médico gastroenterologista, médico de oncologia, nutricionista e cirurgiões, debatiam os processos dos novos doentes com CCR bem como a continuidade do acompanhamento dos doentes já operados ou que estavam em qualquer fase de tratamento (cirúrgico, para QT ou para RT ou doentes paliativos), participando ativamente na definição de circuitos e protocolos clínicos da Unidade. Participei em duas destas reuniões, e foram momentos importantes de aprendizagem, comunicação e formação na medida em que pude verificar na partilha dos casos clínicos, o contributo de cada um dos membros da equipa e perceber melhor o diagnóstico e o tratamento proposto para os doentes. É nestas reuniões que a ECCO organiza o planeamento das suas consultas, de acordo com as necessidades do doente e os tratamentos a realizar, organizando desta forma as consultas tanto de follow-up, presenciais ou por telefone, quer agendamentos de primeira vez, recorrendo ao uso de tabelas de Excel. A ECCO complementava o seu trabalho e analisava também os inquéritos de qualidade de cuidados, e verificava que doentes ainda não tinham tido a primeira consulta, para que de imediato se pudesse elaborar o seu plano de cuidados.

Destaco a componente de cultura de investigação desta Unidade, através da aplicação dos inquéritos ICHOM, colaborando com a enfermeira especialista e mestre Médico-cirúrgica na vertente de Oncologia (chefe do serviço) contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados prestados. Pude então perceber como se realizava este projeto de controlo de qualidade ICHOM, participando com a entrega dos questionários sobre qualidade de vida e posteriormente registo na base de

dados, para controlo trimestral de sintomas. Pude observar a forma como estes dados eram trabalhados e apresentados trimestralmente à equipa.

Apesar de não estar previsto nos objetivos iniciais, tive a oportunidade de contribuir para a literacia dos doentes com OIE, através da elaboração do livro de apoio ao doente sobre Cuidados à Colostomia e do livro de apoio ao doente sobre Cuidados à Ileostomia, (Apêndice 5)⁹. Este era um objetivo almejado pela ECCO e Enfermeira chefe do serviço, o qual concretizei de forma a ajudar os doentes e suas famílias de obter e consolidar conhecimentos e capacidade de decisão informada dos seus cuidados, promovendo o autocuidado nestas áreas, face à sua complexidade (Gonçalves, Costa, Ferreira, Machado e Silva, 2021). Ainda segundo Vaz de Almeida et al. (2021), para que uma população seja mais saudável e adira à prevenção das doenças, é necessário que compreenda a informação existente através dos diferentes meios disponíveis: suporte verbal, auditivo, físico ou digital. Uma comunicação eficaz intensifica a literacia em saúde. Os mesmos autores também referem que a capacidade das pessoas/utentes compreenderem as informações que são dadas pelos profissionais de saúde está estritamente relacionada com a clareza da comunicação, pelo que é importante estimular e incluir o uso da informação digital (sites, blogs, portais) na saúde entre profissionais e utentes. Deste modo, os utentes podem tomar melhores decisões em saúde.

Segundo Rocha (2021), a informação e a comunicação acessível aos doentes e suas famílias, assume um papel muito importante na sua vida e saúde, na medida em que dotamos o cidadão de conhecimentos, tornando-o capaz de realizar o autocuidado e de contribuir para uma transição saudável para novas situações e condições de vida. As organizações devem estar preparadas e ter um papel ativo, contribuindo assim para elevar a literacia dos doentes e famílias, para que possam adotar estratégias e medidas que apoiem a garantam a sua capacitação.

Analisando deste modo a minha participação nesta Unidade considero que concretizei os objetivos traçados: “Analisar as intervenções da enfermeira perita aos doentes com CCR no âmbito do projeto Nursing Navigator”; “Aplicar intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado aos doentes com OEI na prestação de cuidados”; e “ Avaliar a forma como a equipa de enfermagem se articula com os outros serviços no projeto Nursing Navigator.

⁹ Coloca-se em apêndice apenas o livro de apoio sobre cuidados à colostomia, para não aumentar o número de páginas deste relatório.

3.2. Segundo Campo de Estágio

Iniciei estágio clínico no Serviço de Consultas Externas de Digestivo Baixo e Consulta de Estomaterapia, numa instituição de referência de doentes oncológicos em Lisboa, de 18 de Janeiro a 26 de Fevereiro 2021

Delinieei como Objetivo Geral para este percurso *compreender as intervenções e a prestação de cuidados ao doente com ostomias de eliminação intestinal, prestadas no serviço de consultas do Digestivo baixo e consulta de estomaterapia de um Hospital Central da área da Grande Lisboa.*

Neste serviço pretende-se implementar o projeto de NN. Principiei este estágio com uma reunião conjunta entre a enfermeira chefe das Consultas externas, a minha OC e a Enfermeira Coordenadora das Consultas de Estomaterapia, onde apresentei o meu projeto e os objetivos de estágio e se analisou a dificuldade da mudar comportamentos e atitudes nos enfermeiros. Dessa reunião emergiram novas estratégias para serem aplicadas transversalmente nos dois níveis de cuidados de saúde.

Como forma de avaliação do objetivo específico *Identificar a missão, a estrutura organizativa e a dinâmica de funcionamento das consultas de digestivo baixo e estomaterapia*, realizei o relatório de funcionamento da consulta¹⁰

Neste serviço de consultas externas de Digestivo Baixo realizei a primeira consulta de enfermagem a doentes com CCR que iam ser submetidos a cirurgia, com ou sem previsão de realização de OEI. Realizei primeiras consultas de enfermagem pós cirúrgicas, o que permitiu aumentar as minhas competências nos cuidados a doentes com suturas ou pensos mais complexos, como por exemplo a doentes cuja cicatrização requeria a aplicação de sistemas de vácuo, experiência que ainda não tinha tido oportunidade de realizar. Estas situações mais complexas fazem parte das competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018).

A prestação de cuidados a doentes submetidos a abdominoplastias e a outras cirurgias, foram um contributo importante como aprendizagem para os cuidados de

¹⁰ Não se coloca em apêndice a caracterização e funcionamento deste serviço para não aumentar o número de páginas deste relatório.

enfermagem no meu local de trabalho (Cuidados de saúde primários), que verifico agora terem sido tão importantes para evitar encaminhamento de alguns doentes com situações mais complexas, aos serviços de cirurgia e/ou consultas externas hospitalares.

Delinieei ainda como objetivos específicos Identificar e analisar as intervenções realizadas aos doentes com OEI, promotoras do autocuidado e ainda discutir com a equipa de Enfermagem do serviço, essas intervenções. Foi possível por em prática estes cuidados neste serviço, não só nas consultas pós cirúrgicas imediatas, como nas consultas de estomaterapia.

A realização de uma ostomia e tudo o que ela trás à vida de um doente e da sua família é por si só um evento marcante e por vezes crítico para a pessoa, família e/ou cuidador. Foi possível verificar no estudo de caso realizado neste estágio, o quanto angustiante pode ser esta situação (Apêndice 6), optei pela escolha deste estudo de caso por ser possível verificar o papel primordial de apoio no consentimento informado deste utente, pela EE. A intervenção dos enfermeiros deve ser adequada, alicerçada pela aquisição de competências nesta área e fundamentada nas melhores práticas, baseadas na melhor evidência científica. O plano de cuidados deve ter em conta um plano de ensino e aprendizagem que inclua a aprendizagem e treino no manuseamento do estoma e dos vários dispositivos necessários o qual reforce os cuidados que permitam que o doente e a família se consciencialize da condição de saúde da pessoa com o estoma. Desta forma promove-se um autocuidado seguro e eficaz. Gonçalves et al defendem que o processo de ensino aprendizagem deve ser sustentado por um programa organizado, no qual os objetivos delineados devem ser realistas, adequados às necessidades e capacidades de aprendizagem da pessoa (2001).

Neste sentido, é importantíssimo que exista um plano educativo estruturado que dê continuidade entre os ensinamentos realizados na primeira consulta pré-operatória nas consultas de estomaterapia e o serviço de internamento de cirurgia. Após o internamento que durava em média cinco (5) dias, encaminhavam o doente para as consultas do Digestivo Baixo no pós operatório e consultas de ostomizados como descrito no trabalho sobre o funcionamento das consultas¹¹, promovendo a transição segura de cuidados e promovendo o autocuidados do doente com OEI. Foi

¹¹ Não se coloca em apêndice a caracterização e o funcionamento deste serviço para não aumentar o número de páginas deste relatório.

identificado pelo enfermeiro chefe da cirurgia juntamente com as enfermeiras estomaterapeutas a necessidade de uniformizar os ensinamentos realizados pelos enfermeiros, visto a equipa ter novos elementos com pouca formação na área. Desta forma, apesar de não estar previsto nos objetivos de estágio agarrei o desafio, elaborando um plano de apoio aos enfermeiros que fosse ao encontro dessa uniformização com especial atenção para os ensinamentos a realizar sobre autocuidados ao estoma, indo ao encontro de uma das funções da enfermeira estomaterapeuta: a formação e a consultadoria. A ideia inicial era realizar formação no serviço de cirurgia, mas devido à pandemia, não foi possível a apresentação deste programa nos serviços, pelo que surgiu a ideia de realizar um instrumento de trabalho sobre a forma de Poster de tamanho A3 para orientar os enfermeiros na implementação do programa educativo para a pessoa com OEI (colostomias e ileostomias) o qual reunisse a informação que é necessário transmitir no processo ensino/aprendizagem ao longo dos cinco (5) dias médios de internamento (Apêndice 7).

Ainda pude atualizar um poster já existente, dedicado aos registos de enfermagem em SClínico sobre os cuidados de enfermagem que promovem o autocuidado ao estoma (Apêndice 8), para os enfermeiros do serviço de internamento de cirurgia. Os conteúdos e a linguagem utilizada nos registos de enfermagem devem garantir a “ (...) coordenação entre os vários profissionais envolvidos na assistência ao cliente. (...) ” (Mota et al., 2014, p. 85), ser claros e completos, promovendo a comunicação, o planeamento de cuidados, a evidência da atividade realizada, disponibilizando informação para futuras auditorias (Figueiroa-Rêgo, 2003; Pinto, 2009). A realização desta atividade permitiu o levantamento das intervenções promotoras do autocuidado ao doente com estoma, utilizando a linguagem CIPE, no SIE, a discussão dessas mesmas intervenções com as enfermeiras das consultas de estomaterapia, aliando a teoria e a prática, mobilizando e partilhando conhecimentos adquiridos, o que permitiu dar continuidade ao trabalho realizado ao longo dos estágios, e ir ao encontro do Plano de segurança do doente (2021-2026).

Para a realização do objetivo específico Identificar e analisar a forma de comunicação com outros serviços (continuidade de cuidados), nomeadamente com os CSP, o trabalho que desenvolvi no primeiro estágio serviu de fundamentação teórico para a reflexão sobre o tema, a que dei continuidade neste estágio (Apêndice 4).

Elaborei registos de enfermagem em clinico, sobre os cuidados prestados a doentes com necessidade de tratamentos curativos por encerramento de estomas, submetidos a abdominoplastia ou submetidos a outros tipos de cirurgia por CCR, quando estes realizavam tratamentos curativos em simultâneo entre hospital e comunidade. Procedia sempre à impressão dos registos para que os doentes pudessem entregar à equipa de enfermagem na Comunidade. No caso de doentes com ostomias eram fornecidos os códigos dos dispositivos necessários para que tivessem acesso gratuito aos mesmos, quando prescritos pelo médico de família. A reflexão conjunta e debate sobre este tema com a minha OC foi muito produtiva, pela partilha de experiências e dificuldades sentidas pelos enfermeiros que trabalham em conjunto mas em níveis diferentes de cuidados. Uma das críticas à comunicação que existe entre comunidade e hospital foi a ausência de feedback por parte dos enfermeiros dos Centros de saúde durante os tratamentos em simultâneo, quando os doentes voltavam às consultas hospitalares. Apesar de já se poder consultar os registos em ambos os níveis através dos Sistemas de informação em saúde pelo RES, ainda é notória a dificuldade de acesso, não só por não estar ainda parametrizado o acesso à informação em todos os locais, não ser um programa fácil e intuitivo, como pela falta de informação por parte dos serviços nesta área. Deste modo, partilhámos em conjunto a forma do hospital aceder aos registos na comunidade explicando como estava organizado o processo do doente tendo sido partilhadas estas informações por mais enfermeiros deste serviço. Foi uma partilha de informação produtiva que a OC achou ser um tema possível e pertinente numa apresentação programada em serviço, (mas que não foi possível ainda durante o meu estágio), indo ao encontro da tão desejada desmaterialização do processo clínico em papel. A transferência da informação sobre os ensinamentos realizados deve ser garantida, entre os diferentes níveis de cuidados, de forma a promover uma reintegração mais efectiva na sociedade, pois melhorando a literacia em saúde contribuimos para um papel mais ativo das pessoas na sua saúde e o sucesso da saúde comunitária (Pereira 2006).

Como referia Hesbeen: *“Os registos são instrumentos interessantes e surpreendentes; interessantes porque são a prova da atividade reflexiva, do desejo de organização e de profissionalização; e surpreendentes porque a sua utilização, bem como a perceção que os enfermeiros têm deles, nem sempre estão a altura das*

esperanças daqueles que tentam a custo de muita perseverança, implantá-los (2001, p.141).

Assisti às reuniões multidisciplinares às quais a minha OC participava assiduamente. Nestas reuniões foi possível perceber uma necessidade que a mesma tinha em organizar o seu ficheiro de utentes na medida em que trabalhava como enfermeira gestora dos doentes com CCR. Nesse sentido criei um instrumento de trabalho, uma tabela excel personalizada, que permitia identificar os doentes com CCR, em que fase de tratamento estavam, a que tipo de cirurgia foram submetidos, quais os doentes com OEI, entre outras informações, permitindo a gestão dos casos¹². Este instrumento de trabalho foi aceite pela minha OC, que de imediato a pôs em prática, estando ainda a ser utilizada no serviço.

Apesar de não estar previsto nos meus objetivos, tive a oportunidade de fazer formação, ao assistir on-line à apresentação: “Let’s talk about sex, stomas and Silence”, no dia 4-2-2021, com a duração de 1 hora, organizado pela Convatec (Anexo 1). Participei também no Congresso de estomaterapia da APECE, nos dias 19 e 20 de fevereiro de 2021 (Anexo 2), no qual destaco a oportunidade de assistir à apresentação de vários projetos implementados nesta área, bem como de realizar workshops sobre cuidados de enfermagem a doentes com estomas, principalmente OEI, workshops estes muito práticos que me proporcionaram melhorar os meus conhecimentos e competências na área dos dispositivos utilizados nos doentes com OEI. Proporcionou-me ainda uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem de apoio a estes doentes, face à sua complexidade. Apresento em Apêndice 9 reflexão sobre os conhecimentos adquiridos.

Tive ainda a oportunidade de observar e aprender os cuidados de enfermagem necessários para colocar em prática os métodos de controlo de eliminação intestinal (irrigação) a doentes com OEI, que promovem o autocuidado, bem estar e qualidade de vida dos mesmos. Ao controlar o momento de eliminação, promove-se a reabilitação da pessoa com colostomia pela possibilidade de adaptação da sua vida às regras e normas estabelecidas na nossa sociedade, diminuindo o sentimento de inadequação e diferença (Frois, 2014).

¹² Não se coloca em apêndice imagens descritivas do funcionamento desta tabela para não aumentar o número de páginas deste relatório.

A consulta de estomaterapia não era exclusivamente para doentes com OEI, englobando todos os tipos de ostomias, pelo que tive a oportunidade de ver e prestar cuidados de enfermagem a doentes com diferentes ostomias (nefrostomias, urostomias, traqueostomias, PEG).

Não puder acompanhar o percurso dos doentes com OEI com quem contactei na consulta durante o internamento hospitalar pelas restrições covid foi um pequeno obstáculo que se deparou no meu projeto que ultrapassei através do diálogo constante que estabeleci com a OC.

3.3. Terceiro Campo de Estágio

O 3º estágio ocorreu na consulta de ostomizados de um ACES na ARS LVT e a OC foi realizada pela Enfermeira responsável pela mesma e simultaneamente pela EEEMC da USF onde exerço funções neste mesmo ACES e onde implementei o projeto. Ocorreu entre os dias 1 de março a 23 de Abril de 2021 com os seguintes objetivos gerais: Prestar cuidados diferenciados a doentes com ostomias de eliminação intestinal nos cuidados de saúde primários, capacitando o doente oncológico com CCR na gestão da sua doença e promover a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente com OEI.

A consulta de Ostomizados deste ACES funciona apenas um (1) dia por semana, razão pela qual se realizou esta cosupervisão. Na consulta de ostomizados tive acesso à documentação que dava suporte à consulta, nomeadamente o manual de procedimentos e o relatório da consulta respeitante ao ano de 2020, tendo permitido conhecer a estrutura da mesma, e o papel da enfermeira estomaterapeuta nos CSP, demonstrando ter atingido o objetivo específico: Compreender a dinâmica organizacional e funcionamento da CEET do ACeS [REDACTED]¹³.

Iniciei o estágio com uma reunião com a enfermeira responsável pela consulta de ostomizados e com a enfermeira OC do meu serviço onde apresentei o meu projeto.

Da análise SWOT realizada inicialmente, verificou-se que a equipa de enfermagem da Unidade onde trabalho estava pouco sensibilizada para os cuidados de enfermagem promotores do autocuidado do doente com OEI, revelando poucos

¹³ Não se coloca em apêndice a caracterização e funcionamento deste serviço para não aumentar o número de páginas deste relatório.

conhecimentos nesta área, mas demonstrando vontade de aprender. Neste sentido era preponderante apresentar e envolver a equipa na implementação do projeto, pelo que o apresentei não só à enfermeira supervisora clínica da minha unidade como também ao CT e posteriormente à equipa médica e de enfermagem com a formação realizada nesta área.

Na CEET tive a oportunidade de atingir o objetivo traçado de *Prestar cuidados de enfermagem diferenciados promotores do autocuidado aos doentes com OEI.*

Com o intuito de operacionalizar este objetivo específico, no contexto de CEET, comecei com o método de observação participativa, mas rapidamente consegui a confiança e segurança necessária para a autonomia na prestação dos cuidados sob supervisão da enfermeira OC. Fui aperfeiçoando as competências técnicas, relacionais, educacionais e clínicas tendo sempre o cuidado de prestar cuidados individualizados e integrais, sob uma abordagem holística (Santos, 2013). As intervenções realizadas foram ao encontro do preconizado pela DGS (2017b) nas *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*. Após uma avaliação inicial pormenorizada, a educação para a saúde através do ensino, da instrução e do treino sobre os cuidados à OEI e utilização correta das aparelhagens foram fundamentais para a autonomia da POEI e a gestão da doença. O enfoque dado à prevenção das complicações foi muito importante, mas também o conhecimento no reconhecimento das complicações quando estas surgiam e a aplicação de intervenções diferenciadas que permitiram a sua recuperação.

A avaliação dos conhecimentos e capacidades da POEI e/ou do seu cuidador, em relação à sua autonomia para o autocuidado da sua ostomia, sem esquecer a prevenção, deteção e tratamento de complicações com o estoma e pele circundante, é fundamental, e deve ser realizada tendo como base a evidência científica, o saber empírico e as experiências adquiridas. Lado a lado, criando uma relação terapêutica, trabalhei com a pessoa e/ou seu cuidador na resolução de eventuais défices. Este ambiente terapêutico trás segurança à POEI e seu cuidador, e nesta CEET havia sempre tempo e disponibilidade para ouvir, proximidade e suporte, e sobretudo a minha OC transmitia sempre à POEI que era sempre ela, em última instância, quem tomava as decisões, decisões estas sempre apoiadas e devidamente esclarecidas, como por exemplo na escolha da aparelhagem do dispositivo coletor. Havia sempre várias opções (devidamente adequadas às necessidades) que a POEI podia usar, e depois avaliar de que forma se sentia e as dificuldades que teve no autocuidado.

Portanto o treino e a avaliação do conforto e do autocuidado era constante, conforme preconizado pelo programa educacional que a DGS publicou em 2017.

O número de consultas realizadas pode não ter sido muito elevado, por só ser feita apenas um (1) dia por semana, mas a riqueza e qualidade das mesmas deve ser destacado. O leque de situações variou entre pessoas com colostomias, ileostomias, urostomias e nefrostomias. Estas consultas, realizadas na sua maioria a pessoas há muito ostomizadas, permitiu validar o acompanhamento a longo prazo e perceber a forma como se adaptara e aprendera as estratégias para o autocuidado. Segundo a literatura, a grande maioria retoma a sua rotina quotidiana num período de dois (2) a seis (6) meses (Pereira & Botelho, 2012), mas nem sempre consistentemente. Segundo a RNAO (2009), para se restaurar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento psicológico é necessário pelo menos um ano ou estender-se por mais anos (RNAO, 2009). No entanto não deve ser cortada a ligação com a CEET, e prova disso foi a situação da POEI escolhida para o estudo de caso, que só era acompanhado pelas consultas médicas, tendo tido apenas apoio de enfermagem especializada em estomaterapia no primeiro ano, e que agora, passados vários anos, perfeitamente independente no seu autocuidado, teve de recorrer novamente à CEET por risco de estenose da sua ostomia intestinal, o que estava a por em risco o controlo e vigilância da progressão do CCR, ao longo dos anos por impossibilidade de se conseguir fazer introduzir o colonoscópio pela ostomia.¹⁴ Deste modo, foi possível manter o bom funcionamento da OEI e a concretização da colonoscopia, até terminar o estágio.

Outro dos objetivos específicos delineados para o estágio na CEET foi: Contribuir para a formação das Cuidadoras informais de IPSS (assistentes de serviços de apoio domiciliário) da área abrangente de [REDACTED] sobre cuidados com as OEI. Este projeto de promoção da literacia destas assistentes domiciliarias já tinha sido planeado, com levantamento das Instituições Privadas de Solidariedade Social do Concelho, divulgação da proposta formativa junto das instituições identificadas e com a realização de uma ação de formação nas instituições que manifestaram interesse. Por falta de tempo, este projeto tem sido adiado, pelo que me propus nele colaborar.

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

¹⁴ Não se coloca em apêndice o estudo de caso para não aumentar o número de páginas deste relatório.

se necessitarem de apoio especializado, diminuindo as barreiras de acesso aos cuidados de saúde. A DGS com a norma nº 015/2016 de 2017 salienta que a educação para a saúde sobre ostomias deve ser estendida a todos os níveis de prestadores de cuidados de saúde. A família destas POEI dependentes continua a ser a principal prestadora de cuidados, mas devido à pouca disponibilidade que as famílias cada vez mais têm para responder às necessidades dos seus familiares dependentes, criou-se a figura do “cuidador formal”, como forma de reorganização de papéis e responsabilidades sociais e familiares. Estes profissionais prestam cuidados, após terem tido formação específica para obter competências para prestar cuidados, auferindo uma remuneração (Rodrigues, 2014).

A sessão de formação foi preparada, é possível consultar o power point realizado no Apêndice 10, mas mais uma vez não pode ser realizada pela situação pandémica por Covid 19 que nos encontramos a viver. No entanto ficou a promessa da disponibilidade para a apresentar com a enfermeira responsável pela CEET logo que seja possível, apesar de já não me encontrar em estágio.

Outra atividade realizada no âmbito desta CEET, que não estava prevista, foi a atualização do livro de apoio à POEI realizado pela enfermeira responsável pela mesma, que referiu não o atualizar desde o início da CEET neste ACES. Prontifiquei-me a colaborar e de acordo com a evidência científica mais atual, atualizei este livro que promove a literacia das POEI (Apêndice 11).

Decorrente de uma necessidade identificada pela enfermeira OC da CEET foi criado um manual de registos das intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado à POEI. Esta necessidade foi verbalizada pela mesma, porque apesar de já ter muita experiência e competências nos cuidados de enfermagem especializados em estomaterapia, identificou ter dificuldades nos registos em linguagem CIPE no SClínico que demonstrassem todas as intervenções realizadas, por não ter tido formação nesse sentido. As mesmas eram muitas vezes registadas no quadro de observações por não as conseguir encontrar no programa informático usado neste ACES. Visto ter feito levantamento das mesmas nos anteriores estágios, e ser um dos objetivos criados para a minha Unidade, prontifiquei-me a realizá-lo, reuni com o enfermeiro que faz a parametrização do SClínico para parametrizar as intervenções de acordo com o programa de ostomizados. e já foi posto em prática pela enfermeira responsável pela CEET (Apêndice 12).

Objetivo específico: Contribuir para a formação contínua da Equipa da USF Arandis sobre Cuidados de Enfermagem promotores do Autocuidado no doente com OEI. Com este objetivo pretendeu-se atualizar os conhecimentos teórico-práticos dos enfermeiros de CSP na área da ET, necessidade já anteriormente identificada na revisão de literatura: os enfermeiros por falta de formação adequada, não se sentem confortáveis na gestão dos cuidados às ostomias (Hendren et al, 2015).

Permitiu ainda sensibilizar a equipa multidisciplinar para a natureza complexa dos cuidados à pessoa com OEI.

Na preparação desta formação comecei por identificar as necessidades de formação dos enfermeiros e médicos da USF, visto realizamos as formações em serviço sempre em equipa. Apliquei um questionário realizado através do Google forms e partilhado por e-mail, e que foi reenviado posteriormente à apresentação da sessão de formação para avaliar possíveis melhorias na aprendizagem. No Apêndice 13-A é possível verificar os resultados das respostas dadas a este questionário antes da apresentação e no Apêndice 13-B o resultado das respostas dadas a este questionário depois da apresentação da formação. Esta formação decorreu no dia 16 de Abril 2021 na USF e a sua apresentação encontra-se em Apêndice 14. Foi ainda realizada avaliação da sessão de formação apresentada, enviada pelo CT da USF (Anexo 3) . Em Anexo 4 encontra-se o certificado de realização de formação.

Criei o Manual de Boas Práticas nos Cuidados à Pessoa com OEI para a USF, (Apêndice 15), manual este que resulta da aprendizagem teórica iniciada na unidade curricular opção II, dos conhecimentos e competências adquiridos nos dois (2) estagios anteriores. Esta ferramenta de apoio serve para garantir a segurança e individualizar os cuidados do doente com OEI e sua família, à luz da mais recente evidência científica. Segundo Benner et al (2009), guias, protocolos e diretivas /têm como objetivo garantir aos doentes uma prestação de cuidados com segurança, por enfermeiros que possuem competências mínimas, e que estes devem ser vistos como instrumentos auxiliares na tomada de decisão. Há autores que advertem para não se seguir escrupulosamente estes manuais pelo risco de reduzir os cuidados de enfermagem a uma série de tarefas (Hewitt-Taylor, Meeling, 2003), condicionando o uso do julgamento clínico e as necessidade individuais de cada ser humano, correndo-se com isso o risco de não promover o cuidar holístico. Este documento encontra-se a ser apreciado pelo CT da USF e será discutido numa reunião de serviço para ser votada a sua implementação.

Apesar de não fazer parte das atividades propostas inicialmente, produzi três (3) folhetos de orientações para a POEI e seus cuidadores, um sobre os cuidados a ter com as OEI (Apêndice 16), outro sobre a alimentação da POEI (Apêndice 17) e o terceiro sobre a absorção dos medicamentos nos doentes com ostomias de eliminação intestinal para promover a literacia das POEI (Apêndice 18).

Criei também uma tabela em excel para registo da listagem das POEI na USF, para identificação e gestão dos casos¹⁵.

Apresentei no “VII Congresso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermagem – Novos tempos, novos desafios”, um trabalho sobre a absorção dos medicamentos nos doentes com ostomias de eliminação intestinal: a intervenção do Enfermeiro, que decorreu de 17 a 24 de março de 2021 (Anexo 5 e Apêndice 19). Este tema surgiu por ter encontrado várias POEI, mais especificamente com Ileostomias, que apresentavam restos de comprimidos no efluente fecal por absorver, o que compromete a absorção da terapêutica prescrita, não cumprindo assim o seu efeito terapêutico, e colocando a saúde e vida da pessoa em risco. Serviu para disseminar conhecimento aos profissionais de saúde. Esteve programado apresentar tal trabalho à minha equipa da USF a 5 de fevereiro 2022 numa formação de serviço e aprovado o Manual de Boas práticas, mas por motivos de saúde pessoais esta data teve de ser adiado para o mês de março.

Ainda resultante da revisão scoping realizada para fazer a pesquisa do tema anteriormente mencionado, elaborei um Póster intitulado “Capacitação do Ostomizado Intestinal na potencialização da medicação – Intervenção do Enfermeiro Especialista”, apresentado no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no dia 27 de Outubro de 2021, na Figueira da Foz (Anexo 6 e Apêndice 20). A Comissão científica do congresso, na pessoa da senhora Enfermeira moderadora da mesa, descreveu a apresentação como simples e clara, com um tema muito pertinente e operacional e foi com agrado que vi o interesse de vários enfermeiros ao pedirem acesso ao resumo e autorização para fotografarem o poster.

Particpei na webinar “Gestão de cuidados ao doente com estoma”, realizada no dia 29/5/2021, organizado pela ELCOS/Sociedade Portuguesa de Feridas (Anexo 7).

¹⁵ Não se coloca em apêndice imagens da tabela de excell criada para não aumentar o número de páginas deste relatório.

3.4. Análise reflexiva das competências adquiridas

O percurso de formação académica que realizei permitiu-me consolidar a minha prática profissional, sempre baseada na melhor evidência científica, aprofundando e interiorizando várias competências enquanto Mestre, competências comuns ao Enfermeiro Especialista (EE), mas também como EE Médico-Cirúrgico na Vertente Oncológica (EEMCVO), e ainda as Competência Acrescidas Diferenciadas em Enfermagem Oncológica.

De acordo com a OE, a um EE reconhecem-se competências comuns que “...envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança, (...), levar a cabo investigação relevante e pertinente que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Neste percurso de aprendizagem foi possível demonstrar nos meus cuidados e nas atividades realizadas, a capacidade de adequar e concretizar cuidados ao doente de acordo com as necessidades de saúde apresentadas, gerindo e supervisionando os mesmos, com especial enfoque no suporte ao exercício profissional, com a formação e a assessoria realizada aos meus pares (Regulamento n.º 140/2019). Desta forma foi demonstrado domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pois os cuidados prestados ao doente com OEI foram planeados e desenvolvidos em parceria com a POEI, numa relação terapêutica entre o ostomizado e enfermeiro, e a tomada de decisão teve como base um juízo baseado no conhecimento e na prática (Regulamento n.º 140/2019). Em todos os campos de estágio a reflexão sobre e durante os cuidados e as intervenções foi constante e esteve presente o papel de consultor (principalmente no 3º estágio). Ainda neste domínio assegurei o respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação, ao promover a literacia em saúde do doente com OEI, operacionalizado nos três (3) estágios, reconhecendo o papel da comunicação como estratégia central na relação com o doente (Regulamento 766/2021).

Com a elaboração do Manual de Boas Práticas nos Cuidados à Pessoa com OEI, (que incluiu auditorias e análise dos resultados), fomentei a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019), otimizando a resposta da USF aos seus doentes com OEI. Como enfermeira de referência na área de Oncologia, estabeleço a ligação entre a equipa e a consulta de Ostomizados na UCSP, promovendo o trabalho em parceria, e reconhecendo no

processo de cuidar, a necessidade de “referenciar” para outros prestadores de cuidados de saúde quando se justifique, enquadrando-se assim estas competências no domínio da gestão de cuidados, patentes nas competências de enfermeira especialista e enfermagem de Oncologia (Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 766/2021).

Ainda no âmbito das competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, diagnostiquei as necessidades formativas da equipa de enfermagem no E3, fui facilitadora da aprendizagem no E2 com a criação dos posters com o programa de ensino ao doente com OEI e do poster sobre registos do autocuidado em Sclínico, com a formação realizada na minha USF sobre intervenções do Enfermeiro no autocuidado ao doente com OEI (E3). Com a criação de tabela de registos das intervenções promotoras do autocuidado ao doente com OEI em SClínico (E3), fui ao encontro da competência acrescida diferenciada B3 do enfermeiro especialista em Oncologia *“Regista com rigor todas as etapas do processo, no sistema de informação em uso”* (regulamento n.º 766/2021, p. 138). Fiz a disseminação do conhecimento obtido na Revisão Scoping sobre a administração de medicamentos aos doentes com OEI, que apresentei em Congressos Internacionais de Enfermagem e no âmbito da formação em serviço.

Os cuidados de enfermagem no âmbito da estomaterapia, implicam a adesão ao regime terapêutico, promovendo a aceitação da pessoa e cuidador para um novo estado de saúde, capacitando-as para o autocuidado da pessoa ostomizada. Uma POEI vivencia uma doença crónica com uma diversidade e complexidade de processos médicos e cirúrgicos necessitando da resposta de uma EEEMC que mobilize conhecimentos e habilidades para identificar as necessidades, conceba, implemente e avalie um plano de intervenção, que promova a qualidade de cuidados, numa cultura de segurança (Regulamento n.º 429/2018).

A EEMC é muito abrangente, pelo que de acordo com o contexto da sua intervenção e do alvo, são definidas 4 áreas de abrangência: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, e a área de enfermagem à pessoa em situação crónica. O projeto concretizado enquadra-se na área de enfermagem à pessoa em situação crónica: ser uma doença de curso prolongado, com evolução gradual de sintomas, pressupõe adaptação a diversos níveis, produz incapacidade residual, exige formação especial para a reabilitação e/ou

manuseamento de dispositivos, ou longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. (Regulamento n.º 429/2018).

No E2, cuidei de doentes que pela progressão da doença, encontravam-se em situação grave e avançada, tendo prestado cuidados promotores do bem estar e qualidade de vida e alívio de sintomas, em todos os contextos da prática clínica, estabelecendo uma relação terapêutica, razão pela qual considero ter desenvolvido competências especializadas à pessoa em situação paliativa.

Foram ainda desenvolvidas competências propostos para este 2º ciclo, baseados nos Descritores de Dublin: desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo; auto-orientação da aprendizagem; aplicação dos conhecimentos na resolução de problemas em situações novas, de contexto alargado (multidisciplinaridade) e complexas, encontrando soluções resultantes de julgamento crítico, tal como demonstrado com a problemática em estudo; capacidade de divulgação de conhecimentos (entre pares e com outros profissionais (Regulamento nº 157/2018).

Tendo como base a *framework* da EONS (2018), foram desenvolvidas as competências de: “Apoio às pessoas que vivem com, através e além do cancro”, “Comunicação nos cuidados oncológicos” como por exemplo quando fiz as pré-consultas de preparação de cirurgia de pessoas com CCR que iriam ser submetidas a uma OEI, e quando promovi a literacia, de “Liderança e Gestão na Enfermagem Oncológica” ao demonstrar o meu crescimento e desenvolvimento profissional e promover o desenvolvimento profissional de outros enfermeiros quando implementei o projeto na minha USF e na disseminação de conhecimento através dos Congressos; implementei intervenções baseadas na evidência para avaliar, prevenir e gerir as consequências do cancro, quer no âmbito físico, psicológico social como espiritual, promovi o autocuidado e demonstrei capacidade reflexiva.

4. AVALIAÇÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Neste capítulo pretendo analisar o percurso deste projeto, demonstrando quais os pontos fortes e fracos e destacando o contributo do mesmo para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem. A organização dos campos de estágio e as experiências vivenciadas, a partilha de experiências com as enfermeiras Estomaterapeutas foram extremamente enriquecedoras para mim como pessoa e como enfermeira de família numa USF. Esta experiência de ser enfermeira de família numa USF torna-me mais próxima dos meus utentes, mais próxima dos cuidados na comunidade, onde tenho a possibilidade de mobilizar famílias e apoios sociais que são importantíssimos para a promoção da saúde individual e familiar. E isso torna-se visível nas situações em que uma pessoa se vê confrontada com uma OEI, que obriga a uma alteração na qualidade de vida, que pode levar a grandes transformações e mudanças nas dinâmicas familiares, sociais e afetivas. Nos CSP temos um papel piviligiado junto das populações e das famílias, que por si só se torna uma mais valia, por conhecermos melhor estas dinâmicas interfamiliares, criando-se uma relação mais próxima entre o enfermeiro e a POEI, contribuindo para a autonomia das mesmas no autocuidado. Foi neste sentido, que perante a falta de conhecimentos nesta área, pretendi com este projeto ir ao encontro desta lacuna, contribuindo para o aumento de competências dos profissionais, que espero que seja apenas a ponta do iceberg, numa tentativa crescente de melhoria da qualidade dos cuidados à POEI.

O primeiro estágio deu-me a possibilidade de me envolver no trabalho de uma NN, e ter uma visão amplificada do papel do enfermeiro em todo o percurso de um doente com CCR, desde o seu diagnóstico, da preparação para os seus tratamentos quer fossem cirúrgicos, QT ou RT, acompanhando-os sempre e contribuindo para minimizar os seus efeitos nas suas vidas e na dos seus familiares, o que me deu subsídios importantes para conseguir preparar os utentes quando confrontados com esta situação e para o projeto de prevenção do CCR que pretendo implementar, que descrevo mais à frente. Tive a oportunidade de disseminar conhecimentos com a realização dos folhetos informativos aos doentes com diferentes tipos de OEI, papel importante de uma futura EEEMC e ter observado o papel de uma enfermeira especializada em cuidados oncológicos. Tal como é referido na literatura, percebi a

dificuldade de realizar um processo de navegação deste doentes, e senti que apenas um enfermeiro especializado em oncologia, com as suas habilidades e experiência e a capacidade de realizar um raciocínio clínico, especialmente durante a fase de diagnóstico, o consegue (Pautasso et al, 2018).

No segundo campo de estágio, reforcei o meu papel de disseminadora de conhecimentos mas desta vez dirigidos aos enfermeiros nos internamentos de cirurgia, na tentativa de melhorar a uniformização dos cuidados e educação da POEI no que diz respeito ao autocuidado da sua OEI, para que haja uma continuidade de cuidados, desde as primeiras consultas de estomaterapia como preparação da cirurgia até ao pós operatório. Foram criadas pontes após grande reflexão e partilha de ideias sobre a articulação entre enfermeiros da comunidade e do hospital de forma a garantir a continuidade de cuidados no processo de transição da POEI. Fizeram-se partilhas de experiências sobre os registos de enfermagem, nas plataformas informáticas, nomeadamente pelo RES, registos estes que além de serem usados para avaliar o desempenho das unidades prestadoras de cuidados (por evidenciarem a avaliação das necessidades individuais, dos objetivos criados e das intervenções de enfermagem definidas e da satisfação das necessidades que foram alcançados), promovem a continuidade de cuidados e asseguram a qualidade dos mesmos ao promoverem a comunicação entre profissionais (Voutilainen et al., 2004).

O terceiro campo de estágio trouxe-me a alegria de ver a consolidação das minhas competências e conhecimentos na área da estomaterapia, de ver os meus objetivos a serem concretizados: a possibilidade de trabalhar em parceria com uma enfermeira estomaterapeuta com a grande experiência na comunidade; de promover o aumento de conhecimentos da minha equipa na área da estomaterapia com a sessão de formação em serviço que realizei e da concretização do guia de boas práticas; e mais uma vez contribuir para a literacia tanto da POEI como dos profissionais de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à POEI e seus familiares na USF.

A disseminação de conhecimentos foi ainda alargada a mais profissionais de saúde em Portugal e internacionalmente com a apresentação do trabalho sobre a absorção dos medicamentos nos doentes com ostomias de eliminação intestinal: a intervenção do Enfermeiro em forma de comunicação livre e na forma de poster em dois congressos.

Em todos os campos de estágio foram realizados estudos de caso por entender que este instrumento de trabalho permite aprofundar conhecimentos adquiridos com pesquisa bibliográfica, alicerçados pela evidência científica e articulá-los com as experiências vividas na prática clínica.

É com orgulho que tenho verificado que ao longo deste percurso a minha equipa me vê como consultora nesta área, solicitando a minha avaliação e o meu parecer mais experiente na prestação de cuidados, referenciando-me utentes que estão a viver esta situação e por outro lado me ajudam a identificar estes utentes para que constem na ferramenta de trabalho que criei, de forma a percebermos quem são os nossos utentes que carecem destes cuidados e se necessitam de ser encaminhados para a CEET do ACES.

Considero que os objetivos de estágio foram alcançados, não só pela minha avaliação como pelas avaliações de estágio das minhas orientadoras clínicas, as quais foram muito positivas, bem como as do Sr. Professor orientador desta unidade curricular.

Todos os profissionais com quem me cruzei ao longo deste percurso foram excepcionais e acolheram-me tão bem que me senti parte integrante das equipas e que respeitaram e reconheceram a minha experiência profissional de 26 anos. Houve uma transmissão de saberes mútuos, e senti que valorizaram e impulsionaram o meu projeto.

Em relação aos pontos fracos, tenho consciência que a situação pandémica vivenciada não permitiu a concretização a tempo útil de algumas atividades como: a formação em serviço nas unidades de internamento de cirurgia no segundo estágio; a formação em serviço a toda a equipa da USF, o que ainda se almeja realizar no ano de 2022; os projetos programados e preparados em articulação com a enfermeira responsável pela CEET, nomeadamente as sessões de ensino às cuidadoras de POEI no apoio domiciliário. Desde há dois anos que as equipas estão constantemente a ser mobilizadas para intervenções pela pandemia criada pelo Covid 19, quer sejam elas testagens nos diferentes campos (atendimento a pessoas com doença respiratória, lares, entre outros), o apoio e monitorização das pessoas infetadas através da plataforma Trace covid e depois com as campanhas de vacinação que ainda estão longe de terminar, que deslocaram tantos profissionais dos cuidados de saúde primários.

Outro ponto fraco foi não ter tido a possibilidade de estreitar a comunicação entre pares e impulsionar elos de referência entre o ACES e os hospitais de referência dos utentes com CCR, como forma de aumentar a cultura de segurança no utente, tendo como referência a norma da DGS Nº 001/2017 de 08/02/201 –“Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”. Pretendia juntamente com a enfermeira estomaterapeuta da CEET do ACES, enviar uma carta aos serviços hospitalares de referência destes utentes, como forma de apresentação/reforço da existência desta CEET na comunidade e sensibilizar para a importância da referência destes utentes aquando da alta hospitalar. Esta carta foi elaborada, mas considerámos que não era a altura certa para o fazer, visto muitos serviços terem sido altamente alterados, com mobilização dos profissionais devido à pandemia.

Pretende-se ainda realizar auditorias de controle aos registos de enfermagem e médicos em SClínico, em virtude de terem sido criadas cheklist para auditorias aos registos na área do apoio às POEI, parte integrante no criado Manual de boas práticas às POEI.

Consciente que os CSP devem assumir um papel cada vez mais importante no tratamento do CCR e na sua prevenção, é meu desejo propor ao CT da minha USF um projeto onde como EEEMC na vertente oncológica terei um papel mais interventivo na prevenção do CCR, indo ao encontro das competências acrescidas de enfermagem oncológica da Ordem dos Enfermeiros. Serão programas sessões de educação aos utentes da USF para sensibilização sobre o CCR e colaborarei na implementação do rastreio nacional do cancro colon e reto (RNCCR), que como rastreio de base populacional não deve ser apenas proposto oportunisticamente nas consultas, mas sim fazer a seleção das pessoas elegíveis para realizar o convite/sensibilização para a sua realização e monitorização dos mesmos, com acompanhamento dos doentes positivos nestes rastreios (SIIMA).

O desenvolvimento deste projeto poderá fazer diferença na melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente na vida daqueles que cuidamos, contribuindo para a capacitação das POEI e famílias no seu processo de adaptação à nova situação.

5. CONCLUSÃO

O CCR como doença crónica tem um impacto na vida das pessoas e exige um processo de adaptação, onde o enfermeiro encontra terreno fértil para intervir. Os cuidados de enfermagem diferenciados e especializados na área da pessoa em situação crónica são:

“...cuidados contínuos que tanto 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).

Considero que os campos de estágio foram muito bem escolhidos e proporcionaram um leque de experiências muito gratificante e importante que claramente foram ao encontro dos meus objetivos, e até os superaram. Aumentei e reforcei os meus conhecimentos e competências de Enfermeira especialista, sobre os cuidados de enfermagem diferenciados à POEI, que servem para uma tomada de decisão e uma prática profissional segura e fundamentada. A literacia em saúde na vida das POEI permite que elas participem em medidas preventivas de saúde, na deteção antecipada da doença, no acesso apropriado aos cuidados de saúde e, por último, na maior capacidade de adesão aos tratamentos. Incontestavelmente, as pessoas com mais literacia em saúde são capazes de aceder e participar na sua saúde de uma forma mais abrangente e eficaz, estando mais capacitadas para utilizar e compreender a informação sobre a saúde no geral e, em particular, da sua própria saúde (Sørensen et al., 2012).

Foi um projeto onde a literacia em saúde esteve sempre presente, tanto a literacia das POEI como a literacia dos profissionais, para as quais me orgulho de ter contribuído. Consegui a sensibilização da equipa da USF para o tema do autocuidado na POEI e a tão almejada articulação com a CEET no ACES. Sinto também que a equipa já me valoriza e respeita como elo de ligação e enfermeira de referência na minha USF na área das ostomias de eliminação. Assumi um papel de liderança, como futura enfermeira especialista, chamando a mim a responsabilidade da educação dos doentes e dos pares, orientação, e aconselhamento como documentado no Regulamento n.º 140/2019.

A experiência e partilha de conhecimentos nos diferentes campos de estágio no âmbito do NursingNavigator permitiram-me obter uma visão ampla do

acompanhamento das pessoas com CCR e de todo o percurso da sua doença, que muitas vezes passou pela realização de uma ostomia de eliminação intestinal onde pude pôr em prática as minhas competências nos cuidados promotores do autocuidado à OEI, objetivo principal do meu projeto. Mas foi mais do que isso, porque permitiu-me melhorar o acompanhamento das pessoas com diagnóstico de CCR, podendo acompanhá-las ao longo de todo o processo de doença, e ir mais longe com o próximo projeto que já almejo pôr em prática, com a prevenção do CCR na USF e ter assim um papel mais proactivo nos CSP. Como descrito na literatura, os cuidados de enfermagem de uma perita em Nursing Navigator aplicam-se nas quatro diferentes áreas: Prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos (Shejila, Pai & Fernandes, 2015).

Não posso deixar de partilhar que ao olhar para trás o sentimento que me surge é de que valeu a pena o esforço. O esforço geralmente sentido pelas enfermeiras com família, filhos, que trabalham 40h semanais e lhes juntaram as horas de estágio, as corridas entre [REDACTED], o sono roubado às noites para escrever os trabalhos que complementaram este relatório...as dificuldades inerentes ao estatuto de uma enfermeira, mãe, esposa, trabalhadora e estudante. Mas o que não estava programado foi a situação de pandemia pelo Covid que se instalou no mundo, em Portugal e na minha vida profissional, bem como os problemas familiares e de saúde que surgiram ao longo destes 2 últimos anos. Foi duro...muito duro, mas continuo a achar que valeu a pena e reforcei a minha perceção de que sou uma mulher trabalhadora, perseverante, forte e convicta das minhas capacidades, e que continua a adorar aprender e partilhar experiências na Enfermagem.

Pretendo terminar esta etapa olhando para as intervenções futuras, pois gostaria de requerer a certificação individual das competências acrescidas em estomaterapia da Ordem dos Enfermeiros, pelo que gostaria de realizar o curso pós graduado em estomaterapia.

Tendo presente a responsabilidade em produzir e divulgar investigação que contribua para a melhoria da prática de enfermagem e sabendo que as estimativas de qualidade de vida relacionada à saúde são fundamentais para entender a perspectiva da POEI, assim como para a tomada de decisões e planeamento de cuidados de saúde, seria um desafio realizar uma investigação primária em conjunto

com a Enfermeira responsável pela CEET do ACES sobre a qualidade de vida das POEI nos CSP.

O Enfermeiro Mestre e EEMCVO tem um papel autónomo solidificado pela sua identidade profissional na equipa multidisciplinar, revela um conhecimento enriquecido que permite intervenções centradas na POEI. Estas intervenções diferenciadas promovem o aumento da qualidade de vida e a melhoria dos cuidados prestados. Estas intervenções devem ser continuamente estruturadas nas teorias que valorizam a profissão de Enfermagem, como é o caso da Teoria de Orem, de Meleis e Mc Cormack, as quais serviram de orientação para as intervenções explicitadas no presente relatório

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2021). Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde Primários. 1-651. Acedido a 28 de dezembro de 2021. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
- ACSS (2019) Referencial de formação 2016-2018- Ação formação de suporte ao Plano Nacional para a Segurança do Doente. Acedido em: <http://www2.acss.min-saude.pt/>
- Ambe, P. C., Kurz, N. R., Nitschke, C., Odeh, S. F., Möslin, G., & Zirngibl, H. (2018). Intestinal ostomy—classification, indications, ostomy care and complication management. *Dtsch Arztebl Int.* <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182>
- APECE, Associação portuguesa de enfermeiros de cuidados em estomaterapia (2012). *Estomaterapia: O saber e o cuidar*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Associação portuguesa de ostomizados (APO). (sd). Acedido em 4 novembro 2019, em <http://apostomizados.pt/>
- Baixinho CL, Ferreira Ó.(2018) Do hospital para a comunidade: a transição (in)segura). *Rev baiana enferm.* 2019;33:e35797
- Barwell, J. (2012). High-output stoma management following bowel perforation. *British Journal of Nursing, (Stoma Care Supplement)*, Vol 21, No 6
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Börjeson, S., Starkhammar, H., Unosson, M., Berterö, C. (2012). Common Symptoms and Distress Experienced Among Patients with Colorectal Cancer: A Qualitative part of Mixed Method Design. *Open Nurs J.* 2012; 6: 100–107. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3439831/>
- Bulkley, J.E., McMullen, C.K., Grant, M. et al. (2018). Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors. *Support Care*

Cancer, 26, 3933–3939. Acedido em <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4268-0>

- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 24-38). New York, NY: Springer.
- Cruz, G., Constantino, J., Chamone, B., Andrade, M. & Gomes, D. (2008). Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 28(1), 50-61
- Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN. 2016. Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. *Rev Gaúcha Enferm.*37(spe):e68373. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68373>
- Decreto Lei nº169/2019 de 4 de junho (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04*, páginas 55 – 66
- 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.
- Direção Geral da Saúde (2017a). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- 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.
- Edis, H.(2015). Meeting the needs of new ostomists: a patient evaluation survey. *British Journal of Nursing*, 2015 (Stoma Supplement), Vol 24, No 17
- Ercolano, E., Grant, M., McCorkle, R., Tallman, N., J., Cobb, M., Wendel, C., Krouse, R. (2016) Article Applying the Chronic Care Model to Support Ostomy Self-Management: Implications for Oncology Nursing Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20,(3), 269-274. DOI: 10.1188/16.CJON.20-03AP

- 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/PatientGuides/Colorectal-Cancer>
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar enfermagem*, 7, 34 – 47.
- Franke, A. J., Iqbal, A., Starr, J. S., Nair, R. M., & George Jr, T. J. (2017). Management of malignant bowel obstruction associated with GI cancers. *Journal of oncology practice*, 13(7), 426-434.
- Frois, A. (2014). Efetividade da irrigação intestinal em pessoas com colostomia: uma revisão integrativa. Relatório Especialidade em Enfermagem em Estomaterapia. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais
- 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.
- 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 doi: 10.1097/DCR.0000000000000347
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspetiva do Cuidar*. Loures: Lusociência Lda.
- Hewitt-Taylor, J., & Melling, S. (2003). New flexible healthcare roles and the purpose of nursing. *British Journal of Nursing*, 12(21), 1264-1270.
- Instituto Nacional de Estatística - *Estatísticas da Saúde : 2019*. Lisboa : INE, 2021. Acedido em :<https://www.ine.pt/xurl/pub/257483090>>. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0560-2
- International Council of Nurses (ICN) (2021). International Classification for Nursing Practice ICNP® Acedido em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Kitson, A. (2018). The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing Research*, 67, pp. 99-107. doi:10.1097/NNR.0000000000000271
- Krouse, R. S., Grant, M., McCorkle, R., Wendel, C.S., Cobb, M.D., Tallman, N., Ercolano, E., Sun, V., Hibbard, J. & Hornbrook, M. (2016). A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psychooncology*. 25(5): 574–581.
- Lazzaron,A. (2020) Morbimortalidade cirúrgica de pacientes com câncer de reto submetidos à ressecção anterior com ou sem anastomose primária: estudo de coorte. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Ljunngqvist, O., Scott, M., Fearon, K. (2017). Enhanced Recovery After Surgery, A 67 Review. *JAMA Surgery*. 152 (3): 292-298.
- Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., & Matias, T. R. (2014). Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. Acedido a 13 de Abril de 2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-do-Grupo-de-Trabalho-criado-para-a-defini%C3%A7%C3%A3o-de-proposta-de-metodologia-de-integra%C3%A7%C3%A3o-dos-n%C3%ADveis-de-cuidados-de-sa%C3%BAde.pdf>
- Matos, D., & Cesaretti, I. U. R (2005). Complicações precoces e tardias dos estomas intestinais e urinários: Aspectos preventivos e terapêuticos. In V. Santos, & I. Cesaretti (Eds.), *Assistência em estomaterapia: Cuidando do ostomizado* (pp. 189- 214). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209.
- McCormack, B & McCance, TV (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- McCormack, B & McCance, T (2010). *Person-centered nursing theory and practice*. Oxford: WileyBlackwell.

- McGrath, A., Porrett, T., & McGrath, A. (2005). Anatomy and physiology of the bowel and urinary systems. *Stoma Care. Wiley-Blackwell, Chichester*, 1-16.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress. (5.^a Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health |Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9*
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C., Smith & Parker, M. E., Parker (2015). *Nursing theories & nursing practice (4th ed)*, pp. 361-380. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D., Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6
- 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.
- Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., Barros, E., Gomes V. (2015) Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: Subsídios para Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 82-88. Acedido em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0082.pdf
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100011>
- Munhão, V. (2017). *O peso social de uma ostomia – quem manda decide sobre o que nunca sentiu*. Acedido em: <https://www.rostos.pt/inicio2.asp?cronica=11000369>

- Neves, V. (2016), Importância da formação dos profissionais na adaptação do doente ostomizado. Newsfarma Myoncologia Artigo publicado a 23 de Fevereiro. Lisboa. Acedido em: www.myoncologia.pt
- 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.
- Ohlsson-Nevoabc. E., Karlssoncd, J., Nilssonb. U. (2016) Effects of a psycho-educational programme on health-related quality of life in patients treated for colorectal and anal cancer: A feasibility trial. *European Journal of Oncology Nursing* Volume 21, April 2016, Pages 181-188
- Ordem dos Enfermeiros (2006) Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomad aPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Assunto: Importância da presença do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nos cuidados de saúde primários, nomeadamente na unidade de cuidados comunitários (UCC). Parecer nº 12/2014 Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_12_2014_ImportanciaDaPresencaDoEEMC_Nos_CuidadosDeSaude Primarios_NomeadamenteNAS%20UCC.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/assembleiascolegiosespecialidade/ Documents/AssembleiasColegios2017/Docs%20aprovados%2007.12/CEEMC_Po nt o2_PadreesQualidade_rev.pdf
- Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. Maryland, United States of America: McGraw-Hill. (p.31)
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6ª ed. New York: Mosby

- Pautasso, F., Zelmanowicz, A., Flores, C., Caregnato, R. Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0102. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0102>.
- Pereira, N., Botelho, M. (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
- Puckett, H. (July 2018). *Implementing a Post-discharge Education Program to Improve Ostomy Adjustment* (DNP Scholarly Project, East Carolina University). Acedido em <http://hdl.handle.net/10342/6893>.
- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2009). *Ostomy Care and Management*. Toronto: RNAO.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2019). *Ostomy Care and Management*. Toronto: RNAO.
- Regulamento n.º 398/2019. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Estomaterapia. Diário da República n.º 86/2019, Série II de 2019-05-06.13734-13740
- 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 766/2021. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Oncológica. Diário da República n.º159/2021, Série II de 2021-08-17. 130-143

- Regulamento n.º 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República n.º 187/2021, Série II de 24 setembro. 96-103.
- Rocha, M. J. D. C. (2021). *Literacia em saúde-conhecimento sobre diástase dos músculos retos abdominais e a sua relação com as disfunções do pavimento pélvico* (Doctoral dissertation).
- 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.
- Santiago, L., Paiva, J. (2021). Carcinoma colorretal nos cuidados de saúde primários em Portugal: indicadores de rastreio e frequência. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 37(3), 205–12. Acedido em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i3.12790>
- Santos, C. (2013). Nota Introdutória. In Santos, I.M. et al. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*, (XV-XVI). Lisboa: LIDEL.
- Santos, V., Cesaretti, I., (2000). *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Santos, V., Kimura, M., Chaves, E. (2017) Quality of life and coping of persons with temporary and permanente stomas. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 33 (5): 503-9. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17133138>.ACSS-SNS.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Shejila, C., Mamatha, S., Fernandes, J. (2015) Oncology Nurse Navigator Programme - A Narrative Review. *Nitte University Journal of Health Science*. Vol. 5, No.1, March 2015, ISSN 2249-7110
- Silva, C. (2012) Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa que vai ser submetida a ostomia de eliminação intestinal. Dissertação De Mestrado. Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Porto

- Sørensen, K., Stephan, V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, pp. 1-13. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- Taylor, S.G. (2002).Dorothea Orem. Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem, In: Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Tomé, L. (2019) Cancro do Colon:8 mil casos em Portugal. Acedido em: <https://www.medis.pt/mais-medis/cancro/cancro-do-colon-8-mil-novos-casos-em-portugal/> luis Tomé.
- UOAA (2020). New Ostomy Patient Guide. United Ostomy Associations of America, Inc. Acedido em: www.ostomy.org/Home.html.
- Voutilainen, P., Isola, A., Muurinen, S. (2004). Nursing documentation in nursing homes - state of the art and implications for quality improvement. Nordic College of Caring Sciences, *Scand J Caring Sci* , 18, pp.72-81.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2016). WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. New Jersey. Acedido em:www.wocn.org

ANEXOS

ANEXO I

Participação na formação "Let's talk about sex, stomas and silence", promovido pela Convatec

Certificate of Attendance

This is to certify that

Ana Nóbrega e Silva

Participated in

Let's talk about Sex, Stomas and Silence

February 04, 2021

1 hour of learning time for CPD



Ostomy Care



ANEXO II

Cerificados participação no Congresso da APECE



CERTIFICADO

Congresso Nacional de Estomatologia 2021 Livestreaming

Certifica-se que:

Ana Nóbrega

participou no Congresso Nacional de Estomatologia 2021, realizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatologia, realizado em Live Streaming, nos dias 19 e 20 de Fevereiro 2021.

Este certificado foi atribuído por:

Natália Ferreira
(A Comissão Organizadora)

Cláudia Silva
(A Presidente da APECE)





CERTIFICADO

Congresso Nacional de Estomaterapia 2021 Livestreaming

Certifica-se que:

Ana Luisa de Nóbrega e Silva

Realizou os webinários

- Gestão de dispositivos de ostomias respiratórias
- Gestão de dispositivos de ostomias de alimentação
- Gestão de dispositivos de ostomias de eliminação
- Higiene e proteção da pele peristoma

realizados no Congresso Nacional de Estomaterapia 2021, realizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, realizado em Live Streaming, nos dias 19 e 20 de Fevereiro 2021.

Este certificado foi atribuído por:

Natália Ferreira
(A Comissão Organizadora)

Cláudia Silva
(A Presidente da APECE)



ANEXO III

Avaliação da formação na USF

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Designação – Intervenções do Enfermeiro Especialista na Promoção do Autocuidado ao Doente com Ostomia de Eliminação Intestinal

Profissional – Enf^a Ana Luisa Silva

Data: 16-4-2021

A sua opinião sobre a acção de formação em que acaba de participar é extremamente importante para que possamos:

- Aferir em que medida satisfizemos as suas expectativas
- Melhorar o nosso desempenho em futuras acções de formação

Gostaríamos então que respondesse às seguintes questões

1. Avaliação global da formação		1	2	3	4	5	
1.1 Globalmente a formação agradou-lhe?	Pouco				4	10	Muito
1.2 O conteúdo científico da formação pareceu-lhe adequado ao seu nível de conhecimentos	Inadequado				1	13	Muito adequado
1.3 Os objetivos propostos foram cumpridos ?	Minimamente cumpridos				1	13	Totalmente cumprido
1.4 A formação correspondeu às suas expectativas iniciais ?	Minimamente				2	12	Totalmente

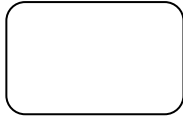
Relativamente ao módulo ministrado:

2. Avaliação global da formação		1	2	3	4	5	
2.1 O tema abordado foi	Pouco interessante			1	4	9	Muito interessante
2.2 O tema abordado foi	Pouco aprofundado				4	10	Muito aprofundado
2.3 O tema abordado teve	Pouco utilidade				3	10	Muita utilidade
2.4 O tempo dedicado à acção formativa foi	Insuficiente		1	4	1	7	Mais que necessário
2.5 A formação em termos de aquisição de conhecimentos foi	Insuficiente			1	3	10	Excelente

Nota: Um dos questionários não tinha resposta nos pontos 2.3. e 2.4.

ANEXO IV

Certificado de realização de formação na USF



CERTIFICADO

Certifica-se que **Enf.^a Ana Luísa Nóbrega e Silva**

Foi formadora com o tema "Intervenções do Enfermeiro Especialista na Promoção do Autocuidado ao doente oncológico com ostomias de eliminação intestinal" ministrada na USF Arandis a 16 de abril de 2021, com a carga horária de 2 horas.

Conselho Técnico

Torres Vedras 16/4/2021

ANEXO V

Certificado participação no VII Congresso Ibéro-Americano de Enfermagem.



D. José María Vázquez Chozas

Presidente de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

DE NÓBREGA E SILVA, ANA LUISA

Autor principal

JESUS RAMOS FERNANDES, LINA ISABEL

Primer coautor

Han participado con la Comunicación:

A absorção dos medicamentos nos doentes com ostomias de eliminação intestinal: a intervenção do enfermeiro

En el VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021.

25/03/2021

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala 1 Área temática 2 Capítulo 92

Editado por **FUNCIDEN**

ISBN CD-ROM: 978-84-16679-14-0

Depósito Legal: M-28323-2020



José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Profesional, Científico y Formativo

ANEXO VI

Certificado apresentação do póster intitulado “Capacitação do ostomizado intestinal na potencialização da medicação- Intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica”

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021

Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Luísa de Nóbrega e Silva**, apresentou o póster "*Capacitação do ostomizado intestinal na potencialização da medicação: Intervenção do Enfermeiro Especialista*", da autoria de Ana Luísa de Nóbrega e Silva, Lina Isabel Jesus Ramos Fernandes e Óscar Ferreira, no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes de Espetáculos da Figueira da Foz.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÁNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420

Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



ANEXO VII

*Certificado participação na Webinar “Gestão dos cuidados ao doente com estoma –
Epidemiologia clínica, gestão e organização”*



Declaração Comprovativa de Frequência Formativa

Para os fins convenientes se declara que **Ana Luísa Nóbrega e Silva**, portador(a) do documento de identificação com o número **10265899**, frequentou, como formando(a), o Webinar "**Gestão de Cuidados ao Doente com Estoma - epidemiologia, clínica, gestão e organização**", via **Live Streaming**, promovido pela **ELCOS - Sociedade Portuguesa de Feridas e pelo Centro de Estudos e Investigação em Feridas**. O Webinar, também **certificado pela EWMA**, decorreu no dia **29 de maio**, detendo a duração de 2 horas, conforme Plano Curricular.

29 de maio de 2021

ELCOS
Sociedade Portuguesa de Feridas

Kátia Furtado
(Presidente)

Certificado nº 1191 Webinar - 2021

APÊNDICES

APÊNDICE I
Scoping Review

Pessoa com Ostomias de Eliminação Intestinal nos Cuidados de Saúde Primários:

Protocolo de Revisão Scoping

Objetivos

A revisão *scoping* é um processo que permite mapear a literatura ou a evidência existente (Armstrong, Hall, Doyle & Waters, 2011). Pretende-se de forma célere, obter informação ampla e aprofundada em vez de focada, sobre toda a literatura existente, independentemente dos desenhos de estudo serem qualitativos ou quantitativos (Arksey & O'Malley, 2005). Ao serem mapeados conceitos chave subjacentes à área de investigação, a revisão *scoping* permite uma compreensão profunda sobre os dados.

O objetivo desta revisão *scoping* é deste modo, mapear as Intervenções específicas de Enfermagem que promovam o autocuidado no doente com ostomias de Eliminação intestinal.

Background

Uma ostomia é uma abertura no abdómen para eliminar resíduos do corpo (Hombrook et al, 2012). A realização de um estoma poderá advir de situações agudas e urgentes ou situações que podem ser programadas, permitindo ao cliente receber uma adequada preparação, para uma melhor aceitação da sua nova condição de vida (Marek, Phipps & Sands, 2003). As causas principais são o cancro colon-retal, cancro de bexiga, colite ulcerativa e doença de Crohn, e inflamação do intestino. Este procedimento implica alteração da fisiologia gastrointestinal que se reflete a nível da autoestima e imagem corporal, para além da intimidade/sexualidade. Pacientes com ileostomia, colostomia ou urostomia sentiram que sua atratividade sexual diminuiu após a formação da ostomia (Persson & Hellstrom, 2002). Estão também implicadas mudanças nas relações sociais, familiares, espirituais e afetivas da pessoa ostomizada (Annells, 2006). A realização de uma OEI vai ter impacto importante na dimensão emocional e psicológica, social e espiritual, não sendo só apenas impacto físico (Gemelli & Zago, 2002). Foram mais de 50% dos pacientes ostomizados que afirmaram num estudo, que ter um estoma afeta sua capacidade de encontrar trabalho. Referiram também que 20% dos

pacientes com colostomia ou 15% daqueles com ileostomia foram forçados a mudar de emprego e aproximadamente 10% dos pacientes com estoma tiveram problemas graves com dieta e roupas devido ao estoma (Anaraky, F. et al, 2012). A maior preocupação da pessoa portadora de OEI relaciona-se com o aspeto físico, no que se refere às modificações fisiológicas gastrointestinais, nomeadamente a perda do controlo fecal e a eliminação de gases. Após a consulta de estudos realizados nesta área verificou-se que após a formação do estoma pode resultar a morbilidade psicológica. As OEI podem levar á restrição de atividades sociais.

Segundo Anaraky, F. et al, (2012) a colostomia é o tipo mais comum de estoma. Segundo Kuzu et al. (2002) a ostomia permanente diminuiu significativamente a qualidade de vida. O aconselhamento ao paciente é um importante componente do cuidado que pode auxiliar os ostomizados a se adaptarem às novas situações (Pallesen, Ploug, Kyed, Winther 2018). A orientação nutricional sistemática com base no conhecimento dos pacientes e famílias sobre nutrição e na capacidade de autocuidado do paciente parece aumentar a capacidade de manter o peso durante o tratamento, aumentar a capacidade de autocuidado e manter ou aumentar o status de desempenho. A colaboração entre enfermeiras e nutricionistas clínicos beneficia o paciente e deve ser fortalecida. Orientação nutricional sistemática deve ser introduzida. (Pallesen, Ploug, Kyed, Winther 2018).

Em estudos realizados no processo de aceitação da ostomia verificou-se que a religião é o apoio espiritual mais procurado pela pessoa ostomizada, proporcionando-lhe força e esperança para enfrentar situações difíceis (Silva & Shimizu, 2007). Aos doentes com OEI são alocados problemas e necessidades específicas, geradoras de incapacidades no autocuidado do doente, tendo implicações para o doente e família no seu processo de adaptação. A intervenção do enfermeiro tem uma grande importância no processo educativo do doente ao longo do seu período de adaptação.

De acordo com a EONS (2018) os enfermeiros especialistas em oncologia garantem e avaliam a segurança e as complicações dos tratamentos oncológicos, ajudam a gerir sintomas, otimizam a qualidade de vida, apoiam e defendem as necessidades dos doentes com cancro e seus cuidadores, colaboram com as equipas interprofissionais para a melhoria dos resultados e reduzem o impacto do cancro nos doentes, famílias, comunidades e populações.

Torna-se necessária a intervenção precoce dos enfermeiros, para o estabelecimento de empatia, e confiança oferecendo apoio para a pessoa ostomizada/ família a adquirir competências para ultrapassar os desafios de forma positiva (Couto & Medeiros, 2013). De acordo com Silva & Shimizu (2006), o enfermeiro não se deve restringir à entrega de materiais e à orientação de como manusear os diversos equipamentos, mas o de ajudar na reintegração da vida social incentivando-o a combater preconceitos que já existem na sociedade

Segundo Martins (2004) o apoio dos profissionais de saúde na compreensão da perspetiva emocional do doente, é fundamental, nas diferentes fases do processo de aceitação da doença, para que este encare com esperança e positividade a sua vida futura e se adapte melhor à nova condição de vida. Segundo Santos (2000) o objetivo a alcançar no pós-operatório é o de evitar e detetar precocemente eventuais complicações e ensinar gradualmente o autocuidado onde se dá o enfoque à visualização e toque do estoma, para que à altura da alta o doente com OEI saia com confiança e esperança. É importante que a pessoa portadora de OEI tenha adquirido competência a cuidar-se, no que diz respeito à higiene da pele e do estoma, prevenção de lesões na pele e correta adaptação dos dispositivos. O pós-operatório tardio, nas consultas de ostomizados, nos cuidados de saúde primários e secundários é fundamental para dar continuidade ao processo de ensino-aprendizagem. Reforçar temas como os cuidados alimentares, viagens, vestuário apropriado, a vida sexual, a prática de desporto, possíveis complicações, benefícios fiscais e as participações relativas à aquisição dos dispositivos e acessórios necessários. O doente com OEI e sua família são incentivados a observar periodicamente o estoma e pele peri estoma para reconhecer, prevenir e detetar precocemente complicações no que diz respeito à remoção, troca e drenagem do dispositivo. Podem ser evitadas complicações graves (Morais, Seiça & Pereira, 2012). É importante que a equipa de enfermagem tenha adquirido e desenvolvido competências técnicas, científicas e relacionais para promover o autocuidado ao doente com OEI, tenha conhecimento do material existente no mercado para uma melhor orientação nos cuidados à OEI.

Os enfermeiros devem planear uma adequada prestação de cuidados que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, para que esta desenvolva aptidões para o autocuidado, adaptando-se fisiológica, psicológica e socialmente no que se refere ao processo de viver com uma ostomia, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

Questão de Revisão

O ponto de partida para a pesquisa realizada, foi a formulação da seguinte pergunta: **Quais as intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado do doente oncológico com OEI?**

Para tal foi retirada informação da literatura existente, em que consideramos o seguinte quadro de referências:

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO PCC	
P (população)	Doente oncológico, portador de uma OEI
C (conceito)	Intervenções de Enfermagem, promotoras de autocuidado
C (contexto)	Cuidados prestados à POE em Cuidados de Saúde Primários/outro contexto após alta

Quadro 1– Esquematização da questão de pesquisa.

Palavras Chaves:

Cuidados de Enfermagem, ostomia de eliminação intestinal, autocuidado cancro colon e reto, cuidados saúde primários.

Critérios de Inclusão e Exclusão

No quadro 2 apresentam-se de forma esquemática os critérios de inclusão e exclusão que foram definidos para realizar a pesquisa, tendo como base a questão formulada. Estes critérios dizem respeito aos participantes, conceito, contexto, tipo de texto, data de publicação, disponibilidade do texto e idioma de publicação.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO		
	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	Adultos com mais de 19 anos com cancro colon-retal e OEI	Pessoas com idade inferior a 19 anos, ou superior a 19 anos sem cancro colon-retal
CONCEITO	Intervenções de Enfermagem promotoras de autocuidado	Literatura em que não se identifiquem intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado.
CONTEXTO	Cuidados de Saúde primários/outos após alta cirurgia	Serviços hospitalares
TIPO DE TEXTO	Todo o tipo de literatura existente	
DATA DE PUBLICAÇÃO	Últimos 10 anos (2010 a 2020)	Anterior a 2010
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO	Português, Inglês, Espanhol	Outras línguas
DISPONIBILIDADE DO TEXTO	Full text	Ausência de full text

Quadro 2 – Critérios de Seleção

Estratégias de pesquisa:

Procedeu-se a uma pesquisa de artigos científicos no motor de busca EBSCO, nas seguintes bases de dados: MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text. Na pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras chave

Palavras chave	Cuidados de Enfermagem (nursing care); ostomia de eliminação intestinal (ostomy, ileostomy, colostomy); autocuidado (self-care), cancro cólon e reto (colon and rectal cancer), cuidados saúde
----------------	--

	primaries (primary health care)	
Termos de indexação	CINHAL	ostomy, colostomy, ileostomy, enterostomy, selfcare, ostomy care, primary health care, after care, patient care, colon and retal cancer
	MEDLINE	ostomy, colostomy, ileostomy, enterostomy, selfcare, ostomy care, primary health care, after care, patient care, colon and retal cancer.

Quadro 3: Termos de indexação e palavra-chave

Para além das bases CINAHAL e Medline, foram ainda incluídos estudos da literatura cinzenta, como o Google Académico e Repositórios Nacionais de Teses.

Foram efetuados vários cruzamentos em torno das palavras chave: As palavras-chave, foram conjugadas através dos operadores booleanos AND e OR. Esta revisão sistemática da literatura abrangeu a pesquisa por um período temporal de 10 anos por ser mais abrangente (entre 2010 e 2020). Foram então estabelecidos como limitadores: o espaço temporal, estudos em full text, publicações indexadas em língua portuguesa, espanhola e inglesa.

Foram encontrados no total 25 artigos, que após seleção foram reduzidos a 14 conforme se pode verificar no diagram de apresentação do processo de pesquisa:

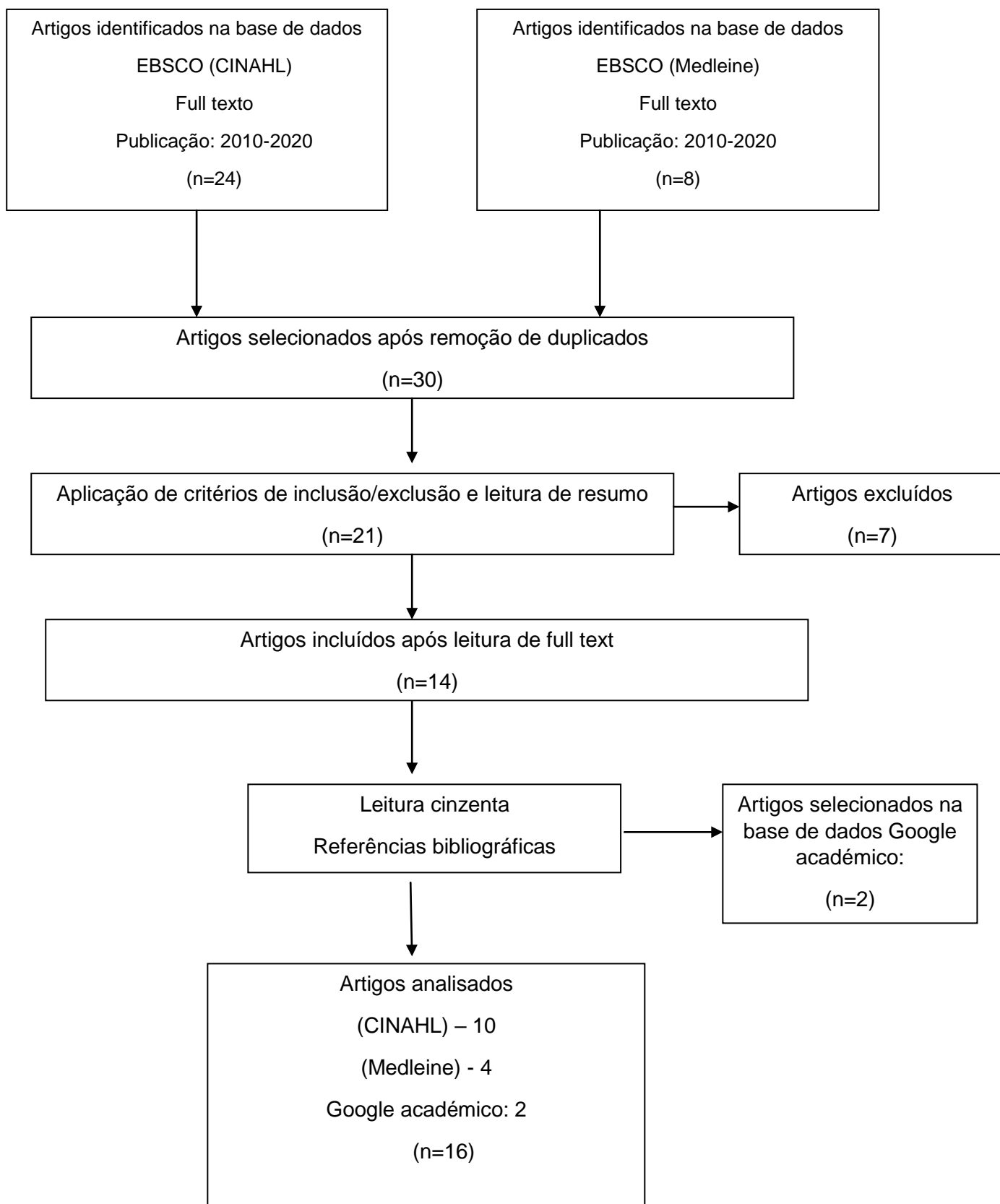


Figura. 1 – Processo de pesquisa

Apresentação e Análise dos Resultados Para uma melhor visualização, elaboramos uma tabela onde se apresenta os objetivos e os principais resultados que ressaltam de cada artigo analisado.

ARTIGO 1	
Título do artigo	“A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors”
Autores Ano	Krouse, S., Grant, M., McCorkle, R., et al 2016
Objetivos /Metodologia	Estudo piloto longitudinal onde foi aplicado um programa de autocuidado de cinco sessões baseado no Modelo de Cuidados Crônicos para melhorar a QVRS e o autocuidado para sobreviventes de cancro com ostomias. Pretendia melhorar o atendimento a nível individual e em grupo e incluiu pré-intervenção, pós-intervenção e avaliações de pesquisa de acompanhamento de 6 meses. Objetivo: treinar pacientes para se tornarem solucionadores de problemas.
Principais Resultados / Considerações	<p>A autogestão foi essencial, formaram-se parcerias entre pacientes e profissionais, que ajudaram a capacitar os pacientes a gerir seus próprios cuidados. Programa participativo com o apoio de outros sobreviventes de cancro com ostomia. Criaram um programa guia com princípios de ensino para adultos, reconhecendo que estes têm uma variedade de experiências de vida e aprendem mais quando o conteúdo se aplica à sua condição atual, incorporando-a na discussão sobre o autocuidado após a cirurgia gastrointestinal. Foram debatidos temas como: 1. Autogestão e preocupações imediatas com a ostomia: estádios de doença, cuidados diários, necessidades nutricionais, cuidados com a pele, mudanças de roupa; 2 Bem-estar social e imagem corporal: relações sociais / interpessoais, aparições públicas, estar preparadas para emergências, intimidade e sexualidade, habilidades de comunicação; 3 Sessão de cônjuge / cuidador: os mesmos tópicos para apoiar e refletir o papel do cuidador; 4 Estilo de vida saudável: nutrição, recomendação de atividade física e superação de barreiras, saúde psicológica, melhorar as atitudes e viajar; 5 Sessão de reforço (ostomizado e cuidador) - revisão dos cuidados diários, impacto psicológico e problemas de nutrição / exercício.</p> <p>Conclusões: A QVRS total, o bem-estar físico e o bem-estar social do COH-QOL-O melhoraram significativamente na pós-intervenção e no acompanhamento. Com base na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, a ansiedade diminuiu com o tempo e foi significativamente reduzida no momento da medida de acompanhamento, e uma tendência foi evidente para a melhoria da depressão. A satisfação com os cuidados com a ostomia não mudou na pós-intervenção, mas melhorou significativamente no acompanhamento. Este programa de autocuidado para ostomia pode ajudar sobreviventes de cancro com estomas. Seria benéfico iniciá-lo na comunidade, envolvendo precocemente os cirurgiões e enfermeiras estomoterapeutas, não só quando há problemas graves. Folhetos e sites podem não ter uma análise rigorosa, não serem individualizados e influenciadas por empresas de produtos.</p>

ARTIGO 2	
Título do artigo	“Living with the physical and mental consequences of an ostomy: a study among 1–10-year rectal cancer survivors from the population-based PROFILES registry”
Autores Ano	Mols, F., Lemmens, V., Bosscha, K., Van den Broek, K., Thong, M. 2014
Objetivos /Metodologia	Estudar as consequências físicas e mentais de uma ostomia entre 1 – 10 anos nos sobreviventes de cancro retal diagnosticados de 2000 a 2009, registados no Eindhoven Cancer Registry foram elegíveis para participação

	<p>receberam um questionário sobre qualidade de vida (QOL; EORTC QLQ-C30), estado de saúde específico da doença (EORTC QLQ-CR38), depressão e ansiedade (HADS), percepção da doença (Questionário Breve de Percepção de Doença) e utilização de cuidados de saúde</p>
<p>Principais Resultados / Considerações</p>	<p>Cerca de 76% dos doentes (n = 1019) responderam.</p> <p>Resultados: Um total de 408 (43%) sobreviventes de cancro retal tinha uma ostomia na pesquisa e eram significativamente mais velhos e com menor nível educacional. Descreveram a sua ostomia como: ostomia permanente (36,4%), temporária mas já encerrada (34%), temporária, ainda não encerrada (0,5%), temporária e não sabe se será encerrada (0,01%), era temporária, mas tornou-se permanente (1,5%) e temporária, que foi encerrada, mas tenho uma nova ostomia (1,6%). O tempo médio para encerramento da ostomia temporária foi de 5 meses. Relataram um significativo estado clínico físico inferior, bem como o seu papel e funcionamento social e global e o seu estado de saúde / QV, mas menos problemas com obstipação e diarreia em comparação com aqueles sem uma ostomia. Além disso, eles tinham uma imagem corporal significativamente pior, mais problemas sexuais masculinos e menos problemas gastrointestinais, embora essas diferenças não fossem clinicamente relevantes. Sem diferenças quanto à prevalência de sintomas de ansiedade e depressão. Sobreviventes com uma ostomia acreditavam que sua doença teria consequências significativamente mais sérias, duraria mais (cl clinicamente relevante) e estavam mais preocupados com sua doença em comparação com aqueles sem ostomias. Sobreviventes com estomas visitaram mais frequentemente o seu médico especialista, do que o seu médico de família. Além disso, eles receberam mais suporte adicional após o tratamento do cancro.</p> <p>Conclusões: Sobreviventes de cancro retal com estomas têm uma qualidade de vida mais baixa, piores percepções de doença e um maior consumo de cuidados de saúde em comparação com aqueles sem estomas 1 – 10 anos após o diagnóstico. São necessários mais estudos longitudinais a longo prazo, que avaliem o verdadeiro impacto de um estoma na QV, ansiedade, depressão, percepção da doença e utilização de cuidados de saúde, para que se compreenda o impacto de uma ostomia na vida de um paciente com CCR e as consequências físicas e mentais acima mencionadas e para que os pacientes possam ser encaminhados para os cuidados apropriados.</p>

ARTIGO 3	
Título do artigo	“Ostomies: Nursing Care and Management”
Autores Ano	Mary L. Schreiber 2016
Objetivos /Metodologia	Através da pesquisa bibliográfica a autora analisa a assistência de Enfermagem aos doentes com ostomias de eliminação (OE), tendo em conta os riscos a que estão associados e os cuidados a ter para a prevenção dos mesmos e promoção do autocuidado,
Principais Resultados / Considerações	<p>1) <u>Risco de alteração da integridade da pele, risco de infecção:</u> Irritação e escoriação, remoção da pele, Foliculite; Fungos; Lesões de verrugas ou granulomas; Maceração; Cristais de ácido úrico; Sangramento de pele perístoma; Pioderma gangrenoso.</p> <p>2) <u>Risco de alteração da nutrição e risco de desequilíbrio hidroelectrolítico:</u> um doente com ileostomia pode ter diminuição da absorção de vitamina B12, ferro, magnésio, gordura e ácido fólico, pode perder água e sódio pelo efluente líquido da ileostomia. Monitorizar os doentes para evitar complicações e fornecer suplementos se necessário. Manter a hidratação adequada para pacientes com urostomia. Os cristais de ácido úrico podem causar uma película cinza viscosa ao redor do estoma que pode interferir na vedação adequada do dispositivo coletor. Existem comprimidos de vitamina C ou suco de cranberry para acidificar a urina, auxiliando na prevenção de crostas e depósitos ao redor da abertura estomacal. Usar uma solução diluída de vinagre para remover os cristais ao limpar a pele perístoma. Mastigar bem os alimentos e aumentar a hidratação são os principais fatores para a prevenção de obstrução. As mudanças específicas na dieta são direcionadas para minimizar gases e odores, o apetite do paciente pode ser afetado por ansiedade ou depressão, e a presença dessas condições deve ser avaliada regularmente</p> <p>3) <u>Conhecimento deficiente:</u> deficit de autocuidado, higiene, banho e alimentação A experiência fornecida por enfermeiras peritas em estomaterapia promove a diminuição das complicações cutâneas perístomas e as percepções positivas do paciente, que podem impactar a capacidade do paciente de se adaptar a ter um estoma. Os pacientes devem ser ensinados a esvaziar o aparelho, a realizar os seus cuidados com a pele, fazer boas escolhas alimentares, quais os seus direitos e recursos disponíveis, reconhecer problemas e procurar assistência médica. Privilegiar a instrução prática com demonstração.</p> <p>4) <u>Alteração da imagem corporal.</u> Começar a educação do paciente e do cuidador mais rápido possível após a colocação da ostomia. O acompanhamento e apoio devem ser contínuos após a alta hospitalar. O retorno do paciente ao seu estilo de vida normal é progressivo. A maneira de cuidar e profundidade de educação do paciente fornecida pela enfermeira não só influenciar a recuperação física do paciente, mas também a percepção e adaptação do paciente a este procedimento cirúrgico de mudança de vida. É da responsabilidade da enfermagem educar o paciente sobre os cuidados e manuseamento da ostomia para alcançar o autocuidado. É necessário fornecer ao paciente estratégias adequadas para lidar com problemas físicos, stresses emocionais e dificuldades sociais, incluindo recursos para suporte contínuo, e aumentar a confiança do paciente em relação á possibilidade em manterem a qualidade de vida. As Enfermeiras são responsáveis por acompanhar as mudanças relacionadas às necessidades específicas de pacientes com ostomias.</p>

ARTIGO 4	
Título do artigo	A Especialização de Enfermeiros no programa de educação indireta para pacientes ostomizados.
Autores Ano	Manuel García-Goñi 2019
Objetivos /Metodologia	<p>Estudo observacional, realizado em Espanha, que avalia o impacto dos cuidados de enfermagem a pessoas com ostomias, por enfermeiros especialistas versus não especialistas, no que diz respeito à implementação de um projeto educativo (informação e educação sobre a sua condição e necessidades), medir a utilização dos serviços de saúde e a sua qualidade de vida, bem como a análise custos benefício. Estudo observacional a registos de doentes com ostomias em 160 hospitais Espanhóis entre março de 2012 e maio de 2013. A amostra é dividida em duas subamostras:</p> <p>Grupo I (tratamento), com pacientes com ostomias em hospitais com enfermeiras especializadas em estomaterapia (EEE); Grupo II (controle), com pacientes com ostomias em hospitais sem EEE.</p>
Principais Resultados / Considerações	<p>Foram colhidos três conjuntos de informações: 1º - dados sociodemográficos, estado de saúde, e medidas de qualidade de vida tanto no momento da ostomia quanto três meses após; 2º - informações clínicas; 3º - Questionário de acompanhamento, incluindo informações sobre eventos clínicos adversos, demandas de provisão de saúde e uso de dispositivos e bolsas drenava em três momentos diferentes: primeira quinzena, segunda quinzena e três meses após a ostomia.</p> <p>Dos 908 questionários recebidos foram usados 638 questionários do grupo I, 270 do grupo II. Foi colhida informação completa sobre a qualidade de vida (QDV) de 402 questionários.</p> <p>A educação é um dos instrumentos importantes na saúde, levando a melhores decisões relacionadas à saúde e comportamento preventivo, é particularmente importante para pacientes crônicos pois precisam aprender a conviver com sua condição, que afeta sua qualidade de vida, produtividade e estado funcional. Recomendado interagir com os pacientes quanto à gestão da sua doença para melhorar a sua qualidade de vida e prevenir ou retardar futuros problemas de saúde. A educação do paciente é parte integrante do processo de enfermagem, em que os enfermeiros desempenham um papel fundamental. Friberg et al. identificam os fatores condicionantes para a educação dos doentes: crenças e saberes, ambiente educacional, características da organização de saúde, cooperação interdisciplinar e trabalho em equipa.</p> <p>Este artigo mostra que esta informação é satisfatoriamente transmitido por enfermeiras peritas em estomaterapia e que este programa de educação indireta é custo-efetivo. Ter EEE nos hospitais acelera a adaptação dos pacientes, fornecem atendimento personalizado aos pacientes, são bem-sucedidos na transmissão das informações que os pacientes precisam gerir e representam uma alternativa econômica para melhorar o estado de saúde dos pacientes e gerar economia para o sistema de saúde.</p> <p>Este estudo veio demonstrar uma melhor adaptação às atividades de vida diária, ausência de dor e ausência de ansiedade nos doentes do grupo I, os enfermeiros ajudam os pacientes a desenvolver melhor autoconfiança e gerenciar sua condição logo após a ostomia, quando precisam se adaptar à sua nova condição.</p> <p>O estado de saúde clínica segue a mesma evolução com menos eventos adversos para os pacientes do Grupo I, menor procura de serviços de saúde, menor custo em saúde, melhor transmissão de informação aos ostomizados e autogestão.</p>

ARTIGO 5	
Título do artigo	A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors.
Autores Ano	Ercolano,E., Grant, M. et al, 2015
Objetivos /Metodologia	Método qualitativo de análise de conteúdo para identificar e categorizar os objetivos de ostomizados, durante um ensaio conduzido por enfermeiras a testar o Chronic Care Ostomy Self-Management Training Program (CCOSMTP). Métodos: Trinta e oito ostomizados identificaram metas em três sessões do CCOSMTP.
Principais Resultados / Considerações	Viver com uma ostomia requer cuidados diários com o local e equipamentos, mudanças no estilo de vida, autocuidado, gestão emocional e ajuste de papéis sociais. O programa de treino de autogestão dos cuidados crônicos da Ostomia (CCOSMTP) é baseado num modelo holístico validado de cuidados, promove o autocuidado e autogestão enfatizando a resolução de problemas, autoeficácia, reenquadramento cognitivo e estabelecimento de metas. Especialistas em enfermagens codificaram os objetivos de forma independente e classificaram-nos de acordo com o Modelo de Qualificação de Vida Relacionado à Saúde da Cidade da Esperança, uma estrutura multidimensional validada, descrevendo aspetos físicos, psicológicos, efeitos sociais e espirituais relacionados ao estoma. Resultados: Foram identificados um total de 118 objetivos por 38 participantes. Oitenta e sete objetivos eram físicos, relacionados com o cuidado da pele, colocação do dispositivo e seu esvaziamento; 26 eram metas sociais; e 5 eram objetivos psicológicos. Embora os objetivos dos sobreviventes de cancro com ostomia sejam variáveis, os objetivos físicos são mais comuns no treino do autocuidado. Os enfermeiros de oncologia, e enfermeiros peritos em estomaterapia devem reconhecer que as preocupações dos pacientes podem ser priorizados e redirecionadas, devendo treinar os ostomizados para identificar metas que abordem mudanças comportamentais para atender a essas preocupações. Uso da comunicação terapêutica, educação permanente sobre os cuidados com a ostomia, o ensino de estratégias, o reenquadramento cognitivo e a identificação de metas são intervenções de enfermagem importantes para promover o autocuidado à sua ostomia. Devem envolver os ostomizados no processo de estabelecimento de metas para descrever comportamentos e abordar os efeitos relacionados à ostomia.

ARTIGO 6	
Título do artigo	Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com um estoma.
Autores Ano	Mota, M., Gomes, G., Silva, C., Gomes V., Pelzer, M., Barros, E. 2016
Objetivos /Metodologia	Objetivo: conhecer como o autocuidado contribui para a qualidade de vida da pessoa com ostomia Método: estudo descritivo qualitativo; dados. Questão norteadora: Como o autocuidado contribui para a qualidade de vida da pessoa com ostomia?
Principais Resultados / Considerações	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. Para a melhorar o seu processo de viver a pessoa precisa compreender e aceitar a sua atual condição. Como parte do processo de aceitação, é importante saber cuidar-se, além de preparar-se para enfrentar situações adversas. O papel dos profissionais, em especial do enfermeiro, é na realização da educação em saúde, objetivando o ensino do autocuidado. O enfermeiro ao realizar a educação em saúde, utiliza seu conhecimento científico, a sua proximidade com a pessoa a ser cuidada, fomenta a realização do autocuidado a partir das individualidades do doente, estabelecendo conjuntamente estratégias que promovam a independência e a qualidade de vida.

	Conclusão: os dados mostraram que o autocuidado é promotor da qualidade de vida de pessoas ostomizadas, permitindo que sejam autônomas, ativas e participativas na sociedade.
--	---

ARTIGO 7	
Título do artigo	Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía
Autores Ano	Coca Pereira, C., Arcal, I., Gómez, R. 2014
Objetivos ou finalidade do estudo	Objetivo: comparar as complicações imediatas dos pacientes portadores de ostomia entre doentes que recebem cuidados especializados em ostomias e entre doentes sem cuidados especializados. Método: estudo multicêntrico nacional, quase experimental e prospetivo, registrando as complicações com a ostomia e suas implicações em 402 pacientes.
Principais Resultados / Considerações	A intervenção especializada junto do paciente com ostomia reduz a percentagem de pacientes com complicações, sendo menos graves e de menor duração, necessitando de menos internamentos e uso de cuidados hospitalares, de menos duração e necessidade de outras intervenções cirúrgicas. Também se adaptam cada vez melhor com a gestão e manuseamento da ostomia necessitando de menos ajuda para realizar las actividades de vida diária (AVD), O sentimento de ansiedad e/o depressão causado pelo estoma foi menor nos pacientes com ajuda especializada. Por último, o número de bolsas usadas cada 24 horas pelos pacientes com ajuda especializada dos enfermeiros é uniforme, comparado com a troca crescente nos pacientes sem ajuda especializada. Conclusão: A valorização global dos resultados permite apoiar a hipótese da importância do papel dos enfermeiros especializados encontrada na literatura. Estes se convertem na referência dos cuidados dos pacientes para perguntar-lhe dúvidas, consultar quando têm problemas, prevenir e/ou tratar as complicações.

ARTIGO 8	
Título do artigo	Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e seus familiares
Autores Ano	Dalmolin, A., Girardon-Perlini, N., et al. 2016
Objetivos /Metodologia	Objetivo: Conhecer as percepções dos participantes de um grupo de apoio para pessoas com colostomia sobre a utilização de um vídeo educativo como recurso para atividade de educação em saúde. Método: Pesquisa qualitativa com 16 participantes num grupo de apoio a pessoas colostomizadas de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram colhidos em abril e maio de 2016.
Principais Resultados / Considerações	Emergiram três categorias: O cuidar e o autocuidado aprendido sozinho: a realidade vivida; Educação em saúde e aprendizagem através do uso de um vídeo educativo: possibilidades percebidas; As singularidades do vídeo educativo na ótica de pessoas colostomizadas e seus familiares. Conclusão: A escassez de orientações atrasa a independência e dificulta a autonomia para o cuidado e o autocuidado. A aplicabilidade da tecnologia audiovisual desenvolvida complementa as orientações educativas, possibilitando transformar e repensar as práticas pedagógicas na enfermagem.

ARTIGO 9	
Título do artigo	Effects of transtheoretical model-based intervention on the self-management of patients with an ostomy: A randomised controlled trial
Autores Ano	Wen, S., Li, J., Wang, A., et al 2018
Objetivos /Metodologia	Meta: Determinar o efeito de um modelo transteórico (TTM)- intervenção baseada em pacientes com ostomia e fornecer soluções acessíveis e centradas no paciente. Objetivo: Assistência e educação dinâmica para melhorar o autocuidado do paciente. Desenho: Ensaio controlado randomizado realizado de acordo com as diretrizes CONSORT. Sujeito e cenário: A amostra foi composta por 55 homens e 37 mulheres (24-77 anos, média ± DP = 52,8 ± 11,13 anos). Os cenários do estudo incluíram três hospitais terciários em Changsha, Hunan, China. Métodos: Os 92 pacientes, recrutados de agosto de 2012 a março de 2013, foram randomizados em um grupo de controle e um grupo de intervenção
Principais Resultados / Considerações	.A autogestão e autocuidado adequados podem promover a reabilitação de pacientes com ostomia. Intervenções baseadas em TTM resultaram em mudanças comportamentais de saúde positivas. As avaliações foram realizadas 2 dias antes da alta e após 1, 3 e 6 meses de acompanhamento. Resultados: Os pacientes do grupo de intervenção foram mais propensos a estar na ação e realizar estágios de manutenção em comparação com os do grupo controle. Observaram melhorias significativas na capacidade de autogestão e autocuidado, no processo de mudança e autoeficácia no grupo de intervenção em comparação com os do grupo controle após quatro sessões de intervenção e até 6 meses de acompanhamento. Não se observou nenhum evento adverso grave relacionado à intervenção. Conclusões: A intervenção baseada em TTM teve efeitos positivos na autogestão, nos comportamentos dos pacientes com ostomias. Relevância para a prática clínica: A intervenção baseada em TTM teve efeitos positivos nos comportamentos de autogestão e autocuidado de pacientes com ostomias e permite alertar aos gestores em saúde sobre a necessidade de se desenvolver programas de promoção do comportamento para melhorar o autocuidado dos pacientes ostomizados.

ARTIGO 10	
Título do artigo	Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration.
Autores Ano	Thorpe, G., McArthur, M., Richardson, B. 2012
Objetivos /Metodologia	Objetivo: Informar os profissionais de saúde sobre a experiência individual de viver com um novo estoma e suas interações com a saúde ao longo do tempo. Desenho: Uma metodologia fenomenológica com entrevistas a doze pessoas com novo estoma, aos três, nove e quinze meses de pós-operatório. Foram entrevistados dez profissionais de saúde para fornecer dados complementares. Métodos: Entrevistas exploratórias abertas conduzidas por um pesquisador, usando guias de tópicos, com duração de 35 a 90 minutos.
Principais Resultados / Considerações	Resultados: Foram identificadas três temáticas de experiências de saúde de pessoas após a cirurgia de construção da ostomia: 1) Relacionamento com profissionais de saúde – verdade, controle sobre o tratamento e cuidados, entender e conhecer os cuidados, dependência dos profissionais; 2) Estar preparado; comunicação e educação pré-operatório, expectativas versus realidade, tempo para cuidar; 3) Recuperando a autonomia – as intervenções dos profissionais de saúde, autonomia, acesso a redes de suporte. Revelaram como a construção de um novo senso de eu corporificado e como aumentar a confiança social foi facilitado pela recuperação da capacidade física, função do estoma, cuidado intencional e aceitação e apoio de outros. Houve algum conflito entre o papel do enfermeiro especialista e do enfermeiro de

	<p>enfermaria. Terem sido facultados conhecimentos de saúde de todas as disciplinas (trabalho em equipa) ajudaram a estabelecer a autodeterminação do paciente em adaptar-se e aceitar a sua ostomia.</p> <p>Conclusões: O estudo contribui para a definição de um plano de cuidados que assista indivíduos com novo estoma para se adaptarem e aceitarem uma mudança no sentido do eu corporificado. Destaca a poderosa influência dos profissionais de saúde na facilitação desse processo por meio dos seus conhecimentos, experiência e abordagens individuais para o cuidado. Existe uma necessidade identificada de revisão do trabalho de enfermeiros e outros que cuidam de pacientes após a cirurgia. As descobertas deste estudo do Reino Unido podem ter ressonância com a saúde do paciente em outros países, se, apesar das diferenças culturais na delegação de profissionais deveres e responsabilidades, o objetivo global é facilitar o atendimento das necessidades individuais dos mesmos.</p>
--	---

ARTIGO 11	
Título do artigo	High-output stoma management following bowel perforation
Autores	Barwell, J.
Ano	2012
Objetivos /Metodologia	Estudo de caso
Principais Resultados / Considerações	<p>Neste artigo, o autor explora e identifica o papel do enfermeiro estomaterapeuta na comunidade, e como pode apoiar iniciativas recentes como o Programa de Recuperação Aprimorada e Ações de Alto Impacto para Enfermeiros prestando cuidados continuados no cenário da atenção secundária. Num cenário em que se estão a fazer restrições no número de visitas domiciliares da enfermeira O estudo de caso apresentado no artigo mostra como a enfermeira estomaterapeuta trabalhou com a equipe da comunidade para gerir o caso de uma jovem com uma ileostomia. Destacam-se ações de alto impacto como manter-se nutrido; manter-se Seguro – prevenindo quedas: proteção contra infeções; a sua pele importa – garantindo que não haja úlceras de pressão evitáveis; escolhas importantes – onde morrer quando chegar a hora; apto e bem cuidado; pronto para continuar.</p> <p>Melhorar a qualidade dos cuidados pode ser um verdadeiro desafio para o enfermeiro estomaterapeuta nos cuidados especializados e serviços de coordenação. O cuidado contínuo e colaborativo é essencial entre as equipes do hospital e da comunidade, sendo crucial para o cuidado do paciente com estoma na comunidade.</p> <p>Este estudo de caso mostrou que ajudar os pacientes a adquirir conhecimentos e habilidades sobre sua condição, e ao trabalhar em colaboração com a equipe da comunidade, a enfermeira estomaterapeuta é capaz de ajudar o paciente a se tornar independente no autocuidado.. As visitas domiciliares podem dar ao enfermeiro estomaterapeuta informações sobre a forma como o paciente está a lidar com a situação e identificar quaisquer problemas que possam ser resolvidos prontamente.</p> <p>Criar um bom relacionamento entre o paciente e a equipe facilita a boa comunicação e promove um elo de ligação para suporte adicional. A comunicação efetiva também garante que todas as partes envolvidas estejam cientes dos resultados, e de quem pode ser a responsabilidade de alcançá-los.</p> <p>Garantir que o paciente permaneça no centro do plano de cuidados garante melhores resultados para todos (RCN, 2012).</p>

ARTIGO 12	
Título do artigo	Atender às necessidades dos novos ostomizados: uma pesquisa de avaliação de pacientes.
Autores	Edis, H.
Ano	2015
Objetivos /Metodologia	Auditoria realizada pelo Nottingham University Hospitals (NUH) ao programa de cuidados realizado pelos enfermeiros estomaterapeutas com o apoio de uma empresa fornecedora de dispositivos médicos de ostomias, visando avaliar a satisfação do paciente com todo o percurso. Objetivo: Avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Metodologia: aplicação de questionários a 56 pessoas com ostomias ao longo do seu percurso de cuidados: antes da cirurgia, após a cirurgia, retorno a casa, consultas de acompanhamento, produtos e fornecedores.
Principais Resultados / Considerações	<p>Nottingham University Hospitals (NUH) oferece aos doentes submetidos a cirurgia de construção de um estoma, através de enfermeiros especializados, o suporte contínuo para pacientes, juntamente com a restante da equipe multidisciplinar, desde o pré-operatório, consultas e até o acompanhamento da comunidade. No passado, o serviço comunitário oferecido nem sempre foi bem recebido e o todo o caminho não foi avaliado em profundidade. Este artigo relata uma pesquisa de avaliação do caminho do paciente com o estoma no NUH. Os resultados mostraram que os pacientes em geral são muito elogiosos sobre o atendimento que lhes é oferecido pela equipe de especialistas. Elogiam muito a enfermeira especialista em estomaterapia. Foram identificadas duas áreas para alteração: a prestação de informações e a duração do tempo disponível para o enfermeiro especialista em estomaterapia gastar com cada paciente. Pretendeu-se com os resultados desta pesquisa ajudar a equipe a implementar mudanças positivas no caminho do cuidado do estoma.</p> <p>Vanhaecht et al (2007) descrevem seis elementos-chave para um programa de cuidados bem organizados: foco no paciente, organização, coordenação do processo de cuidar, comunicação com pacientes e familiares, colaboração com os cuidados primários e acompanhamento do processo de cuidado. As auditorias são importantes para avaliar o funcionamento destes programas, os enfermeiros estão no centro do cuidado, portanto estão em melhor posição para avaliar os cuidados e projetar e implementar mudanças de cuidados (Royal College of Enfermagem (RCN), 2010).</p>

ARTIGO 13	
Título do artigo	The effects of continuous care model of information-based hospital-family integration on colostomy patients: a randomized controlled trial.
Autores	Xia, Limin.
Ano	2020
Objetivos /Metodologia	<p>Estudo randomizado com ensaio controlado.</p> <p>O objetivo desta pesquisa foi examinar os efeitos do modelo de atenção contínua da integração hospital-família baseada em informações aos pacientes com colostomia. Este foi um estudo de ensaio clínico randomizado simples-cego. A amostra de 155 pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram aleatoriamente designados para o grupo experimental (n = 81) ou controle (n = 74).</p> <p>O grupo controle foi fornecido com um padrão de rotina de cuidados. O grupo experimental recebeu um tratamento que consistia em um cuidado contínuo de integração hospital-família baseado em informações (WeChat, blog, QQ, telefone, etc.) modelo. As variáveis do estudo foram coletadas e os instrumentos selecionados da seguinte forma: informações básicas, Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI), uma escala de autoeficácia, uma tabela de avaliação de complicações da colostomia, uma escala de qualidade de vida e uma tabela do grau de satisfação.</p>
Principais Resultados /	É difícil para os pacientes se adaptarem à sua colostomia. Estudos anteriores aplicaram geralmente modelos convencionais de enfermagem para pacientes

Considerações	<p>com colostomia. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas informações demográficas entre o experimental e o grupo controle. Em comparação com o grupo controle, os sujeitos do grupo experimental tinham menos ansiedade e conseguiam lidar melhor com ansiedade, apresentaram melhores escores de autoeficácia e qualidade de vida e tiveram menos complicações. Os pacientes do grupo experimental mostraram-se mais satisfeitos com o modelo assistencial. Além disso, o serviço mais útil e popular são as ferramentas sociais online WeChat e QQ, porque podem comunicar entre si com vídeos e são mais em tempo real, eficientes e baratos. O contínuo</p> <p>modelo assistencial de integração hospital-família baseado em informações fortaleceu significativamente a autoeficácia e a confiança dos pacientes, que diminuiu as complicações da colostomia, melhorando a qualidade de vida. Os resultados permitiram perceber que o grupo experimental teve melhores resultados físicos e psicológicos e sofreram menos complicações da colostomia. Além disso, os pacientes relataram um alto grau de satisfação com o modelo de atenção continuada.</p>
----------------------	---

ARTIGO 14	
Título do artigo	VIVÊNCIA DO PACIENTE ESTOMIZADO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
Autores Ano	Nascimento, C., Trindade, G., Luz, M., Santiago, R. 2011
Objetivos /Metodologia	Objetivo: Conhecer os significados atribuídos a vivência de pacientes ostomizados, descrever os conhecimentos sobre o autocuidado e identificar a importância das orientações de enfermagem para a sua adaptação. Pesquisa com abordagem qualitativa, realizada com 10 sujeitos associados ao programa de acompanhamento ao portador de ostomias num Centro de Referência a ostomizados, em Teresina-PI. Os dados foram obtidos por meio de entrevista e submetidos à análise de conteúdo,
Principais Resultados / Considerações	<p>A equipe multidisciplinar deve abordar o paciente e sua família com linguagem clara e de fácil entendimento, e oferecer orientações individualizadas, para ir ao encontro das expectativas dos mesmos.</p> <p>De entre as orientações prestadas pelos membros da equipe multidisciplinar, a enfermagem tem papel preponderante, visto que está mais diretamente ligada a estes doentes. A sua participação é fundamental no processo de adaptação do ostomizado. Se o doente receber orientação adequada e permanente, irá sentir-se bem cuidado e observado, logo, acatará melhor o tratamento, mostrar-se-á mais seguro e interessado pela preservação do seu corpo e será mais colaborativo no autocuidado.</p> <p>A partir das vivências dos pacientes ostomizados, este estudo permitiu concluir que suas necessidades estavam geralmente relacionadas às mudanças ocorridas no modo de vida, pela não-aceitação do estoma e pelo estigma causado por ele. O enfermeiro como educador tem um papel fundamental para ajudar a enfrentar a complexidade da sua situação.</p> <p>As mudanças mais comuns estão relacionadas com a dificuldade do retorno ao trabalho e às atividades de lazer. A sexualidade também foi descrita, pela insegurança e medo da rejeição por parte do parceiro, sendo todos esses fatores geradores de alterações psicológicas, emocionais e sociais, provocando nestes pacientes o isolamento social, sendo necessários apoio emocional e desenvolvimento de estratégias.</p> <p>A orientação da equipe multidisciplinar é primordial para o desenvolvimento do autocuidado, promovendo, desta forma, independência e adaptação do paciente ostomizado. Os diálogos colhidos esclareceram que os pacientes que tiveram orientação acerca do quadro, bem como sobre técnicas de autocuidado, tiveram maior aceitação do estoma, conseguindo até mesmo levar uma vida normal.</p> <p>Em contrapartida, os pacientes que não receberam as devidas informações e orientações, apresentaram sentimento de revolta, comprovando o que traz a literatura, acerca da importância da orientação de enfermagem, que é prioritária no processo de reabilitação desses pacientes, quando envolve e convida o</p>

	<p>doente a participar no processo de cuidar.</p> <p>São necessárias atividades educativas em todos os encontros com pacientes ostomizados, desenvolvidas pelos enfermeiros, que criem maiores incentivos para o comparecimento dos doentes às consultas, tais como dinâmicas interativas entre os mesmos, que favoreçam a troca de vivências e experiências. Pretende-se contribuir para o conhecimento e a compreensão dos estudantes e profissionais de enfermagem sobre a promoção de estratégias para incentivar comportamentos de procura de saúde, visando o desenvolvimento de atividades educativas permanentes, individuais e em grupo, para facilitar a adaptação destes, por meio de uma assistência qualificada.</p>
--	---

ARTIGO 15	
Título do artigo	Supporting Adults Who Anticipate or Live with an Ostomy
Autores Ano	RNAO – Registered Nurse’s Association of Ontario 2019
Objetivos /Metodologia	O objetivo deste guia de boas práticas é fornecer aos enfermeiros e à equipa interprofissional recomendações baseadas em evidências científicas para as estratégias mais eficazes de apoio a adultos (18 anos ou mais) que antecipam ou convivem com uma estomia, e que promovam o autocuidado, melhorem o acesso e a prestação de cuidados, e obtenham resultados de saúde positivos.
Principais Resultados / Considerações	<p>Recomendação 1 .Evidência Forte</p> <p>1 O painel de especialistas recomenda que as organizações de serviços de saúde forneçam acesso a enfermeiros especializados em feridas, estomia e continência como membros essenciais da equipe interprofissional para todas as pessoas que antecipam ou vivem com uma ostomia</p> <p>2: O painel de especialistas recomenda que o acesso a enfermeiros especializados em feridas, estomia e continência inclui o seguinte apoio dentro do continuum de cuidados com ostomia: Realização de marcação pré-operatória do local do estoma; Fornecer educação e aconselhamento perioperatório; Fornecer consultoria e gerenciamento de acompanhamento contínuo; Envolver as pessoas que antecipam ou vivem com uma ostomia e sua rede de apoio em todas as etapas do cuidado, conforme apropriado , taxas de readmissão ao hospital e satisfação da equipe.</p> <p>Recomendação 2 .1: O painel de especialistas recomenda que as organizações de serviços de saúde implementem um programa de cuidados de ostomia padronizado e orientado por especialistas, desenvolvido usando uma abordagem interprofissional baseada em equipe.</p> <p>Recomendação 2.2: O painel de especialistas recomenda que as organizações de serviços de saúde incluam as seguintes intervenções dentro de um programa padronizado de cuidados com ostomia: Educação pré-operatória e aconselhamento sobre cirurgia de ostomia, vida diária e autocuidado; Educação pós-operatória sobre o autogerenciamento do estoma e possíveis complicações; Planejamento de alta baseado em critérios de prontidão e inclui informações de acompanhamento; Visitas domiciliares agendadas e acompanhamento por telefone nas primeiras quatro semanas. v Acesso a enfermeiros especializados em feridas, estomia e continência no perioperatório e de forma contínua, conforme necessário.</p> <p>Recomendação 3 .1: O painel de especialistas sugere que os profissionais de saúde implementem as seguintes intervenções para prevenir hérnias paraestomais para pessoas que antecipam ou vivem com uma ostomia: Realizar uma avaliação de fatores de risco relacionados ao índice de massa corporal e circunferência da cintura. controle de peso, conforme necessário; Realize a marcação do local do estoma no pré-operatório; Fornecer educação pós-operatória relacionada a: o abstinência de levantamento de peso no pós-operatório; consideração de vestimentas de suporte leves; exercícios abdominais começando dentro de três meses após a cirurgia .</p> <p>Recomendação 4 .1: Para orientar o cuidado centrado na pessoa, o painel de especialistas recomenda que os profissionais de saúde avaliem a qualidade de vida em pessoas que antecipam ou vivem com uma ostomia . As áreas</p>

	específicas de foco devem incluir o seguinte: Sofrimento psicológico (ansiedade e depressão); Autoidentidade (sexualidade e imagem corporal).
--	---

ARTIGO 16	
Título do artigo	New Ostomy Patient Guide.
Autores	UOAA - United Ostomy Associations of America,
Ano	2020
Objetivos /Metodologia	Aumentar a literacia dos pessoas com Ostomias (ileostomias, colostomias e urostomias) para aumentar a autonomia e autocuidado
Principais Resultados / Considerações	Explicação sobre o que são ostomias, considerações e estratégias para a recuperação da cirurgia, o que é a reversão do estoma, prevenção das hérnias estomais, cuidados com a pele periestomal, cuidados básicos à colostomia, ileostomia e derivações urinária, considerações sobre voltar ao trabalho, sexualidade e alimentação.

É possível verificar com a leitura e análise dos textos, com base na evidência, quais as intervenções que os enfermeiros podem desenvolver, para a promoção do autocuidado da pessoa com OEI.

Todos os autores são consensuais no que diz respeito ao impacto das ostomias na vida das pessoas, nos vários domínios, desde o físico, psicológico, social, familiar, e até na sexualidade (como exemplo: Krouse, S., et al, 2016; Mols, F., et al, 2014; Schreiber, M., 2016; Thorpe, G., et al, 2012).

São vários os autores que descrevem a relação existente entre a qualidade de vida e a pessoa submetida a uma ostomia de eliminação provando que há necessidade de promover o autocuidado como forma de melhorar a qualidade de vida das POEI (Krouse, S., et al, 2016, Nascimento, C. et al., 2011; Mols, F., et al, 2014; Ercolano, E., Grant, M. et al, 2015; Xia, L. 2020).

É possível verificar a importância do papel do enfermeiro neste processo, e são vários os autores que referem a importância do enfermeiro especialista em estomaterapia na promoção do autocuidado à ostomia (Nascimento, C., et al, 2011; RNAO, 2019; García-Goñi, M., 2019; Ercolano, E., et al, 2015; Coca Pereira, C., et al, 2014; Barwell, J. 2012; Edis, H., 2015).

Alguns artigos destacam e enumeram os cuidados a prestar para promover a autonomia dos cuidados à POEI (RNAO, 2019; Nascimento, C., et al, 2011; (Krouse, S., et al, 2016, Nascimento, C. et al., 2011; Mols, F., et al, 2014; García-Goñi, M., 2019; Ercolano, E., Grant, M. et al, 2015; Dalmolin, A., et al., 2016; Xia, L. 2020) evidenciando com estudos, quais as estratégias e a forma de promover a literacia e

a educação neste tema (Krouse, S., et al, 2016; RNAO, 2019, UOAA, 2020; Nascimento, C., et al, 2011; Dalmolin, A., et al.,2016; Wen, S.,et al, 2018).

Pela complexidade inerente aos cuidados referidos, é fundamental manter a continuidade dos cuidados, antes e após a cirurgia, havendo necessidade e provas evidentes dos ganhos para a POEI e para os serviços com a transição dos mesmos entre hospital e contexto domiciliar, situação esta defendida por vários autores (RNAO, 2019; Thorpe, G.,et al,2012; Barwell, J.2012; Edis, H.,2015).

A presença de um enfermeiro perito nesta área, e/ou a existência da consulta de ET em CSP é uma mais valia para as POEI e serviços, com uma resposta eficaz e desejada pelos utentes e profissionais (RNAO, 2019).

Foi deste modo possível ir ao encontro dos objetivos propostos, encontrando-se resposta à questão levantada. É claramente evidente pela evidência, o papel do enfermeiro como promotor do autocuidado, com a educação para a saúde e com estratégias várias, desde a preparação para a cirurgia e aceitação da sua condição de saúde, auxiliando a POEI na sua reabilitação e reintegração na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Annells, M. (2006). The experience of flatus incontinence from a bowel ostomy: a hermeneutic phenomenology. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 33(5), 518-524.
- Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of public health*, 33(1), 147-150.
- Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmailpour, S., & Safaee, A. (2012). Clinical profile and post-operative lifestyle changes in cancer and non-cancer patients with ostomy. *Gastroenterology and Hepatology from bed to bench*, 5(Suppl 1), S26.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
- Barwell, J. (2012). High-output stoma management following bowel perforation. *British Journal of Nursing*, (Stoma Care Supplement), Vol 21, No 6

- Cascais, A. F. M. V., Martini, J. G., & Almeida, P. J. D. S. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16, 163-167.
- Coca Pereira, C., Fernández de Larrinoa Arcal, I., & Serrano Gómez, R. (2014). Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. *Metas de enfermería*, 17(1), 23-31.
- Couto, P. G., & Medeiros, S. S. (2013). *Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal: Uma visão holística* (Bachelor's thesis).
- Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN. 2016. Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. *Rev Gaúcha Enferm*.37(spe):e68373. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68373>
- Edis, H.(2015). Meeting the needs of new ostomists: a patient evaluation survey. *British Journal of Nursing*, 2015 (Stoma Supplement), Vol 24, No 17
- European Oncology Nursing Society (2018). Cancer Nursing Education Framework.
- Ercolano,E., Grant,M., McCorkle,R.,Tallman, N.,J.,Cobb,M., Wendel, C., Krouse, R. (2016) Article Applying the Chronic Care Model to Support Ostomy Self-Management: Implications for Oncology Nursing Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20,(3), 269-274. DOI: 10.1188/16.CJON.20-03AP
- García-Goñi, M. (2019). Specializing nurses as an indirect education program for stoma patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2272.
- Gemelli, L. M. G., & Zago, M. M. F. (2002). A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 10, 34-40.
- Hornbrook, M. C., Baldwin, C. M., Wendel, C., Grant, M., Herrinton, L., Mohler, J., ... & Krouse, R. S. (2008). Abstract PS1-24: Fatigue and Sleep Quality of Persons with Ostomies: Gender Differences. *Clinical Medicine & Research*, 6(3-4), 136-136.

- Krouse, R. S., Grant, M., McCorkle, R., Wendel, C.S., Cobb, M.D., Tallman, N., Ercolano, E., Sun, V., Hibbard, J. & Hornbrook, M. (2016). A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psychooncology*, 25(5): 574–581.
- Kuzu, M. A., Topçu, Ö., Uçar, K., Ulukent, S., Ünal, E., Erverdi, N., ... & Demirci, S. (2002). Effect of sphincter-sacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in Muslim patients. *Diseases of the colon & rectum*, 45(10), 1359-1366.
- Marek, J. F., Phipps, W. J., & Sands, J. K. (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica– Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição, 3.
- Mols, F., Lemmens, V., Bosscha, K., van den Broek, W., & Thong, M. S. (2014). Living with the physical and mental consequences of an ostomy: a study among 1–10-year rectal cancer survivors from the population-based PROFILES registry. *Psycho-Oncology*, 23(9), 998-1004.
- Morais, I., Seça, A., & Pereira, M. (2012). A pessoa submetida a ostomia de eliminação. Complicações em ostomias de eliminação. *Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, Estomaterapia: O saber e o cuidar*, 40-47.
- Mota, M. S., Gomes, G. C., Silva, C. D., Gomes, V. L. D. O., Pelzer, M. T., & Barros, E. J. L. (2016). Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(1), 63-78.
- Nascimento, Conceição de Maria de Sá et al. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2011, v. 20, n. 3, pp. 557-564. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300018>. Epub 23 Dez 2011. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300018>.
- Pallesen, K. M., Ploug, A. O., Kyed, B. A., & Winther, B. (2018). Improving self-care using knowledge and nutritional intervention to patients with colorectal cancer. *Clinical Nutrition*, 37, S193.
- Persson, E., & Hellström, A. L. (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of WOCN*, 29(2), 103-108.

- Registered Nurses' Association of Ontario (2019). *Ostomy Care and Management*. Toronto: RNAO.
- Santos, V. L. C. D. G. (2000). Fundamentação teórico-metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 59-63.
- Schreiber, M. L. (2016). Ostomies: nursing care and management. *Medsurg Nursing*, 25(2), 127-132.
- Silva, A. L. D., & Shimizu, H. E. (2007). A relevância da rede de apoio ao estomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 307-311.
- Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B. (2014). Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration. *International journal of nursing studies*, 51(3), 379-389.
- UOAA (2020). *New Ostomy Patient Guide*. United Ostomy Associations of America, Inc. Acedido em: www.ostomy.org/Home.html.
- Wen, S. L., Li, J., Wang, A. N., Lv, M. M., Li, H. Y., Lu, Y. F., & Zhang, J. P. (2019). Effects of transtheoretical model-based intervention on the self-management of patients with an ostomy: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1936-1951.
- Xia, L. (2020). The effects of continuous care model of information-based hospital-family integration on colostomy patients: a randomized controlled trial. *Journal of Cancer Education*, 35(2), 301-311.

APÊNDICE II

O papel do enfermeiro Nursing Navigator



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica
Opção em Enfermagem Oncológica**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

O papel do enfermeiro Nursing Navigator

Ana Luísa de Nóbrega e Silva – nº 9542

Professor Doutor Óscar Ferreira

**Lisboa
2021**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
DESENVOLVIMENTO	4
CONCLUSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

INTRODUÇÃO

Este trabalho de reflexão surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Oncológica. Tem como objetivo refletir sobre o papel do enfermeiro Nursing Navigator na área da Oncologia, inserido no âmbito da minha experiência como estagiária num hospital privado da grande Lisboa, numa Unidade especializada e acreditada de cuidados aos doentes com CCR.

Neste sentido, o presente documento narra a minha reflexão sobre o papel do enfermeiro Nursing Navigator baseado na evidência científica encontrada, correlacionando-a com o projeto Nursing Navigator implementado no hospital atrás mencionado onde estagiei no passado mês de dezembro 2020 e Janeiro 2021.

Ao refletir sobre este tema senti necessidade de fundamentá-lo, recorrendo a evidência científica e literatura encontrada com o limite temporal de 10 anos.

O primeiro programa de Navegação de doentes surgiu na América, com um médico americano Harold Freeman, em 1990, que em parceria com a *American Cancer Society* (ACS), desenvolveu o primeiro programa, denominado *Patient Navigator Program*, no Hospital Harlem, em Nova Iorque (Freeman &, Rodriguez, 2011). Este tipo de programas tinham como objetivo identificar os obstáculos encontrados pelo paciente para aceder aos tratamentos oncológicos e reduzir os atrasos no acesso aos serviços, trazendo benefícios tanto aos pacientes em início de investigação e tratamento como para aqueles em cuidados paliativos. Surge então a figura do Nurse Navigator para a assistência ao paciente oncológico (Shejila, Mamatha & Fernandes, 2015).

O Nurse Navigator é então um enfermeiro que tem competências e utiliza o seu conhecimento especializado e experiência clínica para proporcionar aos pacientes com cancro, um cuidado dirigido, não só aos aspetos físicos mas como também aos sociais, psicológicos e emocionais, direcionando e guiando os pacientes e seus familiares e cuidadores para a tomada de decisão conjunta com a equipa multidisciplinar. Além das intervenções desenvolvidas no cuidar, são responsáveis pela supervisão do processo de tratamento, fornecer informações e suporte,. Contribui para o empower dos pacientes com os seus ensinamentos e suporte, o Nurse Navigator funciona assim como elo de ligação entre paciente, família e equipa multidisciplinar (Shejila, Mamatha & Fernandes, 2015).

DESENVOLVIMENTO

As competências essenciais do ONN (Nurse navigator de oncologia) são baseadas nas diretrizes estabelecidas pela Oncology Nursing Society (2020). Estas competências vitais para o desempenho adequado da função de ONN são divididas em 4 categorias e desenvolvem-se de acordo com a experiência da enfermeira.

Categoria 1: Coordenação do Cuidar

A Coordenação dos cuidados começa com a identificação das necessidades do cliente e das barreiras potenciais ao cuidado, que muitas vezes são reveladas pela avaliação do sofrimento do paciente. O ONN aplica o seu conhecimento proveniente de diretrizes clínicas, auxilia a equipa multidisciplinar ao facilitar os cuidados oportunos, e identifica candidatos potenciais para testes moleculares, aconselhamento genético e testes clínicos.

Categoria 2: Comunicação

Através da construção de relações de confiança com os pacientes e suas famílias, o ONN é capaz de atuar como um elo de ligação entre o paciente, cuidadores e profissionais de saúde. A comunicação eficaz promove o cuidado centrado no paciente e na família e garante que a equipe multiprofissional esteja a par das situações do paciente.

Categoria 3: Educação

O ONN aplica experiência clínica e aprendizagem para fornecer reforço e educação sobre o diagnóstico e os efeitos colaterais do tratamento e sua gestão para o paciente e cuidadores. Esta competência diferencia o ONN do assistente social, conselheiros financeiros e navegadores pacientes, visto que o ONN é o único com competências para fornecer informações clinicamente relevantes.

Categoria 4: Papel Profissional

O ONN promove a implementação de métodos de prática de cuidados baseados em evidências que melhoram os resultados de qualidade, pelo que necessita de manter atualização contínua de conhecimentos. Através do rastreamento de procedimentos relacionadas com os tratamentos do paciente e ao processo de navegação, o ONN contribui para o desenvolvimento do programa e melhoria da prática.

Categoria 5: Nursing Navigator especializado em oncologia:

Um ONN especialista é capaz de ajudar a definir melhor o papel do ONN por meio da criação de procedimentos e promoção da adesão aos planos de tratamento por meio da melhoria do processo.

Ao ter pelo menos um especialista ONN pode-se garantir que tanto a configuração do programa como as funções dos enfermeiros sejam bem definidas, o que contribui para o sucesso do mesmo. É esta última etapa que auxilia no crescimento e desenvolvimento de

um programa de navegação oncológica (Pautassoa, Zelmanowicz, Flores & Caregnato (2018).

O ONN será a chave para explicar o plano de cuidados ao paciente e garantir que ele participe da tomada de decisão informada. (Cannon, 2020).

As funções de cada elemento da equipa devem ser definidas o que permite que todos funcionem independentemente uns dos outros e não dupliquem tarefas. Ao distribuir as necessidades do paciente entre a equipa, permite à equipa dar uma maior e mais completa resposta às necessidades do paciente (Cannon, 2020). A capacidade de comunicação e realização de registos completos sobre o paciente são fundamentais para permitir uma uniformização dos cuidados, e a possibilidade de todos estarem ao mesmo ritmo (do paciente).

Os programas de navegação em enfermagem variam de acordo com o país e deve ser adaptado de acordo com as metas e as necessidades do programa. Ao definir as funções da “navegação”, deve-se primeiro avaliar os objetivos e necessidades de um programa. Também é benéfico observar as necessidades da comunidade para determinar que tipo de “navegação” é necessário.

Numa revisão integrativa sobre Nursing Navigator realizada por Pautassoa Zelmanowicz, Flores & Caregnato (2018), foi possível evidenciar nos 17 artigos selecionados (que dataram desde 2009 a 2016), que o conhecimento científico que foi produzido sobre este tema advém e incide em populações de países como os Estados Unidos da América, Austrália, Canadá, Suécia e Dinamarca, locais os surgiram os primeiros programas de Navegação. Estes artigos consistem em 3 ensaios clínicos randomizados (n = 3); 3 revisões de literatura (n = 3); 3 pesquisas qualitativas (n = 3); 2 pesquisas quantitativa (n = 2); 2 estudos de caso (n = 2); 1 revisão integrativa (n = 1); 1 relato de experiência (n = 1); 1 artigo de reflexão (n = 1); e 1 estudo misto (qualitativo e quantitativo, n = 1). (Pautassoa, Zelmanowicz, Flores & Caregnato, 2018).

Nestes artigos foi possível dividir a navegação de enfermagem em três categorias temáticas: Processos Assistenciais; Pacientes e Profissionais de Saúde.

Estes programas de navegação de pacientes são geridos maioritariamente por enfermeiros, e estes são reconhecidos como promotores da continuidade dos cuidados oncológicos, atuando não só nos pacientes como nas suas famílias/cuidadores, como também junto aos profissionais da equipa multidisciplinar, funcionando como elo de ligação entre os mesmos. Atuam tanto nos processos relacionados a assistência aos pacientes oncológicos nas áreas preventiva, diagnóstica e de tratamento.

A atuação do *Nurse Navigator*, quando ocorre no processo de rastreio de pacientes com risco de desenvolver neoplasias, pode proporcionar melhorias no tempo em que os pacientes iniciam os tratamentos, como evidencia um estudo que refere 10 dias mais cedo, no âmbito da neoplasia pulmonar (Zibrik, Laskin (2016); a intervenção dos Nursing

Navigators permitiu reduzir em média 9 dias no tempo de espera para tratamento cirúrgico no âmbito do cancro da mama no Canadá (Baliski, McGahan, Liberto, Broughton, Ellard, Taylor, et al (2014)); em contrapartida, noutro estudo onde se investigou se a intervenção junto a pacientes com o rastreio para cancro de cólon (sangue oculto nas fezes) seria efetiva para aumentar o número de colonoscopias para diagnóstico da neoplasia, ficou evidenciado que a sua interferência no processo não modificou significativamente o resultado (Green, Anderson, Wang, Vernon, Chubak, Meenan et al. (2014). Consta-se portanto que o resultado da intervenção o Nursing Navigator depende do momento em que ocorre, e por isso a literatura sugere que estes programas de navegação se iniciem no começo da trajetória do tratamento oncológico (rastreamento e diagnóstico) para atingir os objetivos desejados (McMullen, 2013).

Um estudo retrospectivo com 263 pacientes com cancro da mama, no Brasil, inseridos num programa da Nurse Navigator, revelou diminuição de 24 dias de espera para início de tratamento em 2015, para 18 dias em 2017, e que 97% dos pacientes ficaram muito satisfeitos com o atendimento prestado pelo Nurse Navigator.

Segundo Teixeira (2019), os Nurse Navigators devem ter a capacidade e facilidade de comunicação com a equipa, devem saber prever atrasos de tratamento, promover a Educação do paciente, fornecer suporte psicossocial, monitorar e gerenciar sintomas, identificar e recomendar recursos necessários.

Na UDTI CCR de Lisboa, do HCT (Hospital Privado em Lisboa) a Enfermeira coordenadora dos cuidados oncológicos (ECCO) é a enfermeira perita responsável pelo programa Nursing Navigator aos doentes com CCR.

Acompanha e coordena o percurso clínico do doente com CCR, na UDTI, desde o diagnóstico, ao longo de todas as fases de tratamento e no follow-up, orientando e esclarecendo todas as dúvidas que possam surgir. É uma profissional de referência e elo de ligação entre a pessoa doente e os membros da equipa, que promove o envolvimento e capacitação da pessoa doente e sua família na planificação de cuidados, através da educação e transmissão de conhecimentos sobre a patologia e tratamento ao longo do percurso da doença. Ao ser elo de ligação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e o doente (tanto no HCT como na comunidade) tem a responsabilidade de contribuir para a continuidade dos cuidados prestados, mantem a uniformização dos cuidados relacionados com as ostomias de eliminação durante o internamento dos doentes. Neste sentido, além de poder comunicar com a restante equipa de enfermagem dos internamentos e cirurgia, foram criados elos de ligação na equipa de enfermagem em cada serviço de internamento, para facilitar a comunicação entre a equipa de enfermagem no que diz respeito aos cuidados prestados aos doentes com CCR. A Enfermeira está presente nas

reuniões de decisão multidisciplinar, e participa ativamente na definição de circuitos e protocolos clínicos da Unidade. Colabora na investigação e desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da especialidade, tendo como apoio a enfermeira chefe da unidade, anterior ECCO da mesma, que possui a especialidade e mestrado na área de Oncologia, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados prestados.

O acompanhamento da ECCO, seja em consulta, em visita aos doentes nos serviços de internamento ou em follow-up telefónico, tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ao longo da sua trajetória de doença e como objetivos gerais: identificar as necessidades da pessoa com CCR; elaborar o plano de cuidados do doente, individualizado e adaptado às suas necessidades específicas; promover a educação para a saúde como elemento estrutural para tomada de decisão informada; identificar barreiras ao tratamento e à implementação do plano de cuidados; acompanhar a pessoa com CCR ao longo de todo o contínuo da doença, com maior ênfase em momentos considerados geradores de stress.

O acompanhamento da ECCO é realizada sempre que se verifique um diagnóstico de CCR, após o cirurgião encaminhar o doente, ou quando é verificado pela ECCO a existência de um resultado de uma biópsia positiva para CCR. A ECCO garante uma revisão de forma sistemática e diária do sistema informático, na Gestão da Informação Clínica, dos Outcomes do CCR, de forma a não deixar que se perca nenhuma situação. Para isso tem disponível a ferramenta informática *Patient Reported Outcomes Measurement (PROMs)*¹⁶.

Nesta mesma ferramenta pode-se aceder aos questionários de qualidade de vida que a ECCO entrega ao doente (baseline, 6 e 12 meses depois): EORTC QLQ C30, EORTC QLQ CR29, MSKCC BFI, EORTC QLQ LMC21, Termómetro de Distress, e LARS¹⁷.

A ECCO neste programa de navegação proporciona ao paciente um acompanhamento durante o seu tratamento, com monitorização e gestão dos efeitos secundários (incluindo os tardios) do tratamento e da função intestinal quer sejam eles físicos ou psicológicos. A educação para a saúde assume aqui um papel fundamental na literacia dos doentes, e todas as intervenções de enfermagem são programadas de forma individualizada e centrada nas necessidades do doente e são realizadas de acordo com o tratamento abordado para cada doente, seja ele tratamento cirúrgico, com ou sem necessidade de ostomia de eliminação, para Quimioterapia /Radioterapia neoadjuvante, para Quimioterapia adjuvante ou para Quimioterapia paliativa em articulação com a equipa de cuidados paliativos. Desta forma para além de acompanhar o doente, contribuem para a prevenção da recidiva da doença.

¹⁶ In Documento funcional Outcomes do Cancro Colon Retal, Direção de organização, Qualidade de segurança e Gestão de Informação clínica do JMS (2019)

¹⁷ Copyright 1995 EORTC Quality of Life Group, versão 3.0. In IMP.2560.00 do ICO.

A estrutura da consulta de enfermagem passa pela avaliação inicial de enfermagem, a avaliação do risco familiar, a criação de um plano de cuidados, a recolha dos questionários do ICHOM, a educação do doente e das pessoas significativas sobre o CCR e seu tratamento, bem como providenciar material de literatura informativo e contatos da ECCO. Na consulta subsequente é revisto sistematicamente o plano de cuidados, são recolhidos os questionários ICHOM nos tempos preconizados, e é feita educação do doente e pessoas significativas sobre o processo de doença e tratamento do CCR.

Como Unidade acreditada que é, a UDTI possui uma monitorização da qualidade dos cuidados, sendo a ECCO responsável por colaborar e monitorizar a colheita de dados relativos aos resultados, qualidade de vida e experiência da pessoa família e amigos, pelo que esta colabora na investigação.

A ECCO realiza os registos das suas consultas e da informação obtida, desde a avaliação inicial do doente, diagnósticos de enfermagem criados, plano de trabalho, bem como registo das intervenções realizadas (quer nas consultas presenciais e de follow-up, quer nas visitas aos doentes em internamento) em aplicação informática GLINTT.

No ano de 2020, apesar de ter sido um ano atípico devido à epidemia Sars - Covid 19, em que houve diminuição dos atendimentos, foram acompanhados pelo programa Nurse Navigator 70 novos doentes.

Esta UDTI CCR monitoriza vários indicadores, utilizando várias escalas como já foi anteriormente descrito. Verifica-se uma preocupação contínua na monitorização e reflexão sobre os mesmos, sendo que esta Unidade realiza trimestralmente uma reunião para monitorização dos ICHOM.

Segundo dados apresentados em reunião de equipa em novembro de 2020 que demonstra dados avaliados entre maio 2019 e outubro de 2020, em relação ao score EORTC QLQ-C30 parece existir uma tendência para se verificar uma melhoria dos sintomas (decréscimo de 9,94 na avaliação baseline para 1,28 ao fim de um ano) e melhoria na qualidade de vida (aumento de 65,6 na avaliação baseline para 87,50 ao fim de um ano) e uma melhoria em relação à parte funcional (aumento de 86,03 na avaliação baseline para 87,50 após um ano).

Em relação ao score MSKCC BF que avalia a função intestinal depois de uma cirurgia com conservação de esfíncter (avaliado de 3 subescalas com 18 perguntas, apenas se demonstra resultado em relação à subescala dieta com 4 perguntas), verificou-se valores de 16,55 na baseline e aumento para 18,50 ao fim de um ano (score superiores representam uma melhor função intestinal). Em relação ao score EORTC QLQ-LMC21, composto por 21 questões, onde apenas se aplica uma questão relativa à neuropatia periférica, aplicada aos doentes a fazer quimioterapia no plano de tratamento, no score calculado em relação a esta

questão houve aumento de 6,94 na avaliação baseline para 50 após um ano, que segundo os mesmos, é esperado (valores mais altos representam pior condição) visto ser este um dos efeitos secundários da quimioterapia.

O termómetro Distress, composto por dois instrumentos, um que demonstra o grau de desconforto do doente numa escala de 0 a 10 (0 corresponde a valores de Distress mínimos e 10 ao valor máximo) e outro que consiste numa lista de problemas, composta por 36 itens, que permitem identificar as possíveis causas do Distress. Evidenciou-se que no início dos tratamentos, as causas de desconforto mais indicadas pelos doentes foram a preocupação, ansiedade, dificuldade no sono, tristeza, fadiga, perda de interesse em atividades e prisão de ventre, tendo-se verificado, no termómetro de Distress, diminuição de 4,52 na avaliação baseline para 3 ao fim de um ano. Desta reunião salientou-se que a interpretação destes dados deve ser feita com comparação aos dados da literatura e que é necessária maior casuística, mas serviu para se perceber que os scores médios apresentam melhoria, a necessidade de maior acompanhamento dos doentes e aplicação dos ICHOM a um maior número de doentes possíveis (meta a atingir de 80%). Chegaram também à conclusão que o papel do enfermeiro é fundamental, e que são necessárias mais horas de enfermagem para que se consigam os efeitos desejados nos próximos meses.

A apresentação destes dados nesta reflexão serve apenas para demonstrar a importância da monitorização dos indicadores em relação qualidade de vida dos doentes, para se verificar a eficácia e a eficiência do serviço e perceber as necessidades existentes, importantes para a gestão.

CONCLUSÃO

Como foi possível verificar o papel do Nurse Navigator tem muitas dimensões, desde as questões socioeconómicas, o acesso aos cuidados, o apoio ao doente e família, a educação do doente no que diz respeito a efeitos de tratamentos e cirurgia, o acompanhamento do doente em todo o seu processo oncológico, desde diagnóstico ao tratamento. Da literatura lida todos foram uníssonos na ideia que são necessários mais estudos para conseguir demonstrar mais-valia no que diz respeito ao custo-benefício do Nurse navigator, porque grande parte dos programas não estão configurados para testar e comprovar os benefícios das intervenções do Nurse navigator (Dohan & Schrang, 2005, citado por Swanson & Koch ,2010).

À parte da mais-valia económica da intervenção do enfermeiro navegador existem muitas intervenções que vão ao encontro das necessidades dos doentes oncológicos e suas famílias/cuidadores, como foi possível verificar nesta reflexão. Nesta Unidade de diagnóstico e tratamento do CCR, onde estagiei, verifica-se que este programa de navegação apoia em todas as suas valências o doente com CCR, cuidando dele de forma holística. São organizações profissionais como esta que possibilitam a implementação deste tipo de programa, onde o enfermeiro com as suas competências como enfermeiros oncologistas e com a função de navegador podem fazer toda a diferença na redução do sofrimento do doente com ccr, apoiando-o, tranquilizando-o sobre os seus medos, ensinando-o na prevenção de efeitos secundários dos tratamentos, quaisquer que sejam, ensinando e acompanhando ao longo do seu percurso de saúde/doença. Contribuem não só para o alívio do sofrimento como também para a literacia em saúde face à complexidade dos cuidados de saúde. Doentes mais educados são menos propensos ao stress (Swanson & Koch, 2010). Os pacientes que recebem menos educação têm um maior potencial para sobrecarregar o sistema, seja por telefone ou visitas não programadas que podem originar uma necessidade de pessoal adicional, pagamento de horas extra, stress dos enfermeiros e redução da qualidade do atendimento (Schulmeister, 1991, citado por (Swanson & Koch, 2010. Verifica-se então que a educação preventiva e adequada aos pacientes antes do tratamento acaba por economizar recursos.

Considero que é de todo importante que os enfermeiros envolvidos em programas Nursing navigator encontrem ferramentas de avaliação dos cuidados, como é exemplo a escala de stress, que é usada nesta UDTI do CCR, para que se consiga ir cada vez mais ao encontro das necessidades destes doentes e suas famílias e possam fazer ver às organizações a mais-valia do seu trabalho. É ainda importante salientar a importância dos trabalhos de investigação que os enfermeiros devem fazer, para disseminarem

conhecimentos nesta área da oncologia (CCR) e demonstrem a importância destes programas na qualidade de vida dos seus doentes.

Gostaria ainda de salientar que apesar de haver ferramentas que avaliam a qualidade dos cuidados, e a qualidade de vida dos doentes, existem outras intervenções que não são mensuráveis, mas que gostaria de salientar: uma das coisas que mais me marcou ao longo deste estágio, foi observar o olhar expressivo de alegria e alívio dos doentes quando eram visitados pela enfermeira ECCO (nurse navigator) nos internamentos e nos cuidados intensivos após cirurgias, bem como quando a encontravam no hospital. Apesar do uso de máscaras pela pandemia em curso era perceptível o olhar sorridente e a satisfação de verem um rosto conhecido, o de puderem falar com alguém que já conhecem, os doentes e as famílias, que encontram neste enfermeiro um elo com os seus familiares queridos, numa altura em que existem tantas barreiras de separação pelo covid 19. Benditos enfermeiros!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baliski C, McGahan CE, Liberto CM, Broughton S, Ellard S, Taylor M, et al. Influence of nurse navigation on wait times for breast cancer care in a Canadian regional cancer center. *Am J Surgery*. 2014 [cited 2016 Sep 2]; 207(5):686-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24791628>.
- Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011 [cited 2016 Aug 27]; 117(15 Suppl):3539-42.
- Green BB, Anderson ML, Wang CY, Vernon SW, Chubak J, Meenan RT, et al. Results of nurse navigator follow-up after positive colorectal cancer screening test: a randomized trial. *J Am Board Fam Med*. 2014 [cited 2016 Sep 2];27(6):789-
- McMullen L. Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. *Semin Oncol Nurs*. 2013 [cited 2016 Sep 4];29(2):105-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23651680>.
- Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0102. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0102>.
- Shejila CH, Mamatha SP, Fernandes DJ. Oncology nurse navigator programme: a narrative review. *Nitte Univ J Health Sci*. 2015 Mar [cited 2016 Aug 26];5(1):103-7. Available from: <http://nitte.edu.in/journal/december2014/ONNP.pdf>.
- Teixeira (2019) Department of health. Disponível em: http://www.checkup.org.au/icms_docs/230455_OCNMO_Nurse_Navigator_Presentation_November_2015.pdf. Acessado em 01 Jul2019.
- Zibrik K, Laskin J, Ho C. Integration of a nurse navigator into the triage process for patients with non-small-cell lung cancer: creating systematic improvements in patient care. *Curr Oncol*. 2016 [cited 2016 Aug 26];23(3):e280-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25381076>.

APÊNDICE III

Descrição funcionamento Serviço Oncologia – Estágio 1



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

Estágio com Relatório

**Caracterização do Funcionamento do Serviço UDTI CCR
do HCT
Estágio 1**

**—
Ana Luísa de Nóbrega e Silva**

Orientador: Professor Doutor Óscar Ferreira

**—
Lisboa**

Dezembro 2021

ÍNDICE

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO UDTI CCR do HCT	2
A CONSULTA DE ENFERMAGEM REALIZADA PELA ECCO.....	6

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO UDTI CCR do HCT

A UDTI (Unidade de diagnóstico e tratamento integrado) Cancro colon e reto (CCR) de Lisboa, do HCT (Hospital Privado em Lisboa) é uma das 15 Unidades que fazem parte da rede do ICO. O ICO é uma rede nacional de cuidados oncológicos que congrega todas as unidades da rede, na qual o modelo de funcionamento é centrado por patologia, e prestam cuidados de excelência clínica aos doentes oncológicos.

Estas UDTI's possuem uma estrutura central e transversal que coordena a atuação das equipas, usando os recursos existentes, quer estes sejam profissionais, equipamentos ou instalações.

A UDTI CCR de Lisboa – centro de referência do Cancro do Reto, do HCT, antigo HCIS, mudou as instalações definitivamente para o HCT no dia 30 de Novembro de 2020 e assume-se como uma rede de referência nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento desta patologia.

A UDTI do CCR assumiu como missão prestar cuidados de excelência no âmbito da patologia do CCR, promover a saúde, prevenir e combater a doença oncológica do colon e reto, através de ações de sensibilização e educativas, de forma a promover a adoção de hábitos saudáveis e sensibilizar para a importância de diagnóstico precoce, bem como colaborar no ensino e investigação científica no âmbito da doença oncológica.

A UDTI CCR tem como princípios orientadores: a rapidez no atendimento no percurso do doente; proporcionar todas as valências clínicas e não clínicas ao paciente; possuir os recursos humanos e tecnológicos avançados; proporcionar cuidados humanizados, com acesso a uma equipa multidisciplinar permanente e a humanização dos cuidados.

Neste sentido agrega as valências de imagiologia (tomossíntese, ecografia, RM mamária, citologia aspirativa agulha fina, microbiopsia, biópsia assistida por vácuo, biópsia gânglio axilar guiada por ecografia, TAC, RX, RM e eco geral - estadiamento), de anatomia patológica (histopatologia, imunohistoquímica e SISH), e medicina nuclear (PET, Linfocintigrafia gânglio sentinela e Cintigrafia óssea). Oferece tratamentos de Cirurgia, Radioterapia, Quimioterapia e cirurgia reconstrutiva, bem como áreas complementares de genética médica, Cuidados

paliativos, Medicina física e de reabilitação, tratamento da dor, conforto e suporte emocional.

A UDTI CCR tem a seguinte organização:



O Coordenador geral é o DR C.V., a Sr^a Enfermeira Chefe é a Sr^a enfermeira S.P. A Sr^a Enfermeira Coordenadora da UDTI CCR é a Sr^a Enfermeira M.A.V.

Todos os casos dos doentes com doença maligna tratada na UDTI CCR são discutidos em Reunião multidisciplinar, para definição das estratégias terapêuticas e/ou sempre que seja necessário alteração das mesmas, seja em situações de estádios iniciais, seja em caso de doença metastizada. Podem ainda ser discutidos casos de doença benigna sempre que haja suspeição de malignidade ou dúvidas na orientação dos doentes. Esta reunião ocorre geralmente às terças-feiras entre as 18h-20h.

Os doentes da UDTI CCR podem aceder à consulta de oncologia médica referenciados pela cirurgia, ou podem marcar consulta diretamente para um oncologista, com ou sem diagnóstico, que depois será referenciado para a cirurgia, com exceção dos doentes que não necessitem de abordagem cirúrgica.

A aplicação informática da UDTI CCR permite o registo da informação em base de dados de diferentes terapêuticas, permitindo uma avaliação transversal dos doentes com patologia colorretal tratados no I.C.Oncologia. A aplicação da UDTI de CCR foi criada com o intuito de medir o desempenho da Unidade, através do cálculo de indicadores de referência ICHOM. A aplicação permite a monitorização dos referidos indicadores de qualidade em tempo real, à medida que esta é preenchida pelo Gestor de Informação Clínica. São efetuadas auditorias aos registos da base de

dados, realizadas por profissionais de saúde das áreas envolvidas (Oncologia; Cirurgia; Radiologia; Anatomia Patológica, entre outros) numa amostragem aleatória.

O modelo de gestão clínica aplicada nesta Unidade assenta na monitorização e avaliação de um vasto número de indicadores, mas é importante salientar o projeto de Outcomes Clínicos, pois assumem uma estratégia importante na Unidade, pois é centrado no doente e na excelência clínica. Este projeto engloba todos os pacientes com diagnóstico de neoplasia colorretal (estágio I a IV), que sejam submetidos a tratamento cirúrgico, radioterapia, quimioterapia e terapia direcionada. O projeto Outcomes Clínicos é constituído por um gabinete de informação clínica e codificação, por um responsável clínico, uma equipa clínica e equipa de enfermagem, cada um com funções específicas neste processo de avaliação da qualidade.

A enfermeira coordenadora dos Cuidados oncológicos (ECCO) é uma enfermeira perita na área da especialidade que acompanha e coordena o percurso clínico do doente com CCR, na UDTI, desde o diagnóstico, ao longo de todas as fases de tratamento e no follow-up, orientando e esclarecendo todas as dúvidas que possam surgir. É uma profissional de referência e elo de ligação entre a pessoa doente e os membros da equipa, que promove o envolvimento e capacitação da pessoa doente e sua família na planificação de cuidados, através da educação e transmissão de conhecimentos sobre a patologia e tratamento ao longo do percurso da doença. A Enfermeira está presente nas reuniões de decisão multidisciplinar, e participa ativamente na definição de circuitos e protocolos clínicos da Unidade. Colabora na investigação e desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da especialidade, tendo como apoio a enfermeira chefe da unidade, anterior ECCO da mesma, que possui a especialidade e mestrado na área de Oncologia, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados prestados.

A ECCO tem a responsabilidade de contribuir para a continuidade dos cuidados prestados, pois funciona como elo de ligação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e o doente (tanto no HCT como na comunidade), manter a uniformização dos cuidados relacionados com as ostomias de eliminação durante o internamento dos doentes. Neste sentido, além de poder comunicar com a restante equipa de enfermagem dos internamentos e cirurgia, foram criados elos de ligação na equipa de enfermagem em cada serviço de internamento, para facilitar a comunicação entre a equipa de enfermagem no que diz respeito aos cuidados

prestados aos doentes com CCR. Existem salas de atendimento presencial aos doentes, para consulta de enfermagem, apesar de desenvolverem a sua atividade diária em todo o hospital. É possível ser contactada por telefone fixo, móvel ou correio eletrónico.

Na UDTI CCR o doente conta ainda com o apoio do Gestor Oncológico, responsável por todo o acompanhamento administrativo da doente e seus familiares ao longo do seu percurso de diagnóstico e tratamento. Fazem parte das suas funções ajudar com marcações, relatórios, orçamentos e gestão de seguros de saúde ou outros subsistemas, articular os atos necessários entre as plataformas da UDTI ou no exterior. A equipa dispõe de uma sala onde atendem os doentes presencialmente, apesar de desenvolverem a sua atividade em todo o hospital. É possível serem contactadas por telefone fixo, móvel ou correio eletrónico.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM REALIZADA PELA ECCO

A consulta de enfermagem da Unidade de CCR destina-se a todas as pessoas com diagnóstico de CCR, independentemente do estadió, ao longo de toda a trajetória da doença. Tem como base os quatro componentes dos cuidados aos sobreviventes de cancro, que contemplam a prevenção, a vigilância, intervenção e coordenação de cuidados (Morgan, 2009¹⁸).

Esta consulta é autónoma, baseada numa metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular diagnósticos de enfermagem, criar um plano de cuidados tendo como referência as necessidades da pessoa doente, avaliar os cuidados e intervenções de enfermagem prestados, promovendo a melhoria da qualidade de vida das pessoas ao longo da trajetória da sua doença.

Esta consulta tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ao longo da sua trajetória de doença e como objetivos gerais: identificar as necessidades da pessoa com CCR; elaborar o plano de cuidados do doente, individualizado e adaptado às suas necessidades específicas; promover a educação para a saúde como elemento estrutural para tomada de decisão informada;

¹⁸ Morgan, M.A. (2009) Cancer survivorship: history, quality-of-life issues, and the evolving multidisciplinary approach to implementation of cancer survivorship care plans. *Oncology Nursing Forum*, 36 (4), 429-436

identificar barreiras ao tratamento e à implementação do plano de cuidados; acompanhar a pessoa com CCR ao longo de todo o contínuo da doença, com maior ênfase em momentos considerados geradores de stress.

As consultas realizadas pela enfermeira coordenadora dos Cuidados oncológicos (ECCO) são realizadas em gabinete próprio, nas instalações do HCT, na C. Oncologia, entre as 8 e as 20h, nos dias úteis, de acordo com a disponibilidade de agenda da mesma. A marcação é realizada pela equipa administrativa mediante sua orientação, e é realizada idealmente nos dias em que o doente se desloca ao hospital para realizar exames, tratamentos ou outras consultas, de forma a rentabilizar e melhorar a acessibilidade do doente.

O tempo médio de uma primeira consulta é de 45 minutos, mas depende sempre das necessidades específicas de cada doente pela individualidade de cada ser humano, (e pelo trajeto de doença em que este se encontra), e de 30 minutos para as consultas subsequentes. A consulta é realizada mantendo a privacidade do doente, pelo que sempre foi pedida autorização para a presença da aluna do mestrado a cada doente que esteve na mesma, bem como nos atendimentos realizados nos internamentos.

A consulta da ECCO é realizada sempre que se verifique um diagnóstico de CCR, após o cirurgião encaminhar o doente, ou quando é verificado pela ECCO a existência de um resultado de uma biópsia positiva para CCR. A ECCO garante uma revisão de forma sistemática e diária do sistema informático, na Gestão da Informação Clínica, dos Outcomes do CCR, de forma a não deixar que se perca nenhuma situação. Para isso tem disponível a ferramenta informática *Patient Reported Outcomes Measurement (PROMs)*¹⁹.

Nesta mesma ferramenta pode-se aceder aos questionários de qualidade de vida que a ECCO entrega ao doente: EORTC QLQ C30, EORTC QLQ CR29, MSKCC BFI, EORTC QLQ LMC21, Termómetro de Distress, e LARS²⁰

A ECCO pode ainda ter conhecimento dos doentes pela Gestora oncológica, quando a mesma referencia o número interno de cada doente que vai ser discutido em reunião multidisciplinar semanalmente.

¹⁹ In Documento funcional Outcomes do Cancro Colon Retal, Direção de organização, Qualidade de segurança e Gestão de Informação clínica do JMS (2019)

²⁰ Copyright 1995 EORTC Quality of Life Group, versão 3.0. In IMP.2560.00 do ICO.

A primeira consulta deve idealmente ser realizada após a primeira consulta médica com biópsia positiva para CCR, e deve ocorrer nos 7 dias seguintes à comunicação do diagnóstico ao doente. As consultas subsequentes são marcadas de acordo com o esquema terapêutico planeado, seguindo as diretrizes preconizadas pelo ICHOM²¹ (2016).

Nesta consulta proporciona-se ao paciente um acompanhamento durante o seu tratamento, com monitorização e gestão dos efeitos secundários (incluindo os tardios) do tratamento e da função intestinal quer sejam eles físicos ou psicológicos. A educação para a saúde assume aqui um papel fundamental na literacia dos doentes, e todas as intervenções de enfermagem são programadas de forma individualizada e centrada nas necessidades do doente e são realizadas de acordo com o tratamento abordado para cada doente, seja ele tratamento cirúrgico, com ou sem necessidade de ostomia de eliminação, para Quimioterapia /Radioterapia neoadjuvante, para Quimioterapia adjuvante ou para Quimioterapia paliativa em articulação com a equipa de cuidados paliativos. Desta forma para além de acompanhar o doente, contribuem para a prevenção da recidiva da doença.

Na tabela 1 está discriminada a periodicidade das consultas de enfermagem da ECCO, de acordo com o tratamento prestado ao doente.

Tipo de tratamento	Periodicidade da consulta de enfermagem
Tratamento cirúrgico (sem ostomia de eliminação intestinal)	<p>Até 7 dias após consulta médica de comunicação do diagnóstico (com entrega de questionário ICHOM)</p> <p>Após consulta de anestesia;</p> <p>Dia de internamento;</p> <p>Visitas no internamento;</p> <p>48 a 72h após alta hospitalar (follow-up telefónico);</p> <p>1 Semana após a alta (presencial/follow-up</p>

²¹ ICHOM - International Consortium for Health Outcomes Measurement

telefónico);
1 Mês após a alta (presencial/follow-up telefónico);
3 Meses após a cirurgia (follow-up telefónico);
Aos 6 meses (presencial) – questionário ICHOM)
Após um ano: anual (aplicação de questionário ICHOM ao 1 ano, 2 anos e 10 anos).

**Tratamento cirúrgico
(com ostomia de
eliminação intestinal)**

Até 7 dias após consulta médica de comunicação do diagnóstico (entrega de questionário ICHOM). Realizar avaliação familiar;
Após consulta de anestesia;
No período pré-operatório para marcar estoma intestinal;
Dia de internamento;
Visitas no internamento diárias no período pós-operatório para detetar possíveis problemas e avaliação da adaptação ao estoma
48 a 72h após alta hospitalar (follow-up telefónico);
5 a 7 dias após a alta (presencialmente;
15 dias após alta hospitalar (presencialmente)
1 Mês após a alta (presencialmente);
Mensalmente até os 3 meses após a cirurgia (presencialmente);
Aos 6 meses (presencial) – questionário ICHOM)
Após um ano: anual (aplicação de questionário ICHOM ao 1 ano, 2 anos e 10 anos).

<p>Com Quimioterapia/radioterapia neoadjuvante</p>	<p>Até 7 dias após consulta médica de comunicação do diagnóstico (entrega de questionário ICHOM). Realizar avaliação familiar;</p> <p>Antes de iniciar 1º ciclo de Quimioterapia/radioterapia (presencial);</p> <p>48 a 72 h após início da Quimioterapia/radioterapia para monitorizar complicações e avaliação da adesão (follow-up telefónico);</p> <p>De 3 em 3 semanas durante o período sob QT/RT, para avaliar a adesão à QT e despiste toxicidades (presencial ou telefónica);</p> <p>Após consulta médica de re-estadiamento da doença;</p> <p>Periodicidade de acordo com a definida para o tratamento cirúrgico</p>
---	--

<p>Com Quimioterapia adjuvante</p>	<p>Periodicidade de acordo com a definida para o tratamento cirúrgico;</p> <p>Antes de iniciar o 1º ciclo de QT (consulta presencial);</p> <p>48 a 72 horas após início de QT (follow-up telefónico);</p> <p>De 3 em 3 semanas durante o período sob QT oral. Se é EV o seguimento é efetuado quando o doente se desloca ao H. Dia.</p> <p>1 e 3 meses após QT (follow-up telefónico);</p> <p>Periodicidade de acordo com a definida para o tratamento cirúrgico;</p>
---	---

<p>Com Quimioterapia paliativa</p>	<p>Antes do início do 1º ciclo de QT (presencial);</p> <p>48 a 72 horas após início da QT (follow-up</p>
---	--

telefónico);

Mensalmente até ao fim da sua vida

Tabela 1- Periodicidade da Consulta de enfermagem CCR da ECCO.

A estrutura da consulta de enfermagem passa pela avaliação inicial de enfermagem, a avaliação do risco familiar, a criação de um plano de cuidados, a recolha dos questionários do ICHOM, a educação do doente e das pessoas significativas sobre a doença colorretal e seu tratamento, bem como providenciar material de literatura informativo e contatos da ECCO.

Nas consultas subsequentes deve ser revisto sistematicamente o plano de cuidados, recolher os questionários ICHOM nos tempos preconizados, e fazer educação do doente e pessoas significativas sobre o processo de doença e tratamento colorretal.

A ECCO realiza entrevistas de enfermagem aos doentes e suas pessoas significativas, com o intuito de obter e transmitir informação, estabelecer e negociar parcerias com o doente na implementação do seu plano de cuidados, bem como prestar apoio²². As etapas que constituem a entrevista resultam de uma fusão entre Protocolo de Buckman (2005) e das fases definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o efeito (OE,2010²³): acolhimento, exploratória e resolutiva. A entrevista é sustentada pela Teoria de cuidados centrados na pessoa de McCormack e McCance (2010)²⁴. Desta forma é possível conseguir colher informações da pessoa doente e pessoas significativas para este, a transmissão de informação, fornecendo suporte e apoio à pessoa doente, conseguindo envolvê-la no plano de cuidados, obtendo colaboração da mesma no desenrolar das estratégias criadas.

Como Unidade acreditada que é, a UDTI possui uma monitorização da qualidade dos cuidados, sendo a ECCO responsável por colaborar e monitorizar a colheita de dados relativos aos resultados, qualidade de vida e experiência da pessoa família e amigos, pelo que tem criado indicadores de avaliação de Enfermagem de Estrutura (de avaliação anual), Indicadores de processo de

²² Buckman, 2005. Breakinh Bad News: The S.P.I.K.E.S. strategy, *Community Oncology*, 2(2):138-142

²³ Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento da Individualização das especialidades clínicas de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

²⁴ McCormack, B &McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell

avaliação anual e Indicadores de resultado de avaliação semestral (ex.º ICHOM, ACSA, ERAS entre outros).

De modo a garantir o controlo, monitorização e periodicidade das intervenções realizadas, os registos são feitos numa tabela de Excel criada para o efeito. Com este processo pretende-se assegurar os padrões de qualidade definidos pela UDTI do CCR.

A ECCO realiza os registos das suas consultas e da informação obtida, desde a avaliação inicial do doente, diagnósticos de enfermagem criados, plano de trabalho, bem como registo das intervenções realizadas (quer nas consultas presenciais e de follow-up, quer nas visitas aos doentes em internamento) em aplicação informática GLINTT.

APÊNDICE IV

Reflexão sobre a transição segura de cuidados



11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica
Opção em Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Reflexão sobre Transição de Cuidados

Ana Luísa de Nóbrega e Silva - nº 9542



Professor Doutor Óscar Ferreira



Lisboa
2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. DESENVOLVIMENTO	3
1.1. A ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS HOSPITALARES E OS CSP	3
1.2. CONSTITUIÇÃO DOS CSP	6
1.3. CUIDADOS HOSPITALARES	8
CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

INTRODUÇÃO

Tem-se assistido em Portugal ao longo dos últimos anos, a um aumento da prevalência de doenças crónicas como o cancro, Estima-se que em 2030, serão diagnosticados mais de 20 milhões de casos de cancro por ano.

Segundo dados da WHO (2020), dos 18 078 957 de casos de cancro a nível mundial em 2018, o CCR representou cerca de 10,2% destes (1 849 518 casos). Em Portugal, a proporção de neoplasias malignas aumentou de 19,3% (1994) para 24,6% em 2018 (Pordata,2020). Segundo o INE (2019), em 2017 os cancros mais frequentes em Portugal são os do cólon e reto, em torno dos 10 200 casos novos por ano (Costa, 2020). Verifica-se que o CCR ocupa o segundo lugar como principal causa de morte, configurando-se, assim, como um problema de saúde pública.

Às doenças oncológicas são frequentemente associadas um grau de incapacidade, de duração prolongada e progressão lenta. Requerem a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, social, psicológico, emocional e espiritual) (OE, 2011). Isto exige uma resposta efetiva por parte dos cuidadores aos seus familiares dependentes, pela perda de autonomia que se verifica, e pelo aumento da dependência de terceiros para a satisfação das suas necessidades diárias e manutenção da qualidade de vida, (Petronilho, 2012). Verifica-se também um aumento da necessidade de cuidados de saúde, levando a consecutivos internamentos. Os serviços hospitalares pretendem a recuperação dos doentes, com vista à autonomia no autocuidado, mas não conseguem assegurar a informação e capacitação do doente e seus cuidadores em relação aos cuidados indispensáveis, pelo que esta informação e capacitação devem ser continuadas no domicílio, com a ajuda dos CSP (Ferreira, Mendes, Fernandes & Ferreira, 2011).

1. DESENVOLVIMENTO

1.1. A ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS HOSPITALARES E OS CSP

A pessoa com ostomia de eliminação intestinal pode sofrer alterações físicas e psicológicas, e muitas vezes pode até ter a necessidade de ajuda de um familiar ou cuidador. Para o regresso a casa com segurança é necessário planear a capacitação do doente e por vezes do seu cuidador, com vista à continuidade dos cuidados no domicílio e à promoção de uma transição saudável, visto o próprio e a família vivenciarem uma situação de crise e perceberem que o impacto desta nova situação de vida, vai poder acarretar uma necessidade mais ampla para além da dimensão física no que diz respeito ao autocuidado da pessoa com ostomia. Considerando a teoria das transições de Meleis, o conceito de transição consiste numa “(...) mudança no estado de saúde, ou no papel das relações, expectativas ou habilidades” (Schumacher & Meleis, 2010, p. 38). Assim sendo, a transição faz-se através da aprendizagem de novos conhecimentos e competências. Estes conduzem a alterações do comportamento, havendo uma redefinição do sentido da pessoa no contexto da sociedade, sendo esta uma das áreas de intervenção dos enfermeiros (Schumacher & Meleis, 2010). De facto, a presença de uma ostomia requer um reajuste no desempenho de algumas atividades de vida diária de autocuidado da pessoa, bem como o desenvolvimento de novas competências que são indispensáveis na reconstrução da autonomia do doente. Além da necessidade de obter novos conhecimentos, a pessoa tem ainda de adquirir habilidades instrumentais e disposições que lhe permitam cuidar e viver com a ostomia, o que salienta o cariz multidimensional do problema.

O planeamento da alta deve ser um processo contínuo, (desde o momento da admissão nas unidades de saúde) deve ser um processo que permite identificar e organizar os cuidados de acordo com a satisfação das necessidades dos doentes em cuidados de saúde, bem como dos seus cuidadores, e tem como meta a continuidade dos cuidados na perspetiva da tríade doente-família/comunidade (Lopes, 2012). O doente e os cuidadores devem ser envolvidos, em todos os aspetos relacionados com a prestação de cuidados, devendo “o processo de aprendizagem iniciar-se o mais cedo

possível e ser transversal a todo o período de hospitalização, de modo a poderem ser desenvolvidas competências que promovam a qualidade de vida e a otimização do processo de reabilitação” (Ferreira et al., 2011, p.122).

A continuidade de cuidados é concebida como a *sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social*²⁵.

O enfermeiro é um importante mediador na continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, com o intuito de identificar, facilitar e ajudar os cuidadores (Pereira, 2011). De acordo com os padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Enfermeiro, juntamente com a pessoa e o cuidador, deve procurar desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, nomeadamente no planeamento da alta das pessoas internadas em instituições de saúde, de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade (OE, 2001).

A transição de cuidados de saúde corresponde:

“a qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos. São exemplos, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/interinstituições. São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição” (DGS, 2017, pág. 4).

Da fragmentação de cuidados, podem resultar orientações de tratamento confusas para o utente, com uma forte probabilidade de erros e duplicações, com emanção de orientações díspares, com seguimento desadequado, falta de preparação/informação do utente e dos prestadores informais de cuidados. É

²⁵ Portugal. Decreto-Lei n.º 101 de 6 de junho de 2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República* 2006; 6 jun.

neste sentido fundamental diminuir a assimetria de informação entre o utente e o prestador de cuidados de saúde e a disponibilização de mais informação aos utilizadores dos serviços de saúde (Dias, A., Queirós, A. 2010).

A transmissão de informação é a comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados (DGS, 2017), e é um importante meio de suporte à prestação e à continuidade de cuidados, pelo que a possibilidade de troca de informação entre profissionais de diferentes níveis de cuidados, nomeadamente dos CSP e hospitalares é fundamental. Outro fator determinante na continuidade dos cuidados será a participação do utente: Os utentes mais informados serão também aqueles com mais capacidade de participação (WHO, 2008).

Segundo Mendes et al (2017) a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde dos cuidados hospitalares e dos CSP em Portugal ainda tem de ser melhorada, pois segundo alguns autores, ou não existe ou é escassa. Ainda segundo Ferreira (2007), a articulação entre os serviços é muito frágil, pouco coerente e nada sistemática. Tornou-se pois essencial a implementação de um modelo de partilha de informação e de articulação dos sistemas de informação de enfermagem entre hospital e CSP que permitisse melhorar significativamente a transmissão de cuidados de saúde com segurança (Sousa, Frade & Mendonça, 2005).

1.2. CONSTITUIÇÃO DOS CSP

O Serviço Nacional de Saúde português (SNS) é constituído por um conjunto de serviços e instituições oficiais dependentes do Ministério da Saúde (MS) e tem como objetivo garantir a todos os cidadãos o acesso aos cuidados de saúde. O sistema de saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e por todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades^{26,27}.

A reforma dos CSP em Portugal iniciou-se em 2005, sendo que os mesmos são constituídos por agrupamentos de Centros de saúde (ACeS), de acordo com a região do país, e dentro destes Aces, existem várias unidades. Em cada ACES existe uma Unidade de Saúde Pública (USP), que funciona como um observatório de saúde da área geodemográfica dos vários CS e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que presta serviços assistenciais e de ajuda técnica à população, população esta que pode estar dividida pelas Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados Personalizados (UCSP) e Unidades de Cuidados Continuados (UCC). Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), devem situar-se junto das comunidades e são o primeiro nível de contato com o SNS para os indivíduos, família e comunidade. Esta reforma teve como objetivos prioritários: criar condições para a prestação de mais e melhores cuidados de saúde e o aumento da acessibilidade e proximidade aos cidadãos (Pisco, 2007). O resultado da análise realizada, pelo Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP (GCR CSP), apresenta-os como positivos, referindo um aumento da acessibilidade e da satisfação quer de profissionais quer de utentes, sendo as USF referidas como a sua face mais visível devido à possibilidade de alargamento da cobertura populacional.

A organização dos CS por médico de família obriga à continuidade na relação médico/utente, o que reflete o reconhecimento imediato do clínico pelo utente.

²⁶ Portugal. Lei n.º 48 de 24 de agosto de 1990. Lei da Bases da Saúde. *Diário da República* 1990; 24 ago.

²⁷ Portugal. Lei n.º 27 de 8 de novembro de 2002. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. *Diário da República* 2002; 8 nov.

O mesmo não acontece com o enfermeiro. O fato de nem sempre existir um profissional de enfermagem de referência, que assegure aos indivíduos e famílias os cuidados através de uma relação mantida no tempo, parece dificultar a conquista da confiança, o que é evidenciado pelo estudo de Mendes et al (2017), quando se verificam valores baixos respeitantes à relação enfermeiro-utente, em comparação com os valores encontrados na relação entre médico-utente. Ainda assim, segundo estes estudos os utentes reconhecem que os enfermeiros se preocupam com eles e que conhecem a sua história clínica e de saúde, estabelecendo uma relação de confiança para questionar e esclarecer dúvidas sobre os seus problemas.

Este fato remete para a reflexão sobre a importância da implementação da figura do Enfermeiro de Família no atual contexto dos CSP, como já acontece com a grande maioria de USF. Tal como o médico de família, pretende-se implementar a figura do Enfermeiro de Família, enquanto recurso fundamental para a promoção da saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar. Este será um facilitador da ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, promovendo uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde, a continuidade de cuidados e uma maior proximidade com o cidadão. Pretende-se que este seja o profissional de referência e suporte, que por ser qualificado intervenha em rede e responda às necessidades da família no exercício das funções familiares e em complementaridade funcional, pelo trabalho em parceria que se torna inevitável (ACSS, 2012). Desta forma, à medida que a prestação de serviços se desloca cada vez mais rapidamente do hospital para casa, do curativo para o preventivo, das instituições para as comunidades, os enfermeiros estarão cada vez mais no centro dos cuidados de saúde – a ligação que fomenta a continuidade aos cuidados (ICN, 2008).

Vários estudos mencionam que na continuidade de cuidados deverá haver uma comunicação aberta e eficaz entre as duas áreas de atuação (cuidados hospitalares e CSP). Para os utentes esta continuidade parece estar associada a um sentido de ser cuidado, de ser compreendido e à confiança que tem nos profissionais (Mendes et al, 2017), o que tem ainda maior relevância quando

relacionado com a transição do utente do meio hospitalar para o domicílio. A forma como todo o processo se desenrola influencia a continuidade ou não dos cuidados prestados. O planeamento da alta é um processo coordenado e multidisciplinar que visa proporcionar cuidados adequados aos doentes em todas as fases do seu internamento e assegurar que dispõe de recursos suficientes antes da alta hospitalar. Este processo inclui a identificação, o estabelecimento de metas, o planeamento, a execução, a coordenação e a avaliação, constituindo uma ligação de qualidade entre os hospitais, serviços da comunidade e profissionais de saúde (Lin et al., 2013).

1.3. CUIDADOS HOSPITALARES

Pela literatura consultada percebe-se que nos contextos hospitalares ainda existem algumas dificuldades no planeamento das altas e conseqüentemente na continuidade de cuidados (Santos & Seíça 2012). A alta é pouco planeada e a inexistência de uma comunicação eficaz nas equipas impede que esse planeamento seja efetivo. Esta constatação é comum a outros países como mencionado num estudo de Wong et al. (2011), realizado em Hong Kong. Este estudo, aponta que a comunicação entre profissionais de saúde deve ser melhorada e enfatizada, com atribuição de papéis claramente identificados, bem como o aprimoramento das habilidades comunicacionais entre eles e ainda o conhecimento das necessidades psicossociais dos doentes.

Os enfermeiros têm um papel vital no planeamento da alta, pois estão envolvidos nos cuidados aos doentes durante o internamento, interagem com eles e os cuidadores e podem assim avaliar a sua situação e as suas necessidades (Graham, Gallagher e Bothe,2013). No entanto, estes autores desenvolveram um estudo que descreve a perceção e a adesão à implementação do planeamento da alta por parte dos Enfermeiros e as barreiras encontradas à implementação do mesmo, e concluíram que, apesar da consciência que os enfermeiros têm sobre a importância do planeamento de regresso a casa, apenas um terço dos enfermeiros o fez. Como barreiras à implementação deste processo identificaram: a falta de tempo, a alta precoce e os fatores relacionados com o doente. No entanto o planeamento deve começar no contacto inicial com os doentes; devem infundir-se as informações

sobre as disposições da alta pelos profissionais e os doentes e cuidadores, devendo obrigatoriamente dar-se a estes últimos informações escritas sobre os cuidados em curso. Também as crenças e a cultura dos doentes devem ser consideradas quando se planeiam as altas (Lees, 2013; Mallett & Dougherty, 2004).). Neste sentido, é essencial a competência educativa do enfermeiro, nomeadamente para ação específica do autocuidado de higiene do estoma, o que implica a apropriação de informação de saberes novos que habilitem os doentes e cuidadores a lidar com a nova situação de saúde, para prosseguirem a sua vida (Rebelo, 2012).

Num estudo realizado por Pereira e Petronilho (2018), cerca de 50% dos cuidadores evidenciou a inexistência de qualquer informação fornecida pelos profissionais de saúde quanto à prestação de cuidados ao doente. Este estudo reforça a necessidade de uma preparação do regresso a casa profissionalizada e multidisciplinar, que envolva simultaneamente o cuidador de modo a minimizar o aparecimento de complicações de saúde no doente e situações de sobrecarga no exercício do papel dos cuidadores (Pereira & Petronilho, 2018).

1.4. A EXPERIÊNCIA DOS ESTÁGIOS

No âmbito dos dois primeiros estágios por mim realizados em unidades hospitalares dedicadas ao diagnóstico e tratamento do CCR, foi possível verificar a importância que os sistemas de registo de enfermagem informático têm na transição de informação, sendo que o primeiro campo de estágio (H.C.T.) por ser de uma instituição privada possuía o sistema de registos GLINTT, acessível entre os diferentes serviços dentro do hospital, mas inacessível aos CSP. Por ser também uma entidade privada não tinha por hábito a articulação entre o mesmo e os CSP. A única articulação que era realizada consistia no fornecimento por parte da enfermeira, de uma folha com os códigos dos dispositivos que os doentes deviam pedir nos CSP, aos seus médicos de família para cuidar do seu estoma. A acessibilidade a entidades privadas é condicionada pela própria procura de cuidados mas também pelas características dos utilizadores, nas quais se inclui os recursos económicos, a existência de seguro de saúde, a faixa etária a que pertencem, o seu nível de informação/formação, as necessidades sentidas, as suas crenças e o tempo disponível para aceder aos cuidados de saúde (Pinto, Rodrigues, Peneiras &

Martins,2013). Apesar de alguns destes utentes não aceder aos CSP por questões de acessibilidade ou outros, muitos há, que os utilizam, e que seria de todo útil para os mesmos e para os enfermeiros dos CSP, uma breve transmissão da informação entre instituições prestadoras de cuidados, apesar destes utentes terem ficado com o contacto da enfermeira nurse navigator para qualquer eventualidade/complicação.

Desde que os registos fossem sistematicamente realizados no internamento, a enfermeira da UDT CCR, responsável pelo programa Nurse navigator no Serviço de Oncologia, conseguia acompanhar a evolução do doente. Para tal também contribuía a visita diária aos doentes nos serviços de internamento.

No segundo campo de estágio, num serviço de consultas externas, mais especificamente na consulta do aparelho/sistema digestivo baixo e na consulta de estomaterapia de um instituto oncológico público da grande Lisboa, o sistema informático de registos de enfermagem utilizado é o SClínico, comum em todos os serviços do mesmo, no qual é utilizada a linguagem CIPE. Este mesmo sistema é o utilizado na grande maioria dos ACeS, nos CSP. A plataforma de Registo de saúde eletrónico (RES), na qual o profissional de saúde pode aceder pelo Sclínico, consiste numa plataforma **centrada no utente** que permite aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) terem **acesso à informação clínica aí registada**, reúne informação essencial de cada cidadão para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e é construído por dados clínicos recolhidos eletronicamente para cada Cidadão e produzidos por entidades que prestam cuidados de saúde (SNS, 2021).

Esta implementação permitiu sem dúvida a partilha de informação e de articulação dos sistemas de informação de enfermagem entre hospital e CSP que permita melhorar significativamente a continuidade de cuidados, pelo acesso á informação, desde que devidamente registada, como anteriormente referido. Mas o que na realidade se passa, é que nem todos os hospitais disponibilizam acesso à informação, mesmo dentro do próprio distrito (por exemplo não é possível obter informação de um Hospital dos subúrbios de Lisboa, onde muitos dos nossos doentes recorrem a consultas e internamentos hospitalares). No Instituto de Oncologia onde estagiei é possível aceder à informação registada pelos profissionais do mesmo, e estes visualizarem a informação dos cuidados prestados pelos colegas dos ACeS.

No entanto e para que tal ocorra é necessário que haja uma comunicação eficaz inter-níveis para que o enfermeiro dos CSP tome conhecimento da cirurgia, nomeadamente a construção de uma ostomia de eliminação intestinal. Caso o hospital não proceda à partilha de informação, mesmo que breve, e se o doente não nos informar da sua cirurgia, os enfermeiros de família não saberão que estes utentes foram submetidos a cirurgia, a não ser que precise de recorrer à sala de tratamentos, mais especificamente, para retirar material de sutura. No que diz respeito ao tipo de cuidados que estes doentes necessitam, pela dependência que daí pode advir, seria fundamental que o enfermeiro de família tivesse acesso a essa informação, para, caso necessário, poder contribuir para a continuidade destes cuidados e retirar dúvidas que por vezes têm, bem como acudir em casos de complicações.

Em Portugal ainda existem desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, a nível regional. Por exemplo: um cidadão residente na região do Alentejo ou do Algarve por vezes tem que efetuar deslocações a Lisboa para receber determinados tratamentos e realizar exames médicos específicos, O mesmo se pode dizer, comparativamente, das populações do meio urbano e do meio rural, bem como do litoral e do interior (Pinto, Rodrigues, Peneiras & Martins,2013). Neste sentido face à desigualdade de acesso, de natureza organizacional, económica, cultural e social que ainda existe, os doentes nem sempre conseguem aceder em situações de SOS ao serviço de consultas externas – consulta de estomaterapia. Para colmatar esta lacuna recorrem então aos CSP mais próximos do seu lar. No estudo realizado por Mendes et al (2017), verificou-se que a acessibilidade entre os diferentes níveis é ainda um problema para os doentes. De acordo com os resultados deste estudo, os doentes percecionam negativamente a acessibilidade entre os diferentes níveis de cuidados.

Por outro lado é também importante alertar as entidades prestadoras de cuidados, para a importância de haver formação nos serviços, seja em CSP, seja em contexto hospitalar, aos enfermeiros, para que estes aprendam como aceder à transmissão da informação pela aplicação RSE no SClínico, que na maior parte dos casos não aconteceu.

Segundo Santos e Seiça (2012) a utilização de planos de educação revela vantagens evidentes para a pessoa ostomizada e cuidador, uma vez que o

processo de ensino/aprendizagem é orientado segundo a mesma metodologia, por todos os profissionais, evitando assim possíveis desvios ao ensino. As autoras supracitadas sugerem que seja inserida na carta de alta a enviar para a equipa de cuidados de saúde primários, uma cópia do plano de educação instituído no internamento. A carta de alta do internamento é considerada um instrumento facilitador da transição dos cuidados, pois visa garantir a articulação com os centros de saúde ou outras unidades (Santos & Seíça, 2012). Esta carta de alta pode ser enviada para o email institucional do ACeS a que o utente pertence, e que posteriormente encaminhado para o enfermeiro de família, ou até ser utilizada a comunicação eficaz inter-níveis através de um telefonema para a USF à qual o utente pertence.

Segundo Santos & Seíça (2012), para facilitar a adaptação do doente e cuidador à nova situação e promover o bem-estar, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento científico e técnico relativo ao cuidar da pessoa com estoma e competência educativa que permita prestar cuidados eficazes com qualidade e segurança, o que nos cuidados de saúde primários nem sempre acontece. Segundo Nieves et al, (2017) num estudo desenvolvido para identificar a perceção de pessoas ostomizadas sobre os cuidados de saúde recebidos, é referido que estas associam aos CSP a carência de informação transmitida, nomeadamente sobre a prevenção de complicações desde o início do processo, levando a sentimentos de medo, incerteza e desamparo e também a problemas a nível da pele periestomal. Este é pois o motivo pelo qual pretendo ser veículo de transmissão de conhecimentos e como futura enfermeira especialista educadora na equipa de enfermagem da USF onde trabalho, e concomitantemente ser o Elo de ligação/comunicação entre a minha Unidade e as unidades hospitalares, onde os nossos clientes são tratados.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tinha traçado como objetivo, “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS” e para isso recorreu a estratégias de aumento da segurança da comunicação. A mnemónica ISBAR é a metodologia recomendada por várias organizações de saúde pela sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados. Esta metodologia é padronizada, simples, flexível,

concisa e clara para comunicar informações entre os diferentes níveis de cuidados (DGS, 2017). A Mnemónica ISBAR representa um importante auxiliar de memória o qual permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que **Identity**: corresponde à identificação – (identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação); **Situation**: à situação atual – (descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde); **Background**: aos antecedentes – (descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade); **Assessment**: à avaliação – (informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas); e **Recommendation**: às recomendações – (descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente) (DGS, 2017).

CONCLUSÃO

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), as doenças oncológicas constituem a segunda causa de morte em Portugal. Na perspetiva de continuidade de cuidados, e tendo em conta que a alta hospitalar tende a ser um processo cada vez mais precoce, o planeamento da mesma revela-se fundamental para ajudar o doente e/ou prestador de cuidados a realizar uma transição saudável para a sua nova condição de saúde.

A existência de um sistema informático de registos de enfermagem comum entre CSP e cuidados hospitalares (S.Clínico), e a existência da plataforma de Registo de saúde eletrónico (RES), possibilita aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) terem **acesso à informação clínica do mesmo e aos** dados clínicos recolhidos eletronicamente pelas entidades que prestam cuidados de saúde (SNS, 2021).

Esta implementação permitiu sem dúvida melhorar significativamente a continuidade de cuidados, pelo acesso á informação, desde que devidamente registada, como anteriormente referido. Mas foi também salientada a necessidade de formação em ambos os níveis de cuidados para que os enfermeiros possam tirar o melhor partido da informação, em prol da segurança do doente e da continuidade dos cuidados.

A DGS, na sua norma número 001/2017 de 08/02/2017: “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” fornece a metodologia ISBAR que se baseia na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (DGS, 2017, p. 5).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN). 2008. Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Dia Internacional do Enfermeiro. Genebra: ICN.
- Dias, A., & Queirós, A. (2011). Integração e continuidade de cuidados. Plano Nacional de Saúde 2011-2016..
- Ferreira, O. M. D. S. (2011). Continuidade de Cuidados: Uma Prática em Parceria – Estratégias de Parceria Entre o Centro de Referência em Oncologia Pediátrica do Norte – OPO Porto e os Cuidados de Saúde Primários – ARS Norte.
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GRCSP). Reforma dos cuidados de Saúde Primários – Um acontecimento extraordinário. 2009. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/070DDE85-32AD-4317-B174-6D2ED2C173F9/0/2REL_Fev09_formatado_Final.pdf
- Mendes, F. R. P., Gemitto, M. L. G. P., Caldeira, E. D. C., Serra, I. D. C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 841-853. doi: 10.1590/1413-81232017223.26292015
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. D. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/CSP1.pdf>
- Petronilho, F. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal
- Pinto, P; Rodrigues, S. Peneiras, M. Martins, M. (2013) A acessibilidade aos cuidados de saúde. *Nursing Magazine Digital*, Edição nº 289 – Ano 26. Acedido em: <http://www.nursing.pt/a-acessibilidade-aos-cuidados-de-saude/>
- Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de economia*, 80, 60-66.

República Portuguesa, 2021, acessado a 29/01/2021 in: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/registo-de-saude-eletronico/>

Salisbury, C., Sampson, F., Ridd, M., & Montgomery, A. A. (2009). How should continuity of care in primary health care be assessed?. *British Journal of General Practice*, 59(561), e134-e141.

Sousa, P. A. F. D., Frade, M. H. L. B. C., & Mendonça, D. M. D. M. V. D. (2005). Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18, 368-381.

World Health Organization. (2009). WHO European Ministerial Conference on Health Systems: 'Health systems, health and wealth': Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008: report.

APÊNDICE V

Livro de apoio aos doentes com Colostomia criado para estágio 1

Livro de apoio para doentes portadores de Colostomias

(aguarda ser editado pelo departamento informático do HCT)

1. Início

Este guia foi elaborado para ajudá-lo a perceber melhor a necessidade da cirurgia e consequente construção de uma colostomia, de maneira a facilitar todo o seu processo de recuperação e, principalmente, ajudá-lo a viver com a sua colostomia.

Os momentos que antecedem uma cirurgia são muitas vezes vividos com alguma ansiedade devido ao medo do desconhecido, ao medo da cirurgia, da dor e da incerteza de ser capaz de se autocuidar e de continuar a desenvolver as suas atividades como anteriormente.

Através da elaboração deste guia esperamos dar resposta às suas dúvidas. Ao longo de todo o percurso iremos guiá-lo na preparação da cirurgia, ajudar na sua recuperação através de conselhos alimentares, de exercício físico e de repouso, contribuindo, assim, para um regresso a casa seguro com estratégias de adaptação eficazes para prevenir complicações permitindo retomar as suas atividades diárias o mais rápido possível.

Em todo o seu percurso e, no caso de ter alguma questão ou dúvida, pode contactar a Enfermeira da Unidade de diagnóstico e tratamento integrado do Cancro Colorretal — Enfermeira Assunção Velasco.

2. Sistema digestivo

O sistema digestivo tem como principal função a realização da digestão dos alimentos através da separação dos mesmos em nutrientes, capazes de serem absorvidos e aproveitados pelas nossas células. Este processo de transformação dos alimentos é facilitado com o auxílio de substâncias, como as enzimas, através da sua passagem pelos diferentes órgãos envolventes (boca, esófago, estômago, intestino delgado e intestino grosso).

O intestino grosso, órgão do sistema digestivo, tem como função a absorção de água e sais minerais como o sal e o potássio. Estes íons são essenciais para o equilíbrio e normal funcionamento do organismo.

3. O que é uma colostomia

Uma Colostomia é uma abertura artificial na parede abdominal, através da qual se exterioriza uma extremidade do cólon (intestino grosso), a qual se fixa à pele e se abre para o exterior - criando assim um “ânus artificial”, chamado estoma, pelo qual as fezes passam a sair. Este estoma pode ser temporário ou definitivo. Há necessidade de realizar uma colostomia quando só é possível tratar cirurgicamente

O estoma é construído no abdômen, numa zona que seja mais confortável para a pessoa. Sempre que possível é realizada uma marcação da sua localização, prévia à cirurgia, por forma a ficar numa área em que seja possível observá-lo, vigiá-lo e tratar dele.

Tendo em conta a particularidade e situação de doença de cada pessoa, a ostomia pode ser construída em partes diferentes do intestino grosso, influenciando a consistência das fezes assim como a classificação da colostomia:

- **colostomia ascendente:** as fezes são tendencialmente líquidas
- **colostomia transversa:** as fezes são tendencialmente semi-líquidas
- **colostomia descendente ou sigmóide:** as fezes são tendencialmente moldadas e/ou sólidas

Durante o tempo em que o paciente tiver uma ostomia, as fezes serão eliminadas pelo estoma, sendo necessário um coletor de saco.

Após a cirurgia o estoma terá um volume aumentado e coloração translúcida. Com o passar dos dias, o inchaço começa a diminuir e o estoma começa a ganhar uma coloração rosada (parecida com o interior da boca), húmido e brilhante, com pregas. A forma e o seu tamanho dependerão da técnica, podendo ser redondo ou oval, proeminente ou plano.

Com a construção do estoma, o mecanismo de retenção das fezes deixa de existir e o funcionamento do intestino passa a ser inconstante ao longo do dia. As fezes e os gases vão sendo libertados para o saco adaptado ao estoma, sendo necessária a sua substituição, a qual depende do produto utilizado e da sua duração.

Os Enfermeiros irão apoiá-lo ao longo do internamento e após a alta de forma a esclarecer as suas dúvidas relacionadas com a ostomia, ajudando-o a tornar-se o mais independente possível. Serão apresentados vários tipos de dispositivos para que possa escolher o mais confortável e adequado às suas necessidades e estilo de vida.

Só terá alta quando tiver conhecimento sobre como efetuar a troca de dispositivos, cuidar do estoma da pele circundante. Quando tiver alta será fornecido material para levar para casa, e é agendada uma consulta de enfermagem de estomaterapia para avaliação da ostomia, esclarecimento de dúvidas e fornecimento das referências para aquisição dos produtos que lhe irão ser necessários.

Após o período de adaptação à sua colostomia torna-se necessário adquirir novamente confiança e segurança para que volte a realizar as suas atividades diárias. Não tenha receio de tocar no seu estoma. A colostomia não irá causar dor ou desconforto, pois não tem sensibilidade. É importante que se sintam bem e confortável com ele. Aos poucos vai sentir-se mais confiante e capaz de se autocuidar.

4. A caminho da cirurgia / vida social e familiar

Quando sabe que vai ser submetido a uma cirurgia, principalmente se for necessário a reconstrução de uma colostomia, pode sentir algum medo e preocupação, relativamente às possíveis alterações que esta intervenção poderá trazer à sua vida, quer a nível físico, psicológico e social. No entanto, com o tempo e com a ajuda da sua equipa médica compreenderá que conseguirá facilmente adaptar-se e retomar a actividade normal.

A maioria dos doentes têm alta para casa com poucas necessidades de apoio suplementar, mas é aconselhável planear o seu regresso a casa permitindo que esteja rodeado de pessoas e recursos que o possam auxiliar e apoiar durante a

sua recuperação. Assegure-se de que algum familiar/amigo (pessoa de referência) o pode acompanhar durante o internamento e que o venha buscar quando tiver alta de forma a poder apoiá-lo nos primeiros dias com as suas atividades diárias. O nosso objetivo é que venha a ser autónomo nos cuidados à sua ostomia. No entanto, é importante ter esta pessoa de referência que possa aprender consigo os cuidados relativos ao estoma e à pele, à colocação de dispositivos e que, posteriormente, o acompanhe nas consultas.

Lembre-se que terá apoio na consulta de enfermagem de estomaterapia onde pode expor todas as suas dúvidas.

5. Tipos de dispositivos de ostomia

São vários os tipos de dispositivos existentes:

- Peça única: composto por placa e saco que, habitualmente, necessita de ser trocado entre 1 a 3 vezes por dia. Neste tipo de dispositivo, o saco é autoaderente e tem uma base de protetor cutâneo que permite uma perfeita aderência à pele. Assim, quando se muda o saco, o sistema é removido como um todo.
- Duas peças: composto por uma placa (base) que dura cerca de 3 dias e um saco que requer troca entre 1 a 3 vezes por dia. Permite mudar-se o saco sempre que for preciso, sem descolar o penso protetor cutâneo durante alguns dias (2-3 dias). Estes dois componentes encaixam-se um no outro através de um aro de plástico.

Quando um saco vedado tem uma fuga, deve ser imediatamente substituído, e não isolado com adesivo. Os sacos devem ser retirados devagar e com uma mão na pele para não provocar lesões cutâneas

6. Higiene e cuidados com o estoma

O estoma e a pele à sua volta (peri-estoma) devem ser lavados sempre que substitua o seu dispositivo na totalidade. A melhor forma de o lavar é utilizando água tépida corrente, preferencialmente durante o duche, para que se proporcione um momento de conforto. É muito importante manter a pele íntegra para que seja possível a aderência do dispositivo à pele. Se optar por tomar banho com o saco deve colocar o selo autocolante (que vem na caixa) no local do filtro, para evitar que este se estrague.

Deverá vigiar sempre a sua pele peri-estoma. A pele deve ser limpa e seca antes de colar o dispositivo de ostomia. Para proteger a sua pele de fezes, ou de líquido intestinal, deve isolá-la, e para isso é importante que recorte a zona de adesividade pelo diâmetro do estoma. Desta forma podemos prevenir macerações e lesões da pele. Deverá ser reavaliado regularmente o tamanho e a forma do recorte, para que fique junto ao estoma. A pele deverá manter-se sem pelos de forma a permitir a adesividade do dispositivo à pele (pode-se cortar os pelos com tesoura ou gilete descartável, (no sentido do crescimento dos pelos) para minimizar risco de inflamação/infeção). Deve-se substituir imediatamente o dispositivo sempre que o saco estiver danificado, com odor, ou sujo, ou se a placa aderente estiver descolada ou partida.

Aconselhamos a que despeje o saco não deixando ultrapassar 2/3 da sua capacidade, a fim de evitar acidentes.

Antes de iniciar a higiene do estoma e região peri-estomal reúna todo o material necessário para o procedimento:

- Placa adesiva;
- Bolsa coletora;
- Medidor do estoma;
- Tesoura de bicos redondos;
- Água e sabão com ph neutro;
- Esponja ou pano macio.

7. **Aplicação de dispositivos**

Se optou pelo **sistema de peça única**:

- Lave as mãos;
- Quando for retirar o saco, use uma mão para segurar a placa e a outra mão para segurar a pele, de forma a evitar irritações cutâneas. Remova o saco de cima para baixo e coloque-o no saco do lixo;
- Lave suavemente o estoma e a pele periestomal com uma esponja suave, com água morna e sabão com pH neutro;

- Seque bem o estoma e a pele periestomal com uma toalha turca macia, sem friccionar. A pele que fica debaixo do saco deve ficar sempre bem limpa e seca;
- Meça o diâmetro do estoma, com a ajuda de um medidor de estomas;
- Desenhe e recorte a forma do estoma no papel de proteção da placa aderente, utilizando uma tesoura de extremidades curvas;
- Se a sua pele periestomal não apresentar uma superfície regular, ou tiver pregas ou cicatrizes, pode utilizar pasta niveladora, de forma a alisar as imperfeições e assim conseguir a aderência total do dispositivo à pele;
- Retire o papel protetor do adesivo, posicione delicadamente o orifício do sistema sobre o estoma e aplique o saco de baixo para cima, ao longo da pele periestomal;
- Verifique se a abertura do saco está bem ajustada ao estoma, para que a pele periestomal esteja bem protegida, para quando houver saída do efluente (fezes), não haja contato do mesmo com a pele;
- Cole o sistema de bolsa sobre a pele em redor do estoma, com a ajuda do calor das suas mãos, adaptando suavemente a parte adesiva;
- Lave as mãos.

Se optou pelo sistema de duas peças:

Este sistema é constituído pelo saco e o penso protector cutâneo. Estas duas peças encaixam-se uma na outra através de um aro de plástico.

- Lave as mãos;
- Retire primeiro o saco e só depois a placa, colocando-os no saco do lixo;
- Lave a pele periestomal e o estoma, suavemente, com uma esponja, com água morna e sabão ou gel com pH neutro. Sem friccionar, seque bem o estoma e a pele periestomal com toalha turca macia. mantenha a pele que está debaixo do saco e placa, limpa e seca;
- Com a ajuda de um medidor de estomas, meça o diâmetro do estoma; Prepare o penso protector cutâneo: Se usar um penso protector recortável, recorte o orifício central até ao diâmetro que mediu anteriormente; Se usar os pensos protetores moldáveis, deve moldar com os seus dedos polegares o protetor cutâneo

até conseguir que o orifício central fique com a forma e tamanho adequado ao seu estoma;

- Se a sua pele periestomal não tiver uma superfície regular, tiver pregas ou cicatrizes, pode aplicar uma pasta niveladora para alisar as imperfeições. Desta forma consegue a aderência da placa protetora de forma uniforme à pele;
- Retire o papel protetor da placa e coloque-a delicadamente sobre o estoma, fazendo coincidir o orifício da placa com o estoma;
- Pressione firmemente contra a pele a parte adesiva (protetor cutâneo) a qual aderirá com a ajuda do calor das mãos e preste atenção especial à área mais próxima do estoma;
- Alinhe o aro plástico do saco com o aro da placa, encaixe o saco na placa, e pressione-os até que a fixação esteja bem segura. Assegure-se de que o saco fica bem preso;
- Lave as mãos.

8. Alimentação

Com uma alimentação adequada é possível normalizar a quantidade e a consistência das fezes, evitar a diarreia ou a obstipação e diminuir o odor.

A introdução dos alimentos deverá ser feita gradualmente, de modo a que a pessoa possa saber que alimentos lhe provocam alterações na eliminação intestinal.

A alimentação deve ser variada, deve ingerir água suficiente para que as fezes possam variar de moldadas a pastosas. Se beber poucos ou insuficientes líquidos, poderá verificar que as suas fezes ficarão mais viscosas e compactas, sentirá distensão abdominal e formação de gases.

O controlo da ingestão de alimentos deve ocorrer de acordo com a sua própria situação e gosto, atendendo a que há alimentos que podem provocar:

- Obstipação - arroz, farinha, cenoura, banana, mirtilos, maçã cozida ou assada, batata e frutos secos;
- Diarreia: leite, feijão, vegetais, laranja, ameixa, cereja, kiwi, melancia;
- Flatulência - leguminosas secas, milho, couve-flor, couve-de-bruxelas, brócolos, couve branca, repolho, alho-francês, cebola, nabo, melancia, pimento, pepino e bebidas gaseificadas;

- Aumento do odor das fezes - couve-de-bruxelas, repolho, alho, cebola, nabo, pimento, ovo, peixe, cerveja, espargos, café, feijão;
- Diminuição do odor das fezes - salsa, alface, iogurtes e espinafres;
- Irritação do estoma ou da pele periestomal - condimentos e especiarias fortes e em excesso, frutos e sumos ácidos.

9. Tipo de vestuário e integração social

Poderá usar a roupa que usava antes da cirurgia, desde que se sinta confortável. No entanto, deve ter o cuidado de evitar o uso de cintos ou elásticos apertados sobre o estoma, de modo a não comprometer a irrigação sanguínea da mucosa intestinal do estoma.

Pode e deve viajar. As viagens promovem o processo de adaptação e integração social. No entanto, é necessário planejar e preparar os sistemas coletores e acessórios em quantidade suficiente, de acordo com o tempo de permanência e o destino da viagem. Deve-se fazer-se acompanhar de todo o material necessário aos cuidados inerentes à ostomia, os objetos essenciais devem ser colocados na bagagem de mão, para a pessoa não se sentir desprotegida no caso de extravio de malas. É importante estar consciente de que nas viagens aéreas pode ocorrer distensão abdominal, provocando desconforto pela diminuição da pressão.

A prática de exercício físico é aconselhada. Contudo existem algumas modalidades violentas que devem ser evitadas, pelas complicações que podem trazer.

Aconselhe-se com a sua equipa médica. Relativamente à natação, deve-se tapar o filtro do sistema coletor com o autocolante apropriado, para evitar a sua deterioração. Pode adquirir sistemas coletores ou vestuário adequado a esta prática.

10. Sexualidade

A doença pode ter um grande impacto na sexualidade da pessoa. É muito comum sentir-se diminuição da autoestima pelo receio da alteração da imagem corporal, sentimentos de vergonha, e estas sensações podem ser impeditivas ou dificultadoras das relações afetivas e sexuais. A resposta sexual, pode

também ser afetada de forma directa ou indirecta, causada por dor, mal-estar e/ou fadiga.

Os efeitos psicológicos da doença abrangem não só a pessoa, mas todos os que a rodeiam. É importante abordar e discutir este assunto com o seu parceiro pois é fundamental o bom relacionamento, ultrapassar dificuldades, receios e inseguranças. Perante a pessoa ostomizada, o parceiro pode sentir-se culpabilizado por ter interesse em manter a atividade sexual. Esta não é uma preocupação secundária. Pode abordar este tema com o seu Enfermeiro, pois este poderá ajudá-lo na adoção de algumas medidas de apoio, a tomar antes das relações sexuais. Também a complexidade da situação pode exigir uma abordagem profissional diferenciada que dê resposta a necessidades específicas e individuais de cada pessoa, uma vez que a adaptação o ostomizado e a aceitação de si mesmo é um processo individual e progressivo.

11. **Informações de interesse/aquisição de dispositivos**

As pessoas com ostomia têm benefícios fiscais inerentes à sua condição de doente oncológico. O direito a usufruir de alguns benefícios fiscais, pode resultar da atribuição de algum grau de incapacidade, contudo tem também comparticipação nos materiais e acessórios nas ostomias de eliminação.

A Portaria nº 284/2016 e 92 - F/2017 estabelece o regime de comparticipação dos dispositivos médicos para o apoio aos doentes ostomizados beneficiários do Serviço Nacional de Saúde.

O recurso a diferentes acessórios deve ser ponderado e indicado pelos profissionais de saúde, mas estão disponíveis acessórios como cintos, clamps, desodorizantes, lubrificantes, sprays removedores, protetores cutâneos nas formas de pasta, creme, películas, sprays, anéis ou pó que melhoram a adesividade das placas, protegem a pele periestomal do contacto com as fezes e promovem a cicatrização em caso de alguma irritação.

12. **Em caso de dúvida, a quem recorrer?**

Se tiver dúvidas ou questões a colocar, entre em contato com a Enfermeira da Unidade de Diagnóstico e Tratamento Integrado do Cancro Colorretal (UDTI - CCR)

APÊNDICE VI
Estudo de caso Estágio 2



11º Curso de Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica**
Opção em Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular
Estágio com relatório

ESTUDO DE CASO
Estágio 2

Ana Luísa de Nóbrega e Silva - nº 9542

Professor Orientador:
Professor Doutor Óscar Ferreira

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. DESCRIÇÃO DA PESSOA, FAMÍLIA, CONTEXTO DE VIDA E HISTÓRIA DE SAÚDE.....	4
1.1. Análise da situação de recusa da cirurgia de urgência – tomada de decisão	10
<u>2.</u> CONCLUSÃO	15
<u>3.</u> REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

Este trabalho está inserido no âmbito da Unidade Curricular Opção II, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Oncológica. Propus-me realizar este estudo de caso no âmbito do 2º estágio de ensino clínico para melhorar a compreensão e reflexão do impacto da doença oncológica do cancro do colon e recto na Pessoa e sua família, e o impacto das intervenções de enfermagem especializada no âmbito do autocuidado no percurso da doença.

O estudo de caso é um método de pesquisa estruturado, que pode ser aplicado em distintas situações para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais ou grupais. É definido por Yin (2010) como uma pesquisa empírica, onde são investigados fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, utilizado especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto são pouco evidentes. Tem como objetivo explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno.

Neste sentido, escolhi realizar o estudo de caso a um senhor com Adenocarcinoma do recto baixo com invasão do canal anal, acompanhado, pelo Grupo Multidisciplinar de Cancro do Cólon e reto e do canal anal (GMCCR), do [REDACTED].

Esta situação apresentada no estudo de caso vai ao encontro dos objetivos propostos para este campo de estágio e contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências na área do CCR, nomeadamente na intervenção ao doente com ostomias de eliminação. As informações recolhidas para a realização deste estudo de caso foram colhidas através do processo clínico da doente, junto da enfermeira orientadora de estágio, responsável pela consulta de digestivo baixo e consulta de estomaterapia, e entrevista ao próprio doente, tendo sido obtido o seu consentimento verbal após partilha dos objetivos de estágio. Foi garantido ao doente, o sigilo profissional e confidencialidade da informação recolhida. Este estudo de caso é analisado e suportado à luz do modelo concetual de Enfermagem de Dorothea Orem, para pensar no processo de enfermagem, compreender a situação prática, analisar de forma crítica a situação da pessoa, planear e definir as intervenções especializadas de enfermagem mais apropriadas e assim tomar decisões clínicas.

1. DESCRIÇÃO DA PESSOA, FAMÍLIA, CONTEXTO DE VIDA E HISTÓRIA DE SAÚDE

Este estudo de caso incide sobre doente A.L., com 51 anos, género masculino, atualmente com 51 anos. Gosta de ser tratada por Sr. L..

O Sr. L. é natural de Moçambique, reside em Portugal desde os 7 anos, nas Beiras, atualmente a residir em Setúbal, divorciado desde 2012. Divórcio por via judicial

Refere ter sido uma situação muito traumatizante, por ter sido acusado de violência doméstica, mas comprovou em tribunal que foi ele vítima de violência doméstica. Não conseguiu ter mais nenhuma relação desde o divórcio. Trabalha na linha de montagem de carros na A. O Sr.L. tem uma filha de 13 anos com a qual está de 15 em 15 dias, e uma vez por semana passa o dia com o pai. Como antecedentes familiares: Avó materna com mais de 80 anos com neoplasia fígado, primo materno com Cancro colorretal (CCR).

Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, nega alergias.

Medicação habitual: Anti-hipertensor (não se recorda do nome, e não cumpria regime medicamentoso) e beta-histina SOS por síndrome vertiginoso.

Sem hábitos tabágicos, raramente ingere bebidas alcoólicas.

Ocupação dos tempos livres: Gosta de ler e passear.

Vive sozinho, em casa alugada de 3 assoalhadas, com saneamento básico e água canalizada, com condições de conforto segundo o mesmo. No período pós cirúrgico ficou em casa da mãe, a Sr^a A. de 82 anos, autónoma nas suas atividades de vida, e vive com um dos 6 filhos, o Sr. R. solteiro, com 50 anos de vida, é engenheiro agrícola.

Teve um primeiro episódio de hematoquésias em 2015, altura em que realiza uma colonoscopia, onde foram retirados dois pólipos. Não realizou mais nenhuma colonoscopia, até que teve novo episódio de hematoquésias de sangue vivo e proctalgia desde abril 2020, recorreu a gastroenterologista no privado, fez colonoscopia a 4-6-2020, tendo-se verificado massa dura escavada, muito friável ao toque rectal logo no canal anal, com uma extensão de cerca de 5 cm, com

diagnóstico da anatomia patológica de Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. CEA de 9.9 (CEA - constitui o marcador mais utilizado na prática clínica nas neoplasias do colon e reto, determinado em amostras de soro periférico. Pouco efetivo no diagnóstico do câncer colorretal, por baixa sensibilidade em lesões iniciais, que se situa entre 20 a 40%, no entanto, tem utilidade no estabelecimento de índices prognósticos e destaque no seguimento dos pacientes após tratamento cirúrgico pretensamente curativo, promovendo por vezes deteção precoce de recidiva tumoral que pode ultrapassar os 90%)²⁸.

Realiza ressonância magnética a 30-6-2020 que revela tumor do recto baixo a cerca de 15mm da margem anal, com extensão ao canal anal ao longo de 20mm, medindo na totalidade cerca de 55mm. Envolvimento transmural com várias adenomegalias em número superior a 3. Fígado com múltiplas imagens nodulares, em número superior a 20, com características de sinal e realce sugestivas de lesões secundárias. É encaminhado para consulta de gastroenterologia do [REDACTED] que realizou a 15-7-2021, e foi inscrito na CGCR. Primeira classificação de estadiamento refere provável T3bN2M1 segundo o Sistema de estadiamento TNM, da American Joint Committee on Cancer (2018). Segundo esta classificação, T3 significa Tumor que invade a muscular própria alcançando os tecidos pericólicas, a letra b antes do N significa presença de metástase em 7 ou mais linfonodos regionais e M1 significa metástases à distância. Fez TAC tórax 30-6-2020 onde se identifica alguns nódulos periféricos. Desta forma foi cumprido o ponto número 5 da Norma nº 025/2012 de 27/12/2012, atualizado a 28/7/2015 sobre diagnóstico, estadiamento e tratamento do Adenocarcinoma do Cólon e recto da DGS.

Foi encaminhado para Consulta Grupo multidisciplinar Fígado, onde verificam doença hepática difusa, sem segmentos hepáticos poupados, com hipóteses escassas de cirurgia hepática (doença milimétrica, dispersa). O doente é proposto para quimioterapia sistémica, tendo iniciado a 11-8-2020 quimioterapia com Folfiri e a 15-9-2020 inicia Bevacizumab com Folfiri. Teve resposta favorável mas mantém doença difusa milimétrica visível, sobretudo nos tempos de difusão, foi proposto manter quimioterapia e reavaliar ao fim de 3 meses. Foi considerada eventual indicação para protocolo se mantiver doença hepática controlada após resseção do tumor primário.

²⁸ (Fernandes e Matos, 2002), in: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912002000200009>

Realiza consulta de Oncologia médica (OM) a 30-7-2020, referia queixas de dor tipo cólica ocasional e sensação de peso anal. É-lhe explicado contexto da doença, alertado para sinais de alarme para vinda às urgências do IPO. Pedem colocação de Catéter venoso central com reservatório. Repete consulta de OM a 29-09-2020. Boa tolerância à QT mas dificuldade em adaptar-se à doença, com pesadelos, dificuldade em concentrar-se. Foi proposta consulta de psicologia que aceitou.

A 7-1-2021 realiza nova consulta de OM, mantém-se a realizar quimioterapia, com boa tolerância, ligeiro aumento de CA-19.9 (marcador de anticorpos monoclonais específicos, com sensibilidade no diagnóstico do cancro colorretal a oscilar em taxas de 30%, inferiores às do antígeno CEA. Utilizado em amostras séricas associados ao CEA atinge sensibilidade de aproximadamente 50% a 60%, com certo valor na determinação de índices prognósticos e deteção de recidivas tumorais)²⁹.

A 3-2-2021 teve consulta de Cirurgia tubo digestivo baixo, por ter recorrido ao SANP do [REDACTED] por fleimão do glúteo direito com drenagem purulenta espontânea, com processo de fistulização perianal com origem na neoplasia. É proposto ao doente drenagem cirúrgica urgente e eventual colostomia, mas o doente recusa. Receitada antibioterapia e encaminhado nesse mesmo dia para enfermeira responsável pela consulta estomaterapia e consulta do digestivo baixo (Nursing Navigator) para consulta pré-operatória.

Foi nesta altura que tive primeiro contato com o doente. O doente apresentava sinais de dor, postura encurvada, sentava-se com dificuldade, semblante triste, mas comunicativo, apreensivo. Após apresentação da Nurse Navigator, foi feito registo da avaliação inicial, avaliado o conhecimento acerca da doença, fornecido apoio emocional, ensino sobre a sua situação clínica e esclarecidas dúvidas quanto aos procedimentos cirúrgicos, possíveis complicações, cuidados pré e pós cirúrgicos. Foi apresentado material de ostomias intestinais e seu funcionamento. O Sr. L aparentou perceber o que lhe estava a ser dito: fez várias questões e estava recetivo, tendo-se verificado diferença da sua postura na consulta, fâcies menos triste, mas mantinha recusa da cirurgia porque dizia que não se sentia preparado. Enfermeira esclareceu os seus direitos e que aguardávamos a sua decisão quando se sentisse preparado. Foi questionado se precisava de resolver alguma coisa previamente, se podíamos ajudá-lo nesse sentido, mas o doente apenas refere que

²⁹ (Fernandes e Matos, 2002), in: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912002000200009>

não se sente preparado. A enfermeira Nurse navigator fornece cartão com contatos do serviço e correio eletrônico para contatar quando precisasse. Passadas algumas horas o doente recorre ao SANP do [REDACTED] por tomar a decisão de aceitar a cirurgia.

Foi submetido a 4-2-2021 a drenagem do abscesso perianal e sigmoidostomia em ansa. Foi realizada a marcação prévia da ostomia nesse dia, por enfermeira perita por ter experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia.

No adulto que vai ser submetido a cirurgia eletiva ou de urgência, a marcação do estoma torna-se muito importante para o autocuidado do doente, permite uma melhor adaptação à nova situação contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Esta deve ser feita na região do músculo reto abdominal, longe de cicatrizes, pregas cutâneas e linha da cintura, no local que possibilita a autovisualização e autocuidado³⁰. O estoma deve estar a uma distância mínima de 5 cm de proeminência óssea (rebordo costal e cristas ilíacas), linha da cintura, dobra cutânea, incisão cirúrgica e drenos. A escolha do músculo reto-abdominal reduz o risco de complicações tardias tais como o prolapso e hérnia peri estoma porque este proporciona um apoio muscular. Devemos ter em conta alguns fatores tais como: obesidade, limitações motoras, tipo de cirurgia. A avaliação da marcação do estoma é feita com o cliente sentado, deitado e em pé. O local onde ficará situado o estoma deverá ser marcado com uma caneta demográfica. Começa-se por delinear um triângulo: a 1ª linha que vai desde da espinha ilíaca ântero-posterior e o umbigo, a 2ª linha entre o umbigo e o púbis e a 3ª linha entre a espinha ilíaca e a púbis. O centro deste triângulo é o local ideal para a marcação do estoma. Deve-se verificar se o local do estoma é visualizado pelo doente, o que irá facilitar o autocuidado, permite a aderência do dispositivo e logo mantém a integridade da pele peri estoma, contribuindo para uma maior independência³¹.

Esteve internado mais 3 dias, colostomia funcionante, sob antibioterapia, região perianal correspondente ao fleimão menos edemaciada e eritematosa, menos dolorosa. Inicialmente no pós-operatório mais imediato precisou de cuidados de enfermagem num sistema totalmente compensatório, no que diz respeito à garantia

³⁰ Norma DGS 2017

³¹ Seíça & Morais, 2012

dos cuidados de eliminação e excreção. Não pode ter visitas no internamento devido à situação pandémica Covid 19,mas no internamento aprendeu os cuidados essenciais à colostomia e acabou por precisar de cuidados de enfermagem num sistema parcialmente compensatório.

Durante o internamento o doente portador de OEI tem que adquirir competências para o autocuidado. Segundo Orem (1995), logo no início o doente deve ser incentivado a olhar e ao mesmo tempo é-lhe explicado como fazer - sistema totalmente compensatório. Numa próxima vez este é incentivado a tocar e até mesmo participar nos cuidados (sistema parcialmente compensatório). Posteriormente é o próprio que realiza com a nossa supervisão, e todas as próximas vezes pedem a nossa colaboração no sentido de supervisão (o sistema de apoio-educação). Esta classificação é realizada de acordo com a relação entre a ação do cliente e a da enfermeira (Orem, 1995). O Sr. L. referiu ter vivido sentimentos de medo e insegurança pela alteração da sua imagem corporal e por medo de não poder trabalhar posteriormente.

Os enfermeiros têm a formação e a prática para poder agir, conhecer e ajudar as outras pessoas a preencherem as suas necessidades terapêuticas no que diz respeito ao autocuidado, exercitando ou desenvolvendo a sua própria ação do autocuidado (Orem,1995). A enfermeira ao cuidar tem como objetivo ensinar o doente a realizar, por si mesmo as ações necessárias para prevenção de doenças e promoção da saúde, isto significa torna-lo independente, a partir do seu potencial para aprendizagem e desenvolvimento.

O Sr. L. teve uma primeira consulta de enfermagem de cirurgia digestivo baixo, 6 dias depois da cirurgia, verificando-se funcionamento do estoma e validados conhecimentos sobre autocuidado à ostomia de eliminação. Doente independente no autocuidado à sua sigmoidostomia usava dispositivo de uma peça, era autónomo nos cuidados à mesma, com necessidade de ensino sobre autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, mas com potencial para aprendizagem. Necessidade de adaptação do corte do dispositivo, dificuldade na adesividade do mesmo por colar na zona do local de sutura da cirurgia que ainda se encontrava exsudativo. Reforço de ensinios quanto à higiene. Bom processo de cicatrização. Ferida da fístula perianal praticamente encerrada, com drenagem de líquido sero-hemático em pouca quantidade Teve consulta de estomaterapia, num sistema de apoio-educação. Este processo de ensino-aprendizagem para o autocuidado deve ser iniciado no

momento em que há necessidade de realização do estoma (Ardigo & Amante, 2013) o que neste caso aconteceu. O enfermeiro em Estomaterapia é essencial no processo ensino-aprendizagem, tem a função de educar, fornecer orientações claras e objetivas, atuar como suporte teórico-prático, apoio emocional e esclarece as dúvidas do doente, podendo utilizar ilustrações do funcionamento do sistema digestivo, com e sem estoma, para desmistificar o mesmo (Ardigo & Amante, 2013).

Passados 15 dias da cirurgia esteve novamente no IPO, na consulta de enfermagem do digestivo baixo, e foi retirado material de sutura (agrafes).

A 22 de fevereiro realizei nova consulta de estomaterapia, doente calmo, consciente, orientado, bem-disposto mas referindo dores: feita avaliação da dor pela escala numérica sendo avaliada dor de intensidade 6 (dor moderada), na região peri-anal, desde o dia anterior, quase constante, mas por vezes dor irruptiva. Estava a fazer oromorph 20 mg/4ml, entre 4/5 gotas de 6/6horas, e em sos. Tem também prescrito adesivos de fentanil 12,5 ug. O cirurgião fez reconciliação terapêutica, tendo prescrito tramadol per os de 8/8horas. Ensino sobre adesão ao regime medicamentoso e ensino sobre técnicas de controlo da dor, não farmacológicas, como o posicionamento, gelo e distração. Foram validados conhecimentos e a capacidade de autocuidado à sua sigmoidostomia, mantém-se autónomo. Foi instruído sobre alguns cuidados a ter na altura do corte da placa e higiene. Feito treino da troca dos dispositivos.

Escutei o doente, partilhou sentimentos vivenciados no seu processo de doença, conversou sobre a sua recusa inicial a ficar internado (que analiso no ponto 1,1 deste estudo de caso).

Doente confidenciou-me e ao cirurgião, que tem como objetivo a reconstrução do seu estoma. Cirurgião alertou que antes de se pensar nessa fase tem de recomeçar a QT devido à metastização hepática. Doente mantém foco neste objetivo, pelo que nesta partilha de sentimentos da parte do doente, questionei se percebeu o que o cirurgião lhe falou sobre a QT e o doente refere que lhe ficou na mente as palavras do mesmo “primeiro tem de tratar do fígado, fazer a QT, senão não estará cá para fazer a reconstrução”. Devolvi-lhe a pergunta “e o que pensa sobre isso”. O doente referiu já com semblante mais triste que percebe que tem de ser tratado primeiro, mas que custa pensar na possibilidade de morrer se não se tratar. Considero que esta situação terá de ser trabalhada posteriormente com o

doente, pela enfermeira de estomaterapia e pela psicóloga, ao longo do seu acompanhamento, desviando a atenção constante ao estoma. Partilhei esta ideia com a mesma. Foi o último contato que tive com o doente durante o período de estágio.

1.1. Análise da situação de recusa da cirurgia de urgência – tomada de decisão

No último contacto que tive com o Sr. L. senti necessidade de perceber o que este sentiu no dia em que o cirurgião o abordou com a notícia de uma cirurgia urgente, a realizar naquele mesmo dia.

A recusa de uma intervenção tão importante poderia ter graves repercussões na saúde e na vida deste doente, e foi o que mais me impressionou esta dualidade de sentimentos que vivenciei: se por um lado o doente tinha direito a recusar a cirurgia, por outro podia pôr em risco a sua vida. E se eu me senti angustiada como se terá sentido o doente? Em 25 anos de enfermagem já me deparei com muitas situações em que os doentes não queriam ou não gostariam de ter de fazer alguma intervenção ou exame, mas que rapidamente aceitaram por medo que algo lhes acontecesse, ou por acharem que o médico é que sabe, responsabilizando-o pela tomada de decisão.

Muitas vezes os nossos doentes sentem-se vulneráveis, pela desigualdade e a pressão entre estas duas condições de poder: aqueles que o detêm e aqueles que se submetem (Morais, I., 2010).

Nem todas as pessoas conseguem adaptar-se à doença, podendo ocorrer perturbações emocionais como é o caso da ansiedade e/ou depressão. Cada pessoa lida com a doença oncológica de forma pessoal e individual. Existem fatores que têm maior impacto no doente: A incerteza em relação ao futuro, o sofrimento e dor física, a dependência, a perda de controlo sobre os acontecimentos, os efeitos secundários dos tratamentos, a recorrência da doença e os problemas da separação e da morte, são alguns dos aspetos com maior impacto psicológico e os doentes sentem-se vulneráveis. Em 2005, a Declaração Universal de Bioética e Direitos do Homem reconheceu a vulnerabilidade como um princípio ético (Unesco, 2005) O indivíduo que é autónomo age de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, decidindo com base nas suas crenças e valores mesmo que sejam diferentes dos predominantes na sociedade na qual se insere (Morais, I 2010).

Em partilha com o Sr. L. percebi que este se sentiu muito vulnerável na altura. Referiu que “nem sei bem o que me deu nesse dia, estava tão cheio de dores, estava desesperado, o médico não me explicou, não me deu alternativas. Eu queria pensar e não conseguia. Era as dores, era o medo, tudo misturado. O médico estava a decidir tudo e eu só dizia que não me sentia preparado” (sic). “Querida tomar uma decisão mas não sabia como nem o quê”.

Questionei o utente sobre o que o fez mudar de ideias nessa tarde. Referiu que foi a conversar com a Sr^a enfermeira da consulta do digestivo baixo, durante a pré-consulta cirúrgica. “Tive tempo para pensar, recebi a informação detalhada do que iria encontrar ao longo do percurso. A Sr^a Enfermeira não impôs a sua ideia, traçou o possível cenário, explicou-me vantagens e desvantagens das duas hipóteses (cirurgia ou recusa)”. “Não me senti pressionado. E fui pelo caminho para casa, liguei á minha família e liguei para um médico diferente e pedi uma segunda opinião”.

Os direitos e deveres dos utentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS) estão consagrados na [Lei n.º 15/2014](#), de 21 de março, alterada pelo [Decreto-Lei n.º 44/2017](#), de 20 de abril, e na [Portaria 153/2017, de 4 de maio](#). O utente tem direito de escolher os serviços de saúde, na medida dos recursos disponíveis e das respetivas regras de organização.

O consentimento ou recusa devem ser declarados de forma livre e esclarecida.

Em qualquer momento da prestação de cuidados de saúde, o utente pode revogar o consentimento. O doente tem direito à informação. O doente tem direito a obter uma segunda opinião.

Foram várias as declarações internacionais que realçaram o envolvimento do cidadão no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde, como a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que enaltece a capacitação para a tomada de decisão relativamente às escolhas saudáveis do seu projecto de saúde. Na Declaração de Jacarta, em 1997, é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde, a necessidade do empowerment do cidadão (WHO, 1998). Infelizmente o empowerment constitui-se como uma filosofia ainda com pouca visibilidade no nosso sistema de saúde (Pereira, M 2010,) pelo peso burocrático e as rotinas

institucionalizadas, pela visão biomédica que constituiu a base dos sistemas de saúde, que moldou a visão dos profissionais de saúde. Em contexto hospitalar, a dimensão terapêutica do empowerment, ao nível das intervenções de enfermagem, tem como objetivo, a promoção do autocuidado, da autoestima, da autodeterminação e da adaptação (Pereira, M, 2010). Em vez de imporem os seus conhecimentos aos doentes, os enfermeiros deverão utilizá-los como ferramenta de empowerment em contexto de parceria (Hess, 1984, Katz, 1984). Os profissionais de saúde necessitam de deixar o seu poder e ajudar os doentes a obter o seu próprio poder.

Mas para que o utente possa tomar decisões de forma consciente e autónoma precisa de informação, de ser devidamente esclarecido.

O Plano nacional de saúde extensível até 2020 incentiva a capacitação dos cidadãos através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do sistema do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (WHO, 1998):

1.1. Análise da situação de saúde e familiar do utente à luz dos requisitos universais para o autocuidado (Orem 2001).

A orientação deste estudo de caso tem como suporte a Teoria do Deficit do Autocuidado de Orem. O autocuidado é o conceito central na Teoria do Deficit do Autocuidado de Orem. Para Orem (2001), este é definido como o desempenho de atividades que são aprendidas, que facilitam o amadurecimento e aperfeiçoamento das pessoas que a iniciam e desenvolvem, num determinado período de tempo e espaço, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal.

Orem compôs esta teoria geral em três teorias inter-relacionadas: a Teoria do autocuidado, a Teoria do deficit de autocuidado e a Teoria dos sistemas de Enfermagem.

Segundo Orem (2001), todas as pessoas têm potencial para desenvolverem as suas habilidades intelectuais e práticas para o autocuidado, além da motivação essencial, e refere existirem três tipos de requisitos para o autocuidado:

Os requisitos universais, que influenciam diretamente todos os indivíduos na sua estrutura, funções e fases da vida, e que se relacionam entre si. São eles as atividades de vida diária como a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e nutrientes, os cuidados associados à eliminação e excreção, o equilíbrio entre descanso e atividade, a prevenção dos perigos e o bem-estar, o equilíbrio entre a solidão e a interação social e o desejo de normalidade;

Os requisitos de desenvolvimento, que são todos aqueles que estão associados a um acontecimento particular como o casamento ou um novo trabalho, que promovem o desenvolvimento e maturação da pessoa e previnem as condições que a possam dificultar (Tomey & Alligood, 2002);

Na Teoria dos sistemas de Enfermagem, Orem (2001) identifica três tipos de práticas nos sistemas de enfermagem, de acordo com as necessidades de cada pessoa: um sistema totalmente compensatório, em que o enfermeiro substitui a pessoa no seu autocuidado, um sistema parcialmente compensatório, no qual o enfermeiro apenas ajuda a pessoa a realizar aquilo que esta não é capaz de fazer, e um sistema de apoio-educação, no qual a pessoa necessita do apoio do enfermeiro para orientá-lo, ensiná-lo e supervisioná-lo nas ações de autocuidado.

Para Orem (2001) existem cinco áreas de atividades na prestação de cuidados de enfermagem, que se iniciam com o relacionamento da enfermeira com o indivíduo, família ou grupo, de forma a determinar a forma como estes podem ser ajudados pela enfermagem. Desta forma pretende-se responder às suas solicitações ou desejos, para posteriormente prescrever ou proporcionar a ajuda direta da enfermagem, coordenando e integrando as ações como enfermeiros para coordenar as mesmas na vida diária da pessoa. O enfermeiro poderá gerir outros atendimentos ou serviços sociais ou educacionais que poderão ser proporcionados para ir ao encontro da garantia dos requisitos universais do autocuidado da pessoa/família.

Analisando a situação de saúde e familiar do utente à luz dos requisitos universais para o autocuidado (Orem 2001) pode-se verificar que o Sr. L. garante a manutenção de ar suficiente, pois não se verificam sinais ou sintomas de dificuldade respiratória.

A prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar estava sob vigilância, o Sr. L. está consciente da necessidade de manter a vigilância médica, faz corretamente a gestão do seu regime terapêutico, mas não está garantido o seu bem-estar e a manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso (ainda refere sentir-se cansado e ansioso, vai reiniciar QT, está apreensivo)

Está garantida a ingestão de água suficiente, pois ingere cerca de 1,5L-2L de água ao dia.

Salienta-se que em relação à garantia da ingestão de alimentos suficiente, este requisito está sob vigilância, na medida em que já aumentou de peso.

Já garante os cuidados associados à eliminação e excreção, faz autocuidado à sua sigmiodostomia, já se adaptou melhor à nova condição de saúde e necessidade de autocuidado à sigmiodostomia

Em relação a garantir a manutenção e o equilíbrio entre a solidão e a interação social/ a manutenção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal – este item está sob vigilância, não estando totalmente garantida. Tem estado a viver com a mãe e o irmão, tem tido visitas em casa da filha, já sai à rua para pequenos passeios. Vai falando com amigos e colegas. Já consegue ter disponibilidade mental para ler (SIC).

CONCLUSÃO

A elaboração do estudo de caso foram uma experiência muito gratificante, que contribuiu muito para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois foi muito rico sob o ponto de vista das competências técnico-científicas como futura enfermeira especialista.

O uso e análise de um modelo teórico de Enfermagem, nas diferentes fases da aplicação do processo de enfermagem, tornou-se uma ferramenta importante na orientação do ensino clínico e na elaboração e análise do estudo de caso. Foi desta forma mais fácil perceber a natureza do Ser único e individual no qual debrucei o meu estudo e prestei cuidados, perceber a forma como esta pessoa interagia com o meio ambiente e o impacto que a doença teve na sua vida e dos seus familiares. A escolha deste caso clínico assentou no facto de ter sido uma situação complexa, não só por mostrar algumas das complicações que podem surgir nos cuidados a doentes com ostomias de eliminação, como foi um desafio pelo assumir da tomada de decisão do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS (2015). Norma nº 025/2012 de 27/12/2012, atualizado a 28/7/2015. *Diagnóstico, estadiamento e tratamento do Adenocarcinoma do Cólon e Reto*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Fernandes, L., Matos, D. (2002). Marcadores tumorais no câncer colorretal. Revista. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol.29 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2002
<https://doi.org/10.1590/S0100-69912002000200009>
- Morais, Inês Motta de. (2010). Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 10 (Suppl. 2), s331-s336. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600010>
- Moutinho,Ribeiro. (2020). Pólipos intestinais. <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/gastroenterologia/polipos-intestinais/> acedido a 20-12-2020
- Munhão, V. (2017). O peso social de uma ostomia – quem manda decide sobre o que nunca sentiu. Acedido em <https://www.rostos.pt/inicio2.asp?cronica=11000369>.
- Orem, D. (2001). Nursing. Concepts of Practice. 6ª ed. New York: Mosby
- Pereira, M. (2010). A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Especialidade em Intervenção em Enfermagem. Lisboa
- UNESCO. (2006). Declaração Universal de Bioética e Direitos do Homem. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. França
- Ventura, M. (2007). The Case Study as a Research Mode. Revista SOCERJ. Vol. 20(5), 383-386.

APÊNDICE VII

Póster – Programa educativo da pessoa com OEI no serviço de internamento



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

Estágio com Relatório

**PROGRAMA EDUCATIVO PARA A PESSOA COM OSTOMIA DE
ELIMINAÇÃO INTESTINAL NO INTERNAMENTO**

Poster

Ana Luísa de Nóbrega e Silva



Professor Orientador:
Professor Doutor Óscar Ferreira



**Lisboa
Dezembro 2021**

INTRODUÇÃO

Este trabalho está inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Oncológica. No IIº estágio, nas consultas externas de estomaterapia e digestivo baixo do Serviço de consultas externas do IPO, surgiu a necessidade de se criar um instrumento de trabalho para os Enfermeiros dos serviços de internamento de cirurgia (piso 6 e 4) onde são realizadas cirurgias de doentes com Cancro cólon rectal que necessitam de uma Ostomia de eliminação intestinal (OEI). Este instrumento de trabalho sobre a forma de Poster de tamanho A3 visa orientar os enfermeiros na implementação de um programa educativo para a pessoa com OEI (colostomias e ileostomias), no período pós-operatório, com o objetivo de estruturar e uniformizar os ensinamentos realizados no internamento, para que haja uma uniformização dos mesmos no internamento e em continuidade com as consultas de estomaterapia do serviço de consultas externas, promovendo desta forma a transição segura de cuidados e promovendo o autocuidado do doente com OEI. O programa educativo tem início com a primeira consulta de estomaterapia antes da cirurgia, onde é realizada a primeira abordagem com o doente: a necessidade da cirurgia e de realizar a OEI, o que consiste numa OEI, os cuidados necessários e o apoio que terá no internamento para promover o autocuidado. No internamento este ensino deve ser estruturado nos 5 dias que estará internado, de forma a promover o autocuidado e capacitá-lo para cuidar da sua OEI em casa, e posteriormente ser acompanhado nas consultas de estomaterapia. As intervenções de enfermagem sugeridas nos 5 dias de internamento estão de acordo com a linguagem CIPE. O programa educativo deve iniciar-se após a cirurgia, quando a pessoa com OEI estiver já no internamento, alerta, orientado, e estiver, de preferência, disponível para aprender. Este instrumento de trabalho deveria ser apresentado às equipas de enfermagem dos internamentos de cirurgia através de uma formação em serviço sobre as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado ao doente com OEI, mas tal não foi possível neste momento de pandemia Covid 19.

EXPLICAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO

1º DIA:

1. Incentivar a olhar o estoma;

- Ensinar que o estoma está mais edemaciado, e que deverá ficar com o tamanho normal ao fim de uma semana;
- Ensinar que o estoma não dói e que é normal sangrar um pouco durante a sua higiene;

2. Incentivar a observar os cuidados de Enfermagem;

- Ensinar que o estoma e as características da pele devem ser vigiados diariamente;

3. Validar o conhecimento que tem sobre a ostomia:

- Ensinar sobre ostomia de eliminação (recorrer ao Guia “Viver com...”):

Fornecer o guia se o doente não o tiver;

ii. Conceito de ostomia de eliminação

ii. Finalidade da ostomia de eliminação

4. Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado do estoma

- Mostrar o sistema de duas peças no caso de ileostomia e o sistema de uma peça no caso de colostomia e explicar a sua utilidade;
- Ensinar que os dispositivos no internamento nos primeiros dias são transparentes para que se consiga observar o estoma mais facilmente, depois irão ser opacos.

2º DIA

1. Validar o conhecimento que tem sobre o funcionamento da ostomia:

2. Incentivar a observar os cuidados de Enfermagem;

3. Ensinar o autocuidado à ostomia:

- Reunir material necessário;
- Ensinar a despejar /remover o dispositivo;
- Ensinar os cuidados à pele e ao estoma:

i. Limpar a pele peri estoma, se possível com água e o gel do doente (explicar que o uso de compressas é só no internamento, e em casa a limpeza é feita com esponja e sabonete/gel de banho, inclusive no duche);

ii. Secar a pele;

· Ensinar a vigiar o estoma ;

Informar a pessoa das características normais do estoma: Cor rosada ou vermelha (semelhante à mucosa da boca da pessoa);

· Ensinar a vigiar pele periférica ao estoma (deve manter-se igual à restante pele do abdómen);

· Ensinar a recortar a placa ou o dispositivo de uma peça ajustado à forma e tamanho do estoma - Utilizar medidor de estoma;

· Ensinar a colocar o dispositivo de ostomia, garantindo que não se criem zonas de pregas

· Ensinar a periodicidade de troca do dispositivo de acordo com o sistema escolhido.

3º DIA

1. Avaliar capacidade para realizar o autocuidado à sua ostomia;

2. Incentivar o doente a realizar o autocuidado à sua ostomia com ajuda do enfermeiro;

3. Treinar o autocuidado_ao estoma e pele;

4. Treinar o uso de dispositivos: Remoção e correta aparelhagem

5. Verificar se há necessidade de chamar o cuidador para apoiar no autocuidado;

6. Providenciar dispositivos: Entregar Kit com dispositivos de Colostomia/Ileostomia em quantidade adequada até à consulta de estomaterapia.

4º/5º DIA

1. Incentivar o doente a realizar o autocuidado à sua ostomia sem ajuda;

2. Supervisionar o autocuidado do doente ;

3. Ensinar sobre os sinais de complicações da pele e do estoma;

4. Ensinar cuidados com vestuário, atividade física e alimentação;

5. Requerer consulta de Enfermagem:

Consulta do digestivo baixo e de estomaterapia para o enfermeiro de referência (em 2 semanas, mas se necessário solicitar que seja antes).

A linguagem utilizada neste programa educativo foi realizada de acordo com a linguagem CIPE, para que seja possível aos Senhores enfermeiros a realização dos registos das avaliações sobre conhecimento e capacidade do doente em relação ao autocuidado das OEI, para que se proporcione uma transição segura dos cuidados para a alta e continuidade dos mesmos nas consultas de estomaterapia.

CONCLUSÃO

Existem diferentes estratégias de ensino para o autocuidado dos doentes com OEI e o desenvolvimento destas estratégias “deve ser entendido como uma parceria entre o doente e o profissional” (Silva et al, 2014, pág. 171), e a capacitação dos profissionais para o ensino do autocuidados do doente com OEI contribui para a qualidade da assistência prestada (Silva et al, 2014).

O ensino do autocuidado deve ser iniciado na fase pré-operatória, com uma primeira consulta de estomaterapia, que visa o ensino ao doente e família sobre a cirurgia, suas consequências e o autocuidado, e ajudar a adaptação à nova condição. “Os cuidados ao estomatizado baseiam-se na filosofia do autocuidado e direcionam-se na autonomia do paciente, na autoconfiança, na responsabilidade pessoal e na iniciativa pessoal” (Silva et al, 2015, p.171).

A enfermagem tem um papel fundamental na recuperação do doente com OEI, promovendo o autocuidado, pela vertente educacional do seu trabalho, pela proximidade com o doente e maior tempo de contato em consulta e no internamento. Porém é extremamente importante a uniformização dos cuidados, para que todos os enfermeiros utilizem a mesma linguagem com o doente, realizando ensinamentos que sejam consistentes e uniformes, para que haja uma continuidade de cuidados e transição segura para a alta.

Desta forma foi criado este instrumento de trabalho para os enfermeiros, para servi de guia de boas práticas no ensino do autocuidado ao doente com OEI, que serve de linha orientadora tanto para os enfermeiros menos experientes, como para aqueles que já tenham alguns anos de experiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma número 015/2016 (2017). Ostomias de eliminação intestinal. DGS. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto, (actualização a 03/03/2017).

Registered Nurses' Association of Ontario (2019). Supporting adults who anticipate or live with an ostomy - Best practise guideline. Second Edition. Acedido a 01-02-2021. Disponível em: www.RNAO.ca/bpg

Silva et al (2014). Estratégia de ensino para o autocuidado de estomatizados intestinais. Revista Rene. Jan-fev; 15 (1): 166-73. Acedido a 31-1-2021. Disponível em: www.revistarene.ufc.br

CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DO DOENTE COM OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO E A TRANSIÇÃO SEGURA PARA A ALTA

PRÉ-CONSULTA

1º DIA

- Incentivar a olhar o estoma;
- Ensinar que o estoma está mais edemaciado, e que deverá ficar com o tamanho normal ao fim de uma semana;
- Ensinar que o estoma não dói e que é normal sangrar um pouco durante a sua higiene;
- Incentivar a observar os cuidados de Enfermagem;
- Ensinar que o estoma e as características da pele devem ser vigiados diariamente;
- Validar os conhecimentos que tem sobre a ostomia;
- Ensinar sobre ostomia de eliminação (recorrer ao Guia "Viver com...") ;
Fornecer o guia se o doente não o tiver;
- Conceito de ostomia de eliminação
- Finalidade da ostomia de eliminação
- Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado do estoma
- Mostrar o sistema de duas peças no caso de ileostomia e o sistema de uma peça no caso de colostomia e explicar a sua utilidade;
- Ensinar que os dispositivos no internamento nos primeiros dias são transparentes para que se consiga observar o estoma mais facilmente, depois não ser opacos.

2º DIA

- Validar os conhecimentos que tem sobre o funcionamento da ostomia;
- Incentivar a observar os cuidados de Enfermagem);
- Ensinar o autocuidado à ostomia:
 - Reunir material necessário;
 - Ensinar a despojar /remover o dispositivo;
 - Ensinar os cuidados à pele e ao estoma:
 - Limpar a pele por estoma, se possível com água e o gel do doente (explicar que o uso de compressas é só no internamento, e em casa a limpeza é feita com esponja e sabonete/gel de banho, inclusive no duche);
 - Secar a pele;
 - Ensinar a vigiar o estoma ;
Informar a pessoa das características normais do estoma: Cor rosada ou vermelha (semelhante à mucosa da boca da pessoa) ;
 - Ensinar a vigiar pele periférica ao estoma (deve manter-se igual à restante pele do abdómen) ;
 - Ensinar a recortar a placa ou o dispositivo de uma peça ajustado à forma e tamanho do estoma - Utilizar medidor de estoma;
 - Ensinar a colocar o dispositivo de ostomia, garantindo que não se criem zonas de pregas
 - Ensinar a periodicidade de troca do dispositivo de acordo com o sistema escolhido

3º DIA

- Avaliar capacidade para realizar o autocuidado à sua ostomia ;
- Incentivar o doente a realizar o autocuidado à sua ostomia com ajuda do enfermeiro;
- Treinar o autocuidado ao estoma e pele;
- Treinar o uso de dispositivos: Remoção e correta aparelhagem
- Verificar se há necessidade de chamar o cuidador para apoiar no autocuidado;
- Providenciar dispositivos: Entregar Kit com dispositivos de Colostomia/Ileostomia em quantidade adequada até à consulta de estomaterapia

4º/5º DIA

- Incentivar o doente a realizar o autocuidado à sua ostomia sem ajuda;
 - Supervisionar o autocuidado do doente ;
 - Ensinar sobre os sinais de complicações da pele e do estoma;
 - Ensinar cuidados com vestuário, atividade física e alimentação;
 - Requerer consulta de Enfermagem;
- Consulta do digestivo baixo e de estomaterapia para o enfermeiro de referência (em 2 s semanas, mas se necessário solicitar que seja antes).

Acompanhamento na CONSULTA de ESTOMATERAPIA

Objetivo: Uniformização de cuidados; transição segura do doente para a alta, continuidade de cuidados.

Elaborado por: Enfermeira Ana Nobrega e Silva
Consulta de Estomaterapia

APÊNDICE VIII

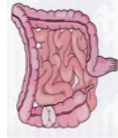
Atualização do Poster OEI – Registos de enfermagem em SClinico

OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

TIPOS



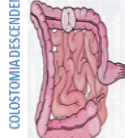
- ILEOSTOMIA**
- Anastomose do íleon à pele no quadrante inferior direito do abdômen;
 - Estoma proeminente e de pequenas dimensões;
 - O efluente tende a ser líquido e pode fluir continuamente, risco de desidratação e desequilíbrio iônico;
 - Utilização de dispositivo drenável;



- COLOSTOMIA ASCENDENTE**
- Anastomose do cólon ascendente à pele no quadrante inferior direito abdomen;
 - Efluente semilíquido;
 - Estoma proeminente;
 - Utilização de dispositivo drenável;



- COLOSTOMIA DO TRANSVERSO**
- Anastomose do cólon transversal à pele no quadrante superior direito do abdomen;
 - Fezes semi-moladas;
 - Estoma de maior diâmetro;
 - Utilização de dispositivo fechado.



- COLOSTOMIA DESCENDENTE/SIGMOIDEIA**
- Anastomose do cólon descendente/sigmóideia à pele no quadrante inferior esquerdo do abdomen;
 - Fezes moladas a sólidas;
 - Possibilita mais tarde a realização de técnica de irrigação para controle de eliminação.

TECNICAS CIRURGICAS



- TERMINAL**
- Anastomose do topo proximal do intestino à pele;
 - Pode ser realizada em qualquer segmento intestinal.



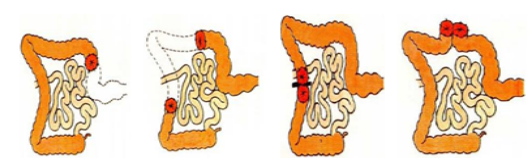
- TERMINAL FÍSTULA MUCOSA**
- Caracterizado pela presença de dois estomas separados;
 - Estoma proximal drena fezes;
 - Estoma distal drena muco;
 - Podem ser aparelhados juntos ou em separado.



- EM ANSA**
- Ansa intestinal semi seccionada;
 - Criação de dois topus num só estoma;
 - Topo proximal drena fezes;
 - Topo distal drena muco.



- EM CANO DE ESPINGARDA**
- Caracterizado pela presença de dois estomas independentes mas anastomosados um ao outro;
 - Estoma proximal drena fezes;
 - Estoma distal drena muco;
 - São sempre aparelhados em conjunto



01 AVALIAR CONHECIMENTO PARA PROMOVER O AUTOCUIDADO DA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

- Conceito;
- Finalidade;
- Direitos;
- Materiais necessários;
- Aquisição e periodicidade de substituição; Adequação dos dispositivos ao estoma;
- Técnica remoção dispositivo;
- Limpeza do estoma e pele periestoma;
- Técnica adaptação dispositivo;
- Alterações da pele periestoma;
- Trabalho e lazer;
- Apoio profissional;
- Relacionamento sexual;
- Alimentação e hidratação;
- Vestidário, exercício físico, higiene.
- Reúna materiais;
- Despeja o saco;
- Remove dispositivo;
- Limpeza do estoma e da pele periestoma;
- Reconhece alterações estoma e da pele periestoma;
- Reconhece placa;
- Coloca placa.

Se diagnóstico de AUTOCUIDADO OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO, DEPENDENTE/NECESSITA DE AJUDA DE PESSOA/DE EQUIPAMENTO

02 AVALIAR CAPACIDADE PARA PROMOVER O AUTOCUIDADO DA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

- Ensinar/Instruir autocuidado da ostomia: Material necessário, Periodicidade troca dispositivos, Adequação dos dispositivos ao estoma, Técnica de remoção, Limpeza estoma e pele periestoma, Técnica de espingaragem;
- Ensinar sobre ostomia: Conceito, Finalidade, características do efluente, direitos do passo, recursos comunidade.
- Ensinar sobre dieta: Hidratação e Alimentação.
- Ensinar sobre complicações pele/estoma: Risco de complicações do estoma/ lesões cutâneas.
- Instruir sobre dispositivos de ostomia - Divers papéis, Rega única, Drenável, Fechado, Comestíveis, Acessórios.
- Proteger pele com dispositivos- Falcúla protetora, película emogão, niveadores.
- Otimizar ostomia de eliminação - Prevenção de complicações do estoma.
- Trocar dispositivo de ostomia/ Assistir no autocuidado ostomia/ Treinar o uso de dispositivos de ostomia;
- Vigiar pele periestoma (Inegra, com Macteração interna, escoriação, zona de pressão e ulcera)
- Vigiar estoma (características do estoma) / Vigiar eliminação intestinal.
- Providenciar dispositivos- Entrega de kit de alta.
- Requerer serviço de enfermagem (Estomatologia).

03 AVALIAR AUTOCUIDADO DA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO

- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**
- Ensinar/Instruir autocuidado da ostomia: Material necessário, Periodicidade troca dispositivos, Adequação dos dispositivos ao estoma, Técnica de remoção, Limpeza estoma e pele periestoma, Técnica de espingaragem;
 - Ensinar sobre ostomia: Conceito, Finalidade, características do efluente, direitos do passo, recursos comunidade.
 - Ensinar sobre dieta: Hidratação e Alimentação.
 - Ensinar sobre complicações pele/estoma: Risco de complicações do estoma/ lesões cutâneas.
 - Instruir sobre dispositivos de ostomia - Divers papéis, Rega única, Drenável, Fechado, Comestíveis, Acessórios.
 - Proteger pele com dispositivos- Falcúla protetora, película emogão, niveadores.
 - Otimizar ostomia de eliminação - Prevenção de complicações do estoma.
 - Trocar dispositivo de ostomia/ Assistir no autocuidado ostomia/ Treinar o uso de dispositivos de ostomia;
 - Vigiar pele periestoma (Inegra, com Macteração interna, escoriação, zona de pressão e ulcera)
 - Vigiar estoma (características do estoma) / Vigiar eliminação intestinal.
 - Providenciar dispositivos- Entrega de kit de alta.
 - Requerer serviço de enfermagem (Estomatologia).

APÊNDICE IX

Reflexão da aprendizagem no Congresso da APEC

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

Estágio com Relatório

Relatório aprendizagem Congresso APECE

Ana Luísa de Nóbrega e Silva



Professor Orientador:
Professor Doutor Óscar Ferreira



Lisboa
fevereiro 2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA	3
CONCLUSÃO	8

INTRODUÇÃO

Este trabalho de reflexão está inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Oncológica, na qual pretendo analisar e refletir sobre quais os contributos do Congresso Nacional de Estomaterapia 2021 da APECE, este ano realizado virtualmente e subordinado à temática “Inovações e desafios em estomaterapia” para a minha aprendizagem.

ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA

O Congresso anual da APECE foi também influenciado pela pandemia Covid 19, vivida no nosso país e no mundo. Tal como foi preciso uma adaptação dos nossos serviços face a esta epidemia, que exigiu dos profissionais uma adaptação dos cuidados e da forma como chegamos ao utente/paciente face ao confinamento que foi preciso impor, também a organização do mesmo precisou de o adaptar ao formato virtual.

Desta forma com a mesa sobre contextos de inovação e tecnologia em estomaterapia mostrou-se a capacidade de adaptação dos enfermeiros de estomaterapia e a utilização da consulta telefónica como uma adaptação necessária. Foram abordados temas como a importância da postura, da voz, do nosso comportamento e do “mindset” (configuração mental-foco) na comunicação numa consulta por chamada telefónica. Foram abordadas algumas estratégias comunicativas, e refletidos alguns comportamentos a evitar e outros a adotar. Foi-nos proposto o desafio de usarmos algumas plataformas on-line para facilitarmos o acesso dos doentes a materiais educativos e de suporte, como o moodle e o e-learnig

A Associação internacional de estomaterapia (WCET), através dos seus presidentes, deram uma perspetiva das dificuldades dos enfermeiros estomoterapeutas pelo mundo, face a pandemia Covid 19, relatando as mesmas no acompanhamento das pessoas com estomas, a nível global, pelo fato de terem sido destacadas para áreas de atendimento Covid.

Foram apresentados alguns trabalhos de investigação nas apresentações orais, e posters, o que demonstrou a força dos enfermeiros, pois mesmo numa situação pandémica, continuaram a realizar os seus trabalhos e a promoverem o desenvolvimento científico da estomaterapia, imprimindo rigor na prática clínica e disseminando conhecimento.

Na minha opinião a mesa sobre “A gestão dos estomas complicados” foi muito importante para mim e captou-me muito a atenção, pelas apresentações baseadas na evidência e as sugestões de documentos importantes nesta área relacionada com o meu projeto de estágio. Falou-se sobre a perspetiva do enfermeiro face a situações de estomas complicados, versus a abordagem cirúrgica. Foram apresentadas as principais complicações das ostomias (deiscência, isquemia, débitos elevados, lesões da pele-peri-estoma) as complicações a longo prazo como as hérnias paraestomais, o prolapso, a retração, a estenose e as fístulas paraestomais, a hemorragia a dermatite e o *Pioderma Gangrenoso*. Foram ainda abordados os efeitos bioquímicos e psico-sociais no doente ao qual se realiza um estoma, o que nos fez refletir sobre as importantes implicações de um estoma na qualidade de vida de uma pessoa, o quão importante é criar e manter o melhor estoma possível para evitar complicações. Para que isso seja possível, é fundamental a pré-consulta de estomaterapia como forma de preparação do doente, a prévia marcação rigorosa do melhor local possível para a criação do estoma, e o acompanhamento a curto, médio e longo prazo do doente ostomizado.

Foi também apresentada uma revisão da biomecânica da pele do abdómen, que nos proporcionou um acréscimo de conhecimento sobre a mesma, pois a melhoria dos nossos conhecimentos sobre a anatomia e a fisiologia da pele, as propriedades mecânicas da pele e a sua contribuição mecânica influencia a nossa prática de cuidados e permite melhorar os cuidados de saúde ao doente ostomizado.

Ainda nesta mesa foram-nos apresentando estudos internacionais sobre as principais complicações das ostomias, sustentadas na melhor e mais recente evidência científica e foi possível fazer a comparação dos resultados com o estudo português de 2009 sobre a caracterização dos doentes e suas complicações, ficando a ressalva da importância de mais estudos nacionais e mais recentes nesta área. Apresentaram os documentos nacionais importantes para a estomaterapia (normas da DGS atualizadas em 2017), as principais recomendações do painel de especialistas das principais organizações de estomaterapia de todo o mundo,

documento de 2019, da Associação Internacional de Estomaterapia e as guidelines da WOCN (Wound ostomy and continence nurse society) sobre as melhores práticas na prestação de cuidados aos doentes com complicações das ostomias. Foi muito interessante e um importante momento de aprendizagem.

A apresentação do trabalho sobre Quebras cutâneas³², alertou para os efeitos das mesmas nas pessoas, causando dor, ansiedade, sofrimento e stress ao doente e sua família, aumentam os custos em saúde e diminuem a qualidade de vida. Aprendemos a tipologia desta ferida, frequentemente confundida com outros tipos de lesão, percebemos que são frequentemente subnotificadas ou mal diagnosticadas, aprendemos sobre a fisiopatologia das mesmas, e a forma de as prevenir. Foi apresentado um instrumento de diagnóstico específico que está em fase de validação, o International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP).

A mesa de investigação, que se estendeu por dois dias, apresentou-nos trabalhos como o programa RIO, uma abordagem estruturada para ajudar as pessoas com ostomias, o impacto psicológico do Covid 19 na pessoa com ostomia, a importância do impacto económico da preservação da pele peri-estoma, e como o aprofundamento da ligação entre a indústria e os profissionais é importante, a qual foi fundamentada e alicerçada na prática clínica, com os estudos apresentados, com as melhores evidências científicas. Seguiu-se um trabalho sobre os desafios da reabilitação da fala do doente laringectomizado.

A mesa sobre cuidados de conforto aos doentes ostomizados em cuidados paliativos, tema este que foi uma estreia nestes congressos, trouxe uma abordagem global das necessidades dos doentes com ostomias em cuidados paliativos, na perspetiva da pessoa com ostomia e na do profissional, não esquecendo o fator emocional de ter uma ostomia numa situação paliativa.

A participação internacional fez-se ver também num trabalho sobre “a incontinência fecal nas doenças inflamatórias” e “a técnica de laser terapia na bexiga dolorosa” trouxe-nos a perspetiva e experiência de colegas enfermeiras estomoterapeutas a nível internacional (Brasil) sobre estes temas.

³² Quebras cutâneas são feridas traumáticas resultantes da separação das duas camadas principais da pele humana: a epiderme e a derme" (Fleck C. Preventing and treating skin tears. Adv Skinn Wound Care 2007:20:315-20.

Nesta participação internacional tenho que destacar a apresentação da estomoterapeuta Brasileira, a Sr^a Enfermeira Ângela Boccara, que abordou o tema “Gestão na Estomaterapia centrada no paciente - estratégias de gestão e decisão clínica” onde foi possível refletir sobre o que realmente importa na tomada de decisão em estomaterapia. No mundo da estomaterapia é preciso adquirir muitos conhecimentos, tanto na área da cirurgia, na área dos dispositivos e aparelhagem, na prevenção e tratamento das complicações das ostomias, entre tantas outras, que facilmente nos deparamos com a importância de parar e perceber o que é mais importante na tomada de decisão na estomaterapia: o doente, as suas necessidades, ter em conta os seus objetivos, que podem não ser os mesmos que os dos profissionais. E esta apresentação ajudou-me a focar a minha atenção no que realmente é importante: o doente, “os cuidados centrados no paciente”. Claro que para o ajudarmos verdadeiramente temos de reunir as competências certas, e sem os conhecimentos atrás descritos, é difícil ir ao encontro das suas necessidades, mas facilmente nos deixamos levar pela potencialidade do que podemos fazer. Os enfermeiros especialistas em estomaterapia utilizam técnicas, procedimentos e cuidados altamente especializados, prestam cuidados de excelência, pelo que foi importante refletir sobre como o fazer de forma estratégica e individualizada, valorizando os princípios da bioética, não maleficência, beneficência, justiça e autonomia. O plano assistencial que criamos para o nosso paciente deve ter em conta as suas especificidades, as suas necessidades, valores e preferências. A Sr^a enfermeira ajudou-nos a refletir sobre a necessidade de promover mudanças na forma como os serviços são prestados, com enfoque nos papéis dos profissionais e pessoas envolvidas, e na relação que se cria entre profissionais de saúde, equipas, doente e suas famílias.

O nosso papel como enfermeiros é o de auxiliar as pessoas a adquirir conhecimentos e a desenvolver aptidões e a confiança de que precisam para gerir e tomar decisões sobre a sua própria saúde. Cada vez mais é necessário coordenar e integrar o cuidado de forma a reduzir sentimentos de vulnerabilidade dos doentes e permitir a decisão compartilhada. De forma gradual o doente vai tomando consciência do seu quadro clínico, das suas opções terapêuticas e prognóstico, para que assim possa escolher de forma consciente e informada. O cuidado centrado na pessoa requer capacidade técnica, política e operacional para planear a assistência. É fundamental que os profissionais sejam preparados para esta atividade em todas

as suas dimensões. Deixou-nos ainda o desafio de acreditar, fazer e transformar, porque a mudança de mentalidade é possível, mas requer esforço coletivo. Considerei esta uma das mais importantes apresentações neste congresso, que foi ao encontro do tema que escolhi para o meu projeto de estágio: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado do doente com ostomias de eliminação intestinal?”.

Foi também importante perceber o papel do WCET (World Council of Enterostomal Therapists) na promoção da formação do enfermeiro estomoterapeuta, em articulação com associações nacionais de estomaterapia por todo o mundo, como é o caso da APECE, e a sua importância para o desenvolvimento da estomaterapia. As presidentes da APECE demonstraram a importância desta associação para o desenvolvimento e visibilidade da estomaterapia em Portugal.

CONCLUSÃO

Estes dois dias de Congresso constituíram bons e importantes momentos de aprendizagem, que enriqueceram o meu estágio, e que me ajudaram a melhorar e desenvolver as minhas competências na área da estomaterapia. Proporcionaram momentos de partilha e exposição da melhor evidência científica nesta área, havendo mesmo momentos de ensino de como fazer uma pesquisa avançada nos diferentes motores de busca, fomentando assim a procura do conhecimento baseado na evidência e estimulando os enfermeiros a realizarem mais trabalhos de investigação.

Tenho ainda a acrescentar a qualidade excelente dos workshops/Webinars que foram realizados:

- 1- Higiene e proteção da pele peri-estoma;
- 2- Gestão de dispositivos de ostomia de eliminação;
- 3- Gestão de dispositivos de ostomia respiratória (cânulas e filtros);
- 4- Gestão de dispositivos de ostomia de alimentação.

Destes webinars destaco os dois primeiros, porque se enquadram no tema do meu projeto e porque permitiram consolidar os conhecimentos que me estão a ser proporcionados nos estágios, conhecimentos estes que necessito para atingir os objetivos a que me propus nos diferentes campos de estágio e que me proporcionarão obter as competências de especialista e mestre na área médico-cirúrgica.

APÊNDICE X

Formação das cuidadoras informais das IPSS: “Cuidados ao utente com OEI”

CUIDADOS AO UTENTE COM OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

ENF. ANA L. E. S. SILVA
CENTRO DE SAÚDE DE TORRES VEDRAS
ENF. ANA NÓBREGA E SILVA
MESTRANDA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, VERTENTE ONCOLÓGICA, ESEL



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

SUMÁRIO

- ▶ DEFINIÇÃO DE ESTOMA DE ELIMINAÇÃO
- ▶ TIPOS DE ESTOMAS
- ▶ CARATERÍSTICAS DE UM ESTOMA
- ▶ DISPOSITIVOS DE RECOLHA DE FEZES
- ▶ CUIDADOS A TER COM O ESTOMA E A PELE CIRCUNDANTE
- ▶ CUIDADOS A TER NA COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO
- ▶ COMPLICAÇÕES DOS ESTOMAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL
- ▶ COMO FAZER AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
- ▶ RECURSOS COMUNITÁRIO
- ▶ VAMOS À PRÁTICA

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ESTOMAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Sabia que...

A palavra **estoma** provém do grego, stóma, que significa boca?

Ostomia é a abertura que se faz através de uma cirurgia, com o objetivo de ligar uma parte do intestino à parede abdominal. Constrói-se assim um “ânus artificial” por onde as fezes passam a sair.

As causas para se ter de fazer um estoma intestinal podem ser várias, mas o mais comum é pela existência de tumores, ou por obstrução intestinal.



https://www.chc.mn-subtipomedia/Cirurgia_Geral/Guia_Ostomia.pdf

TIPOS DE ESTOMAS ELIMINAÇÃO INTESTINAL



Int: www.comatoc.pt

1 COLOSTOMIAS

É a abertura que se faz através de uma cirurgia, com o objetivo de ligar uma parte do intestino grosso à parede abdominal. As fezes que saem são sólidas ou moldadas.



Int: www.cama.lcc.pt

2 ILEOSTOMIAS

É a abertura que se faz através de uma cirurgia, com o objetivo de ligar uma parte do intestino delgado à parede abdominal. As fezes que saem são semi-líquidas a pastosas.

Podem ser temporárias ou definitivas. (UOAA, 2020).

CARACTERÍSTICAS DE UM ESTOMA



https://www3.huc.mn-saude.pt/media/Cirurgia_Geral/Guia_Diagnostico.pdf

Vermelho/rosa (parecido com o interior da boca)
 Húmido
 Saliente (mas pode ser mais plano)
 Pode ter vários tamanhos

DISPOSITIVOS DE RECOLHA DE FEZES

▶ Sistemas coletores de 2 peças:



<https://ulim.ortho.pl/placa-omsur-a60mm-cx5.html>

Placas de fixação adesiva:

- Bases adesivas seguras, que permita movimentos corporais;

Sacos colostomia:

Material tecido não tecido, resistente

Encaixe mecânico ou adesivo, seguro e compatível com as respetivas placas

Filtro de carvão;

▶ Sistemas coletores de 1 peça:



<https://www.ortho.pl/>

O sistema é removido como um todo.

O saco é autoaderente, preparado para absorção da humidade.

São de uso diário, mas devem ser trocadas se o saco encher até 2/3 da sua capacidade.

Sacos de ileostomia: Abertos

Sacos colostomia: Fechados

DISPOSITIVOS DE RECOLHA DE FEZES

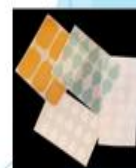
Todos os sacos coletores de fezes têm um filtro, para controlar a emissão de gases e o cheiro.

Atenção, este filtro não se pode molhar pois perde a eficácia.

Se dermos banho ao utente com o saco e se não o mudarmos, tem de se colar um autocolante próprio por cima do filtro.



http://www.esbimas.com/faq_wa_categorias/30241.html



<http://www.esbimas.com/filtro-da-bolsa-de-estoma-e-voce-sabe-o-que-e/>

CUIDADOS A TER COM O ESTOMA E A PELE CIRCUNDANTE

A pele à volta do estoma é um bem muito precioso! Tem de ser bem cuidada!

- ▶ Lavar a pele e o estoma apenas com água e sabão neutro e material macio (esponja)
- ▶ Secar muito bem a pele
- ▶ Não desinfetar pele com produtos como éter, betadine ou água oxigenada
- ▶ Não colocar cremes hidratantes na pele - não permite colar o saco à pele do abdómen
- ▶ Quando necessário pode-se fazer a rapação dos pelos para que o saco adira bem à pele - tesoura ou gilete - rapar suavemente no sentido do crescimento do pelo.



CUIDADOS A TER NA COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO



1. Retirar suavemente o saco sujo, de cima para baixo com as duas mãos
2. Observar a pele e o estoma;
3. Limpar o estoma;
4. Lavar o estoma e a pele;
5. Secar bem o estoma e a pele;



Se usar sistema de 1 peça:

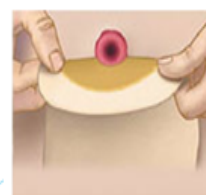
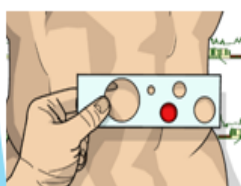
Medir o estoma e recortar o dispositivo

Retirar o papel protetor, **evitando tocar na parte adesiva**

Colar a base adesiva de baixo para cima

Ajustar o bordo inferior do recorte ao bordo inferior do estoma;

Pressionar suavemente o dispositivo coletor para maior aderência.



Mudança do saco diariamente ou 2/3 da capacidade

CUIDADOS A TER NA COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO

▶ Se usar sistema de 2 peças

- (ii) Medir o estoma, desenhar e recortar o orifício central
- (iii) Retirar o papel protetor, evitando tocar na parte adesiva/ aderência do dispositivo;
- (iv) Ajustar o rebordo da placa ao bordo inferior do estoma, colando-a à pele;
- (v) Pressionar ligeiramente com os dedos à volta do estoma e em toda a placa;
- (vi) Adaptar o aro do saco à placa pressionando ligeiramente;
- (vii) Verificar se está devidamente adaptado.



Mudança do saco diariamente/SOS
Placa pode ficar cerca de 3 dias

COMPLICAÇÕES DOS ESTOMAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL



Maceração - resulta do contato das fezes com a pele

Lavar só com água morna

Aplicar protetor cutâneo em spray/ toalhetas ou clara de ovo

O saco e a placa devem ser cortados mesmo à medida do estoma, para as fezes não contactarem com a pele

Se a situação se mantiver contactar com enfermeira da consulta de estomaterapia - Enfª Ana Luísa Silva

COMO FAZER AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

VESTUÁRIO

Deve evitar-se roupa apertada.
Substituir os cintos por suspensórios.
Existem cintas com "buraco" para o saco.



DESPORTO

Pode fazer exercício físico, ter atenção aos desportos mais violentos, como judo, karaté etc



Viagens: Levar material!

RECURSOS COMUNITÁRIO

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

Atendimento—Quartas-feiras
9-13h (Centro de Saúde)

14-16h Visitas domiciliárias

Telefone - [261 336 350](tel:261336350)

E-mail: ana.e.silva@arslvt.min-saude.pt

Centro Hospitalar Torres Vedras

Consulta estomaterapia

Telefone: [261 319 300](tel:261319300)

Farmácias, APO, cooperativas....

Fale com a Enf^a de família,
fará a ligação com enf^a
Estomaterapeuta



Vamos à prática:

- ▶ Treino do corte do dispositivo
- ▶ (molde de estoma e dispositivos)

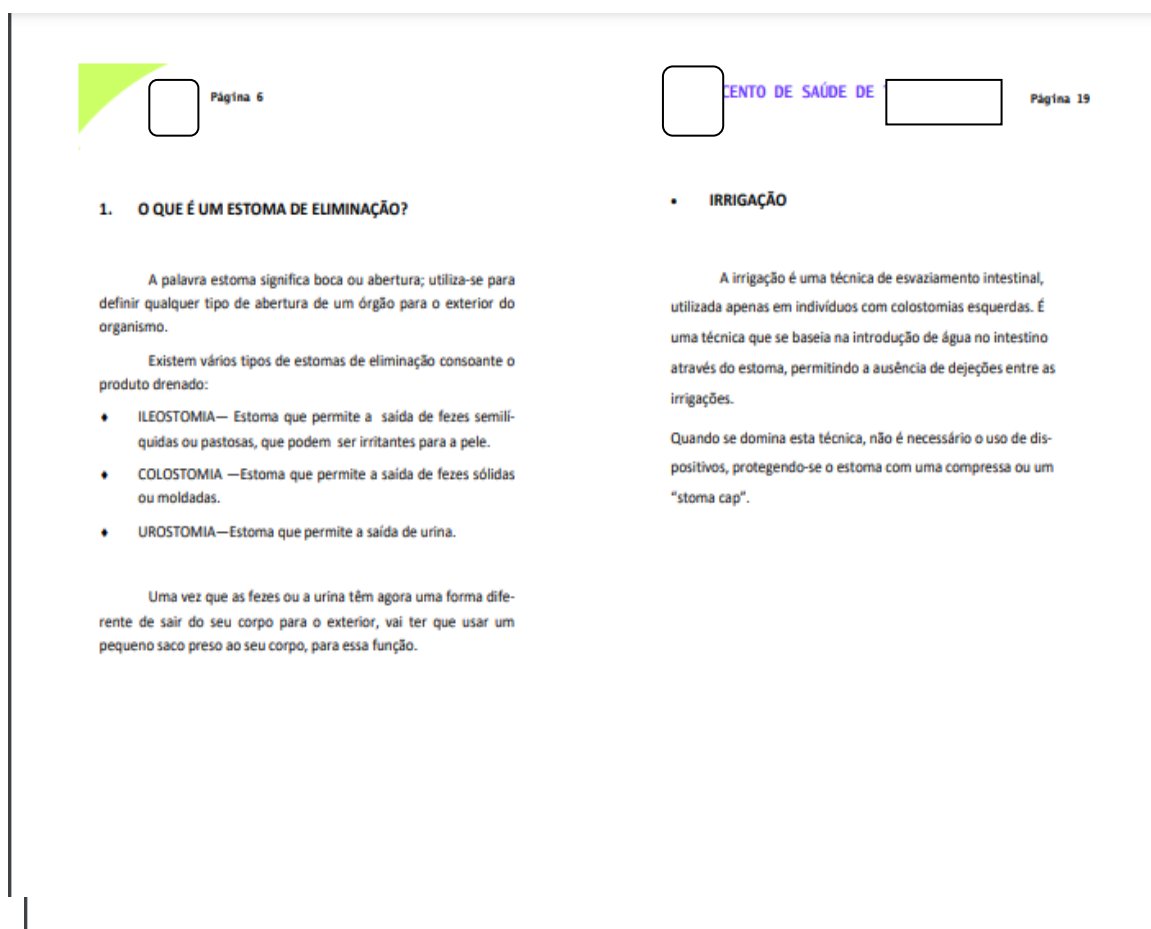
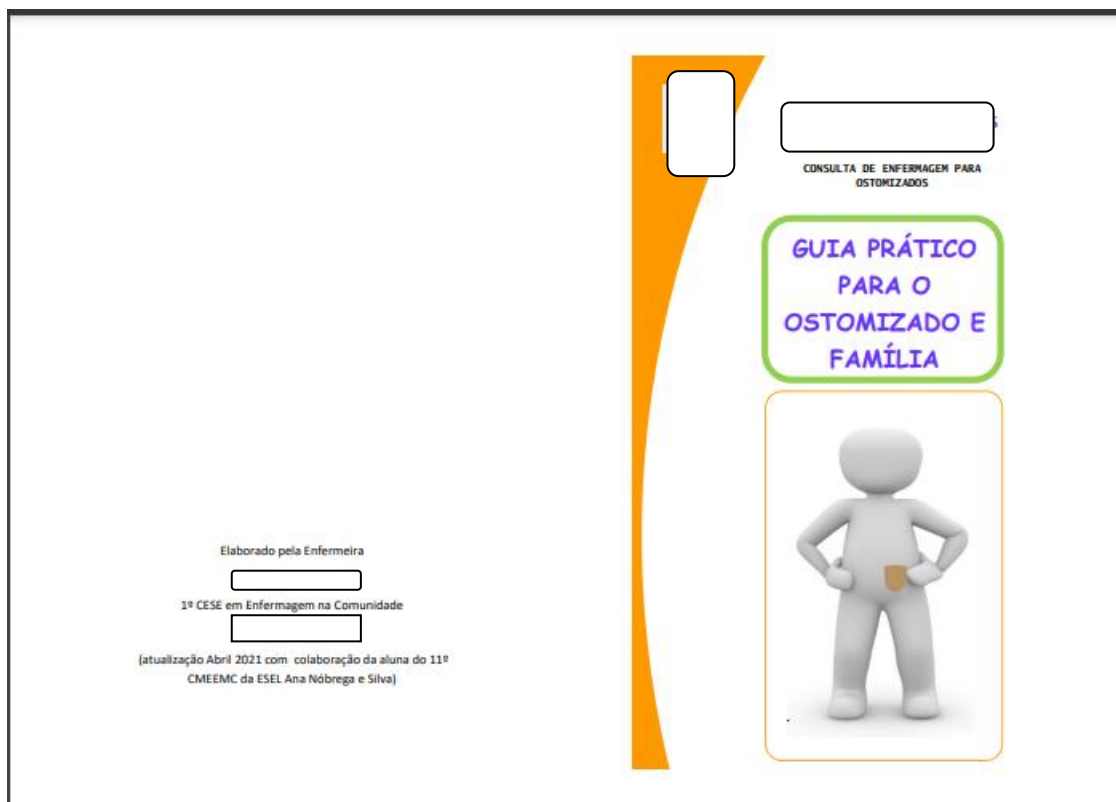




Muito obrigada

APÊNDICE XI

Livro de apoio à pessoa com ostomia de eliminação intestinal na CEET





5—PROBLEMAS MAIS FREQUENTES

Abordaremos apenas os dois problemas mais frequentes, no entanto deve estar atento para qualquer sinal ou sintoma que se lhe apresente e que interfira no funcionamento habitual do estoma. Em qualquer caso poderá sempre contar com o nosso apoio.

• SANGRAMENTO DO ESTOMA

Pode ser causado por traumatismo devido ao dispositivo mal adaptado, rígido ou por má introdução da cânula de irrigação.

Aconselha-se a que o dispositivo tenha a abertura adequada ao tamanho do estoma. Se o sangramento persistir deverá consultar o seu médico.

• IRRITAÇÃO CUTÂNEA

Na sua maioria são causadas por traumatismo do adesivo e de repetida retirada dos mesmos, no entanto poderá também ser causada pela ação corrosiva do produto drenado pelo estoma.

Aconselha-se a colocação de um protetor cutâneo, ou mudança para um dispositivo com protetor cutâneo, em que o recorte seja o mais parecido possível com o tamanho do seu estoma.

A lavagem da zona deve ser apenas com água, pois a aplicação de sabão pode ser dolorosa.



O. INTRODUÇÃO

Pretendemos com este guia fornecer-lhe algumas informações que poderão ajudá-lo a esclarecer dúvidas que o(a) preocupam.

É normal que esteja ansioso (a) com a sua operação, no entanto esta foi a melhor forma que a medicina encontrou para tratar situações como a sua.

Há milhões de pessoas que fizeram a mesma operação e retomaram a sua vida normal. Pessoas que trabalham, fazem a sua vida social e familiar, incluindo a prática de desporto. Por isso não desanime, nem fique amargurado (a): verá que na prática tudo resulta mais fácil do que imagina. Os grandes progressos técnicos neste campo permitem utilizar materiais que garantem descrição, segurança e comodidade.

Oferecemos-lhe este manual para ajudá-lo (a) a lidar com o seu estoma de eliminação e informá-lo que existe neste Centro de Saúde uma Consulta de Enfermagem de apoio ao doente ostomizado, da qual pode usufruir. Pretendemos dar-lhe segurança e conhecimentos de modo a que possa se auto cuidar, se sinta confiante...vai ver que consegue...



6—RECURSOS EXISTENTES

Associação Portuguesa de Ostomizados (APO). Se desejar alguma informação ou desejar ser sócio, a morada é:

Av. João Paulo II, lote 552, 2º B

1950-154 Lisboa

Telefone: 21 8596054 ou 93 724 04 77

Fax: 218 394 295

E-mail: informações@apostomizados.pt

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Estomatoterapia (APECE):

Rua Bernardo Cerqueira nº 60

4715-010 Braga

<http://www.estomaterapia-apece.pt>

Para além disso tem a consulta de enfermagem para ostomizados a funcionar todas as semanas no Centro de Saúde de Torres Vedras.

Atendimento—Quartas-feiras

9-13h. Telefone— 261 336 350

Morada: Rua Fernando Barros Ferreira Leal, Urbanização Conquinha

2560-253 São Pedro e São Tiago, Torres Vedras

E-mail: ana.e.silva@arslvt.min-saude.pt



• VIDA SEXUAL/GRAVIDEZ

A sexualidade deve ser franca e se houver compreensão de ambas as partes, tudo correrá bem.

Medidas que deverá tomar antes do início da relação sexual:

- despeje o dispositivo e coloque um saco novo
- utilize dispositivos opacos
- pode usar mini-sacos.

No caso das mulheres que queiram engravidar, o estoma não representa qualquer obstáculo, nem é perigoso para a futura mãe e para a criança; no entanto deve aconselhar-se com o seu médico.

Aconselha-se que deixe passar pelo menos dois anos desde a cirurgia e vigiar periodicamente a gravidez.



2. CUIDADOS COM A PELE E O ESTOMA

A pele à volta do estoma é sensível, requerendo deste modo cuidados diários:

- A zona da pele onde vai colocar o saco deve estar sempre limpa e bem seca, de modo a permitir uma boa aderência;
- A pele e o estoma devem ser limpos com água morna e sabão neutro. Não deve esfregar com força nem utilizar toalhas ásperas, de preferência uma toalha turca já usada ou um lenço de papel. O seu estoma não dói, logo pode ser magoado sem que se aperceber: Vigie-o diariamente;
- Não devem ser usados produtos tais como: água de colónia, álcool, éter, tintura de benjoim, acetona, etc. Alguns destes produtos retiram a gordura protetora da pele;
- Não deve usar depilatórios para retirar os pelos à volta do estoma. Deverá cortá-los com uma tesoura ou se preferir, rapar com lâmina, faça-o no sentido do crescimento dos pelos.



4. ASPETOS DO QUOTIDIANO

• BANHO/HIGIENE

Não se preocupe porque não há perigo para o estoma. Pode também tomar banho de mar: ser com ou sem o saco coletor.

Os sacos são feitos de material impermeável e são colocados com o auxílio de uma toalha. Para os colocar, deve colocar um autocolante sobre o mesmo para evitar que se perca o efeito.

• COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO

Sistema de uma peça



- Lavar o estoma com água e sabão neutro e secar.
- Se utilizar dispositivo de uma peça, o diâmetro do papel protetor deve ser maior do que o diâmetro do estoma para garantir um bom selo.



♦ **VESTUÁRIO**

Pode continuar a vestir-se como antes, no entanto aconselha-se a não usar roupas muito apertadas por cima do estoma, pois isso pode-lhe trazer algum desconforto. Caso o estoma fique na linha da cintura, aconselha-se o uso de suspensórios em vez de cinto.

As senhoras podem usar cintas, fazendo um orifício no local do estoma.

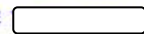
Pode usar fato de banho, utilizando de preferência neste caso, os mini-sacos.



♦ **ALIMENTAÇÃO**

A alimentação pode ser sem restrições, se não tiver nenhuma doença que o impeça. Se no entanto já seguia alguma dieta parcial, deverá continuar com ela.

Aconselhamos a que vá experimentando um alimento diferente de cada vez para saber qual é o seu efeito, e assim o poder retirar se o achar menos conveniente. Em relação ao álcool, pode beber de vez em quando: se não exagerar não faz mal.



♦ Se o estoma está rodeado de algumas pregas ou cicatrizes, pode aplicar pastas niveladoras, de modo a aplicar o saco perfeitamente.

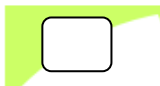
♦ Na aplicação do dispositivo tenha a atenção de centrar bem em cima do estoma evitando assim a fuga de fezes e comece por aplicar o saco tentando não tocar com os dedos na parte com adesivo, e vá colando de baixo para cima, em relação ao estoma.



♦ Se utilizar o saco aberto, lembre-se que tem que o fechar com o clamp.

♦ Quando tiver de trocar o saco, separe-o da pele com cuidado, puxando o adesivo de cima para baixo.

♦ Antes de colocar o novo saco lembre-se que a pele tem de estar perfeitamente limpa e seca.



♦ **ATIVIDADE PROFISSIONAL/ATIVIDADE DESPORTIVA**

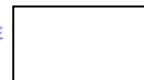
Assim que se sinta bem e tenha consentimento do médico, deve retomar a sua atividade profissional. Inicialmente pode trabalhar em qualquer tarefa, desde que não necessite de elevar objetos pesados. Deve evitar que algo rígido faça fricção ao nível do estoma.

Pode usar fato de banho, utilizando neste caso, de preferência os mini-sacos.



O exercício físico é essencial para a sua saúde e bem estar. Aconselha-se a marcha e o passeio a pé; no entanto pode praticar outros desportos consoante a preferência, a idade e a condição física.

Se desejar praticar um desporto que exija um esforço físico maior, deverá consultar o seu médico.



B—SISTEMAS DE DUAS PEÇAS



Bolsa de duas peças

Este tipo de sistema é formado por um penso protetor cutâneo e por um saco de recolha que se une ao penso por um sistema de aros de conexão ou sistema adesivo. Deste modo pode mudar-se o saco sem ser necessário retirar o penso da pele.

Existem também dois tipos de sacos: abertos e fechados. Os sacos fechados estão indicados para colostomias. Os sacos abertos estão indicados para ileostomias e urostomias.

C—OUTROS DISPOSITIVOS

Para além dos sistemas de recolha, existem outros produtos e sistemas de apoio:

- ♦ sistemas de irrigação;
- ♦ pastas niveladoras cutâneas;
- ♦ Cintos;
- ♦ Sacos de drenagem noturna para urostomias;
- ♦ Clamps para sacos abertos;
- ♦ muitos outros acessórios—aconselhe-se com a Enfermeira da consulta de estomaterapia.

Sistemas de duas peças



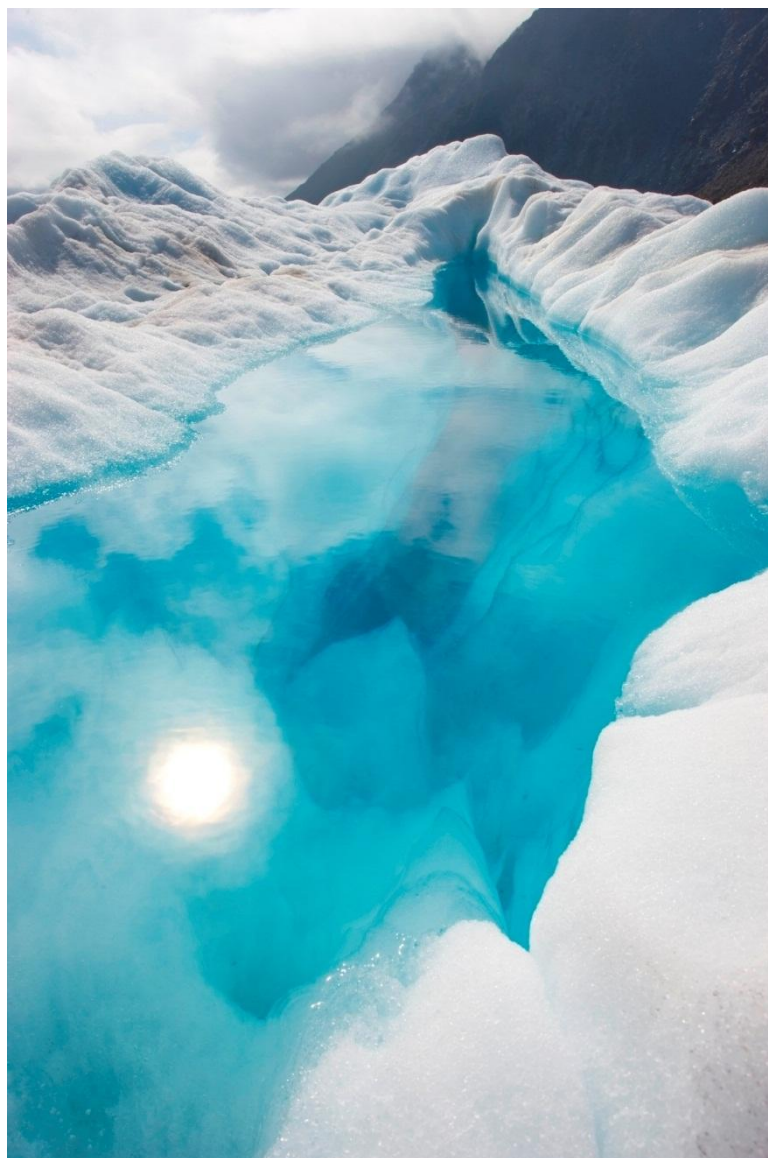
- Lavar o estoma e a pele à volta com sabão neutro e secar suavemente.
- Meça o diâmetro à volta do estoma e desenhe-o no papel protetor do penso. Recorte com uma tesoura a placa, abrindo um orifício semelhante ao seu estoma.
- Se o seu estoma está rodeado de algumas pregas ou cicatrizes, pode aplicar pasta niveladora, de modo a aplicar o saco perfeitamente.
- Retire o papel protetor e aplique o penso na zona do estoma, tenha a atenção de centrar bem em cima do estoma evitando assim a fuga de fezes e comece por aplicar o penso adesivo tentando não tocar com os dedos na parte com aderente, e vá colando de baixo para cima, em relação ao estoma. Massageie a fim de conseguir uma boa aderência.
- Aplique pasta para proteger a pele que tenha ficado entre o penso e o estoma, com o fim de conseguir uma máxima proteção.



- Prenda o saco ao penso como se fosse uma embalagem hermética, certificando-se que fica bem preso.
- O penso pode permanecer na pele vários dias, você decidirá quando o deve retirar e substituir por outro. Ao fazê-lo separe-o da pele com cuidado, puxando-a de cima para baixo.
- Quando retirar o penso deve limpar e secar cuidadosamente a pele.

APÊNDICE XII

*Manual de registos de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com
OEI em SClínico*



Registos de enfermagem

PROGRAMA OSTOMIZADOS
SCLÍNICO VERSÃO 3.11

Ana Nóbrega e Silva | Abril 2021

Introdução

A - Os cuidados de enfermagem prestados às pessoas com ostomias de eliminação intestinal (OEI) e às suas famílias/cuidadores, devem ser registados em SClínico, no programa Ostomizados.

Este guia de orientação dos registos em SClínico destina-se a apoiar os enfermeiros em cuidados de saúde primários, que prestam cuidados a pessoas com OEI.

1º Escolher programa “Ostomizados”

2º Escolher “Avaliação inicial”:

“Situações especiais”

“ostomias”:

Registrar: Tipos de Ostomias

Data de cirurgia

Local cirurgia

Patologias associadas

Complicações do estoma

Observações

3º Registrar avaliações diagnósticas (ver Anexo 1 – Tabela):

Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação

Avaliar conhecimento para promover o autocuidado da ostomia de eliminação

Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação

Avaliar capacidade para o autocuidado da ostomia de eliminação

Avaliar risco de maceração

Avaliar maceração

Avaliar autocontrolo: incontinência intestinal

Avaliar aceitação do estado de saúde

Avaliar comportamentos de procura de saúde

Avaliar potencial para reconstrução da autonomia

Avaliar risco de desidratação

Avaliar risco de obstipação

Abrindo o programa de Saúde Mental, poderá registar “Avaliar imagem corporal” e “Avaliar autoestima”

Poderão ainda ser avaliadas outras intervenções diagnósticas de acordo com as necessidades da pessoa com OEI, como:

1. Avaliar 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

2. Avaliar autocuidado no idoso e na pessoa dependente

3. Avaliar papel do prestador de cuidados (no caso de pessoa dependente):

4. Avaliar papel do cuidador

Avaliar potencial do cuidador para tomar conta

Avaliar capacidade do cuidador para tomar conta

5. Avaliar stress prestador de cuidados:

Avaliar stress do prestador de cuidados

Avaliar conhecimento do cuidador para gerir stress

B - Se quiser introduzir uma intervenção, sem abrir um diagnóstico:

Abrir “processo de enfermagem”

“intervenções”

Carregar nas intervenções – “Todas” – escrever a intervenção que se pretende – escolher o horário (“neste contato”, “Próximo contato”, “por programa”, “todos os contatos” ou “dia/hora fixa”).

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO	REGISTO DE INTERVENÇÕES DO TIPO VIGIAR	INTERVENÇÕES SUGERIDAS
<p>AVALIAR AUTOCUIDADO DA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO (Ostomizados)</p>	<p>Registrar escala e avaliação autocuidado da ostomia de eliminação</p> <p>Necessita de apoio da pessoa; Dependente, não participa; Necessita de ajuda do equipamento;</p> <p>Completamente independente.</p> <p>Se Dependente no autocuidado da ostomia de eliminação / se necessita de apoio da pessoa ou equipamento:</p> <p>Se independente no autocuidado da ostomia de eliminação:</p>	<p>Intervenções relacionadas:</p> <p>Avaliar potencial para melhorar conhecimento; Avaliar potencial para melhorar capacidade; Avaliar conhecimento para promover o autocuidado da ostomia de eliminação (ver ponto seguinte avaliação do conhecimento sobre ostomia de eliminação). Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação (ver ponto seguinte avaliação do conhecimento sobre ostomia de eliminação). Avaliar capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação ver ponto seguinte avaliação da capacidade); Avaliar capacidade para o autocuidado da ostomia de eliminação (ver ponto seguinte avaliação da capacidade).</p> <p>Intervenções relacionadas:</p> <p>Assistir no autocuidado ao estoma; Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação; Ensinar sobre ostomia de eliminação; Ensinar sobre recursos da comunidade; Executar terapia através de dispositivos de ultrassons; Instruir prestador de cuidados para assistir no auto cuidado; Irrigar o intestino através de ostomia; Limpar a pele periférica ao estoma; Orientar para o enfermeiro de família; Otimizar dispositivo de ostomia; Otimizar ostomia de eliminação; Providenciar dispositivo; Treinar cuidador no uso de dispositivo de ostomia de eliminação; Trocar dispositivo de urostomia; Trocar placa de ostomia; Trocar saco de colostomia; Trocar saco de ileostomia;</p> <p>Vigiar estoma:</p> <p>i) Coloração rosa forte ou vermelho vivo; ii) Aspeto brilhante e com formato regular; iii) Sem edema, ulceração ou nódulos na mucosa; iv) Sem sinais de hemorragia; v) Pele peri-lesional íntegra.</p> <p>Vigiar pele periférica ao estoma:</p> <p>i) Pele íntegra; ii) Com eritema; iii) Com maceração; iv) Com escoriação v) Pele seca; vi) Pele húmida.</p> <p>Intervenções relacionadas</p> <p>Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação; Ensinar sobre ostomia de eliminação; Limpar a pele periférica ao estoma; Providenciar dispositivos; Vigiar estoma; Vigiar pele periférica ao estoma</p>
<p>AVALIAR CONHECIMENTO PARA PROMOVER O AUTOCUIDADO DA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO (Ostomizados)</p>	<p>Escala de registo de conhecimento sobre ostomia de eliminação: (demonstra/não demonstra)</p> <p>Conceito de ostomia de eliminação; Finalidade da ostomia de eliminação; Direitos da pessoa ostomizada; Material necessário; Aquisição do material necessário; Periodicidade da troca dos dispositivos; Adequação dos dispositivos ao estoma; Técnica de remoção dos dispositivos; Limpeza da ostomia e pele peri-estoma; Técnica de adaptação dos dispositivos ao estoma; Alterações da pele peri-estoma; Alterações/complicações do estoma; Trabalho e lazer; Alimentação e hidratação; Vestuário; Exercício físico; Higiene; Relacionamento sexual; Apoio profissional.</p>	<p>Intervenções sugeridas:</p> <p>Se potencial para melhorar o conhecimento: Avaliar potencial para melhorar o conhecimento; Educar para a saúde; Ensinar sobre comportamento de procura de saúde; Ensinar sobre doença.</p>

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO	REGISTO DE INTERVENÇÕES DO TIPO VIGIAR	INTERVENÇÕES SUGERIDAS
<p>AVALIAR CONHECIMENTO DO CUIDADOR SOBRE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO (Ostomizados)</p>	<p>Escala de registo de conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação: (demonstra/não demonstra)</p> <p>Conceito de ostomia de eliminação; Finalidade da ostomia de eliminação; Direitos da pessoa ostomizada; Material necessário; Aquisição do material necessário; Periodicidade da troca dos dispositivos; Adequação dos dispositivos ao estoma; Técnica de remoção dos dispositivos; Limpeza da ostomia e pele peri-estoma; Técnica de adaptação dos dispositivos ao estoma; Alterações da pele peri-estoma; Alterações/complicações do estoma; Trabalho e lazer; Alimentação e hidratação; Vestuário; Exercício físico; Higiene; Relacionamento sexual; Apoio profissional.</p>	<p>Intervenções sugeridas:</p> <p>Avaliar o conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação; Ensinar o cuidador sobre dispositivos para ostomia de eliminação; Ensinar sobre dispositivos para o auto cuidado do estoma; Instruir o cuidador no uso de dispositivos de ostomia de eliminação; Instruir o cuidador para tratar do estoma.</p>
<p>AVALIAR CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO DA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO; (Ostomizados)</p>	<p>Registar escala de capacidade para autocuidado da ostomia de eliminação: (demonstra/não demonstra)</p> <p>Reunir material necessário; Despejar o saco de ostomia; Remover o saco de ostomia/peça única; Remover a placa/peça única; Limpeza do estoma e pele peri estoma; Reconhece alterações do estoma e pele peri estoma; Recortar a placa; Colocar placa/peça única;</p>	<p>Se potencial para melhorar capacidade demonstrada:</p> <p>Intervenções sugeridas</p> <p>Assistir no autocuidado ao estoma; Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação; Ensinar sobre ostomia de eliminação; Ensinar sobre recursos da comunidade; Executar terapia através de dispositivos de ultrassons; Instruir prestador de cuidados para assistir no auto cuidado; Irrigar o intestino através de ostomia; Limpar a pele periférica ao estoma; Orientar para o enfermeiro de família; Otimizar dispositivo de ostomia; Otimizar ostomia de eliminação; Providenciar dispositivo; Treinar cuidador no uso de dispositivo de ostomia de eliminação; Trocar dispositivo de urostomia; Trocar placa de ostomia; Trocar saco de colostomia; Trocar saco de ileostomia; Vigiar estoma; Vigiar pele periférica ao estoma</p>
<p>AVALIAR RISCO DE MACERAÇÃO; (Ostomizados)</p>	<p>Registar escala: Condições de risco:</p> <p>Ostomia: Não/sim; Incontinência intestinal: Não/sim; Incontinência urinária: Não/sim;</p> <p>Diarreia: Não/sim; Hipersudorese: Não/sim; Pregas cutâneas: Não/sim;</p> <p>Registar escala de conhecimentos sobre: [demonstra/não demonstra - de acordo com cada grupo escolhido [utente/prestador de cuidados/mãe (ou) pai]</p> <p>Processo patológico; Complicações do processo patológico; Cuidados com a pele; Sinais de maceração; Atuação em caso de maceração</p>	<p>Intervenções relacionadas se diagnóstico de risco de maceração:</p> <p>Avaliar potencial para melhorar o conhecimento; Avaliar conhecimento sobre prevenção de maceração; Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de maceração; Avaliar conhecimento do da mãe (ou) do pai sobre prevenção de maceração;</p> <p>Intervenções relacionadas:</p> <p>1. Se potencial para melhorar conhecimento (utente/prestador de Cuidados/ mãe (ou) pai); Avaliar conhecimento sobre prevenção de maceração; Ensinar sobre prevenção de maceração; Instruir a prevenção de maceração.</p> <p>2. Se risco de maceração:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar creme; • Aplicar protetor cutâneo; • Avaliar risco de maceração; • Colocar dispositivo urinário externo; • Manter pele seca; • Otimizar dispositivo de ostomia; • Otimizar fralda; • Trocar fralda; <p>Vigiar pele periférica ao estoma.</p>
<p>AVALIAR MACERAÇÃO; (Ostomizados)</p>	<p>Sem maceração; Com maceração: Registrar localização do corpo</p>	<p>Intervenções relacionadas:</p> <p>Aplicar creme; Avaliar maceração; Executar tratamento da maceração; Manter pele seca; Otimizar dispositivo de ostomia; Otimizar fralda; Trocar fralda; Vigiar pele periférica ao estoma.</p>

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO	REGISTO DE INTERVENÇÕES DO TIPO VIGIAR	INTERVENÇÕES SUGERIDAS
<p>AVALIAR AUTO CONTROLO: INCONTINÊNCIA INTESTINAL; (Ostomizados)</p>	<p>Toma disposições para a continência intestinal</p> <p>Não toma disposições para a continência intestinal.</p> <p>Avaliar potencial para o conhecimento;</p> <p>Avaliar potencial para melhorar a capacidade;</p> <p>Avaliar conhecimento para promover o auto controlo: continência intestinal:</p> <p>i) Estratégia para o auto controlo: continência intestinal;</p> <p>ii) Técnica de irrigação do intestino.</p> <p>Avaliar capacidade para irrigar intestino:</p> <p>i) Executar técnica de irrigação do intestino (demonstra/não demonstra)</p> <p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre continência intestinal:</p> <p>i) Estratégia para o auto controlo: continência intestinal;</p> <p>ii) Técnica de irrigação do intestino.</p>	<p>Intervenções relacionadas:</p> <p>Avaliar conhecimento para promover o auto controlo: continência intestinal;</p> <p>Ensinar sobre auto controlo continência intestinal;</p> <p>Ensinar sobre hábitos de eliminação intestinal;</p> <p>Ensinar sobre incontinência intestinal.</p> <p>Intervenções relacionadas:</p> <p>Avaliar a capacidade para irrigar o intestino;</p> <p>Instruir a irrigar o intestino;</p> <p>Treinar a irrigar o intestino.</p> <p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre continência urinária;</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação.</p>
<p>AVALIAR ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE; (Ostomizados)</p>	<p>Registar escala de Aceitação do estado de saúde:</p> <p>(demonstra/não demonstra):</p> <p>Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde;</p> <p>Abandono do conceito da condição de saúde anterior;</p> <p>Reações/sentimentos/crenças positivos perante a nova condição de saúde;</p> <p>Reconhece/conscencializa-se da realidade da nova condição de saúde;</p> <p>Motivação/desenvolvimento/procura informação com vista a enfrentar a nova condição de saúde;</p> <p>Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde (sim/não)</p>	<p>Se diagnóstico de Aceitação do estado de saúde :comprometida:</p> <p>Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde;</p> <p>Avaliar aceitação do estado de saúde;</p> <p>Incentivar a usar os serviços da comunidade;</p> <p>Incentivar a aceitação do estado de saúde;</p> <p>Ensinar sobre estratégias adaptativas;</p> <p>Ensinar sobre recursos da comunidade;</p> <p>Ensinar sobre serviços de saúde;</p> <p>Incentivar a comunicação de emoções;</p> <p>Incentivar a aceitação do estado de saúde;</p> <p>Incentivar a interação social;</p> <p>Incentivar o envolvimento da família;</p> <p>Orientar a família para o serviço médico;</p> <p>Orientar o prestador de cuidados para o serviço médico;</p> <p>Promover a consciencialização;</p> <p>Referir para o serviço médico</p>
<p>AVALIAR COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE. (Ostomizados)</p>	<p>Registar escala de Comportamentos de procura de saúde (Sim/Não)</p> <p>Procura informações de acordo com o seu estado de saúde</p> <p>Procura corretamente os recursos de saúde;</p> <p>Realiza as consultas de vigilância preconizadas.</p> <p>Intervenções relacionadas:</p> <p>Avaliar conhecimento para promover comportamentos de saúde</p> <p>Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</p> <p>Registar escala de conhecimento de comportamentos de procura e saúde:</p> <p>(demonstra/não demonstra)</p> <p>Comportamentos de procura de saúde</p> <p>Estratégias para comportamento de procura de saúde;</p> <p>Serviços de saúde;</p> <p>Recursos da comunidade.</p>	<p>Avaliar conhecimento para promover comportamento de saúde;</p> <p>Intervenções relacionadas:</p> <p>Ensinar comunidade sobre comportamento de saúde;</p> <p>Ensinar sobre comportamento de saúde;</p> <p>Ensinar sobre recursos da comunidade;</p> <p>Ensinar sobre serviços de saúde;</p> <p>Ensinar sobre visita domiciliária;</p> <p>Incentivar comportamentos de saúde;</p> <p>Orientar a família para o serviço comunitário;</p> <p>Orientar para o enfermeiro de família;</p> <p>Orientar para o serviço de saúde;</p> <p>Planear consulta;</p>
<p>AVALIAR POTENCIAL PARA RECONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA (Ostomizados)</p>	<p>Abre o foco de atenção do utente:</p> <p>Auto cuidado;</p> <p>Auto cuidado: higiene;</p> <p>Autocuidado: arranjo pessoal;</p> <p>Auto cuidado: vestuário;</p> <p>Alimentar-se;</p> <p>Auto cuidado: beber;</p> <p>Auto cuidado: uso sanitário</p>	<p>Regista escala de potencial reconstrução de autonomia</p> <p>(Não demonstra/baixa/média/alta)</p> <p>Conscencialização das mudanças no seu estado de saúde;</p> <p>Força de vontade expressa na aprendizagem</p> <p>Crença demonstrada que é capaz de recuperar</p> <p>Desejo expresso em setornar independente</p> <p>Motivação, proatividade e envolvimento no processo ensino/aprendizagem</p> <p>Avalia capacidade cognitiva e capacidade física</p> <p>Se potencial para reconstrução da autonomia, abre intervenções relacionadas com o foco de atenção avaliado (higiene/arranjo pessoal/vestuário/alimentar-se/autocuidado: beber/autocuidado : uso sanitário)</p>

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO	REGISTO DE INTERVENÇÕES DO TIPO VIGIAR	INTERVENÇÕES SUGERIDAS
<p>AVALIAR RISCO DE DESIDRATAÇÃO (Ostomizados)</p>	<p>Registar escala de Condições de risco de desidratação: (Sim/Não) Febre; Sudorese intensa; Diarreia; Vômitos frequentes; Aumento débito urinário; Baixa ingestão de líquidos;</p> <p>Se utente tiver condições de risco de desidratação:</p> <p>Se risco de desidratação, abre escala de registo de conhecimento sobre risco de desidratação (demonstra/não demonstra); Processo patológico; Complicações do processo patológico; Sinais de desidratação; Atuação em caso de desidratação</p>	<p>Intervenções relacionadas a realizar:</p> <p>Avaliar potencial para melhorar o conhecimento; Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação; Avaliar conhecimento sobre prevenção da desidratação;</p> <p>Intervenções relacionadas a realizar: Ensinar sobre complicações; Ensinar sobre prevenção de complicações; Ensinar sobre prevenção de desidratação.</p> <p>Intervenções relacionadas a realizar:</p> <p>Gerir ingestão de líquidos; Incentivar ingestão de líquidos; Monitorizar entrada e saída de líquidos; Planear ingestão de líquidos; Monitorizar peso corporal.</p>
<p>AVALIAR RISCO DE OBSTIPAÇÃO (Ostomizados)</p>	<p>Registar escala de condições de risco para obstipação: Ingestão de líquidos: adequada/não adequada; Apetite: normal/diminuído; Fadiga: não/sim; Inatividade: não/sim; Prescrição de medicação obstipante: não/sim;</p> <p>Abre escala de registo de conhecimentos sobre obstipação: (demonstra/não demonstra) Processo patológico; Complicações do processo patológico; Hábitos alimentares; Hábitos intestinais; Dieta; Atividade física</p>	<p>Intervenções relacionadas a realizar:</p> <p>Avaliar conhecimento sobre prevenção obstipação; Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de</p> <p>Se tiver potencial para conhecimento, intervenções a realizar: Aconselhar sobre padrão de eliminação intestinal adequado; Avaliar conhecimento sobre prevenção obstipação; Ensinar sobre dieta; Ensinar sobre eliminação intestinal; Ensinar sobre padrão alimentar; Ensinar sobre prevenção de obstipação; Instruir treino intestinal.</p> <p>Se diagnóstico de Risco de obstipação, intervenções a realizar: Aconselhar sobre padrão de eliminação intestinal; Auscultar; Avaliar risco de obstipação; Ensinar sobre dieta; Ensinar sobre eliminação intestinal; Estimular eliminação intestinal; Incentivar atividade física; Incentivar ingestão de líquidos; Planear dieta; Vigiar eliminação intestinal; Vigiar abdómen.</p>
<p>AVALIAR IMAGEM CORPORAL (Saúde mental)</p>	<p>Escala de registo de Imagem corporal: Imagem corporal: (positiva/negativa/distorcida); Preocupação excessiva com imagem corporal: (sim/não);</p> <p>Se algum destes itens estiver presente, abre Intervenções relacionadas: Avaliar conhecimento sobre imagem corporal</p> <p>Escala de registo sobre Conhecimento sobre imagem corporal: (demonstra/não demonstra) Alteração da imagem corporal; Estratégias adaptativas;</p>	<p>Se potencial para melhorar o conhecimento sobre imagem corporal: Intervenções relacionadas: Ensinar sobre imagem corporal; Ensinar sobre estratégias adaptativas; Instruir sobre estratégias adaptativas;</p> <p>Se diagnóstico de Imagem corporal comprometida: Assistir a pessoa a restaurar a imagem corporal; Avaliar imagem corporal; Disponibilizar suporte emocional; Ensinar sobre imagem corporal; Executar intervenções psicoterapêuticas; Incentivar análise da imagem corporal; Incentivar interação social com grupo de suporte; Incentivar envolvimento familiar; Orientar para grupo de suporte; Optimizar comunicação; Executar terapia de grupo; Executar terapia de modificação de comportamento; Gerir grupo de suporte.</p>

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO	REGISTO DE INTERVENÇÕES DO TIPO VIGIAR	INTERVENÇÕES SUGERIDAS
AVALIAR AUTOESTIMA (Saúde mental)	Registrar escala de Rosenberg: (concordo bastante/concordo/discordo/discordo bastante); No geral estou satisfeito comigo próprio; Às vezes penso que não valho nada; Sinto que tenho qualidades positivas; Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas; Sinto que tenho muito que me orgulhe; Às vezes sinto-me mesmo inútil; Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas; Desejava ter mais respeito por mim próprio; Em tudo o que faço, tendo a sentir que sou um falhanço; Tenho uma atitude positiva para comigo.	Disponibilizar suporte emocional; Encorajar expressão de crenças; Encorajar interação social; Escutar; Executar intervenção psicoterapêutica; Executar terapia de grupo; Incentivar a comunicação de emoções; Incentivar interação social com grupo de suporte; Incentivar o apoio/suporte da família; Incentivar envolvimento da família; Orientar para um grupo de suporte; Promover auto estima; Vigiar comportamento.
AVALIAR GESTÃO DO REGIME TERAPÉUTICO	Intervenções relacionadas a realizar: Avaliar potencial para melhorar o conhecimento; Avaliar potencial para melhorar a capacidade; Avaliar a capacidade para gerir regime medicamentoso; Avaliar a capacidade para gerir regime de exercício; Avaliar a capacidade para gerir regime dietético; Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso; Avaliar conhecimento sobre regime de exercício; Avaliar conhecimento sobre regime dietético. 1. Registrar escala de avaliação da capacidade para gerir regime medicamentoso; (sim/não): Providencia/adquire medicamento; Ajusta horário e dose de medicamento; Prepara o medicamento; 2. Registrar escala de avaliação da capacidade para gerir regime dietético: (sim/não) Explica as relações entre dieta, exercício e peso corporal; Adequa a dieta; Explica as razões para a dieta recomendada; Lê e interpreta os rótulos dos produtos alimentares; 3. Registrar escala de avaliação da capacidade para gerir regime de exercício. 4. Registrar escala de conhecimento sobre regime medicamentoso; (sim/não): Descreve a via de administração de medicamento; Descreve o efeito pretendido com o medicamento; Descreve efeitos secundários/interação do medicamento; Descreve o armazenamento do medicamento. 5. Registrar escala de conhecimento sobre regime dietético; (sim/não): Descreve dieta recomendada (consistência, horário, quantidade); Descreve alimentos adequados/evitar; Descreve as orientações para a preparação dos alimentos.	1. Intervenções sugeridas se potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso: Ensinar sobre regime medicamentoso; Incentivar adesão ao regime medicamentoso; Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso. 2. Intervenções relacionadas se potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético: Ensinar sobre dieta; Ensinar sobre hábitos alimentares; Ensinar sobre padrão alimentar; Incentivar hábitos alimentares saudáveis; Negociar com a pessoa a dieta; Planear as refeições; Planear a dieta. 3. Intervenções sugeridas se potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício:
AVALIAR AUTOCUIDADO (Saúde do Idoso) (Dependentes)	1. Registrar escala de Monitorização da dependência através da Escala de Barthel: Alimentação; Transferência; Toalete; Utilização do WC; Banho; Mobilidade; Subir e descer escadas; Vestir; Controlo intestinal; Controlo urinário. 2. Registrar escala de Potencial para a autonomia: (não demonstra/reduzida/moderada/elevada) Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde; Força de vontade expressa na aprendizagem; Crença demonstrada que é capaz de recuperar; Desejo expresso em se tornar mais independente; Motivação, proatividade e envolvimento no processo ensino/aprendizagem; Capacidade cognitiva; Capacidade física. 3. Registrar escala de conhecimento sobre autocuidado: (não demonstra/demonstra/não aplicável) Estratégias adaptativas para o autocuidado; Dispositivos/ajudas técnicas; Necessidade de adaptação do domicílio; Barreiras arquitetónicas.	Intervenções relacionadas: Avaliar conhecimento do cuidador para promover autocuidado; Avaliar potencial de reconstrução da autonomia; Avaliar conhecimento para promover o auto cuidado. Se potencial para a reconstrução da autonomia: Incentivar a pessoa para o autocuidado; Incentivar envolvimento da pessoa; Incentivar esperança; Incentivar iniciativa; Incentivar o uso de dispositivos; Incentivar o progresso; Incentivar a tomada de decisão; Promover a consciencialização.

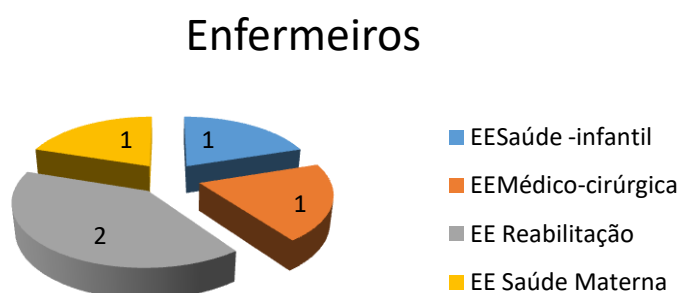
APÊNDICE XIII - A

Resultado da avaliação dos conhecimentos da equipa da USF sobre cuidados à POEI antes da formação

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DA EQUIPA DA USF SOBRE CUIDADOS À PESSOA COM OEI

O questionário de avaliação dos conhecimentos da equipa da USF (médicos e enfermeiros) foi criado no Google forms, e foi enviado à equipa para preparar a formação de acordo com as necessidades da equipa.

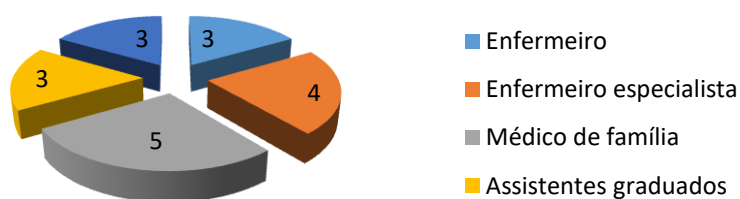
Foram dezoito (18) as pessoas que responderam ao questionário, sendo que responderam onze (11) médicos, sete (7) enfermeiros. A média de idades das inquiridos foi de 43,5 anos, sendo que as idades variaram entre 27 e 66 anos. Quanto ao género, quinze (15) são do sexo feminino e três (3) do sexo masculino. Em relação às habilitações literárias responderam que cinco (5) possuíam a licenciatura, doze (12) a especialidade, quatro (4) o mestrado, e um (1) o doutoramento. Dos profissionais com especialidade destacam-se um (1) enfermeiro com especialidade em Enfermagem em Saúde infantil, um (1) com especialidade em enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, dois (2) com especialidade em enfermagem de reabilitação e um (1) enfermeiro com especialidade em enfermagem Médico-cirúrgica.



Em relação aos médicos cinco (8) responderam que têm a especialidade em Medicina Geral e Familiar, um (1) tem mestrado em comunicação em saúde e uma pós graduação em Geriatria, um (1) possui um doutoramento em Biologia.

Quanto à categoria profissional que exercem, três (3) são Enfermeiros, quatro (4) são Enfermeiros especialistas, cinco (5) são médicos de família, três (3) responderam que são Assistentes graduados e três (3) são internos de Medicina Geral e Familiar.

Categoria profissional



Quanto ao tempo que exercem a profissão, a média de anos de trabalho é de 17,9 anos, e os valores variam entre 1 a 41 anos.

Em relação á questão se tinham tido formação sobre ostomias há menos de 5 anos, todos responderam que não (100%) .

Análise das respostas em relação aos conhecimentos:

Questão 1

1. Seleccione as afirmações que são verdadeiras

- Os estomas criados com intestino podem ser chamados de ileostomias, colostomias e urostomias
- Numa colostomia descendente ou sigmoide, as fezes são tendencialmente líquidas
- Numa ileostomia as fezes são tendencialmente pastosas ou sólidas
- Com o passar dos dias após a cirurgia, o estoma diminui de tamanho e torna-se húmido, brilhante e transl...
- Existem dispositivos de peça única e de duas peças
- Os dispositivos de duas peças são mais aconselhados para doentes com colostomias
- O estoma e a pele peri-estoma deve ser lavado em casa com soro fisiológico
- Um doente com colostomia pode tomar banho retirando o seu dispositivo na totalidade

- Quando o doente quer tomar banho com o dispositivo, deve colocar o autocolante que vem com o disposit...
- Quando um doente com colostomia/ileostomia verifica que tem odor mais acentuado das fezes, deve col...
- Um dispositivo com sistema convexo, seja de uma ou de duas peças deve ser colocado quando o doente ...
- Quando existe prolapso do estoma o doente deve ser encaminhado com urgência para o hospital

Selecione as afirmações que são verdadeiras	Nº respostas
Os estomas criados com intestino podem ser chamadas de ileostomias, colostomias e urostomias	2
Numa colostomia descendente ou sigmoide, as fezes são tendencialmente líquidas	5
Numa ileostomia as fezes são tendencialmente pastosas ou sólidas	0
Com o passar dos dias após a cirurgia, o estoma diminui de tamanho e torna-se húmido, brilhante e translúcido	8
Existem dispositivos de peça única e de duas peças	11
Os dispositivos de duas peças são mais aconselhados para doentes com colostomias	6
O estoma e a pele peri-estoma deve ser lavado em casa com soro fisiológico	6
Um doente com colostomia pode tomar banho retirando o seu dispositivo na totalidade	4
Quando o doente quer tomar banho com o dispositivo, deve colocar o autocolante que vem com o dispositivo, em cima do filtro	10
Quando um doente com colostomia/ileostomia verifica que tem odor mais acentuado das fezes, deve colocar os pensos autocolantes (que vem com o dispositivo) em cima do filtro.	4
Um dispositivo com sistema convexo, seja de uma ou de duas peças deve ser colocado quando o doente apresenta má aderência do dispositivo à pele	4
Quando existe prolapso do estoma o doente deve ser encaminhado com urgência para o hospital	4

Legenda: Respostas corretas

Questão 2:

2. Escolha a resposta certa

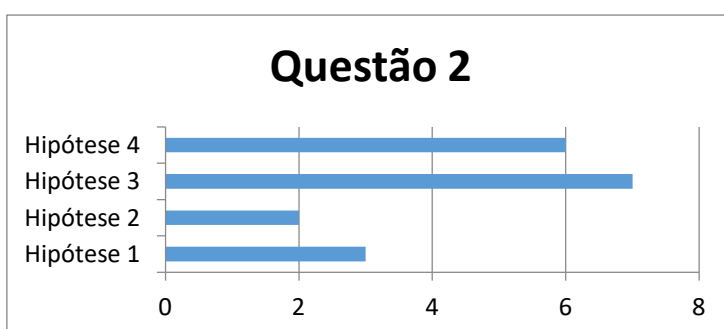
Se o doente apresenta pele macerada, deve ser colocado pomada de vit A para cicatrização, e alargado o r...

Se existe maceração, o recorte do dispositivo deve ser feito justo ao estoma e colada a placa de hidrocolo...

Existem pós cicatrizantes (à base de hidrocoloide) que devem ser colocados na maceração seca;

Todas as hipóteses estão certas.

A resposta certa era a hipótese 2. Verificou-se que apenas duas (2) pessoas responderam corretamente



Questão 3:

3. Escolha a resposta certa

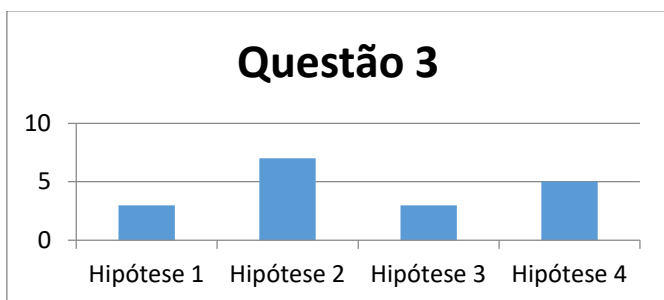
O doente com uma ostomia de eliminação deve retirar o saco de cima para baixo;

O saco deve ser mudado quando tiver $\frac{1}{2}$ da sua capacidade cheia;

O doente com ostomia de eliminação deve colar o saco de cima para baixo;

Todas as hipóteses estão certas.

A resposta certa era a primeira hipótese, sendo que apenas três (3) pessoas responderam corretamente.



Questão 4

4. Responda se é verdadeira ou falsa a afirmação: "Um doente com uma ostomia de eliminação intestinal tem direito a 90% da comparticipação dos materiais acessórios (como removedores, cremes, anéis e pós) e 100% de comparticipação dos dispositivos coletores (sacos e placas)".

Verdadeiro


Falso


A resposta certa era "falso". Ninguém respondeu corretamente.

Questão 5:



5 a) Identifique por favor o tipo de complicação e o tratamento a ser feito:
Long answer text

5 b) Identifique por favor o tipo de complicação e o tratamento a ser feito:

Long answer text

5 c) Identifique por favor o tipo de complicação e o tratamento a ser feito:

Long answer text

5 a) Apenas uma (1) pessoa respondeu acertadamente à identificação do problema, duas (2) erraram e restantes 15 não responderam. Nenhuma pessoa deu resposta sobre o tratamento.

5 b) Três (3) pessoas identificaram acertadamente a situação , três (3) não acertaram, e doze (12) não deram resposta . Ninguém deu resposta sobre o tratamento: .

5 c) Oito (8) das pessoas responderam acertadamente na identificação da situação, sendo que apenas uma (1) repondeu qual o tratamento a fazer, de forma correta.

Questão 6

Section 3 of 3

Apenas para ENFERMEIROS. Se é médico passe para o item 8 sff.

Description (optional)

6. Mencione 3 intervenções diagnósticas que considere importante registrar no SClínico, quando vai registrar os cuidados prestados a um doente com uma ostomia de eliminação.

Long answer text

Dos sete (7) enfermeiros um (1) respondeu acertadamente mas tendo respondido apenas 2 intervenções (vigiar a ostomia e vigiar a pele periestomal), os restantes não responderam.

Questão 7

7. Mencione 2 itens que considera importante registrar no SClínico, na Avaliação inicial, em relação aos estomas

Long answer text

Em relação a esta questão, dos sete (7) enfermeiros, dois (2) responderam corretamente: data da cirurgia e o tipo de ostomia.

APÊNDICE XIII -B

Resultado da avaliação dos conhecimentos da equipa da USF sobre cuidados à POEI após a formação

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DA EQUIPA DA USF SOBRE CUIDADOS À PESSOA COM OEI APÓS A FORMAÇÃO

O questionário de avaliação dos conhecimentos da equipa da USF (médicos e enfermeiros) foi novamente entregue aos profissionais que assistiram à formação apresentada no dia 16 de abril 2021 intitulada “Intervenções do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado à pessoa com OEI”, de forma a se perceber se houve melhoria nos conhecimentos dos profissionais de saúde. Foram quatorze (14) as pessoas que responderam ao questionário, sendo que responderam oito (8) médicos, seis (6) enfermeiros. Não foi possível a equipa estar toda presente pela mobilização constante de profissionais pela situação covid 19.

Análise das respostas em relação aos conhecimentos:

Questão 1

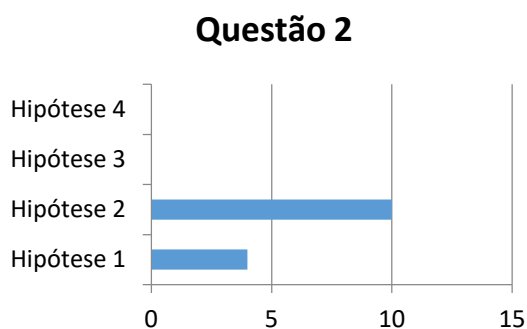
Seleccione as afirmações que são verdadeiras	Nº respostas antes da formação	Nºrespostas após s formação
Os estomas criados com intestino podem ser chamadas de ileostomias, colostomias e urostomias	2	7
Numa colostomia descendente ou sigmoide, as fezes são tendencialmente líquidas	5	2
Numa ileostomia as fezes são tendencialmente pastosas ou sólidas	0	0
Com o passar dos dias após a cirurgia, o estoma diminui de tamanho e torna-se húmido, brilhante e translúcido	8	12
Existem dispositivos de peça única e de duas peças	11	14
Os dispositivos de duas peças são mais aconselhados para doentes com colostomias	6	4
O estoma e a pele peri-estoma deve ser lavado em casa com soro fisiológico	6	4
Um doente com colostomia pode tomar banho retirando o seu dispositivo na totalidade	4	10
Quando o doente quer tomar banho com o dispositivo, deve colocar o autocolante que vem com o dispositivo, em cima do filtro	10	12
Quando um doente com colostomia/ileostomia verifica que tem odor mais acentuado das fezes, deve colocar os pensos autocolantes (que vem com o dispositivo) em cima do filtro.	4	3
Um dispositivo com sistema convexo, seja de uma ou de duas peças deve ser colocado quando o doente apresenta má aderência do dispositivo à pele	4	1
Quando existe prolapso do estoma o doente deve ser encaminhado com urgência para o hospital	4	3

Legenda: Resposta correta

Apesar do universo ser diferentes antes e depois da formação (18 pessoas versus 14 pessoas), verifica-se que o número de respostas corretas aumentou após a formação e o número de respostas erradas diminuiu após a mesma.

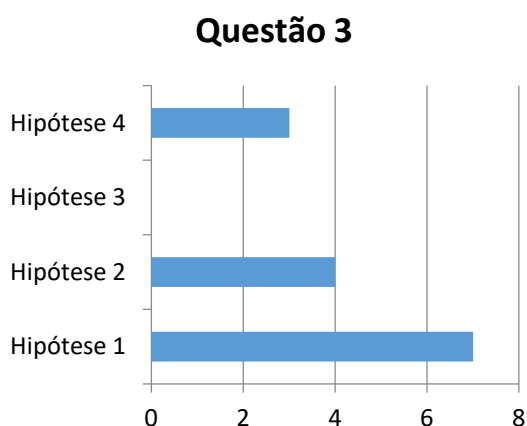
Questão 2:

A resposta certa era a segunda opção. Verificou-se que dez pessoas responderam acertadamente e quatro pessoas responderam de forma errada, havendo também aumento do número de respostas corretas.



Questão 3:

A resposta certa era a primeira opção, sendo que já responderam acertadamente mais 4 pessoas no total de sete (7) respostas corretas.



Questão 4

A resposta certa é falso. Responderam corretamente 10 pessoas (quando antes responderam todas errado no que diz respeito aos direitos das POEI).

Questão 5:

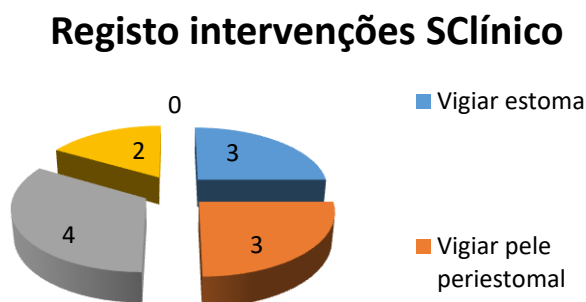
5 a) Em relação à situação exposta na fig 5 a) (granulomas), seis (6) pessoas identificaram corretamente, duas (2) responderam erradamente e quatro (4) não responderam. Em relação ao tratamento 6 responderam acertadamente e 8 não responderam

5 b) Oito (8) pessoas identificaram acertadamente a situação, quatro (4) não deram resposta . Duas pessoas responderam acertadamente em relação ao tratamento, dez (10) não responderam.: .

5 c) Dez (10) das pessoas responderam acertadamente na identificação da situação, sendo que apenas uma (1) repondeu qual o tratamento a fazer, de forma correta.

Questão 6

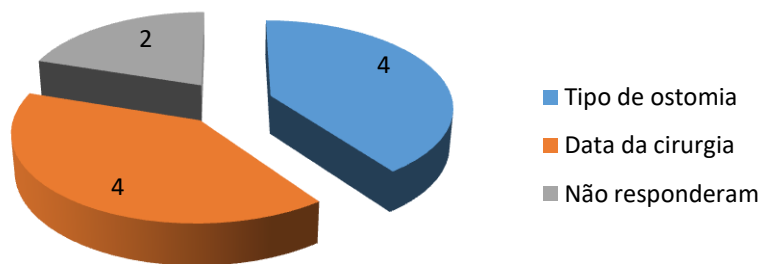
Dos seis (6) enfermeiros que responderam, quatro(4) respondeu acertadamente, os restantes não responderam, sendo possível ver em gráfico as respostas dadas.



Questão 7

Em relação a esta questão, dos seis(6) enfermeiros, quatro (4) responderam corretamente, os restantes não responderam, sendo possível ver em gráfico as respostas dadas.

Registos em avaliação inicial



Deste modo, apesar do universo ser diferentes antes e depois da formação (18 pessoas versus 14 pessoas), verifica-se uma melhoria nas respostas corretas após a realização da formação.

APÊNDICE XIV

Apresentação da sessão de formação sobre Intervenções do Enfermeiro Especialista na Promoção do Autocuidado ao doente oncológico com ostomias de eliminação intestinal

Intervenções do Enfermeiro Especialista na Promoção do Autocuidado ao doente oncológico com ostomias de eliminação intestinal.

PROJETO DE ESTÁGIO

Ana Luísa
Silva, n.º9542

Professor Orientador:
Prof. Doutor Oscar Ferreira
Orientadores de estágio:
Enfª Lina Fernandes

11º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica

ESTOMAS

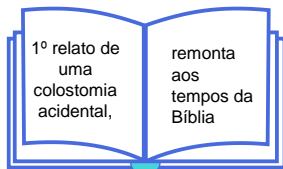
A palavra **estoma** provém do grego, **stóma**, que significa boca.

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

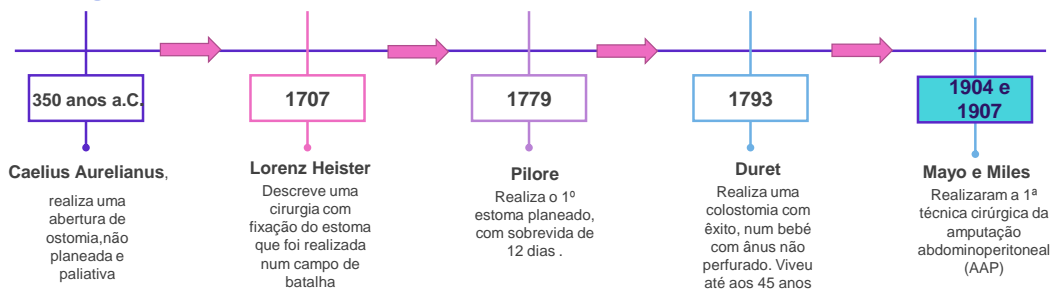
Ostomia de eliminação intestinal: procedimento cirúrgico, no qual é feita exérese de parte do intestino, quando há alguma lesão, fazendo a ligação à parede abdominal, de forma a exteriorizar as secreções intestinais. Esta situação clínica, vai levar o portador de ostomia a adaptar-se à nova condição de vida e ao saco coletor, colocado na região periestomal.



https://www.chuc.min-saude.pt/media/Cirurgia_Geral/Guia_Ostomia.pdf



HISTÓRIA DAS OSTOMIAS



Hartmann em 1921 inicia um novo procedimento cirúrgico diferente da AAP, com morbimortalidade elevada.

HISTÓRIA DO PLANO EDUCACIONAL DO DOENTE COM OSTOMIAS



Relatou a primeira menção aos cuidados ao estoma, escreveu como um doente prestou cuidados à sua própria ileostomia, sem que tivesse sido orientado por profissionais de saúde.



Programa educacional
Introduziu a empatia, a informação e a capacitação para o autocuidado.

Reconhecido o papel do **Enfermeiro Estomaterapeuta** 1980

Em 2003 é fundada a **European Council of Enterostomal Therapy (ECET)**,



Criada a **Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia**



CLASSIFICAÇÃO DAS OSTOMIAS

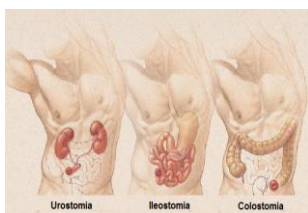


Duração

Temporária

Definitiva

Função

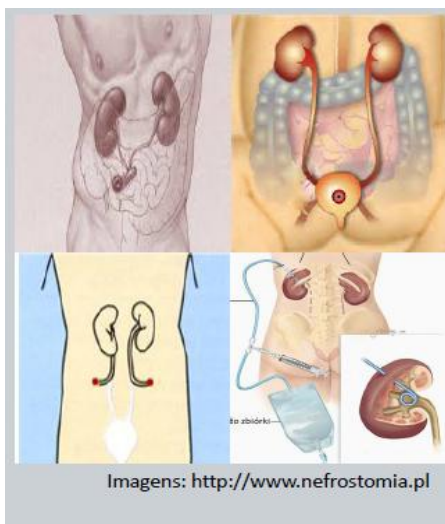


<https://pt.slideshare.net>

Estomas	Funções	Localização	Denominação
Aéreos	Passagem de ar do exterior para a traqueia	Traqueia	Traqueostomia
	Alimentação	Jejuno	Jejunostomia
		Estômago	Gastrostomia
Digestivos	Eliminação	Ileon	Ileostomias
		Cólon ascendente	Cecostomia/Colostomia ascendente
		Cólon transverso	Transversostomia
		Cólon descendente	Colostomia descendente Sigmoidostomia
Urinários	Eliminação	Rim	Nefrostomia
		Ureter	Ureterostomias
		Bexiga	Vesicostomias
		Ureter-ileon	Urostomia

5

UROSTOMIA



Imagens: <http://www.nefrostomia.pl>

Os canais que ligam as vias urinárias à parede abdominal podem ser realizados através de:

- 1) Parte de intestino (urostomia);
- 2) Pelos ureteres;
- 3) Pela bexiga;
- 4) Através de um canal diretamente nos rins (nefrostomia)

6

PRINCIPAIS CAUSAS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO



Fístulas	Proteção anastomose de cirurgia intestinal	Malformações
Oclusão	Perfuração intestinal	Diverticulite
Neoplasias intestinais	Traumatismo	Doença inflamatória intestinal (Crohn, Colite ulcerosa)

As patologias associadas podem ser tanto benignas, como malignas.

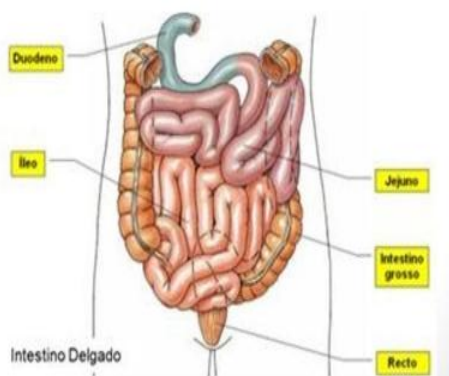
No enquadramento das malignas o cancro coloretal está entre as mais frequentes (Miranda, 2013).

7

FUNÇÕES DO INTESTINO DELGADO



Responsável pela absorção dos nutrientes através de enzimas responsáveis pela função digestiva, e permite que os nutrientes sejam usados pelo resto do corpo. Composto por 3 seções



O duodeno ajuda a neutralizar o alimento quando ele entra no intestino delgado.

O jejuno é onde ocorre a maior parte da absorção de nutrientes.

O íleo é essencial para a absorção de certos nutrientes, como vitamina B12 e sais biliares. Do íleo, o conteúdo intestinal passa pela válvula ileocecal para o intestino grosso.

8

<https://www.google.com/url?sa=uf&uf=http://3A%2F%2Fwww.pagineas.ufsc.br%2Ffiles%2F2016%2F12%2FES%20IAS-INTESTINAIS-E-LR%2F2016%2F28%2F105.pdf&sig=AOVaw26zSVKSB0g-tuMByTy&ust=164416201952900&source=images&cd=ve&ved=ZahUKEwpqT6Bj1A1XLBneKHWWOC-Dic&hl=pt-BR>

OMIA



Colostomia ascendente

No cólon ascendente (secção vertical, à direita)
Tipo de ostomia pouco comum.

As fezes são líquidas a semilíquidas, fluindo quase continuamente, sendo muito irritantes para a pele.



Colostomia transversa

No cólon transverso (secção horizontal, a meio do abdómen)
Geralmente são construídas em ansa, com 2 estomas.
Normalmente são temporárias.

As fezes são semilíquidas e irritantes quando em contato com a pele



Colostomia descendente

No cólon descendente (secção vertical esquerda)
É o tipo mais comum

As fezes são semi formadas e menos irritantes quando em contato com a pele

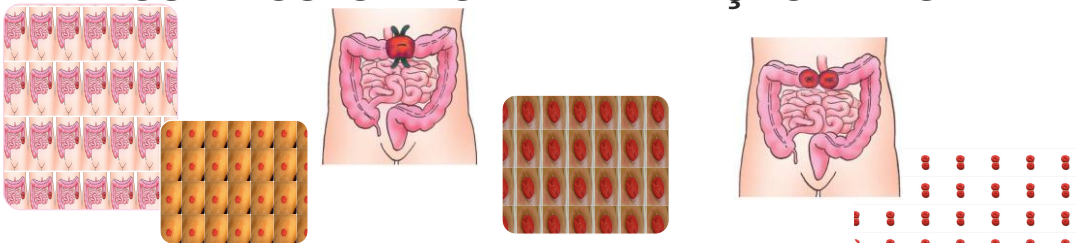


Colostomia sigmoideia

A parte inferior do intestino grosso é exteriorizada, à esquerda, pouco antes do reto.

As fezes são formadas. Não são irritantes quando em contato com a pele

TIPOS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL



OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL
OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL
OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL
OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL	OSTIOMA ILEOCECAL

OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA
OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA
OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA
OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA	OSTIOMA EM ANSA

OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA
OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA
OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA
OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA	OSTIOMA EM SANGUE DE ESPERANÇA

FISTULA

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 ocorrerem entre intestino e a pele chama-se fístulas enterocutâneas.

Podem ser de alto débito (>500ml 24h), moderada (200ml a 500ml 24h) ou baixo débito (<200ml 24h).



13

CARACTERÍSTICAS DE UM ESTOMA



<https://slideplayer.com.br/slide/9700039/>

Logo após a cirurgia pode apresentar-se edemaciado, maior, de cor translúcida;

- Com o passar do tempo reduz de tamanho, torna-se rosado (parecido com o interior da boca), húmido e brilhante, com pregas.

- A forma e o tamanho do mesmo dependerá da técnica cirúrgica realizada, podendo ser redondo ou oval, proeminente ou plano.



<https://slideplayer.com.br/slide/9700039/>



<https://slideplayer.com.br/slide/9700039/>

14

ORES



A long long time ago...

- 1920 -
Dr. Alfred Strauss, a Chicago physician developed the rubber pouch

- 1958 -
The first fully disposable pouch with zinc oxide backing revolutionized ostomy management

- 1964 -
Karaya pouches introduced

- 1998 -
New shapes to conform to body

Hollister - Congresso Nacional APECE, 2021



15

DISPOSITIVOS COLETORES



Sistemas coletores de 2 peças:

Placa (base) dura cerca de 3 dias e saco que requer troca entre 1 a 3 vezes por dia. Estes dois componentes encaixam-se um no outro. Deve-se trocar o saco quando enche até 2/3 da sua capacidade.

Placas de fixação mecânica/fixação adesiva:

- Bases adesivas em material antialérgico, flexíveis com fixação mecânica ou adesiva segura, que permita movimentos corporais sem compromisso da fixação;
- Recontáveis, planas e convexas.

Sacos colostomia:

Material tecido não tecido, resistente e confortável;
Filtro de carvão na face anterior acima do nível do estoma;
Encaixe mecânico ou adesivo, seguro e compatível com as respectivas placas

Sacos de ileostomia:

Drenáveis, com fecho incorporado de fácil manuseamento.

Sacos de urostomia:

Drenáveis, com válvula anti-refluxo e torneira de despejo, com conexão ao saco coletor.



http://www.ostomizados.com/bolsas_coletoras/tipos1.html



<https://utilmedica.pt/placa-sensura-60mm-cx5.html>

16

DISPOSITIVOS COLETORES



http://www.ostomizados.com/bolsas_coletoras/tipos1.html

Composto por placa e saco que necessita de ser trocado entre 1 a 3 vezes por dia. O saco é autoaderente e tem uma base de protetor cutâneo que permite uma perfeita aderência à pele. Quando se muda o saco, o sistema é removido como um todo. São de uso diário, mas devem ser trocadas se o saco encher até 2/3 da sua capacidade.



http://www.ostomizados.com/bolsas_coletoras/tipos1.html

Saco colostomia/ileostomia de peça única:

- Base adesiva em material antialérgico, flexível e recortável, preparado para absorção da humidade;
- Base plana/convexa ou moldável.



<https://www.convatec.pt/>

17

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CUIDADOS DE ESTOMATERAPIA

NÚMERO:	015/2016	NORMA Francisco Henrique Moura George <small>Presidente do Conselho Superior de Saúde Presidente do Conselho Superior de Saúde Presidente do Conselho Superior de Saúde Presidente do Conselho Superior de Saúde</small>
DATA:	28/10/2016	
ATUALIZAÇÃO:	03/03/2017	
ASSUNTO:	Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto	
PALAVRAS-CHAVE:	Colostomia, ileostomia	
PARA:	Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde	
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)	
Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por		

Anexo II - Educação para saúde em cuidados de ostomias de eliminação intestinal:

- a) Ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar cuidados à ostomia de eliminação intestinal (higiene da pele peri-estoma e estoma);
- b) Reconhecer complicações que afetam o estoma e a pele peri-estoma;
- c) Autocuidado (necessidades básicas e ou atividades de vida diária) face à ostomia promovendo estilos de vida saudável:
 - i. Autocuidado higiene: com ou sem o sistema coletor, proteger o filtro com o autocolante apropriado se o sistema tiver filtro;
 - ii. Autocuidado vestuário: manter o mesmo modelo de roupa (elásticos e o cinto apertado não devem ser colocados sobre o estoma);
 - iii. Autocuidado alimentação: adequação do regime alimentar às necessidades individuais, tipo de ostomia e equilíbrio hidro- eletrolítico;

18

Anexo II - Educação para saúde em cuidados de ostomias de eliminação intestinal:
c) Autocuidado (necessidades básicas e ou atividades de vida diária) face à ostomia promovendo estilos de vida saudável:

- i. Autocuidado higiene: com ou sem o sistema coletor, proteger o filtro com o autocolante apropriado se o sistema tiver filtro;
- ii. Autocuidado vestuário: manter o mesmo modelo de roupa (elásticos e o cinto apertado não devem ser colocados sobre o estoma);



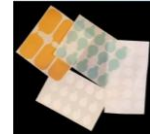
http://www.ostomizados.com/bolsas_coletoras/tipos1.html

O filtro geralmente tem na sua composição carvão mineral.

O principal objetivo do filtro da bolsa coletora é impedir que o filtro de odores da bolsa perca a eficiência, ao ter contato com a água na hora do banho ou de atividades na água.

Melhora a durabilidade da ação do filtro da bolsa de ostomia.

NORMA **ESEL**
 Número: 01/2016
 Data: 28/10/2016
 Atualização: 08/03/2017
 Título: Educação, Cuidado e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Saúde Pública e na A.B.A.
 Palavras-chave: Cuidados, Assistência
 Área: Médica e Enfermeira do Sistema de Saúde
 Contextos: Departamento de Qualidade de Saúde www.dqs.gov.pt
 No termo de alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 142/2012, de 26 de janeiro, por



<https://www.ostomais.com/filtros-da-bolsa-de-ostomia-voce-sabe-o-que-e/>



<https://www.ostomais.com/filtros-da-bolsa-de-ostomia-voce-sabe-o-que-e/>

Higiene do estoma e pele peristomal



https://www.chuc.min-saude.pt/media/Cirurgia_Geral/Guia_Ostomia.pdf

Anexo III –Intervenção de Enfermagem na ostomia de eliminação intestinal:

- a) Cuidados ao estoma e à pele peri-estoma:
- i. Lavagem das mãos com água e sabão líquido;
 - ii. Preparação de material necessário (Anexo IV, Quadro 1);
 - 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;
 - vi. Limpar resíduos do estoma;
 - vii. Lavar o estoma e a pele peri-estoma, 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 peri-estoma;
 - ix. Avaliar as características do estoma e pele;
 - x. Incentivar a pessoa com ostomia a “olhar” e “tocar” o estoma.



https://www.chuc.min-saude.pt/media/Cirurgia_Geral/Guia_Ostomia.pdf

APARELHAGEM DO DISPOSITIVO COLETOR



<https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/guia-para-doentes-colostomizados>



<https://www.coloplast.pt/>

e) Aparelhagem de dispositivo coletor, dispositivo de peça única e dispositivo de duas peças devem ser efetuados os cuidados de manutenção: Norma nº 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017 35/38

- i. Higiene das mãos com SABA;
- ii. Preparar material necessário;
- iii. Medir o estoma com os medidores e desenhar e recortar o dispositivo coletor (se dispositivo recortável);
- iv. Eliminar as arestas em redor da área de recorte do dispositivo passando com o dedo indicador;
- v. Retirar o papel protetor, evitando tocar na parte adesiva/ aderência do dispositivo;
- vi. Fornecer molde;
- vii. Colar suavemente a base adesiva de debaixo para cima ao longo da pele circundante;
- viii. Ajustar o bordo inferior do recorte ao bordo inferior do estoma;
- ix. Pressionar suavemente o dispositivo coletor para maior aderência aproximadamente um minuto;

21

APARELHAGEM DO DISPOSITIVO COLETOR



<https://www.coloplast.pt/>



x. Sistema de duas peças:

- (i) Moldar manualmente a placa para o ajuste do tamanho e forma do estoma (se dispositivo moldável);
- (ii) Medir o estoma com os medidores, desenhar e recortar o orifício central até ao diâmetro desejado.;
- (iii) Eliminar as arestas em redor da área de recorte passando com o dedo indicador;
- (iv) Retirar o papel protetor, evitando tocar na parte adesiva/ aderência do dispositivo;
- (v) Fornecer molde;
- (vi) Ajustar o rebordo da placa ao bordo inferior do estoma, colando-a à pele;
- (vii) Pressionar ligeiramente com os dedos à volta do estoma e em toda a placa;
- (viii) Adaptar o aro do saco à placa pressionando ligeiramente;
- (ix) Verificar se o dispositivo está devidamente adaptado.
- (x) Colocar os materiais utilizados num recipiente para sujos;
- (xi) Lavar as mãos depois dos procedimentos.

22

Anexo II - Educação para saúde em cuidados de ostomias de eliminação intestinal:

c) Autocuidado (necessidades básicas e ou atividades de vida diária) face à ostomia promovendo estilos de vida saudável:

iii. Autocuidado alimentação: adequação do regime alimentar às necessidades individuais, tipo de ostomia e equilíbrio hidro- eletrolítico;

Efeito alimento \neq



<https://br.freepik.com/fotos-vetores-gratis/conjunto-de-pessoas>

A pessoa estomizada não necessita de dieta especial, apenas deve observar como seu organismo reage aos alimentos e adaptar a dieta conforme necessário.



grupos-de-alimentos-que-compoem-a-roda-dos-alimentos-e-as-suas-porcoes

Existem alimentos que são bem tolerados e outros que causam desconforto, como aumento de gases, do odor e da quantidade das fezes.

Ao experimentar um alimento novo, tente um alimento de cada vez, em pequena quantidade. Observe como seu organismo vai reagir. Se não tolerar bem, espere uns dias e faça uma nova tentativa. Se não apresentar reação, você pode consumi-lo aumentando a frequência e a quantidade gradativamente.

Odor:

Ovos;
Cerveja;
Bebidas gaseificadas como refrigerantes;
Laticínios;
Alho;
Bebidas alcoólicas

Alimentos com alto teor de fibra:

Grão de bico;
Lentilha;
Centeio;
Milho;
Linhaça;
Aveia;
Frutas e legumes com casca;
Acelga chinesa (bok choy);
Brócolis chineses;
Repolho chinês;
Nozes;
Escarola;
Espinafre;

Gases:

Farinha branca;
Repolho;
Bebidas com gás;
Leite, queijo e os outros laticínios de alta fermentação;
Cebola;
Alimentos muito condimentados;
Feijão
Peixes e frutos do mar.

23

Ileostomias - cuidados



O que é uma saída de fezes de alto volume?

Uma ileostomia que produz 1.500 mililitros ou mais de fezes por 24 horas. A produção normal é inferior a 1200 mililitros por 24 horas.

O objetivo é ter uma saída entre 600-900 mls / 24 horas.

Pessoas com ileostomia não têm cólon para absorver água e fluidos.

O risco de desidratação é maior.

A melhor maneira de prevenir é beber uma média de 8 a 10 copos de líquido por dia.

Pode incluir muitos tipos diferentes de líquido além da água.

Atenção às bebidas com cafeína pois podem contribuir para a desidratação

Para prevenir desidratação evite:	Para ajudar a engrossar fezes soltas Adicione o seguinte	Para se manter hidratado
Café	Bananas	Beba ao longo do dia.
Chá com cafeína (ervas é bom)	Batatas descascadas	Beba um copo de água toda vez que esvazia o seu saco coletor.
Bebidas com alto teor de açúcar (sucos, algumas bebidas esportivas, refrigerantes / colas). Leia sempre o rótulo.	Arroz branco, pão, macarrão, biscoitos sem tempero	Beba 8-10 copos (240 ml de líquidos) por dia da seguinte lista: • Água • Suco diluído em água e bebidas esportivas • Gelatina, caldo e suco de vegetais
Alimentos fritos e / ou picantes	Compota de maçã	
Álcool	Marshmallows	
Chocolates	Manteiga de amendoim cremosa	

IN: UOAA-EATING WITH AN OSTOMY, 2020

Evitar alimentos com alto teor de fibras / resíduos

Evite vegetais e frutas com casca

Evite frutas e vegetais crus; cozinhe-os bem ou use enlatados

Mastigue bem a comida; se você vir pedaços de comida no saco, pode não estar a mastigar bem

24

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CUIDADOS DE ESTOMATERAPIA

(cont. - Educação para saúde em cuidados de ostomias de eliminação intestinal:

- iv. Adaptação profissional, social e recreativa: estratégias adaptativas para facilitação do regresso à atividade;
- v. Expressão sexual no adulto: presença da ostomia no autoconceito sexual, na gestão da intimidade, sexualidade individual/parceiro(a) e no adolescente com atividade sexual e/ou situação de ostomia definitiva; (...)
- vii. Autocontrolo continência intestinal (instruir técnica de irrigação e fortalecimento da musculatura pélvica).
- d) Instruir e treinar a utilização de dispositivos e acessórios;
- e) Esclarecer sobre os dispositivos médicos individualizados; Norma nº 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017 33/38 (...)
- h) Referenciar para apoios na comunidade

COMPLICAÇÕES COM A PELE PERISTOMAL

Lesões da pele peristoma

- Maceração
- Eritema
- Escoriação
- Úlcera por pressão

Maceração é um tipo de Tecido com as características específicas: abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua de humidade e de pele molhada (CIPE, versão beta 2)

Observa estoma e pele peristoma

- Avaliar integridade da pele, presença de efluente, tipo de dispositivo e sua adesividade

Avaliar características da pele como pregas, elevações e humidade

- Identificar produtos utilizados para a higiene da pele

Ensinar a pessoa e sua família a identificar lesões na pele e sua evolução


- Ensinar a pessoa e sua família a correta técnica de higiene e aparelhagem do estoma

Alterar dispositivo e/ou introduzir acessórios de proteção cutânea

- Supervisionar o autocuidado á ostomia

Referenciar para estomaterapeuta

- Registrar



<http://www.convatec.pt>

COMPLICAÇÕES COM A PELE PERISTOMAL



Eritema é um tipo de pele com as características específicas: erupção cutânea de diferentes cores e protuberâncias, edema local, urticária, vesículas e prurido. (CIPE, versão beta 2)

Resposta imunológica a um agente alérgeno.

- Material (plástico) do dispositivo
- Produtos limpeza
- Adesivos

Observa estoma e pele peristoma

- Avaliar dispositivo coletor usado

Identificar produtos utilizados para a limpeza da pele e acessórios.

- Ensinar a pessoa e sua família a reconhecer o alérgeno

Ensinar a pessoa e sua família a reconhecer sinais e sintomas de agravamento

- Supervisionar o autocuidado à ostomia

Referenciar para outros profissionais/estomaterapeuta

- Registrar



27

COMPLICAÇÕES COM A PELE PERISTOMAL



Escoriação

É um tipo de ferida traumática com características específicas: abrasão do tecido da superfície do corpo, pequenas áreas hemorrágicas, pele dolorosa e magoada até ficar coberta por uma crosta seca sero-sanguinolenta; associada a lesão física por traumatismo, a fricção contra uma superfície dura ou a queimaduras químicas(CIPE).



Observa estoma e pele peristoma

- Avaliar dispositivo coletor usado e a sua influência na pressão abdominal

Identificar hábitos de vida e a sua influência na pressão abdominal

- Supervisionar o autocuidado à ostomia e a técnica de remoção do dispositivo

Ensinar a pessoa e sua família a identificar lesões na pele e sua evolução

- Ensinar a pessoa e sua família a correta aparelhagem e remoção do dispositivo e proteção da pele peristoma do estoma

Ensinar fatores externos de pressão inadequada na pele peristoma

- Registrar

28

COMPLICAÇÕES COM A PELE PERISTOMAL



Zona de pressão:

É um tipo de tecido com as seguintes características específicas: tecido comprimido com marcas de pressão de cor vermelha ou azul escura, habitualmente sobre proeminências ósseas e articulações; as marcas de pressão e a cor da pele não voltam ao normal e as marcas de pressão não desaparecem quando se alivia a pressão, a pele mantém-se completa e íntegra (a compressão dos tecidos pode ser classificada como úlcera de pressão grau 1). (CIPE)



Úlcera

É um tipo de tecido com as características específicas: ferida ou lesão aberta, perda da camada mais profunda de tecido, lesão circunscrita semelhante a uma cratera, com diminuição do aporte sanguíneo a essa área, tecido de granulação, vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor da ferida, área dolorosa em torno da ferida, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico, associado a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno. (CIPE)

COMPLICAÇÕES



Hérnia peri-estomal



Prolapso



Granulomas



maceração

COMPLICAÇÕES



Estoma ulcerado



https://twitter.com/enf_intensiva/status/1306272061279604737

Necrose



Estenose

https://twitter.com/enf_intensiva/status/1306272061279604737

A CONVEXIDADE



<https://www.convatec.pt>

Estoma plano



As placas convexas deve ser utilizada em estomas planos ou invertidos, situação que leva a haver mais fugas de efluente. Oferecem mais segurança ao doente e ajudam a tornar o estoma mais proeminente.



<https://www.convatec.pt>

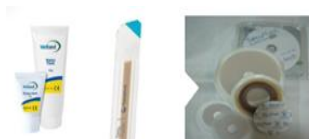
Estoma invertido



DISPOSITIVOS e ACESSÓRIOS



De nivelamento



De fixação



<https://bisturi.com.br/colostomia/coloplast-fita-adesiva-elastica-brava>

De remoção



<https://loja.coloplast.com.br/brava-spray-removedor-adesivos/p>

De cicatrização



<https://www.corvatec.pt>

De proteção cutânea



<https://www.BBRAUNpt>

Hidrocolóide em pó. Absorve a humidade da pele peri-estoma. Mantém a pele seca e reduz a irritação da pele. Tem de se retirar o excesso



33

<https://www.coloplast.pt>

REGISTOS SCLÍNICO



PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- ✓ Avaliar aceitação do estado de saúde
- ✓ Avaliar auto controlo: continência intestinal
- ✓ Avaliar auto controlo: incontinência urinária
- ✓ Avaliar auto cuidado da ostomia de eliminação
- ✓ Avaliar capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação
- ✓ Avaliar capacidade para o auto cuidado da ostomia de eliminação
- ✓ Avaliar comportamento de procura de saúde
- ✓ Avaliar compromisso no alimentar-se
- ✓ Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação
- ✓ Avaliar conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia
- ✓ Avaliar limpeza das vias aéreas
- ✓ Avaliar maceração
- ✓ Avaliar risco de maceração

Intervenções diagnósticas (Focos de diagnóstico)

Registo de Intervenções do Tipo VIGIAR

Profissional Simão: Avaliar auto cuidado da ostomia de eliminação - sinais selecionados

Necessita de ajuda na prática

Dependente, não participa

Necessita de ajuda de equipamento

Completamente independente

Avaliar auto cuidado da ostomia de eliminação - sinais selecionados

Dependente, não participa

Notas a anexar à vigilância

Data: 05-03-2021 Hora: 17:50

Intervenções sugeridas face ao foco / diagnóstico

Intervenções sugeridas face ao foco / diagnóstico	Ativo	Finalizado
✓ Avaliar auto cuidado da ostomia de eliminação - sinais selecionados		
✓ Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação		
✓ Avaliar conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia		
✓ Avaliar limpeza das vias aéreas		
✓ Avaliar maceração		
✓ Avaliar risco de maceração		

Intervenções relacionadas

34


<p>AVALIAR AUTOCUIDADO DA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO (Ostomizados)</p>	<p>Se Dependente no autocuidado da ostomia de eliminação / se necessita de apoio da pessoa ou equipamento:</p>	<p> Avaliar capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação (ver ponto seguinte avaliação da capacidade); Avaliar capacidade para o autocuidado da ostomia de eliminação (ver ponto seguinte avaliação da capacidade). Intervenções relacionadas: Assistir no autocuidado ao estoma; Avaliar autocuidado da ostomia de eliminação; Ensinar sobre ostomia de eliminação; Ensinar sobre recursos da comunidade; Executar terapia através de dispositivos de ultrassons; Instruir prestador de cuidados para assistir no auto cuidado; Irrigar o intestino através de ostomia; Limpar a pele periférica ao estoma; Orientar para o enfermeiro de família; Otimizar dispositivo de ostomia; Otimizar ostomia de eliminação; Providenciar dispositivo; Treinar cuidador no uso de dispositivo de ostomia de eliminação; Trocar dispositivo de urostomia; Trocar placa de ostomia; Trocar saco de ileostomia; Trocar saco de ileostomia; Trocar saco de ileostomia; Vigiar estoma: i) Coloração rosa forte ou vermelho vivo; ii) Aspeto brilhante e com formato regular; iii) Sem edema, ulceração ou nódulos na mucosa; iv) Sem sinais de hemorragia; v) Pele peri-lesional íntegra. Vigiar pele periférica ao estoma: i) Pele íntegra; ii) Com eritema; iii) Com maceração; iv) Com escoriação; v) Pele seca; vi) Pele húmida. </p>
--	--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bekkers, M., Vanknippenberg, C., Van Den Borne, H., Van BergeHenegouwen, G. (1996). Prospective Evaluation of Psychosocial Adaptation to Stoma Surgery: The Role of Self-Efficacy. *Psychosomatic Medicine, America*.
- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (2019). Guia da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal. V (0) Nov 19. Acedido em: www.chuc.min-saude.pt
- Coloplast . (2021). Portal da Coloplast. Acedido em: <https://bisturi.com.br/colostomia/coloplast-fita-adesiva-elastica-brava>
- Coloplast . (2021). Portal da Coloplast. Acedido em: <https://www.coloplast.pt/>
- Convatec. (2021). Portal da Convatec. Acedido em: <https://www.convatec.pt>
- Freepik. (2021). Portal da Freepik. Acedido em: <https://br.freepik.com/fotos-vetores-gratis/conjunto-de-pessoas>
- Lifestyle.(2021). Portal da Lifestyle. Acedido em: <https://lifestyle.sapo.pt/familia/gravidez/artigos/os-7-grupos-de-alimentos-que-compoem-a-roda-dos-alimentos-e-as-suas-porcoes>
- 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.
- Peixoto, P. (2014). Ostomias. In Afonso, C. et al. (Coord.) *Prevenção e tratamento de feridas - da evidência à prática*, (pp. 345-379). Porto: Care4Wounds.
- United Ostomy Associating of América (2020). Portal da UOAA. Acedido em:<https://www.UOAA-EATING WITHAN OSTOMY, 2020>
- Utilmedica. (2021). Portal da Utilmedica. Acedido em: <https://utilmedica.pt/placa-sensura-60mm-cx5.html>

APÊNDICE XV

Manual de Boas Práticas nos cuidados à POEI na USF

	Procedimento: CHAVE	
	Nº	
BOAS PRÁTICAS NOS CUIDADOS À PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
Versão: 01	Data elaboração:	Aprovado a:
		Reunião de:
Revisão: 0	Elaborado: Ana Luísa Silva (enfermeira)	Data última revisão:
		Data validade:

TIPO PROCEDIMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> Aprovisionamento/Manutenção
<input type="checkbox"/> Formação	<input type="checkbox"/> Higiene e segurança	<input type="checkbox"/> Comunicação interna/externa

ÂMBITO		
<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Secretários Clínicos	<input type="checkbox"/> Seguranças
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiros	<input type="checkbox"/> Assistente Operacional	<input type="checkbox"/> Outros (Coordenador+ C.Técnico)
<input checked="" type="checkbox"/> Médicos		

OBJETIVO
Fornecer um suporte de apoio aos profissionais no que respeita à abordagem aos cuidados ao doente com ostomia de eliminação intestinal

RESPONSABILIDADES
Médicos e Enfermeiros

DEFINIÇÕES
Ostomia - A palavra estoma provém do grego, <i>stóma</i> , que significa boca. 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. (1)

Colostomia; É uma abertura iatrogénica na parede abdominal, através da qual se exterioriza uma extremidade do cólon, a qual se fixa à pele e se abre para o exterior criando assim um "ânus artificial", chamado estoma, pelo qual as fezes passaram a sair. Pode ser temporário ou definitivo. (2)

Ileostomia - É uma abertura artificial na parede abdominal, através da qual se exterioriza uma extremidade do íleo, a qual se fixa à pele e se abre para o exterior - criando assim um "ânus artificial", chamado estoma, pelo qual as fezes passaram a sair. Este estoma pode ser temporário ou definitivo. (3)

Fístula – É uma comunicação anormal, congénita ou adquirida entre duas vísceras ocas, entre uma víscera oca e a pele ou mistas.

Autocuidado - É definido como uma função humana reguladora que uma pessoa desempenha por si própria (ou pelo seu cuidador), 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 (4).

SIGLAS E ABREVIATURAS

CSP – Cuidados de saúde primários

OIE – Ostomia de eliminação intestinal

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

CONTEÚDOS

As ostomias de eliminação podem ser realizadas para tratamento de doenças malignas ou benignas, em cirurgias de urgência ou eletivas. São criadas a partir do cólon ou íleo, podem ser temporárias ou definitivas, ou criadas no contexto curativo ou paliativo (5). O cancro colo-retal está entre a causa mais frequente de realização de ostomias. (6).

A realização de uma ostomia pode influenciar a qualidade de vida do doente, acarretar diversas mudanças de vida do mesmo, com consequências físicas, psicológicas e sociais, além de uma profunda alteração na sua imagem corporal e sexualidade. Estas consequências devem ser minimizadas através de cuidados de "acompanhamento contínuo, com garantia de acesso atempado ao material adequado, promoção do autocuidado e homogeneização de procedimentos" (7). Este acompanhamento após a alta, deve ser realizado o mais próximo possível do local de residência e/ou trabalho dos doentes ostomizados. (7) Neste sentido, os CSP por terem a responsabilidade de dar a garantia de cuidados de proximidade personalizados, através das equipas de família, podem assegurar esse acompanhamento próximo, contínuo, com qualidade e de forma integrada. (7)

Todas as pessoas com ostomia de eliminação intestinal necessitam de apoio educacional, psicossocial e de treino, a fim de se adaptarem e cumprirem com sucesso o autocuidado da

ostomia. (5) Neste sentido surgiu a necessidade de criação deste guia de boas práticas.

1. Objetivos

Objetivo geral: Desenvolver e consolidar as competências da equipa de família na prestação de cuidados ao doente com O.E.I., promovendo a satisfação do doente,

Objetivos específicos:

Promover a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente oncológico com OEI capacitando-o para o autocuidado;

Melhorar a qualidade de vida do doente oncológico com O.E.I.

Dinamizar a articulação com a consulta de estomaterapia do ACeS Oeste Sul e outras consultas da área de referência, promovendo a transição segura entre níveis.

2. Técnicas cirúrgicas e formação das OEI:

Técnicas cirúrgicas de construção de OEI: estomas terminais, em ansa ou em cano de espingarda, quer esteja em causa uma íleo ou colostomia. (8)

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.

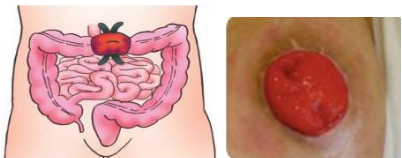
Figura 1. Estoma Terminal



Fonte: Black & Hawks, 2009, p.401

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.

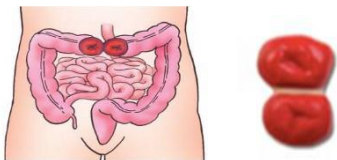
Figura 2. Estoma em Ansa



Fonte: Black & Hawks, 2009, p.401

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 ou não, com saída de fezes pelo estoma proximal e de muco pelo distal. (8)

Figura 3. Estoma em cano de espingarda



Fonte: Black & Hawks, 2009, p.401

Após a cirurgia o estoma pode apresentar-se edemaciado, maior, de cor translúcida, com o passar do tempo reduz de tamanho, torna-se rosado (parecido com o interior da boca), húmido e brilhante, com pregas. A forma e o tamanho do mesmo dependerão da técnica cirúrgica realizada, podendo ser redondo ou oval, proeminente ou plano.

3. Características das fezes:

As características das fezes e a frequência da eliminação são influenciadas pela localização anatômica do estoma (9).

Quadro 1 - Características das fezes de acordo com a localização anatômica do estoma

Ileostomia Colostomia ascendente	Fezes líquidas a semilíquidas
Transversostomia (colostomia no cólon transverso)	Fezes semilíquidas ou moles
Colostomia descendente	Fezes moldadas
Sigmoidostomia (Colostomia no cólon sigmóide)	Fezes sólidas

4. Complicações tardias

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).

No âmbito dos CSP serão abordadas as complicações tardias, que são explanadas no *Quadro 2 - Complicações tardias do estoma

Quadro 2- Complicações tardias do estoma

COMPLICAÇÕES TARDIAS DO ESTOMA
Hérnia periestomal
Prolapso
Estenose
Oclusão
Perfuração
Granuloma
Recidiva tumoral
Ulceração do estoma
Retração

Fonte: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) (2014).

Estenose - diminuição do lúmen do estoma dificultando a saída das fezes. Pode ser originada por: técnica cirúrgica inadequada; Processos que originam uma cicatrização por 2ª intenção (infecção, isquemia, retração, deiscência mucocutânea), inflamação repetida da pele perístoma, incidência de patologia de base (tumor, Crohn); Aumento do peso.

Intervenções corretoras:

Dilatação digital com lubrificação e movimentos circulares;

Ensino sobre hábitos alimentares;

Correção cirúrgica em último recurso.

Prolapso - exteriorização inesperada de parte da ansa intestinal através do estoma. Pode ser originada por: técnica cirúrgica – abertura excessiva da parede abdominal, inadequada fixação; Aumento da pressão intra-abdominal – presença de massas, tosse, espirro, elevação objetos pesados.

Intervenções corretoras:

Redução manual em decúbito dorsal, aplicação de pressão suave mas contínua; Escolha de dispositivo apropriado; Aplicação de frio; Correção cirúrgica se volume considerável ou compromisso circulatório.

Retração - Afundamento do estoma em relação ao plano cutâneo. Pode ser originada por: má fixação na técnica cirúrgica; necrose do estoma, infecções repetidas da pele periestomal; aumento de peso, obesidade, remoção precoce da “vareta”.

Intervenções corretoras: Uso de dispositivos e acessórios que induzam a convexidade – anéis, placas; utilização de cinto.

Hérnia – É a protusão de vísceras abdominais no tecido subcutâneo, formando uma proeminência na parede periestomal. Pode ser originada por: abertura excessiva da parede na técnica cirúrgica, posicionamento do estoma numa cicatriz prévia; excesso de peso ou mau estado geral; aumento da pressão intra-abdominal por presença de massas, tosse, espirro, elevação objetos pesados

Intervenções corretoras: Uso de dispositivos e acessórios que induzam a convexidade – anéis, placas; utilização de cinto; evitar esforços e pesos excessivos (>10kg), tosse e espirros, leve para evitar excesso de peso e obstipação; Cirurgia se abdominal agudo.

Ulceração do estoma. Está associado a causas traumáticas.

Intervenções corretoras: 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.

Granulomas – São pequenas formações nodulares que sangram ao toque e potencialmente dolorosas que crescem em redor do estoma junto da inserção com a parede abdominal. Podem ser provocados pela presença prolongada de material de sutura ou Irritação cutânea persistente.

Intervenções corretoras: Vigiar a evolução; cauterizar com nitrato de prata; Laser.

Perfuração do estoma – Está normalmente associado a causas traumáticas e à técnica de irrigação.

Intervenções corretoras: Ensino adequado no que diz respeito à utilização da técnica de irrigação. (Peixoto, 2014; Morais, Seíça & Pereira, 2013)

Quadro 3 - Complicações da pele peri-estoma

COMPLICAÇÕES COM A PELE PERI-ESTOMA
Maceração
Eritema
Escoriação
Úlcera
Varizes periestomais
Foliculite

Fonte: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) (2014).

Maceração: É um tipo de tecido com as seguintes características: abrasão do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua da humidade e de pele molhada. (Cipe, versão beta 2)

Intervenções corretoras: Observar as características da pele, do efluente e do dispositivo; Verificar a existência de pregas, elevações e humidade, identificar que produtos o doente usa na higiene do estoma e pele perístoma; supervisionar e ensinar a técnica de higiene e aparelhagem; utilizar protetores cutâneos, dispositivos e acessórios adaptados às características da pele e do efluente; otimizar o diâmetro e tipo de dispositivo.

Referenciar para consulta de enfermagem de estomaterapia.

Eritema: a pele perístoma apresenta-se com erupção cutânea de diferentes cores e protuberâncias, com edema local, urticária, vesículas e prurido. Verifica-se uma resposta imunológica a um agente alergénio, que pode ser ao material (plástico) do dispositivo, aos produtos de limpeza e ao uso de adesivos.

(Cipe, versão beta 2)

Intervenções corretoras: Avaliar dispositivo coletor, os produtos de higiene utilizados, a forma como faz a técnica de higiene e aparelhagem; alterar marca de dispositivo e acessórios se necessário; utilização de um protetor cutâneo; supervisionar o autocuidado referenciar para consulta de enfermagem de estomaterapia

Escoriação: É um tipo de ferida tr... a superfície do corpo, pequenas áreas hemorrágicas, pele dolorosa e magoada até ficar coberta por uma crosta seca sero-sanguinolenta; associada a lesão física por traumatismo, a fricção contra uma superfície

dura ou a queimaduras químicas (CIPE). Normalmente provocado por técnica de limpeza abrasiva, remoção traumática do sistema coletor e acessórios inadequados, fricção ou pressão contínua dos mesmos. (Santos et al, 2013)

Intervenções corretoras:

Avaliar fatores externos de pressão abdominal inadequada bem como dos dispositivos; supervisionar técnicas no autocuidado à ostomia e forma de remoção do dispositivo; ensinar a identificar lesões na pele e sua evolução; ensinar a correta aparelhagem e remoção do dispositivo, proteção da pele perístoma, ensinar estratégias de alívio/evicção dos fatores externos de pressão abdominal inadequada

Zona de pressão – Quando as marcas de pressão e a cor da pele não voltam ao normal quando se alivia a pressão, a pele mantém-se completa e íntegra (a compressão dos tecidos pode ser classificada como úlcera de pressão grau 1). (CIPE)

Intervenções corretoras: Alívio da pressão.

Úlceras de pressão- pressão sobre a pele por cintos ou dispositivos convexos, principalmente na presença de hérnias perístomas. Algumas úlceras de pressão podem evoluir para lesões de espessura total. Reavaliar os dispositivos e acessórios utilizados pelo doente e fornecer cuidados tópicos para promover a cura da úlcera. Pode ser um desafio, porque a maioria das pessoas que usam convexidade precisa da mesma para manter uma vedação adequada do efluente.

Foliculite - inflamação do folículo piloso causado pela remoção traumática dos pelos da região periestomal.

Intervenções corretoras: Os pêlos devem ser cortados em redor da ostomia regularmente, com uma tesoura, se usar lamina de corte deve rapar no sentido do crescimento do pêlo.

Varizes periestomias – Quando o estoma e a pele periestomal apresentam varizes dilatadas e tortuosas, com umacôr úrpura-azulada, que pode apresentar hemorragias. Mais frequente quandoa POEI possui doenças que interferem com o fluxo sanguíneo,nomeadamentea hipertensão portal, quepor sua vez aumenta o sistema de colaterais com as veias da parede abdominal.

Intervenções corretoras: Quando há sangramento discreto do estoma e da pele periestomal, pode-se aplicar compressão que deve ser direta ou podem ser usados agentes hemostáticos tópicos, fazendo escleroterapia.

5. Dispositivos coletores e acessórios

Existem dois tipos de sistemas coletores:

1) Dispositivos de ostomia de duas peças, constituídos por placa e saco:

a) A 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;

b) O 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.

2) Dispositivos de ostomia de uma peça: saco constituído por material tecido não tecido, resistente, confortável, face de carvão na face anterior, acima do nível do estoma. Com base adesiva em material antialérgico, flexível, recortável, plano ou convexo. Deve ser drenável com

fecho incorporado de fácil manuseamento, no caso das ileostomias.

3) Acessório para ostomia: dispositivos de uso únicos ou reutilizáveis, necessários à gestão da ostomia, podem ser usados para nivelamento, como proteção, para remover dispositivos, de apoio à fixação, como cicatrizantes.

Quadro 4 – Acessórios e respectivas indicações

Medidor	Para medir o estoma e efetuar marcação nas placas recortáveis
Cinta de proteção	Indicado na prevenção e gestão de hérnia periestomal
Pó (hidrocoloide)	Indicado na maceração húmida, absorve a humidade, exsudados e efluentes, mantendo a pele seca, evita futuras irritações e ajuda na cicatrização das lesões
Pasta	Indicada para proteger a pele, nivelar dobras e irregularidades da pele próxima ao estoma aumentar a adesão das placas à pele.
Protetor cutâneo em spray ou toalhete	Forma uma película protetora incolor e transparente quando aplicado na pele 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, obtendo-se o ajuste perfeito ao dispositivo de ostomia. Trata-se de uma barreira de resina sintética não estéril em formato de anéis convexos, que podem ser moldados.
Tira hidrocolóide (meia lua)	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
Desodorizante lubrificante para sacos	Gel fluido indicado para lubrificação do saco, evitando a aderência dos efluentes e reduzindo os odores característicos

Spray removedor	Facilita a remoção da parte adesiva do dispositivo de ostomia
Clampe	Para fechar sacos coletores de ileostomias (drenáveis)
Kit de irrigação	Indicado para a técnica de irrigação em colostomizados (só para colostomias descendentes ou da sigmoide)

6. Complicação de referenciação urgente para hospital

A pessoa com OEI deve ser referenciada para a consulta de especialidade hospitalar e, na sua impossibilidade, ao serviço de atendimento não programada ou ao serviço de urgência, e que apresenta:

- a) Hemorragia;
- b) Oclusão intestinal;
- c) Diarreia não controlável;
- d) Prolapso não redutível;
- e) Necrose do estoma;
- f) Ulceração ou eritema da pele peri-estoma;
- g) Ausência de capacidade de aparelhagem da ostomia. (Norma)

7. Plano de enfermagem

Os enfermeiros têm a responsabilidade de cuidar e ensinar a pessoa com ostomia e/ou cuidador, as estratégias necessárias para colmatar as dificuldades físicas, emocionais e sociais, que são inerentes à sua condição, garantindo o apoio ao longo do tempo, adaptando-se a eventuais mudanças nas necessidades sentidas por estes utentes

1) Educação para a saúde em cuidados de ostomias de eliminação intestinal:

- a) Ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar cuidados à ostomia de eliminação intestinal (higiene da pele peri-estoma e estoma);
- b) Ensinar a reconhecer complicações que afetam o estoma e a pele peri-estoma;
- c) Autocuidado face à ostomia promovendo estilos de vida saudável:
 - i. Autocuidado higiene: com ou sem o sistema coletor, proteger o filtro com o autocolante apropriado se o sistema tiver filtro;
 - ii. Autocuidado vestuário: meias e calças elásticas e o cinto apertado não devem ser colocados sobre o estoma;
 - iii. Autocuidado alimentação: adequação do regime alimentar às necessidades individuais, tipo de ostomia e equilíbrio hidro- eletrolítico;

- iv. Adaptação profissional, social e recreativa: estratégias adaptativas para facilitação do regresso à atividade;
- v. Expressão sexual no adulto: presença da ostomia no autoconceito sexual, na gestão da intimidade
- vi. Expressão sexual em idade pediátrica: presença de ostomia na imagem corporal e interação social;
- vii. Autocontrolo continência intestinal (instruir técnica de irrigação e fortalecimento da musculatura pélvica).
- d) Instruir e treinar a utilização de dispositivos e acessórios;
- e) Esclarecer sobre os dispositivos médicos individualizados;
- f) Ensinar e treinar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, técnica de eliminação intestinal para a reconstrução trânsito intestinal;
- g) Instruir e avaliar o impacte da alimentação na eliminação intestinal;
- h) Referenciar para apoios na comunidade

Intervenções de enfermagem à pessoa com OEI

Cuidados ao estoma e à pele peri-estoma :

- 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;
- vi. Limpar resíduos do estoma;
- vii. Lavar o estoma e a pele peri-estoma, 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 espoja humedecida só em água;
- viii. Secar bem o estoma e pele peri-estoma;
- ix. Avaliar as características do estoma e pele; e Incentivar a pessoa com ostomia a “olhar” e “tocar” o estoma.

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. Diagnosticar lesões pele peri-estoma (maceração, escoriação, eritema, zona de pressão, ulceração) e sua etiologia;
- iii) Contatar elo de ligação com consulta de estomaterapia do ACES Oeste Sul,
- iv. Tratar do estoma de acordo com a evidência científica
- v. Elo de ligação - Referenciar para consulta de estomaterapia do ACES Oeste Sul, se necessário.

Prevenção e detecção de complicações de estoma:

- i. Identificar fatores de risco, (intrínsecos e extrínsecos) nomeadamente tratamentos adjuvantes, ajuste de dispositivos entre outros;
- ii. Avaliação do estoma;
- iii. Diagnosticar alterações do estoma;
- iv) Contatar elo de ligação com consulta de estomaterapia do ACES Oeste Sul,
- v) Tratar do estoma de acordo com a evidência científica;;
- vi) Elo de ligação - Referenciar para consulta de estomaterapia do ACES Oeste Sul, se necessário.

Treino da pessoa com ostomia no autocuidado e na aparelhagem do dispositivo coletor

- i. Higiene das mãos com SABA;
- ii. Preparar material necessário;
- iii. Medir o estoma com os medidores e desenhar e recortar na adesiva do dispositivo;
- iv. Eliminar as arestas em redor da área de recorte do dispositivo passando com o dedo indicador;
- v. Retirar o papel protetor, evitando tocar na parte adesiva/ aderência do dispositivo;
- vi. Fornecer molde;
- vii. Se sistema de 1 peça:
 - (i) Colar suavemente a base adesiva de debaixo para cima ao longo da pele circundante;
 - (ii) Ajustar o bordo inferior do recorte ao bordo inferior do estoma;
 - (iii) Pressionar suavemente o dispositivo coletor para maior aderência aproximadamente um minuto;
- viii. Se sistema de duas peças:
 - (i) Moldar manualmente a placa para o ajuste do tamanho e forma do estoma (se dispositivo moldável);
 - (ii) Ajustar o rebordo da placa do-a à pele;
 - (iii) Pressionar ligeiramente com os dedos à volta do estoma e em toda a placa;
 - (iv) Adaptar o aro do saco à placa pressionando ligeiramente;
- ix. Verificar se o dispositivo está devidamente adaptado.

- x. Colocar os materiais utilizados num recipiente para sujos;
- xi. Lavar as mãos depois dos procedimentos.

8. A alimentação do doente ostomizado

Ao fim das 6 semanas do pós-operatório, a pessoa ostomizada não necessita de dieta especial, apenas deve observar como o seu organismo reage aos alimentos e adaptar a dieta conforme necessário. Reintroduzir os alimentos, um de cada vez, em pequenas quantidades, observando como o organismo vai reagir. Aumentar a quantidade gradualmente. Se o doente não tolerar bem deve aguardar uns dias e voltar a tentar novamente.

Existem alimentos que são bem tolerados e outros que causam desconforto, como aumento de gases, odor e da quantidade das fezes.

Alimentos que interferem com o odor das fezes

- Ovos;
- Cerveja;
- Bebidas gaseificadas como refrigerantes;
- Lacticínios;
- Alho;
- Bebidas alcoólicas.

Alimentos que podem provocar gases:

- Farinha branca;
- Repolho;
- Bebidas com gás;
- Leite, queijo e outros lacticínios de alta fermentação;
- Cebola;
- Alimentos muito condimentados;
- Feijão;
- Peixes e frutos do mar.

Alimentos com alto teor de fibra

- Grão-de-bico;
- Lentilha;
- Centeio;
- Milho;
- Linhaça;
- Aveia;
- Frutas e legumes com casca;
- Acelga chinesa;
- Brócolos chineses;
- Repolho chinês;
- Nozes;
- Escarola;
- Espinafre.

Advertências no caso de ileostomias

As pessoas com ileostomia não têm cólon para absorver água e fluidos.

O risco de desidratação é maior.

A melhor maneira de prevenir é beber uma média de 8 a 10 copos de líquido por dia.

Pode incluir muitos tipos diferentes de líquido além da água.

Atenção às bebidas com cafeína pois podem contribuir para a desidratação.

A produção normal de efluente numa ileostomia é entre 600-900 mls / 24 horas. Normal até <1200 mililitros por 24 horas.

Se produz > 1.500 mililitros ou mais de fezes por 24 horas há grande risco de **desidratação**.

Evitar alimentos com alto teor de fibras / resíduos;

Evitar vegetais e frutas com casca;

Evitar frutas e vegetais crus; cozinhar bem ou usar enlatados

Mastigar bem a comida; se a pessoa vir pedaços de comida no saco, pode não estar a mastigar bem.

Quadro 7 - Cuidados a ensinar à pessoa com ileostomia:

Para prevenir desidratação Deve evitar:	Para ajudar a engrossar fezes líquidas Adicionar os seguintes alimentos	Para se manter hidratado
Café	Bananas	Beber ao longo do dia.
Chá com cafeína (ervas é bom)	Batatas descascadas	Beber um copo de água toda vez que esvazia o saco coletor.
Bebidas com alto teor de açúcar (sucos, algumas bebidas esportivas, refrigerantes / colas). Ler sempre o rótulo.	Arroz branco, pão, macarrão, biscoitos sem tempero	Beber 8–10 copos (240 ml de líquidos) por dia da seguinte lista:: • Suco diluído em água e bebidas desportivas • Gelatina, caldo e suco de vegetais

Alimentos fritos e / ou picantes	Compota de maçã	
Álcool	Marshmallows	
Chocolates	Manteiga de amendoim cremosa	

IN: UOAA-EATING WITH AN OSTOMY, 2020

9. A absorção dos medicamentos nas pessoas com OEI

A criação de um estoma interrompe o normal processo de absorção intestinal de acordo com o local do intestino onde é realizado e a quantidade do mesmo que é retirado. A forma de administração dos medicamentos e o tempo de trânsito do conteúdo intestinal podem afetar a absorção dos medicamentos, pelo que se deve pensar em outras formas de administração como a transdérmica ou a sublingual. Estas alterações podem ocorrer particularmente nos doentes com ileostomias, porque a maioria dos medicamentos são absorvidos no íleo. Nestes, devem ser evitados medicamentos com revestimento entérico ou de libertação lenta pelo risco de libertação inadequada do seu princípio ativo.

Antiácidos	Os sais de magnésio podem causar diarreia (Fake & Skipper,2014) principalmente no doente ileostomizado (UOAA (20207). Sais de alumínio intestinal (UOAA 2020)
Antibióticos	Podem destruir a microflora intestinal, podendo causar diarreia (Fake & Skipper,2014; UOAA, 2020) e risco de desidratação no doente ileostomizado
Digoxina	O doente suscetível a Hipocaliémia deve ser monitorizado regularmente; considere suplementos ou diuréticos poupadores de potássio (Fake & Skipper,2014; UOAA, 2020)
Diuréticos	O doente pode ficar desidratado, principalmente se for ileostomizado (Fake & Skipper,2014; UOAA, 2020)
Sulfato de ferro, Fumarato ferroso	Podem causar diarreia no doente com ileostomia ou obstipação no caso das colostomias. As fezes podem ser pretas; importante tranquilizar o doente
Enemas, laxantes	Evitar no doente com ileostomia; pode causar rápida e severa perda de água / eletrólitos (desidratação) (Fake & Skipper,2014, UOAA (2020)
Nicorandil	Ulceração anal e pele peri-estoma; relacionado com a doença inflamatória (Fake & Skipper,2014)
Opióides analgésicos	Podem causar obstipação (Fake & Skipper,2014; Sica et al 2007), pois inibem o peristaltismo (aumentando assim a absorção de água e eletrólitos)
Inibidores da bomba de prótons	Podem causar diarreia (Fake & Skipper,2014)
Anticoncecionais	As pílulas anticoncepcionais podem não ser totalmente absorvidas, principalmente na doente ileostomizado (UOAA (2020)
Corticosteroides	Retenção de sódio. Possível infecção fúngica peri-estoma devido a supressão do sistema imunológico (UOAA, 2020)
AINES (Anti-inflamatórios não esteroides)	Desconforto duodeno-gástrico
Vitaminas	A forma líquida é a melhor. O complexo B pode causar odor (UOAA,2020). A vitamina C pode irritar a pele periestoma (UOAA, 2020).

10. Referenciação para consulta estomaterapia (Contactos)

- Elo de ligação na USF [REDACTED]: Enf^a Ana Luisa Nóbrega e Silva

- Consulta estomaterapia do ACES [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- Consultas externas- Consulta de Estomaterapia, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Telefone: 217229800-4241

[REDACTED] 926730288

[REDACTED]

- Consulta estomaterapia H. [REDACTED]:

[REDACTED]

[REDACTED]

- [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- Consulta estomaterapia [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- [REDACTED]

[REDACTED]

10. Prescrição médica dos dispositivos

De acordo com Norma da DG [REDACTED] criação de dispositivos médicos para pessoas com ostomia e Incontinência / Retenção Urinária, em sistema de Prescrição Eletrónica Médica (PEM) faz-se da seguinte forma:

a) No módulo “Dispositivos Médicos” selecione no separador “Tipo de Produto” o tipo de ostomia pretendida:

- i. Ostomia Alimentação;
- ii. Ostomia Eliminação;
- iii. Ostomia Respiratória;
- iv. Ostomia Retenção/ Incontinência.

<p>b) No separador do Grupo de Ostomia seleccione o dispositivo pretendido e, posteriormente, o produto específico (saco de colostomia, saco de ileostomia, removedor de adesivos, placa de fixação, pós cicatrizante, etc).</p> <p>2. O médico prescritor é alertado, via PEM, quando a dispensa na farmácia do dispositivo médico do utente ultrapassa o número de unidades previsto na NOC 026/2017. Sempre que a pessoa necessite de um consumo de dispositivos superior, o médico deve registar a devida fundamentação clínica ou justificação médica quer no processo clínico quer na PEM (seleccionando a opção mais adequada ao caso). O registo da fundamentação clínica na PEM, deve ser feito de acordo com o tipo de ostomia - Ostomias de Eliminação:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Alterações cutâneas; ii. Aumento do funcionamento intestinal; iii. Deterioração não espectável dos dispositivos.
IMPRESSOS ASSOCIADOS
Não aplicável

AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO
Periodicidade: Anual
Metodologia: Auditoria – Anexo I, II e III

REFERÊNCIAS
<p>(1) Marques, G. (2013). A pessoa submetida a ostomia de eliminação. In Santos, I.M. et al. <i>Estomaterapia: O saber e o cuidar</i>, (pp.17-23). Lisboa: LIDEL;</p> <p>(2,3) UOAA (2020). <i>New ostomy patient guide</i>. United Ostomy Associations of America, Inc. Acedido a 4-3-2021. Disponível em:www.ostomy.org/Home.html ;</p> <p>(4) Orem, D. (2001). <i>Nursing concepts of practice</i>. (6ª ed.). New York: Mosby.</p> <p>(5) Direção Geral da Saúde (2017b). <i>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</i>. Lisboa: Direção Geral da Saúde.</p> <p>(6) 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</p> <p>(7) Despacho n.º11233/2016 de 19 de setembro de 2016 para melhorar a acessibilidade e simplificar os processos no acesso aos produtos para absorção de urina e fezes. Diário da Republica n.º 180/2016, Série II de 19 setembro. 28489 – 28490.</p> <p>(8) Black JM, Hawks JH. Text book of medical surgical nursing, 7th edition, published by Elsevier, 2005, 834- 835.</p> <p>(9) Gutman, N. (2011). Colostomy guide. Northfield: United Ostomy Associations of America.</p> <p><u>Alvey, B., Beck, D. (2008). Peristomal Dermatology. Clin Colon Rectal Surg. Feb; 21(1): 41–44 doi: 10.1055/s-2008-1055320</u></p>

Anexo I

Auditoria ao processo de Enfermagem

Itens a avaliar	C	N/C	N/A	Observações
Está registado na avaliação inicial o tipo de OEI, data de realização				
Existe evidência no processo clínico do registo da avaliação do auto cuidado à OEI?				
Existe evidência no processo clínico do ensino realizado à pessoa com OEI?				
Existe evidência no processo clínico de referência para o elo de ligação da USF e posterior referência para a consulta de estomatoterapia do ACES Oeste Sul se surgiram complicações?				
Existe evidência no processo clínico de referência por parte do elo de ligação da USF para a consulta de estomatoterapia do ACES Oeste Sul se não se resolveram as complicações?				

Legenda: C= Conforme/ NC= Não conforme

Auditoria ao processo Médico

Itens a avaliar	C	N/C	N/A	Observações
Existe evidência de registo do diagnóstico, de acordo com ICPC-2, no processo clínico do utente?				
Em situação de complicações inerentes à ostomia, existe evidência de encaminhamento				

para reavaliação em consulta de estomaterapia através do elo de ligação da USF?				
Na PEM, existe evidência de registo do(s) dispositivo(s) médico(s) na medicação crónica do utente?				
Existe evidência no processo clínico de seguimento em consulta de estomaterapia?				
Existe acesso aos registos da consulta de estomaterapia em SClínico?				

Legenda: C= Conforme/ NC= Não conforme Na= Não aplicável

Anexo II

Critérios de Registos de Enfermagem em SCLÍNICO®

Optou-se por não colocar tabelas de registo, pois são iguais ao manual de registos em Sclínico, descritas no Apêndice 12, de forma a não aumentar substancialmente o tamanho deste relatório.

Poderão ainda ser avaliadas outras intervenções diagnósticas de acordo com as necessidades da pessoa com OEI, como:

1. Avaliar 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

2. Avaliar autocuidado no idoso e na pessoa dependente

3. Avaliar papel do prestador de cuidados (no caso de pessoa dependente):

4. Avaliar papel do cuidador

Avaliar potencial do cuidador para tomar conta

Avaliar capacidade do cuidador para tomar conta

5. Avaliar stress prestador de cuidados:

Avaliar stress do prestador de cuidados

Avaliar conhecimento do cuidador para gerir stress

Médicos

À equipa médica da USF compete:

1. Registrar o diagnóstico no processo clínico de acordo com ICPC-2;

2. Avaliar a funcionalidade do estoma e excluir complicações associadas, efetuando o registo dessa observação em S Clínico;

3. Avaliar a gestão do utente (ou do seu cuidador) face á situação da ostomia e dos cuidados associados;

4. Registrar o pedido de referenciação para o elo de ligação da USF aquando de complicações relacionadas com ostomia;

Registar na PEM os dispositivos médicos utilizados pelo doente como terapêutica crónica;
6. Confirmar em cada prescrição se a referenciação do dispositivo se encontra atualizada.

Anexo III

Padrão de Qualidade (PQ):

Para cada critério será determinado um Índice de Cumprimento (IC) e atribuído um Padrão de Qualidade (PQ):

PC	IC
Muito Bom	90%
Bom	80 - 89%
Suficiente	60 - 79%
Insuficiente	< 60%

Após a obtenção dos resultados da reavaliação será aplicado um teste estatístico (Qui-quadrado) para medir o efeito da intervenção efetuada no ano anterior e poder concluir se os resultados obtidos se deveram ao acaso ou foram fruto das medidas corretivas implementadas.

Padrão de Qualidade Global (PQG)

Para a equipa de profissionais será determinado o Padrão de Qualidade Global (PQG) que reflete, de uma forma geral, a qualidade dos serviços prestados, `as pessoas com OEI. Serão comparados os resultados obtidos no ano X (atual) com os obtidos no ano Y (último ano auditado).

PGQ	Valor
Médicos	Total de critérios cumpridos (IC ≥ 80%) x100 / Total de critérios
Enfermeiros	Total de critérios cumpridos (IC ≥ 80%) x100 / Total de critérios

APÊNDICE XVI

Panfleto: “ Como cuidar do meu Estoma de Eliminação intestinal?”

Problemas mais frequentes:

Irritação da pele à volta do estoma:
As fezes podem macerar a pele à volta do estoma. Aconselha-se a colocar um protetor cutâneo (fale com o seu enfermeiro de família) e recorte sempre o dispositivo o mais parecido possível com o tamanho do seu estoma.

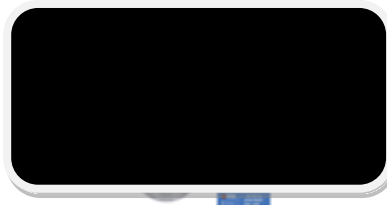
Sangramento do estoma:
Por vezes o estoma pode sangrar, se o dispositivo estiver mal adaptado. Se continuar, fale com o seu enfermeiro.

Se o estoma ficar muito escuro ou arroxeado, dirija-se às urgências do hospital!



Sabia que existe no Centro de Saúde de Torres Vedras uma **Consulta de Estomaterapia**? Fale com o seu enfermeiro de família.

Unidade de Saúde Familiar [Redacted]



Elaborado por: Enf. Ana Nóbrega e Silva



Como cuidar do meu estoma de eliminação intestinal?

OSTOMIA é uma abertura que se faz através de uma cirurgia, com o objetivo de ligar uma parte do intestino à parede abdominal. Constrói-se assim um "ânus artificial", chamado **estoma**, por onde as fezes passam a sair.

Se está nesta situação, é normal que tenha muitas dúvidas que o preocupam.

Existem muitas pessoas que fizeram esta operação e retomaram a sua vida, trabalham, praticam desporto, têm uma vida social e familiar.

A sua equipa de saúde familiar está cá para o **ajudar!**

Toque no seu estoma, não dói!

Ao trocar o seu dispositivo coletor:
Retire suavemente o saco sujo, **de cima para baixo com as duas mãos**, uma segura o saco e a outra mão apoia a pele; Lave o estoma e a pele à volta, **sem esfregar**.

Seque bem o estoma e a pele à volta;

Meça o estoma e recorte a base do dispositivo de forma que fique justo ao estoma (para que as fezes não agriçam a pele).

Se usa sistema de 1 peça: Cole a placa de **baixo para cima**, ajustando o bordo inferior do recorte ao bordo inferior do estoma

Se usa sistema de 2 peças: Ajustar o rebordo da placa ao bordo inferior do

Perguntas frequentes:

"Tenho de desinfetar o meu estoma?"

Não. Deve apenas lavar com água e sabão neutro.

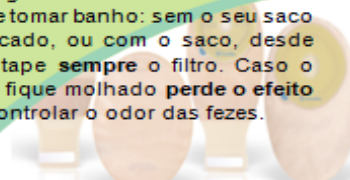
"Que dispositivos existem?"

Sistema de 2 peças: A placa cola na parede abdominal, e o saco encaixa na placa (**têm de ser compatíveis**). A placa pode ficar cerca de 3 dias e vai-se mudando o saco.

Sistema de 1 peça: O sistema é removido como um todo. São de **uso diário**, mas devem ser trocadas se o saco encher até 2/3 da sua capacidade.

"Posso tomar banho de chuveiro?"

Não se preocupe, **não há perigo** da água entrar no seu estoma. Pode tomar banho: **sem o seu saco colocado, ou com o saco, desde que tape sempre o filtro.** Caso o filtro fique molhado **perde o efeito** de controlar o odor das fezes.



APÊNDICE XVII

Panfleto: “ A alimentação na pessoa com Ostomia de eliminação intestinal”

Se tem uma ileostomia, o risco de sofrer de desidratação é maior porque não tem cólon (intestino grosso) para absorver água e fluidos.

Para evitar desidratação, evitar:

- ✦ Café
- ✦ Chá com cafeína
- ✦ Bebidas com alto teor de açúcar (sumos, refrigerantes). Ler sempre o rótulo
- ✦ Alimentos fritos e/ou picantes
- ✦ Alcool
- ✦ Chocolates

Para ajudar a engrossar as fezes líquidas

- ✦ Bananas;
- ✦ Batatas descascadas
- ✦ Arroz branco
- ✦ Pão
- ✦ Compota de maçã

Para se manter hidratado:

- ✦ Beba água ao longo do dia
- ✦ Beba um copo de água toda a vez que esvazia o seu saco coletor
- ✦ Beba 8-10 copos (240ml de líquidos) por dia da seguinte lista: Água; Sumo diluído em água, bebidas desportivas, gelatina, caldo e sumo de vegetais



A ALIMENTAÇÃO NO DOENTE COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

SE TEM UMA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL!

Vai ter de fazer uma dieta pobre em fibras nas primeiras 6 semanas.

Após este tempo não necessita de dieta especial.

Deve reintroduzir os alimentos um de cada vez, em pequenas quantidades, observando como o organismo vai reagindo.

Aumente a quantidade gradualmente. Se não tolerar bem deve aguardar uns dias e tentar novamente.

Existem alimentos que são bem tolerados e outros que causam desconforto, como aumento de gases, odor e da quantidade das fezes.



ALIMENTOS COM ALTO TEOR DE FIBRAS

- ✦ Grão de bico
- ✦ Aveia
- ✦ Lentilhas
- ✦ Frutas e legumes com casca
- ✦ Centeio
- ✦ Milho
- ✦ Linhaça
- ✦ Nozes
- ✦ Espinafre

ALIMENTOS QUE AUMENTAM O CHEIRO DAS FEZES

- ✦ Ovos
- ✦ Cerveja
- ✦ Bebidas gaseificadas como refrigerantes
- ✦ Laticínios
- ✦ Alho
- ✦ Bebidas alcoólicas

ALIMENTOS QUE PROVOCAM GASES

- ✦ Farinha branca
- ✦ Repolho
- ✦ Bebidas com gás
- ✦ Leite, queijo e outros laticínios de alta fermentação
- ✦ Cebola
- ✦ Alimentos muito condimentados
- ✦ Feijão
- ✦ Peixes e frutos do mar



SE TEM UMA ILEOSTOMIA

Atenção às bebidas com cafeína pois podem contribuir para a desidratação.

Evite alimentos com alto teor de fibras / resíduos, vegetais e frutas com casca, frutas e vegetais crus; cozinhe-os bem ou use enlatados.

Mastigue bem a comida; se vir pedaços de comida no saco coletor, pode não estar a mastigar bem.

APÊNDICE XVIII

Panfleto: “ A absorção dos medicamentos nos doentes com Ostomias de eliminação intestinal”

Sabia que...

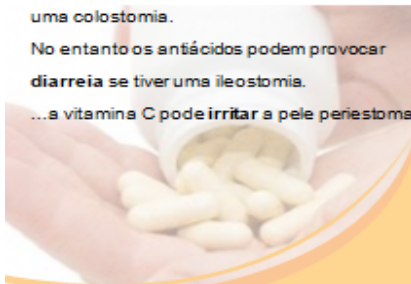
...se tiver uma ileostomia, pode não absorver a pílula! Fale com a equipa de saúde familiar para mudar de método anticoncepcional.

Se tiver uma colostomia habitualmente não há problema.

...os medicamentos antiácidos que contêm Alumínio, podem provocar obstipação se tiver uma colostomia.

No entanto os antiácidos podem provocar diarreia se tiver uma ileostomia.

...a vitamina C pode irritar a pele periestoma.



SE TIVER QUE FAZER A PREPARAÇÃO PARA UMA COLONOSCOPIA, AVISE QUE TEM UMA ILEOSTOMIA! PODE TER DE ALTERAR A PREPARAÇÃO

ELABORADO POR: Ana Luísa Nóbrega Silva
Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica-
Vertente Oncológica



A ABSORÇÃO DOS MEDICAMENTOS NOS DOENTES COM OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Abri! 2021

Sabia que?

...os antibióticos podem alterar a flora microbiana do seu intestino e provocar-lhe diarreia. Se tem ileostomia atenção ao perigo de desidratação. ... Os diuréticos, o sulfato ferroso e os inibidores da bomba de prótons podem facilmente provocar desidratação se tiver uma ileostomia. Tome pelo menos 8 a 10 copos de água diariamente!

Quando se tem um Ostomia de Eliminação intestinal como uma colostomia ou uma ileostomia o processo de absorção intestinal dos medicamentos pode ficar afetada.

Se tiver uma ileostomia e encontrar comprimidos ainda por desfazer no seu saco coletor de fezes, fale com a sua equipa de saúde familiar.

O seu médico poderá ter que mudar a sua medicação. Isto acontece, porque os seus medicamentos não estão a ser absorvidos correctamente.

Deve informar sempre os profissionais de saúde (médico/enfermeiro e farmacêutico) que tem um estoma, principalmente se for uma ileostomia para que não lhe prescrevam medicamentos de absorção lenta, ou com revestimento entérico.



Atenção, não esmague os comprimidos sem antes perguntar ao seu médico ou farmacêutico se o pode fazer.

Não abra as cápsulas para retirar o conteúdo da medicação.

APÊNDICE XIX

Apresentação do trabalho: “Absorção dos medicamentos nos doentes com OEI”

A absorção dos medicamentos nos doentes com ostomias de eliminação intestinal: a intervenção do Enfermeiro



Palavras – chave:
Ileostomias, colostomias, medicamentos,
..... absorção, enfermagem.

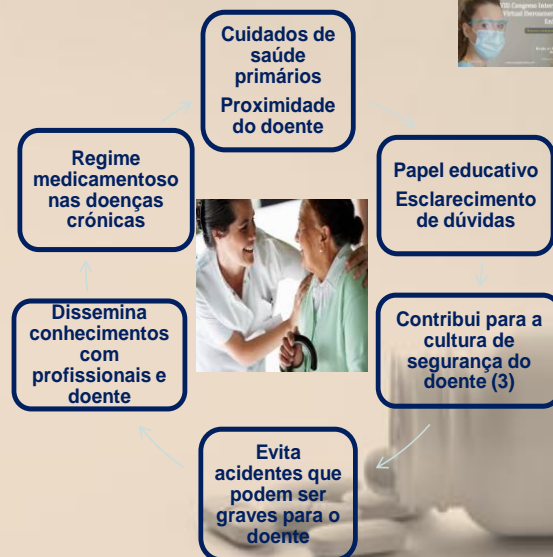
**Nóbrega e Silva, Ana Luísa;
Ramos Fernandes, Lina.**

- (1) Enfermeira USF Arandis (Mestranda em enfermagem na área de especialização médico cirúrgica, na área de intervenção enfermagem na vertente de oncologia na ESEL;
- (2) Enfermeira USF Arandis (Mestra em enfermagem na área de especialização médico cirúrgica, na área de intervenção enfermagem na vertente de Enfermagem no idoso.

O
A
C
C
U
D
O
-
I
N
T
R
O

Em Portugal, os cânceros mais frequentes são os do cólon e recto, ocupando o segundo lugar como principal causa de morte (1) e é responsável por um grande número de ostomias de eliminação intestinal.

Estes doentes podem sofrer alterações na absorção dos medicamentos devido à diminuição do tamanho do intestino (2), podendo existir a possibilidade do doente além de não usufruir dos benefícios da sua medicação, poder sofrer complicações graves.



COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA

É uma abertura artificial na parede abdominal, através da qual se exterioriza uma extremidade do cólon (intestino grosso), a qual se fixa à pele e se abre para o exterior - criando assim um "ânus artificial", chamado estoma, pelo qual as fezes passaram a sair. Pode ser temporário ou definitivo.(4)



- colostomia ascendente: as fezes são tendencialmente líquidas
- colostomia transversa: as fezes são tendencialmente semilíquidas
- colostomia descendente ou sigmóide: as fezes são tendencialmente moldadas e/ou sólidas

ILEOSTOMIA



Efluente de fezes líquidas ou semi-líquidas

É uma abertura artificial na parede abdominal, através da qual se exterioriza uma extremidade do ileon (intestino delgado), a qual se fixa à pele e se abre para o exterior - criando assim um "ânus artificial", chamado estoma, pelo qual as fezes passaram a sair. Este estoma pode ser temporário ou definitivo. (4)

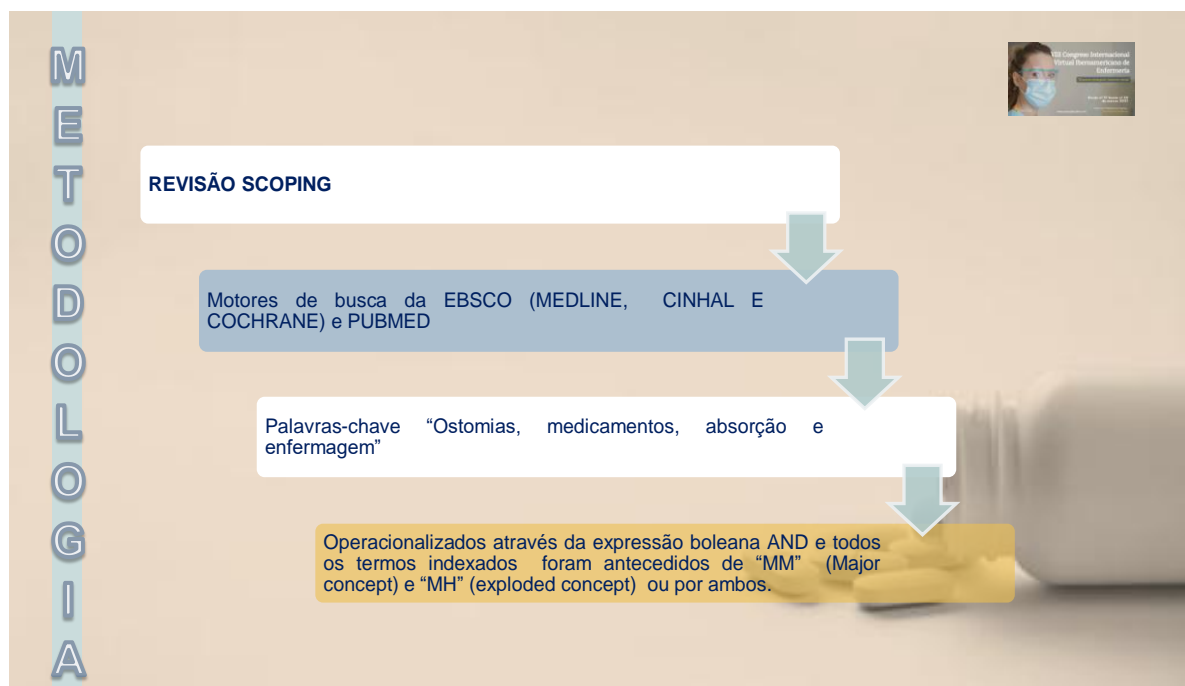
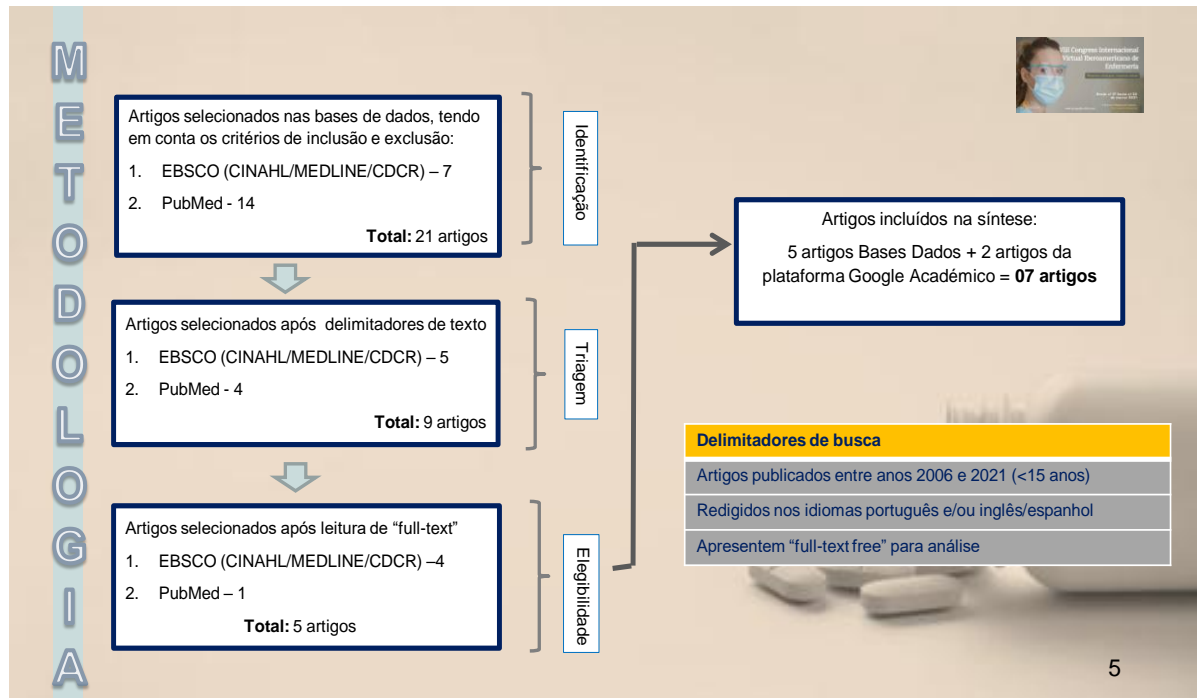


Aumentar a literacia dos profissionais de saúde (equipa de família: enfermeiros e médicos) em relação às alterações na absorção dos medicamentos nos doentes com ostomias de eliminação intestinal.

Desta forma pretendeu-se fazer uma revisão que fornecesse a mais recente informação baseada na evidência que pudesse dar resposta à pergunta:

“Quais as alterações na absorção da medicação nos doentes submetidos a ostomias de eliminação intestinal ?”







Factores que interferem na absorção dos medicamentos (5)

- Tipo de estoma formado
- Quantidade de intestino delgado remanescente após a ressecção
- Qualidade do intestino delgado remanescente
- Natureza e volume da produção do estoma
- Forma em que o medicamento é prescrito



Medicamentos para usar com cuidado ou evitar em doentes com ostomias de eliminação intestinal

Antiácidos	Os sais de magnésio podem causar diarreia (6) principalmente no doente ileostomizado (7). Sais de alumínio podem causar obstipação (6), principalmente no doente colostomizado (7), contraindicado na oclusão intestinal (4)
Antibióticos	Podem destruir a microflora intestinal, podendo causar diarreia (6,7) e risco de desidratação no doente ileostomizado (7)
Digoxina	O doente suscetível a Hipocaliémia deve ser monitorizado regularmente; considere suplementos ou diuréticos poupadores de potássio (6)
Diuréticos	O doente pode ficar desidratado, principalmente se for ileostomizado (6,7)
Sulfato de ferro, Fumarato ferroso	Pode causar diarreia no doente com ileostomia ou obstipação no caso das colostomias. As fezes podem ser pretas; importante tranquilizar / alertar o doente (6)
Enemas, laxantes	Evitar no doente com ileostomia; pode causar rápida e severa perda de água / eletrólitos (desidratação) (6,7,4)
Nicorandil	Ulceração anal e pele peri-estoma; relacionado com a doença inflamatória (6)
Opióides analgésicos	Podem causar obstipação (8,6), pois inibem o peristaltismo (aumentando assim a absorção de água e eletrólitos)
Inibidores da bomba de prótons	Pode causar diarreia (6)
Anticoncepcionais	As pílulas anticoncepcionais podem não ser totalmente absorvidas, principalmente na doente ileostomizado (7)
Corticosteroides	Retenção de sódio. Possível infeção fúngica peri-estoma devido a supressão do sistema imunológico (7)
AINES (Anti-inflamatórios não esteroides)	Desconforto duodeno-gástrico (7)
Vitaminas	A forma líquida é a melhor. O complexo B pode causar odor (7). A vitamina C pode irritar a pele periostoma (4)



Fatores a considerar ao prescrever medicamentos para um doente com ileostomia

Monitorizar as concentrações séricas dos medicamentos orais para obter resultados ideais (5)

O **sorbitol**, frequentemente encontrado em preparações líquidas, deve ser evitado sempre que possível pois tem um potencial efeito laxante (5)

Os **antibacterianos** não devem ser administrados para diarreia aguda (5)

Medicação com revestimento entérico ou de libertação lenta deve **ser evitada**, pois pode haver libertação inadequada do componente ativo (5,6,7)

O doente com ileostomia pode beneficiar de medicamentos anti diarreicos, como a loperamida (idealmente na forma líquida, por ser absorvido mais rapidamente). Se tomado 30-60 minutos antes das refeições, o tempo de trânsito dos alimentos através do intestino é prolongado, promovendo maior fluido e absorção dos eletrólitos (11)



Ensinos ao doente ileostomizado

Os doentes ileostomizados devem sempre informar os profissionais de saúde que eles têm um estoma, principalmente

Os doentes devem monitorizar o efluente fecal à procura de comprimidos/cápsulas não digeridos e informar o médico e/ou enfermeiro, se isso ocorrer (4,5,7)

Não esmagar os comprimidos sem consultar o farmacêutico (5), nem abrir as cápsulas (4)

O impacto que o aumento do tempo de trânsito do conteúdo intestinal tem sobre a absorção de medicamentos e tentar controlar os fatores que contribuem para o seu aumento (5)

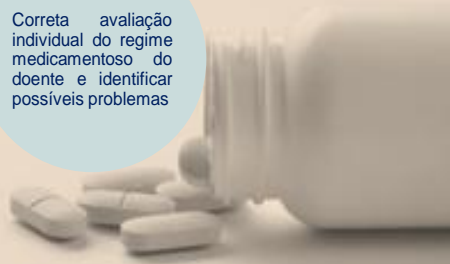


A criação de um estoma interrompe o normal processo de absorção intestinal de acordo com o local do intestino onde é realizado e a quantidade do mesmo que é retirado (9,5).

A forma de administração dos medicamentos e o tempo de trânsito do conteúdo intestinal podem afetar a absorção dos medicamentos, pelo que se deve pensar em outras formas de administração como a transdérmica ou a sublingual (5)

Estas alterações podem ocorrer particularmente nos doentes com ileostomias, porque a maioria dos medicamentos são absorvidos no íleo (9). Nestes, devem ser evitados medicamentos com revestimento entérico ou de libertação lenta.

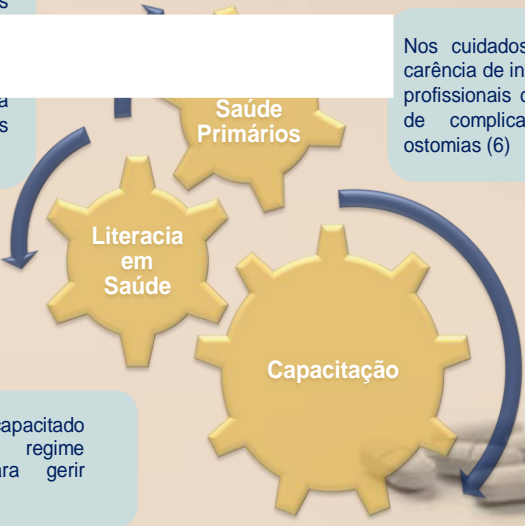
Correta avaliação individual do regime medicamentoso do doente e identificar possíveis problemas



Fornecer educação aos doentes com os cuidados de eliminação e mas sobretudo proporcionar aos profissionais de saúde na área da gestão dos medicamentos

Nos cuidados de saúde primários há carência de informação transmitida pelos profissionais de saúde sobre prevenção de complicações no doente com ostomias (6)

Doente informado, mais capacitado para a gestão do regime medicamentoso e para gerir expectativas. (9)





- (1) INE (2020). Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt.
- (2) RNAO, (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 1-2-2021. Disponível em: www.rnao.org/bestpractices
- (3) Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015 PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020 pág. 3882 (2)
- (4) UOAA (2020). New ostomy patient guide. United Ostomy Associations of America, Inc. Acedido a 4-3-2021. Disponível em: www.ostomy.org/Home.html
- (5) Moore, Susan. (2015). *Medications absorption for patient with na ileostomy*. British Journal of nursing (STOMA CARE SUPPLEMENT) Vol. 24 No. 5 .
- (6) Fake, Jeanette and Skipper, Gill (2014) *Key Messages in prescribing for stoma care*. British Journal of nursing Vol. 23 No. 17
- (7) UOAA, United Ostomy Association of American (2020) *Eating with a Ostomy- A Comprehensive Nutrition Guide for Those Living with an Ostomy 1ª Edição*. Acedido a 4-3-2021. Disponível em: www.ostomy.org/Home.html
- (8) Sica, Jo, Burch, Jennie (2007) *Management of intestinal failure and high-output stomas*. British Journal of nursing Vol. 16 No. 13
- (9) Burch, Jennie. (2006) *Nutrition and the ostomate: input, output and absorption*. British Journal of Community Nursing vol11, No 8. Acedido a 2-3-2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2006.11.8.21669>
- (10) Nieves, Candela Bonill-de las, Díaz, Concepción Capilla, Celdrán-Mañas, Miriam, Morales-Asencio, José Miguel, Hernández-Zambrano, Sandra Milena, & Hueso-Montoro, César. (2017). Percepção de pacientes ostomizados sobre os cuidados de saúde recebidos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2961. Epub December 11, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2059.2961>
- (11) Fulham, J. (2008) Providing dietary advice for the individual with a stoma. British Journal of nursing (STOMA CARE SUPPLEMENT) Vol. 17 No. 2

APÊNDICE XX

*Poster: “Capacitação do Ostimizado Intestinal na Potencialização da Medicação:
Intervenção do Enfermeiro Especialista”*

CAPACITAÇÃO DO OSTOMIZADO INTESTINAL NA POTENCIALIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO

Intervenção do Enfermeiro Especialista



Ana Nóbrega e Silva* | Lina Fernandes** | Óscar Ferreira***

*Mestranda em Enfermagem na área de especialização Médico-Cirúrgica, enfermeira oncológica.

Mestranda em Enfermagem na área de especialização Médico-Cirúrgica, na área de intervenção enfermagem no contexto da atenção básica. * Professor Doutor na UFRJ.

INTRODUÇÃO



PALAVRAS CHAVE: ostomia, absorção, medicamento, enfermagem

As doenças oncológicas assumem maior relevância a nível mundial. Estima-se que existam cerca de 15 mil pessoas com ostomia, das quais 80% a 90% por patologia oncológica, tendo maior incidência a do foro digestivo (1). Em Portugal, os cânceros mais frequentes são do colon e recto, sendo responsável por um grande número de ostomias de eliminação intestinal (2). Estes doentes podem sofrer alterações na absorção dos medicamentos, devido à diminuição do tamanho do intestino (2), não usufruindo dos benefícios da medicação. Por outro lado estes utentes têm associadas comorbilidades, necessitando de terapêutica crónica.

O EEMC (enfermeiro especialista médico cirúrgico) revela-se fulcral na toma segura e correta da medicação. Nos cuidados de saúde primários este papel educativo é preponderante, pela sua proximidade. Esclarece dúvidas que surjam sobre o regime medicamentoso no controlo das doenças crónicas, contribuindo para a cultura de segurança do doente (3,9).

OBJETIVO

Mapear os fatores que interferem na absorção do medicamento no doente com ostomia de eliminação intestinal.

METODOLOGIA

Realizada uma **scoping review**, segundo a Joana Briggs Institute (10), na base de dados EBSCO (MEDLINE, CINAHL E COCHRANE) e PUBMED. Os descritores MeSh foram operacionalizados através da expressão booleana AND e os termos indexados antecedidos de "MH" (Major concept) e "MH" (exploded concept). Incidiu em artigos entre 2006 e 2021, sobre doentes ostomizados intestinais com mais de 18 anos, em idioma português/espanhol/inglês, texto integral, que respondesse à pergunta: "Quais as alterações na absorção da medicação nos doentes submetidos a ostomias de eliminação intestinal?".



CONCLUSÃO

Após uma ostomia intestinal, a absorção dos medicamentos fica comprometida. O tipo de medicamento e a via de administração deve ser considerada aquando da prescrição a um doente neste estado. É competência do EEMC, articular com o médico prescritor, promover a literacia em saúde no doente ostomizado, dotando-o de conhecimento e capacitando-o para promover uma adequada administração da medicação prescrita (5), prevenindo eventos adversos (9).

RESULTADOS

Dos 21 artigos pesquisados 7 artigos foram legíveis de acordo com os critérios de pesquisa: 5 nas bases de dados e 2 na literatura cinzenta.

Fatores que interferem na absorção dos medicamentos

Tipo de estoma (5);
Quantidade e qualidade de intestino remanescente(5);
Tipo e quantidade do efluente(5);
Forma farmacêutica do medicamento(5).

Ensinos ao doente ostomizado

Informar os profissionais de saúde que têm um estoma, principalmente o doente ileostomizado (5,4);
Monitorizar o efluente fecal à procura de comprimidos/cápsulas não digeridos e informar o profissional de saúde (4,5,7);
Alertar que as fezes podem ser pretas ao tomar ferro.

Fatores a considerar ao prescrever os medicamentos

Medicamentos com revestimento entérico, de libertação lenta - risco de não absorção do princípio ativo(5,6,7);
Sorbitol e preparações intestinais - risco de desidratação grave no doente ileostomizado(5);
Antibacterianos - não devem ser administrados para diarreia aguda (5);
Sais de magnésio - risco de diarreia (6) principalmente no doente ileostomizado (7);
Sais de alumínio - risco de obstipação (6), principalmente no doente colostomizado (7);
Vitamina do complexo B - pode causar odor (7);
Vitamina C - risco de irritação da pele periestoma (4);
Diuréticos - risco de desidratação, principalmente no doente ileostomizado (6,7);
Sulfato de ferro e Fumarato ferroso - risco de diarreia no doente ileostomizado ou obstipação no doente colostomizado (6);
Enemas, laxantes - risco de desidratação e desequilíbrio hidroeletrólítico rápido no doente ileostomizado (6,7,4);
Inibidores da bomba de prótons - risco de diarreia (6);
Pílula anticoncepcional - risco de não ser totalmente absorvida, principalmente na doente ileostomizada (7).

Referências Bibliográficas

1. Miral, Isabel. (2020). Atlas da Saúde. Disponível em: <https://www.atlasdaidade.pt/artigos/ostomia-colostomia>. Acesso a 27-09-2021. 2. IRE (2020). Disponível em: <https://www.ire.pt/pt/ostomia/ostomia>. Acesso a 27-09-2021.
2. IREMO (2006). Ostomy Care and Management. Clinical Best Practice Guidelines. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Disponível em: https://www.iremo.ca/Portals/0/IREMO_11-2-2007_4%20da%20República_1%20de%20maio%20de%202006.pdf. Acesso a 27-09-2021.
3. Instituto Nacional de Saúde e Segurança dos Doentes (2019). *Qualidade de vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde e Segurança dos Doentes. 118 p.
4. Burch, Jennie. (2006). Nutrition and the ostomy: input, output and absorption. *British Journal of Community Nursing* vol.1, no.9. Acesso a 27-09-2021. <https://doi.org/10.1177/1369646006010909>
5. Moore, Susan. (2011). Medication absorption for patient with an ileostomy. *British Journal of Nursing (BONN) SUPPLEMENT*, vol. 14 No. 5, 1. Fulltext, 1 (2008) Providing dietary advice for the individual with a stoma. *British Journal of Nursing (BONN) CARE SUPPLEMENT* Vol. 17 No. 2. 2 (2008). Diet and Nutrition Guide. United Ostomy Associations of America, Inc. Disponível em: www.ostomy.org/Portals/0/ostomy_11-2-2007_4%20da%20República_1%20de%20maio%20de%202006.pdf. Acesso a 6-9-2021. 3. Diário da República, 2.ª série - N.º 187 - 28 de setembro de 2021.