



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

**Intervenções de Enfermagem Promotoras do
Autocuidado no Cliente Oncológico Ostomizado**

Ana Susana Lima Teixeira

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

**Intervenções de Enfermagem Promotoras do
Autocuidado no Cliente Oncológico Ostomizado**

Ana Susana Lima Teixeira

Orientadora: Isabel Félix

2015



“Feliz aquele que transfere o que sabe e
Aprende o que ensina”

(Cora Coralina)

AGRADECIMENTOS

No culminar deste trabalho não poderia deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a sua concretização.

O meu reconhecimento à Professora Isabel Félix que não só se disponibilizou para a orientação, como ao longo de todo o trabalho me incentivou e motivou com toda a sua sabedoria, organização e partilha do saber. Ficarei eternamente grata pela constante disponibilidade e paciência, pelo apoio e confiança, que foi essencial no desenvolvimento deste projeto e término do relatório de estágio.

A todos os profissionais com quem contactei nos diversos ensinamentos clínicos, pela partilha de conhecimentos e experiências que contribuíram para a minha aprendizagem e crescimento profissional.

Aos meus Amigos e Colegas que me apoiaram, incentivaram e demonstraram compreender a importância deste projeto.

Um especial agradecimento à minha Família pelo estímulo, encorajamento e apoio incondicional. Ao meu marido e filhos pela paciência e compreensão nos momentos mais difíceis deste percurso. À minha Família eu dedico este trabalho.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CCR- Cancro do Cólon e Reto

DGS- Direção Geral da Saúde

OEI- Ostomia de Eliminação Intestinal

RESUMO

Em Portugal o Cancro do Cólon e Reto é o tumor mais frequente e o segundo com maior mortalidade (DGS, 2012). Muitos dos sobreviventes têm que incorporar uma ostomia de eliminação intestinal nas suas vidas, o que implica adquirir habilidades cognitivas e comportamentais de adaptação a esta nova realidade (Hornbrook.et al, 2007).

A presença de uma ostomia de eliminação intestinal não provoca apenas impacto físico, mas reflete-se também na dimensão emocional, psicológica, social e espiritual. A adaptação do cliente portador de uma ostomia de eliminação intestinal é um processo longo e contínuo.

O enfermeiro tem um papel fundamental na ajuda à adaptação a esta nova condição de vida; deve planear uma adequada prestação de cuidados que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, para que a pessoa portadora de uma ostomia de eliminação intestinal desenvolva aptidões para o autocuidado, o que poderá refletir-se na adaptação fisiológica, psicológica e social desta e sua família, referente ao processo de viver com uma ostomia.

É importante a existência da consulta de enfermagem de estomaterapia para o planeamento e acompanhamento individualizado do cliente ostomizado e família desde o pré-operatório até à sua autonomia, ajudando-o e a família na reabilitação e obtenção de melhor qualidade de vida.

Elaborei assim, um projeto que contempla a realização de ensinios clínicos, durante os quais adquiri e consolidei conhecimentos teórico-práticos desenvolvendo competências na área de enfermagem em estomaterapia.

No desenvolvimento deste relatório pretendo demonstrar o percurso realizado para a implementação da consulta de enfermagem na área da estomaterapia. Esta permite a educação e orientação contínua dos clientes ostomizados/família, facilitando a adaptação à mudança, promovendo o retorno às rotinas do seu dia-a-dia e uma melhor qualidade de vida.

Analisei toda a prática desenvolvida tendo por base a Teoria de Orem.

Palavra chaves – Cuidados de enfermagem; ostomia de eliminação intestinal; autocuidado; estomaterapia; oncologia.

ABSTRACT

In Portugal, colon and rectal cancer is the most prevalent tumor and is the second in line in terms of mortality by cancer (DGS, 2012). Many of the patients that survive the disease need to incorporate in their lives an intestinal elimination ostomy, which implies acquiring behavioral and cognitive skills while adapting to the new reality (Hornbrook et. al., 2007).

The presence of an intestinal elimination ostomy not only has a physical impact but, also, it has a considerable weight in the emotional, psychological, social and spiritual dimensions of the patient's life. The adaptation of a patient who bears an intestinal elimination ostomy is a long and continuous process.

The nurse plays a fundamental role in helping the patient adapt to his/hers new life conditions; shall plan adequate care giving that include psychological backup and education for health, in such ways that a patient who carries an intestinal elimination ostomy may develop self-care abilities, which may reflect in the physiological, psychological and social adaption of the patient and his/hers family, regarding the process of living with an ostomy.

It is important that stomatherapy nursing appointments are scheduled for planning and following individually each ostomized patient and family, since pre-op to autonomy, helping both patient and family in the rehabilitation process and obtaining the best life quality.

I have elaborated a project that included conducting clinical trials, during which I have acquired and consolidated both theoretical and practical knowledge, developing skills in the stomatherapy area of nursing.

In this report I intend to demonstrate the process of implementing stomatherapy nursing appointments. These allow continuous education and orientation of the ostomized patients and families, making easier adapting to change, promoting the return of the daily routines and a better quality of life.

I have analyzed all practice developed using Orem's Theory.

Keywords - Nursing care; intestinal elimination ostomy; self-care; stomatherapy; oncology.

INDICE

INTRODUÇÃO	11
1- JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	14
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1- Revisão de Literatura	18
2.1.1- Ostomias de eliminação intestinal	18
2.1.2- Classificação da OEI	18
2.1.3- Etiologia das OEI	21
2.1.4- Complicações inerentes às OEI	22
2.1.5- O impacto da OEI no individuo e família	24
2.1.6- Cuidar do cliente portador de OEI	26
2.1.7- A importância da família na reabilitação do cliente portador de uma OEI	29
2.2- Referencial Teórico	30
3- PERCURSO REALIZADO - REFLEXÃO E ANÁLISE	33
3.1- Local de Ensino Clínico – Consulta de Estomaterapia/ Proctologia numa Instituição de referência na área da Grande Lisboa	34
3.2- Local de Ensino Clínico – Internamento de Cirurgia numa Instituição de referência na área da Grande Lisboa	39
3.3-Local de Ensino Clínico – Local de Trabalho Instituição hospitalar privada na área da Grande Lisboa	44
4- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	50
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
6- PERSPETIVAS FUTURAS	63

APÊNDICES

Apêndice 1

Cronograma de Ensino Clínico

Apêndice 2

Ensinos Clínicos e objetivos

Apêndice 3

Reflexão de ensino clínico - Consulta de Enfermagem de Estomaterapia/ Proctologia

Apêndice 4

Reflexão de ensino clínico – Internamento de Cirurgia

Apêndice 5

Reflexão de ensino clínico - Local de Trabalho Instituição hospitalar privada

ANEXOS

Anexo I

Comprovativo da Formação “Atualizações em Estomaterapia”

ÍNDICE DE IMAGENS

Figura 1 – Tipos de Colostomia

Figura 2 - Ostomia de eliminação intestinal em ansa

Figura 3 – Ostomia de eliminação intestinal terminal

INTRODUÇÃO

O ser humano ao longo da sua vida depara-se com problemas no seu estado de saúde, necessitando de uma participação efetiva no seu plano terapêutico pois, muitas vezes a desejada cura não é alcançada, num determinado momento. Porém, desenvolve-se um processo dinâmico na procura de compensações, adequações e adaptações à nova realidade que enfrenta (Luz, 2001).

O cancro é um dos maiores causadores de mortalidade e morbidade a nível mundial (Person, Gustavsson, Hellstrom, Lappas & Hultén, 2005). A causa mais frequente de mortalidade em Portugal são as doenças cérebro-cardio vasculares, sendo o cancro o que ocupa o segundo lugar (Direção Geral de Saúde (DGS), 2012). O carcinoma do cólon e reto (CCR) representa o tumor mais frequente e o segundo com maior mortalidade em Portugal, sendo que todos os dias no nosso país morrem cerca de 9 a 10 pessoas por CCR (DGS, 2006).

Segundo Hornbrook *et al* (2007), muitos sobreviventes do CCR têm que incorporar a ostomia de eliminação intestinal (OEI) nas suas vidas, o que implica adquirir habilidades cognitivas e comportamentais na adaptação a esta nova realidade. A realização de uma OEI origina uma alteração da fisiologia gastrointestinal, bem como implicações a nível da auto-estima e imagem corporal para além da intimidade - sexualidade, provocando mudanças nas relações familiares, sociais, afetivas e espirituais da pessoa ostomizada (Bechara et al, 2005).

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). Segundo os mesmos autores, as causas subjacentes à realização de uma OEI são variadas. Entre as mais frequentes estão as doenças inflamatórias do intestino, as doenças congénitas, os traumatismos abdominais, a oclusão intestinal, e com maior relevância o CCR.

Atendendo às implicações que este problema tem na qualidade de vida do cliente e família, decidi realizar este Projeto de Intervenção na área da promoção

do autocuidado dos clientes oncológicos portadores de ostomia de eliminação intestinal, sendo esta uma área importante de intervenção de enfermagem.

Após a realização de uma pesquisa nos vários serviços da instituição onde exerço funções, constatei que existia uma lacuna nesta área, a informação fornecida durante o internamento ao cliente ostomizado era insuficiente e realizada muitas vezes próximo da alta, o que se refletia na insegurança deste cliente/ família que após a alta se sentiam “perdidos” e muitas vezes sem saber onde recorrer a cuidados especializados nesta área.

Com a existência desta problemática e após conversas informais com as chefias dos vários serviços de internamento, e com os cirurgiões, achei que seria pertinente a existência de uma consulta de enfermagem na área de estomaterapia, com o intuito de acompanhar os clientes portadores de uma OEI desde o pré-operatório até ao ambulatório com o objetivo de promover a sua autonomia e melhorar a qualidade de vida.

Os cuidados de enfermagem especializados em estomaterapia tornam-se importantes no pré-operatório, pós-operatório e ambulatório, para tal deveria existir uma consulta de estomaterapia para que estes clientes tenham um atendimento especializado nas várias etapas do processo (Souza, Figueiredo, Lenza & Sonobe, 2010). Segundo os mesmos autores os cuidados especializados em estomaterapia ao cliente ostomizado iniciam-se no **pré-operatório** com a marcação do local do estoma, o início do ensino ao cliente e família relativamente à cirurgia e suas consequências; no **pós-operatório** com o retorno do ensino ao autocuidado em relação ao estoma, a troca de dispositivo e preparação da alta hospitalar; em **ambulatório** a prevenção de complicações, esclarecimento de dúvidas e avaliação dos cuidados prestados ao estoma e pele peri estoma por parte do cliente ostomizado/ família.

A construção deste relatório evidencia a realização dos vários ensinamentos clínicos no 3º semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica. Baseia-se na descrição, análise e reflexão do percurso realizado, demonstrando a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de

competências nomeadamente as de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, as do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, assim como as do 2º ciclo.

Estruturalmente o relatório encontra-se organizado da seguinte forma:

- Justificação da temática;
- Enquadramento teórico (neste item será realizada uma pequena revisão de literatura, e é neste ponto focado o referencial teórico);
- Reflexão e análise sobre os ensinamentos clínicos realizados;
- Competências desenvolvidas;
- Considerações finais;
- Perspetivas futuras.

No final deste documento temos a Bibliografia e por fim seguem-se os Apêndices e Anexos.

1-JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Como foi descrito anteriormente existem múltiplas razões que levam à construção de um estoma. Estoma define-se como exteriorização à pele de uma víscera oca do corpo através de um ato cirúrgico, formando uma boca ou abertura que passa a ter contacto com o meio exterior para eliminação de secreções, fezes e/ou urina (Gemelli & Zago, 2002).

Durante o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica, foi-me solicitado a elaboração de um projeto de intervenção, surgindo a oportunidade de o desenvolver na área das OEI. Este projeto foi desenhado em resposta à necessidade por mim sentida e pelos profissionais de saúde do local onde exerço funções, da existência de um profissional de enfermagem de referência para acompanhar estes clientes no pré e pós-operatório. À data da elaboração deste projeto o acompanhamento é somente realizado no internamento pelos enfermeiros do próprio serviço e, após a alta o cliente é referenciado para outras instituições.

Na instituição onde exerço funções (mais propriamente no Centro de Gastro), em 2012, foram realizadas 10 colostomias e 1 ileostomia, e em 2013 realizaram-se 11 colostomias e 10 ileostomias. Apesar de não serem números muito significativos, penso ser de extrema importância o acompanhamento destes clientes tanto num pré operatório, para que se inicie de forma gradual o processo de adaptação à nova realidade que se aproxima, como num pós-operatório, para estimular a sua autonomia nos cuidados ao seu estoma e para que possa retomar as rotinas do seu dia-a-dia.

Com a reflexão sobre a minha prática e com a realização dos ensinamentos clínicos do terceiro semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica, pude realmente constatar a importância do acompanhamento dos clientes portadores de OEI em todas as fases, desde o pré-operatório até à alta hospitalar e no seguimento dos mesmos em ambulatório, o que realmente confirma a pertinência do tema abordado.

Tornando-se assim, um projeto viável e pertinente que foi desenvolvido e continua a crescer.

Com o projeto elaborado no segundo semestre 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica delineei, como objetivo geral o desenvolvimento de competências nas áreas: enfermagem em estomaterapia assim como, competências de enfermeiro especialista nomeadamente em pessoa em situação crónica e paliativa. De acordo com Benner (2001), o enfermeiro desenvolve competências ao longo da sua vida profissional, de forma gradual e temporal, sendo o seu desenvolvimento condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e características individuais, como também pelos diferentes contextos profissionais.

Com este projeto viso alcançar a concretização da construção e implementação da consulta de enfermagem de estomaterapia na instituição onde exerço funções.

No decorrer dos ensinios clínicos propus-me desenvolver não só as competências na área de enfermagem em estomaterapia, mas também competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como, competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa não descurando as competências do 2º ciclo.

É de extrema importância que os clientes portadores de uma OEI tenham um acompanhamento individualizado em todo o seu processo da doença, para tal é necessário a existência de uma consulta de enfermagem de estomaterapia.

Devem-se iniciar os cuidados de enfermagem no momento do diagnóstico e da indicação da realização de uma ostomia, pois quanto mais precocemente for estabelecido o primeiro contacto com a pessoa proposta para ostomia, mais favoráveis serão os resultados (Gemelli & Zago, 2002).

O acompanhamento destes clientes durante o internamento, assim como no ambulatório só trará vantagens tanto na aceitação da sua nova condição de vida, assim como na sua reintegração a nível social, profissional e familiar. De acordo com o estudo realizado por Morais et al (2005), verificou-se que a informação e

aconselhamento que melhor satisfazem as necessidades das pessoas ostomizadas provêm dos enfermeiros com formação específica na área da estomaterapia.

O mesmo estudo conclui que é importante o acompanhamento periódico após a alta e continuidade no tempo, pois a quantidade de informação a transmitir ao ostomizado e à pessoa de referência é grande, e as preocupações destes clientes, vão se alterando ao longo do tempo.

Com a implementação de cuidados diferenciados ao cliente ostomizado/ família, ou seja, a existência da consulta de enfermagem de estomaterapia, pretendo melhorar os cuidados prestados a este tipo de clientes assim como cuidados mais especializados e individualizados.

A educação para a saúde é um instrumento fundamental na prática da Enfermagem, para uma prestação de cuidados com qualidade, pois o enfermeiro para além de ser cuidador é educador para o cliente assim como, para a família (Reveles & Takahashi, 2007). No cliente ostomizado o processo de ensino-aprendizagem inicia-se no pré-operatório, fase em que a enfermeira deverá estabelecer um bom vínculo com o cliente/ família, facilitando a compreensão da sua nova situação, a fim de melhor se adaptar à sua nova realidade (Reveles & Takahashi, 2007).

É fundamental nesta fase a marcação do local do estoma. Em qualquer ostomia, existe probabilidade de surgirem complicações no estoma e pele peri-estoma. Segundo Santos (2006), a marcação do estoma deve ser realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta, tendo como objetivo principal a escolha adequada do local do estoma para que o cliente se torne autónomo e independente, contribuindo significativamente para a manutenção de um estoma e pele peri-estoma ausente de complicações.

De acordo com Reveles & Takahashi (2007), no período pós-operatório deverá iniciar-se uma abordagem técnica direcionada ao autocuidado do cliente, em que são focados os cuidados a ter com a pele ao redor do estoma, como realizar a mudança do saco e placa, como realizar os cuidados de higiene ao estoma, os cuidados alimentares, o vestuário a utilizar. Afirmam ainda, que a aprendizagem continua no domicílio, com o acompanhamento na consulta de enfermagem de

estomaterapia de modo a que o cliente e família retomem a sua vida normalmente, mesmo tendo que conviver com uma ostomia.

Assim sendo, a pessoa ostomizada e sua família necessitam de tempo e ajuda especializada de forma a se ajustarem às modificações que possam surgir nas suas vidas. De acordo com Ferreira, Seiça & Morais (2009) a pessoa portadora de OEI tem necessidade de desenvolver habilidades direcionadas para o autocuidado e o regresso às atividades de vida diária assumindo os papéis familiares, sociais e profissionais anteriores à ostomia sem medo, tabus e fantasias. Para o profissional de saúde a reabilitação da pessoa portadora de OEI é um verdadeiro desafio, os resultados são positivos com a intervenção de uma equipa multidisciplinar onde o enfermeiro com competências em estomaterapia tem um papel crucial.

Em suma, creio que será de extrema importância e pertinência a implementação deste projeto que se intitula “ ***Intervenções de Enfermagem promotoras de autocuidado no cliente oncológico ostomizado***”, onde o cliente só tem a ganhar ao saber que existe uma pessoa de referência que o poderá acompanhar em todo o processo. Os profissionais de enfermagem poderão complementar o seu trabalho ao trabalharem em equipa e a instituição deixará de ter necessidade de encaminhar o cliente para outras unidades, podendo oferecer ao cliente cuidados globais, de acordo com a sua situação.

Para finalizar, e como é referido por Cascais, Martini & Almeida (2007), é através de um planeamento adequado de assistência a estes clientes portadores de OEI, onde se inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, com a finalidade de desenvolver habilidades para o autocuidado, podendo estas, ter um papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa ostomizada e seus familiares, no processo de viver com uma OEI.

3-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1- Revisão de Literatura

3.1.1- Ostomias de eliminação intestinal

A palavra ostomia é de origem grega e deriva de dois termos *os* e *tomia* que significam abertura ou boca (Gemelli & Zago, 2002).

O estoma ou ostomia é uma abertura cirúrgica de uma víscera oca ao meio externo. A ostomia intestinal é um procedimento cirúrgico que remove parte do intestino lesado, ligando a parte saudável à parede abdominal, para eliminação de fezes (Mohler et al, 2008)

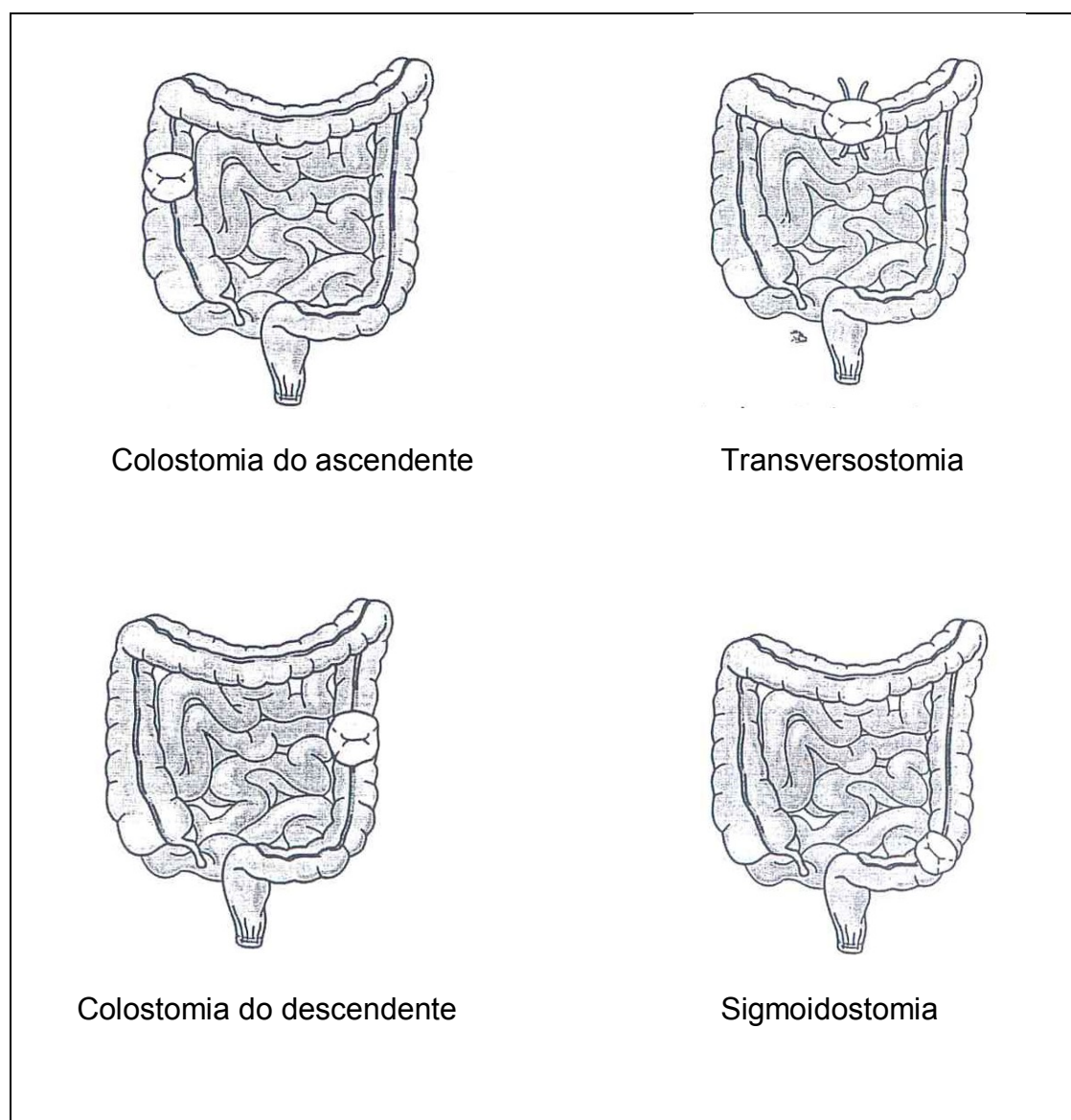
Consoante o segmento exteriorizado assim é atribuído a denominação da ostomia. Ou seja, quando o segmento exteriorizado faz parte do intestino delgado, assume a designação de jejunostomia ou ileostomia, quando o segmento exteriorizado é o do intestino grosso (cólon), é designado colostomia, constituindo todas elas OEI (Gemelli & Zago, 2002).

3.1.2- Classificação da OEI

A classificação das ostomias de eliminação intestinal é determinada em função de um conjunto de parâmetros: localização anatômica, tempo de permanência e tipo de construção.

Quanto à localização anatômica, as OEI podem ser classificadas em: jejunostomias, ileostomias e colostomias. Por sua vez as colostomias, podem ser designadas em colostomia ascendente, transversa, descendente e sigmóidea, de acordo com o local do intestino onde se originam (Figura 1) (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007).

Figura 1- Tipos de Colostomia



Fonte: Phipps et al (2010) - *Enfermagem Médico-Cirúrgica* Volume II. 8º Ed. Loures: Lusodidacta.

As características das fezes, o pH, a frequência da eliminação fecal bem como a consistência das fezes são influenciadas pela localização anatômica do estoma (Gutman, 2011).

Nas jejunostomias, ileostomias e colostomias do cólon ascendente o estoma normalmente encontra-se localizado no quadrante inferior ou superior direito, e as fezes eliminadas são principalmente líquidas e muito corrosivas. Relativamente às colostomias do cólon transversal (transversostomia), o estoma localiza-se quer no quadrante superior direito quer no esquerdo, e as fezes têm

características de semilíquidas, e um pouco corrosivas. Nas colostomias descendentes, o estoma encontra-se no quadrante superior esquerdo do abdómen, as fezes têm uma consistência pastosa ou moldadas. Na colostomia do sigmoide, o estoma localiza-se no quadrante inferior esquerdo do abdómen e as fezes são de consistência sólidas (Gutman,2011).

Relativamente ao tempo de permanência dos estomas, estes podem ser classificados em permanentes ou temporários conforme a existência ou não de possibilidade de uma segunda intervenção para reconstrução do trânsito intestinal (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007). De acordo com os mesmos autores a maioria dos estomas tem carácter temporário, mas pelo alto risco inerente ao restabelecimento do trânsito intestinal é frequente que estas se tornem permanentes.

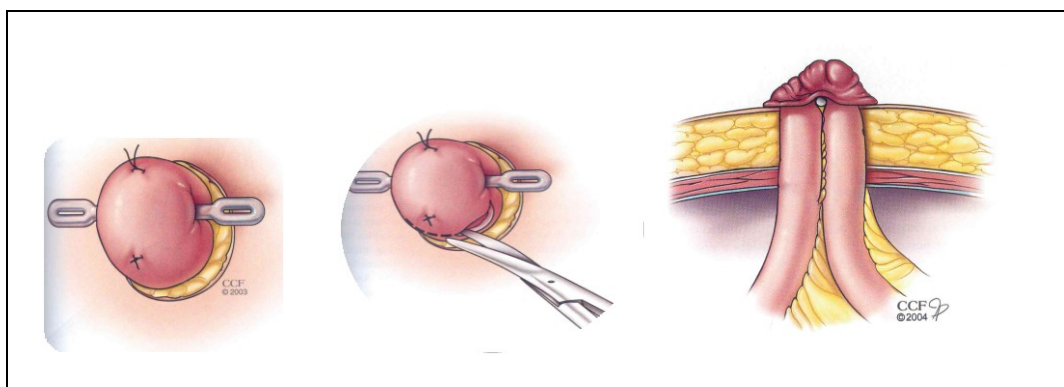
As ostomias temporárias são realizadas para protecção de anastomose, tendo em vista o seu encerramento num curto espaço de tempo (Gemelli & Zago, 2002).

A realização de uma ostomia de carácter definitivo tem associada a neoplasia do terço médio do reto ou do canal anal, a doença de *Crohn*, os traumatismos ano-retais, a incontinência anal ou ainda as fístulas (Calatayud et al, 2005). Por sua vez as ostomias temporárias ocorrem em situações de urgência como por exemplo, oclusão intestinal baixa, neoplasia, processos sépticos, traumatismos do cólon, feridas da região ano-retal, ou resolução de fases agudas de doenças (Cotrim, 2007).

No que diz respeito ao tipo de construção estas podem ser classificadas em terminais e em ansa

A superfície do estoma é a camada de revestimento mucoso da parede intestinal. O estoma em ansa é criado, fazendo passar o intestino através de uma incisão abdominal, introduzindo um suporte sob o intestino e abrindo a parede superior do intestino. Há um estoma, mas há duas aberturas, a proximal e a distal (Figura 2). A ostomia em ansa é geralmente um processo temporário e muitas vezes efetuado numa situação de emergência (Fazio, Crurch & Wu, 2012).

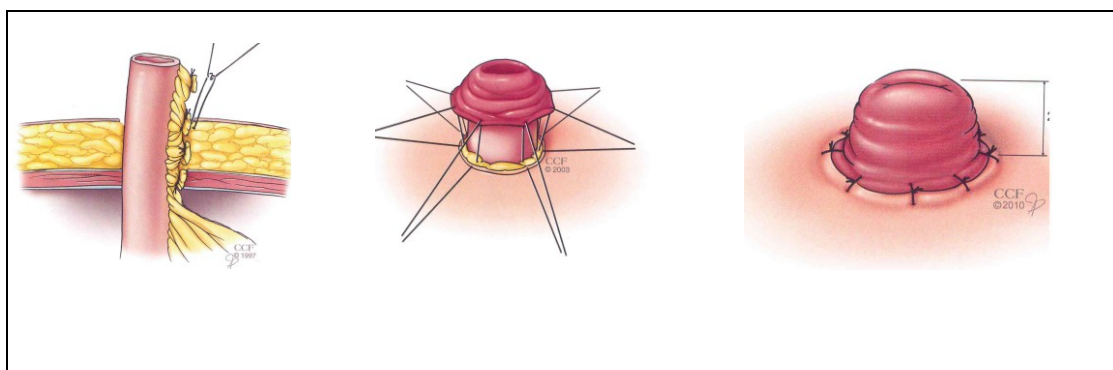
Figura 2 - Ostomia de Eliminação em Ansa



Fonte: Fazio, Church & Wu (2012) – *Atlas of Intestinal Stomas*. New York: Springer.

No estoma terminal faz-se passar o intestino proximal através de uma incisão na parede abdominal, dobrada sobre si própria (formando um punho), faz-se a sutura (Figura 3). O restante intestino distal poderá ser removido cirurgicamente, suturado por cima de modo a formar a bolsa de Hartmann, também pode ser trazido à superfície da pele para formar outro estoma, a fístula mucosa (segrega muco e necessita de penso) (Fazio, Church & Wu, 2012).

Figura 3 – Ostomia de Eliminação Intestinal Terminal



Fonte: Fazio, Church & Wu (2012) – *Atlas of Intestinal Stomas*. New York: Springer.

2.1.3- Etiologia das OEI

São várias as patologias que podem levar à realização de uma OEI de carácter temporário ou definitivo.

Sendo elas: Neoplasia do cólon e reto, diverticulite, perfuração intestinal, oclusão intestinal, fistulas (anais, retovaginais e retouretrais), doença inflamatória do intestino (colite ulcerosa e doença de *Crohn*), doenças congénitas (polipose adenomatosa) (Gutman, 2011).

Existem alguns estudos que demonstram que o CCR é a principal causa para a construção de um estoma resultante de uma cirurgia ao intestino, principalmente nos estomas definitivos (Santos, 2006).

2.1.4- Complicações inerentes às OEI

Segundo Martins, Lamelas & Rodrigues (2007) as complicações inerentes às OEI podem advir da técnica cirúrgica, outras de ordem geral como aumento da pressão intra-abdominal, redução do tónus abdominal e o aumento de peso no pós-operatório.

A maior parte das complicações do estoma podem ser prevenidas através da marcação prévia do estoma no pré-operatório. A escolha prévia, adequada e atempada do local do estoma é um procedimento de grande importância para a qualidade de vida do futuro ostomizado. Assim, ficam asseguradas as condições que garantem a aderência do dispositivo e a fácil visualização pelo cliente (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007).

As complicações que podem surgir são: o desequilíbrio hidro-electrolítico, problemas cutâneos e as complicações relativas ao estoma.

A qualidade de vida do cliente ostomizado é influenciada algumas vezes pelos problemas do estoma e pele peri estoma (Morais, Seiça & Pereira, 2012).

Segundo os mesmos autores as complicações podem-se dividir em precoces ou tardias.

As complicações precoces, são:

- Deiscência da sutura muco-cutânea - consiste na separação total ou parcial do estoma de pele, surge na sua maioria das vezes por má fixação à parede abdominal;

- Isquemia - normalmente ocorre nas primeiras 24 horas após a cirurgia, originando uma ostomia com má perfusão e comprometimento circulatório;
- Necrose - devido a um fluxo sanguíneo insuficiente, existe alteração da coloração da mucosa do estoma, apresentando-se escuro e flácido;
- Retração - tensão excessiva a nível da sutura mucocutânea, existe uma separação do estoma do plano cutâneo, resultando num espaço côncavo onde se situa o estoma - invaginação do estoma;
- Hemorragia - hemóstase inadequada durante a construção do estoma;
- Edema - geralmente é fisiológico e desaparece ao fim de algumas semanas, ou seja, pode ser resposta fisiológica ao trauma cirúrgico causado pelo manuseamento da ansa intestinal;
- Abcesso - surge geralmente na primeira semana pós-operatória e manifesta-se pela presença de sinais inflamatórios;
- Oclusão - devido a presença de fecalomas ou existência de aderências intra-abdominais.

Como complicações tardias temos:

- Estenose - acontece devido ao processo de cicatrização peri estoma e cuja correção pode ser cirúrgica, caso não seja detetada e diagnosticada atempadamente;
- Hérnia - protusão do estoma por vezes volumosa, devido à má localização do estoma, enfraquecimento da musculatura abdominal, aumento de peso, emagrecimento ou envelhecimento;
- Prolapso - protusão excessiva da ansa intestinal para o exterior do estoma, devido por vezes a um esforço excessivo;
- Ulceração - traumatismo do estoma, aquando os cuidados de higiene e má colocação do dispositivo;
- Invaginação - o estoma retrai-se total ou parcialmente para o interior da cavidade abdominal devido a construção e fixação incorreta do estoma;
- Fístula - secundário a suturas ou aquando da fixação do cólon à parede abdominal;
- Granuloma - irritação cutânea da mucosa devido a corte incorreto da placa que provoca fricção e irritação da mesma;

- Dermatite - complicação mais frequente e pode surgir devido a mau estado geral do cliente, reação alérgica aos materiais utilizados, à sua má adaptação e má manipulação do estoma e pele peri estoma, inadequados cuidados de higiene e ao crescimento de pelos na pele peri estoma. (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007; Morais, Seiça & Pereira, 2012).

Torna-se necessário fornecer ao cliente ostomizado informações sobre as possíveis complicações no período pós-operatório, permitindo assim que este saiba reconhecer e conseqüentemente intervir atempadamente.

Existe uma variedade significativa de produtos no mercado que minimizam e corrigem grande parte das complicações, sendo necessário disponibilizá-los ao cliente, para isso é conveniente existir um acompanhamento e esclarecer todas as dúvidas que surjam. É de extrema importância a intervenção de profissionais especializados em estomaterapia, pois são estes que reúnem condições favoráveis ao melhor cuidado à pessoa portadora de OEI e à sua manutenção de melhor qualidade de vida (Santos, 2006).

2.1.5- O impacto da OEI no individuo e família

A realização de uma ostomia implica alteração da fisiologia gastrointestinal que se reflete a nível da autoestima e imagem corporal, para além da intimidade/sexualidade, implicando mudanças nas relações familiares, sociais, afetivas e espirituais da pessoa ostomizada (Annells, 2006).

A realização de OEI tem impacto na dimensão emocional e psicológica, social e espiritual, não sendo só apenas impacto físico (Gemelli & Zago, 2002).

Contudo, após a consulta de estudos realizados nesta área verificou-se que a preocupação mais intensa do individuo portador de OEI está relacionada com o aspeto físico, ou seja, referentes às modificações fisiológicas gastrointestinais, nomeadamente a perda do controlo fecal e a eliminação de gases, às complicações relacionadas com a ostomia e à realização do autocuidado com o

estoma e no que diz respeito também com a troca dos dispositivos (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

Ocorrem, igualmente, alterações a nível psicológico e emocional, como referido anteriormente, resultantes essencialmente da alteração da imagem corporal provocada pela existência de um estoma, acabando também por afetar a sua qualidade de vida. O estoma é pois uma alteração física visível e significativa do corpo, podendo transformá-lo num corpo privado de integridade e autonomia, podendo conduzir a conflitos e desequilíbrios interiores e alternando as relações sociais (Paula, 2008).

A vida sexual da pessoa ostomizada é igualmente afetada, pois encontra-se estreitamente relacionada com o conceito de autoimagem e a consequente diminuição da autoestima e da perceção da atração sexual (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

A pessoa portadora de OEI vê também a sua interação social afetada pela existência de fezes num local do corpo que pode ser visível ou detetável pelos outros durante o contacto social ou íntimo. Esta questão provoca uma preocupação por parte da pessoa portadora OEI, podendo limitar a sua interação social e até mesmo familiar (Sales, Violin, Waidman, Marcon & Siva, 2010).

As crenças religiosas e espirituais têm um papel determinante, quer como elementos facilitadores ou de constrangimento no processo de aceitação da ostomia. Em estudos realizados nesta temática 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).

Segundo os mesmos autores as crenças religiosas podem influenciar negativamente a recuperação do cliente ostomizado, principalmente quando este atribui a Deus toda a sua recuperação acerca do seu futuro.

O apoio da família é fundamental neste processo de aceitação da ostomia e consequentemente na reabilitação e adaptação, pelo laço de afetividade existente (Cascais, Martini & Almeida, 2007) amenizando a situação em si, confortando e transmitindo segurança (Silva & Shimizu, 2007).

De acordo com Menezes & Quintana (2008) a família deve ser envolvida no processo terapêutico com o consentimento da pessoa ostomizada, pois uma vez

que esta conhece os hábitos, gostos e preferências da pessoa, podendo também fornecer informações importantes na execução de um plano terapêutico de reabilitação e de reinserção.

Ou seja, a família tem um papel fundamental no processo de recuperação do cliente, bem como na aceitação da sua nova condição, sendo o papel da família o de dar suporte, procurando o equilíbrio, uma vez que o cliente se encontra fragilizado.

Contudo o apoio à família por parte dos profissionais de saúde torna-se essencial, para que esta possa compreender as angústias, os medos, a insegurança e a revolta sentida pelo seu familiar portador de uma OEI.

Segundo Silva & Shimizu (2007), a família apoia o cliente ostomizado em todas as fases da doença, ao assumir o cuidado da desordem física e emocional, oferecendo proteção, conforto e afeto.

A adaptação do cliente portador de OEI é um processo longo e contínuo e está relacionado com a doença base, o grau de incapacidade, dos valores e tipo de personalidade individual (Sonobe & Zago, 2002).

A intervenção precoce dos enfermeiros torna-se necessário, para o estabelecimento de empatia, e confiança oferecendo apoio para o cliente ostomizado/ família a adquirir competências para ultrapassar os desafios de forma positiva (Couto & Medeiros, 2013).

De acordo com Silva & Shimizu (2006), o enfermeiro não deve restringir os cuidados à entrega de materiais e à orientação de como manusear os diversos equipamentos, mas o de ajudar o cliente ostomizado/família na reintegração da vida social incentivando-o e procurando combater preconceitos difundidos na sociedade.

2.1.6.- Cuidar do cliente portador de OEI

A criação de OEI é um processo cirúrgico que acarreta alterações desde a fisiologia gastrointestinal até à alteração da imagem corporal, podendo também interferir nos seus padrões culturais e sociais, como foi referido anteriormente.

Cabe ao enfermeiro ter a percepção adequada das características psicológicas e emocionais inerentes ao cliente ostomizado, de modo a que o consiga ajudar a adaptar-se à sua nova condição de vida.

Segundo Martins (2004), é fundamental o apoio dos profissionais de saúde na compreensão da perspetiva emocional do cliente, nas várias fases do processo de aceitação da doença, para que este encare com esperança e positividade a sua vida futura e adaptar-se da melhor forma à sua nova condição de vida. Desta forma, e de acordo com o mesmo autor, o enfermeiro tem um papel importante não só no que diz respeito aos cuidados técnicos prestados ao cliente, mas também no ensino efetuado, no apoio emocional e acompanhamento do cliente/ família ao longo de todo o processo.

Assim, os cuidados de enfermagem ao cliente ostomizado devem iniciar-se no momento do diagnóstico e da indicação da realização de uma ostomia, a fim de minimizar sofrimento e obter uma melhor reabilitação (Gemelli & Zago, 2002).

Nesta linha de pensamento, também Reveles & Takahashi (2007) referem que o processo ensino-aprendizagem do cliente ostomizado deve-se iniciar no pré-operatório, fase em que o enfermeiro estabelece um bom vínculo com o cliente e família de modo a ajudá-los a compreender como será concretamente a situação no futuro, a fim de melhor se adaptarem à mudança de estilo de vida. Para Simmons et al. (2007) é importante a marcação do local ideal para a realização do estoma, constituindo assim, um fator importante e significativo para determinar a capacidade do cliente para a realização do autocuidado e autonomia nas tarefas de vida diária e nos processos de interação social e profissional.

A fase intra-operatória corresponde à cirurgia em que há construção do estoma, considerando o local pré-demarcado. Este só não é realizado caso surjam problemas de ordem técnica (Santos, 2000).

Os cuidados pós-operatórios são fundamentais na reabilitação da pessoa que passa a viver com uma OEI. Santos (2000) divide o pós-operatório em: imediato, mediato e tardio. No pós-operatório imediato o objetivo é o de evitar e detetar precocemente eventuais complicações. O pós-operatório mediato é considerado a partir do 3º dia pós cirurgia, e Santos (2000) preconiza o ensino gradual do

autocuidado onde se dá o enfoque à visualização e toque do estoma, até ao dia da alta em que o ostomizado deve sair com confiança e esperança. É importante que o cliente portador de OEI tenha adquirido competência a cuidar-se, relativamente à higiene da pele e do estoma, prevenção de lesões na pele e correta adaptação dos dispositivos. O pós-operatório tardio é a etapa fundamental para o acompanhamento destas pessoas dando continuidade ao processo de ensino-aprendizagem.

No pós-operatório incentiva-se o cliente ostomizado/ família a observação periódica do estoma e pele peri estoma no intuito de prevenir e detetar precocemente complicações. O reconhecimento precoce das complicações pelo ostomizado/ família através da informação fornecida e a intervenção diferenciada dos profissionais de saúde pode evitar complicações graves (Morais, Seiça & Pereira, 2012).

O objetivo da equipa de enfermagem no pós-operatório é o de ensinar ações específicas de autocuidado relativas à higiene e à observação do estoma, da pele peri estoma e do dispositivo no que diz respeito à remoção, troca e drenagem. Para que este objetivo se concretize é importante que a equipa de enfermagem tenha conhecimento pormenorizado de todo o material existente no mercado para uma melhor orientação nos cuidados à OEI.

Vários temas deverão ser reforçados e abordados num pós-operatório tardio, tais como os cuidados alimentares, vestuário apropriado, viagens, a vida sexual (sendo este tema importante para o bem-estar psicossocial), bem como a prática de desporto e possíveis complicações. Os clientes portadores de OEI devem também ser informados sobre os benefícios fiscais e as comparticipações relativas à aquisição dos dispositivos e acessórios necessários.

Em suma, os enfermeiros devem planear uma adequada prestação de cuidados que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, para que a pessoa portadora de OEI desenvolva aptidões para o autocuidado, que se poderá refletir na adaptação fisiológica, psicológica e social desta pessoa e seus familiares referente ao processo de viver com uma ostomia, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

2.1.7.- A importância da família na reabilitação do cliente portador de uma OEI

Os ostomizados deparam-se com dificuldades tanto físicas como psicológicas, provocando mudanças no estilo de vida, podendo levar ao isolamento social e psicológico (Bechara et al, 2005). Ou seja, muitas vezes os clientes portadores de uma OEI costumam evitar locais públicos, restringindo-se socialmente devido a alteração da imagem corporal, da autoimagem e do autoconceito (Silva & Shimizu, 2007).

O envolvimento da família torna-se fundamental para a recuperação e aceitação da sua nova condição de vida, pois quando a família está presente os sinais de melhoras e recuperação no paciente são visíveis, assim como, ameniza a dor e o sofrimento diminuindo a ansiedade e a depressão tornando-se emocionalmente mais estáveis (Pinto & Spiri, 2008).

Nesta sequência é importante que o enfermeiro inclua a família desde do primeiro contacto com o cliente portador de OEI, abordando os problemas potenciais e reais, individualizando e personalizando os cuidados (Ardigo & Amante, 2013). Segundo as mesmas autoras, assim contribuiremos para que, o cliente ostomizado e sua família se adaptem às mudanças vivenciadas, evitando o isolamento social e emocional. É de extrema importância o envolvimento da família em todo este processo pois, é a família geralmente a principal fonte de suporte do cliente portador de OEI (Guilhermina, 2008).

A mesma opinião é partilhada por Cascais, Martini & Almeida (2007), que referem que o cliente ostomizado experiencia sentimentos que vão desde revolta a depressão, tornando-se necessário o apoio da família, mas também um adequado planeamento de enfermagem na área de estomaterapia, que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, no intuito do cliente ostomizado desenvolva aptidões para o autocuidado, promovendo assim uma adaptação fisiológica, psicológica e social contribuindo para a melhoria significativa da qualidade de vida destas pessoas e família.

2.2- REFERÊNCIAL TEÓRICO

Cuidar em Enfermagem é complexo, e comporta uma dimensão que vai além do resultado de uma mera prestação técnica de um cuidado mais ou menos complicado, e o qual se pode aprender a execução com algum treino e persistência (Hesbeen, 2000).

O cliente portador de estoma necessita de adotar inúmeras medidas de adaptação e reajustamento às atividades diárias, estando incluídas as aprendizagens das ações do autocuidado ao estoma e pele peri estoma (Sales, Violin, Waidman, Marcon, & Silva, 2010)

O modelo conceptual que adotei na realização deste trabalho foi de Dorothea Orem e mais especificamente a sua Teoria dos sistemas de enfermagem.

O modelo de Orem preconiza que os sistemas de enfermagem possam ser concebidos ou pensados para clientes que possuam necessidades de autocuidado terapêutico com componentes ou limitações similares (Orem, 1995), que no meu ver me parece adequado para a problemática dos clientes oncológicos portadores de OEI.

Segundo Orem (1995) a ação de enfermagem é complexa, as enfermeiras são pessoas educadas e treinadas o que lhes permite que ajam, conheçam e ajudem outros a preencherem as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, exercitando ou desenvolvendo sua própria ação do autocuidado. Ou seja, a enfermeira ao cuidar, deve ter como objetivo tornar o cliente independente, ensinando-o como realizar, por si mesmo, as ações necessárias para prevenção de doenças e promoção da saúde a partir do seu potencial para aprendizagem e desenvolvimento.

Orem (1995) identificou três classificações de sistemas de enfermagem referentes ao autocuidado do cliente, sendo sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e 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 sistema totalmente compensatório refere-se à incapacidade do indivíduo devido à situação para ações do seu autocuidado (Orem, 1991). *“As pessoas com essas limitações são socialmente dependentes de outros para continuar a sua existência e o seu bem-estar”* (Orem, 1991, pg.289).

Deparamo-nos com esta situação quando estamos perante um cliente portador de OEI num pós-operatório imediato, onde o enfermeiro presta cuidados ao cliente com uma OEI e realizamos o respetivo ensino, devido à incapacidade e falta de conhecimentos do cliente para o fazer. Ou seja, nesta fase inicia-se o ensino relativamente aos cuidados de higiene ao estoma, a sua observação e colocação do dispositivo, mas quem realiza estes cuidados é o enfermeiro. Esta situação também se pode verificar no pós-operatório mediato e tardio e em ambulatório na consulta. Numa fase inicial porque o cliente ostomizado ainda não adquiriu todos os conhecimentos e habilidades para o autocuidado, necessitando do apoio de enfermagem. Em ambulatório por vezes é difícil para o cliente ostomizado/ família, pois é quando surgem todas as dúvidas, medos e receios e que não têm ninguém para os esclarecer naquele momento.

No sistema totalmente compensatório a ação da enfermeira consiste na concretização do autocuidado terapêutico do cliente, na compensação do autocuidado do cliente em executar o autocuidado e apoiar e o proteger o cliente (Orem, 1995).

O Sistema parcialmente compensatório é representado pela situação em que tanto o enfermeiro como o paciente desempenham medidas de cuidados (Orem, 1991). *“... o paciente quanto a enfermeira podem ter o principal papel no desempenho das medidas de cuidados”* (Orem, 1991, pg. 291). Relativamente a este sistema pretende-se ajudar o cliente a fazer por si só. Na prática pode ser aplicado nas orientações fornecidas num pós-operatório mediato e tardio onde é incentivado o cliente a participar nos cuidados prestados ao estoma, desde cuidados de higiene, cuidados com a pele peri estoma assim como, na troca dos dispositivos. Nesta fase o cliente realiza a troca dos dispositivos assim como, os cuidados ao estoma com a supervisão do enfermeiro, promovendo assim a sua autonomia.

No sistema parcialmente compensatório podemos incluir o pré-operatório aquando a marcação do local do estoma, assim como no após alta, nas primeiras consultas de enfermagem de estomaterapia em que o cliente ainda não está completamente apto e seguro no cuidado ao estoma.

No sistema de enfermagem parcialmente compensatório as ações de enfermagem visam a execução de algumas medidas de autocuidado para o cliente, compensa as limitações de autocuidado do cliente, assiste o cliente conforme necessário e regula a atividade de autocuidado em conjunto com o cliente. O cliente executa algumas medidas de autocuidado e aceita os cuidados e assistência por parte da enfermeira (Orem, 1995).

Por fim no sistema de apoio-educação, o cliente é capaz de desempenhar ou deve aprender a desempenhar medidas de autocuidado terapêutico (Orem, 1995). Ou seja, ajudar o cliente a aprender a fazer por si, valorizando o importante papel do enfermeiro na conceção dos cuidados de enfermagem. Em suma, o papel do enfermeiro é o de capacitar o cliente como um agente de autocuidado.

O sistema de apoio-educação poderá estar presente na educação para a saúde realizada a estes clientes numa fase pré-operatória, durante o internamento, assim como no seguimento em consulta de enfermagem de estomaterapia.

No sistema de apoio-educação a ação da enfermeira é o de regularizar o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado, ação essa também partilhada pelo cliente. A ação do cliente também é o de executar o autocuidado (Orem, 1995).

3- PERCURSO REALIZADO REFLEXÃO E ANÁLISE

Muitos sobreviventes do cancro CCR têm que se adaptar a viver com uma OEI, para tal, necessitam de adquirir habilidades cognitivas e comportamentais na adaptação a esta nova condição de vida (Hornbrook et al, 2007).

O enfermeiro tem um papel fundamental em todo o processo de acompanhamento dos clientes portadores de uma OEI desde do pré-operatório. É da responsabilidade do enfermeiro esclarecer o cliente quanto ao procedimento cirúrgico, o seu objetivo o que esperar após o ato cirúrgico e também, a realização da marcação do local ideal do estoma. No pós-operatório o enfermeiro deve orientá-lo relativamente ao vestuário, alimentação e adequar os dispositivos, legislação, participação e complicações com o intuito da promoção do conforto e da segurança tal como, autonomia e melhorando a sua qualidade de vida.

Nesta sequência de ideias e para a concretização deste projeto, escolhi alguns locais de ensino clínico (Apêndice 1), delineei objetivos e estratégias para a concretização dos mesmos (Apêndice 2). Iniciei o ensino clínico na consulta de enfermagem de estomaterapia, posteriormente passei pelo internamento cirúrgico, visto não ter experiência na área cirúrgica e por fim implementei o projeto na instituição onde exerço funções com todos os contributos consolidados nos vários ensinos clínicos.

Ao longo dos ensinos clínicos, para além da prestação de cuidados, mais direcionada para a área da enfermagem em estomaterapia, esteve sempre presente a prática reflexiva. Efetuei reflexões e análises críticas de situações particulares de cuidados a clientes portadores de OEI.

Os diversos ensinos clínicos proporcionaram a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos assim como, a sua aplicação na prática profissional de modo a atingir os objetivos previamente delineados e desenvolver as competências preconizadas, permitindo atingir o nível de Perito nesta área.

De seguida, passo a descrever pormenorizadamente, cada um deles com uma breve análise e reflexão.

3.1. Local de Ensino Clínico - Consulta de Enfermagem de Estomaterapia/ Proctologia numa Instituição de referência na área da grande Lisboa

A existência de uma Consulta de Enfermagem de Estomaterapia permite esclarecer dúvidas do cliente, proceder à marcação do estoma (no pré-operatório), o que pode representar uma menor dificuldade para a adaptação do cliente e uma melhoria na qualidade de vida, assim como, avaliar as competências do cliente e suas potenciais necessidades de desenvolvimento de autocuidado (Colwell & Gray, 2007).

Os objetivos definidos para a consulta de enfermagem de estomaterapia/ proctologia, bem como as atividades/ estratégias, recursos e critérios/ indicadores de avaliação encontram-se no Apêndice 2.

Relativamente ao primeiro objetivo **Aprofundar conhecimentos teóricos sobre o tema:**

Antes de iniciar o meu estágio na consulta tive oportunidade de frequentar um curso em Coimbra “*Atualizações em Estomaterapia*” (Anexo I). Este curso foi de extrema importância e um grande contributo para todo este meu processo de aprendizagem nesta área, ou seja, foi o meu alicerce. Pude desenvolver competências no domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente, no desenvolvimento do autoconhecimento, através da reflexão e consciencialização da limitação dos conhecimentos sobre o tema, procurando a aquisição de novos conhecimentos através da partilha com os outros profissionais de várias experiências nos diversos contextos em cuidados aos clientes ostomizados.

A pesquisa bibliográfica torna-se constante, pois temos que estar sempre atualizados.

Quanto ao segundo objetivo **Compreender a dinâmica da equipa de enfermagem, bem como o ensino realizado aos clientes ostomizados e/ ou família/ cuidador:**

Este objetivo foi integralmente cumprido, pude perceber a organização da consulta, a marcação das mesmas, o ensino/ orientações efetuadas a este tipo de clientes/ família bem como, os registos realizados. Relativamente à integração fui muito bem recebida por toda a equipa multidisciplinar o que me fez sentir que fazia parte da mesma e não uma mera aluna da Especialidade, foi assim, uma integração na plenitude.

Referente ao terceiro objetivo **Identificar orientações realizadas ao cliente ostomizado/ família relativamente: cuidados ao estoma; cuidados com a pele peri estoma; Quais os dispositivos utilizados; cuidados alimentares; sexualidade; vestuário; desporto; viajar; legislação e participação do material:**

É de extrema importância a realização deste tipo de consulta, orientando os clientes ostomizados, de forma, a que se previna o maior número de complicações possíveis.

Quando tracei este objetivo tinha como finalidade perceber como está estruturado o ensino ao cliente/ família para que, posteriormente pudesse construir as minhas próprias orientações para fornecer aos clientes ostomizados, que seguirei.

O facto de ir a outra consulta teve vantagens, alargando o meu leque de conhecimentos teóricos e práticos nos diversos locais, que tem um objetivo comum: o de ajudar o cliente ostomizado a viver com a sua ostomia, para uma melhor adaptação à sua nova condição de vida e ajudando-o a melhorar a sua qualidade de vida.

Também tive a oportunidade de conhecer algumas empresas responsáveis pela distribuição do material a nível hospitalar e ficar com o seu contacto para posteriormente poder usufruir dos seus materiais na consulta.

No quarto objetivo **Compreender com a equipa de enfermagem o processo de construção/ estruturação da consulta de enfermagem de estomaterapia:**

O meu objetivo principal com a elaboração do projeto seria a construção de uma consulta de enfermagem de estomaterapia, desenvolvendo deste modo, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem, desempenhando um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta advém da partilha de experiências vivenciadas pelas colegas.

Por fim como último objetivo **Adquirir competências na área da educação para a saúde ao cliente portador de ostomia de eliminação intestinal e sua família/ cuidador no ambulatório no intuito de promover a autonomia:**

Para finalizar, estabeleci este objetivo que também foi concretizado na íntegra. No decorrer do ensino clínico pude desenvolver competências nesta área com ajuda da enfermeira responsável pela consulta.

Ao longo do mesmo pude, também, perceber as dificuldades que podem surgir durante o processo de adaptação do cliente ostomizado, e quais as estratégias, utilizadas para ultrapassar estas situações.

Análise e Reflexão

A escolha do local para o ensino clínico teve por base o facto de esta consulta estar localizada num Hospital de referência nesta área. Após o seu término posso concluir que foi de extrema importância para o meu desenvolvimento assim como, todos os contributos que este teve no desenvolvimento das minhas competências como enfermeira especialista.

A construção de uma OEI gera no individuo mudanças a nível social, económico, físico e psicológico. Os enfermeiros têm um papel fundamental não só nos cuidados técnicos a prestar aos clientes, mas também o ensino a realizar pois, mais do que transmitir conhecimentos teóricos, o individuo tem necessidade de

adquirir saber para posteriormente poder fazer, que é o objetivo principal de toda a atividade educacional (Martins, 2004).

Durante o ensino clínico na consulta de enfermagem de estomaterapia, tive oportunidade de seguir alguns clientes portadores de OEI e verificar que realmente os cuidados prestados a estes clientes não são meramente técnicos (Apêndice 3). É de extrema importância a educação para a saúde com o intuito de promover a sua autonomia e uma melhor reintegração social. Este ensino deve ser adaptado a cada cliente estabelecendo metas em cada consulta, quando esta adaptação está a ser difícil.

A minha grande preocupação com os clientes portadores de OEI é o de ser capaz de se auto cuidar, tornando-se autónomo. Para tal, é necessário um acompanhamento a este tipo de clientes desde o pré-operatório, momento em que o cliente fica a saber que possivelmente irá ficar com uma OEI, no pós-operatório (imediato, mediato e tardio) e posteriormente em ambulatório com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e uma melhor adaptação a esta nova condição de vida.

Nesta minha preocupação encontra-se evidenciado o modelo conceptual de Dorothea Orem, e mais especificamente a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 1995).

A existência de uma consulta de enfermagem de Estomaterapia permite esclarecer dúvidas ao cliente ostomizado/ família, assim como, avaliar as suas competências e necessidades potenciais de desenvolvimento de autocuidado. Ou seja, permite efetuar uma primeira abordagem a esta nova situação, as suas implicações, e um planeamento de cuidados de saúde expectáveis face à evolução da doença oncológica.

É nesta fase que se poderá realizar a marcação do local do estoma, o que pode representar, se realizada de acordo com os princípios descritos, menores dificuldades para a adaptação do cliente (Colwell & Gray, 2007) e assim uma melhoria significativa na sua qualidade de vida.

A marcação do local do estoma é uma recomendação descrita pela Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2009), em que é demonstrado através de vários estudos a importância da sua marcação e os benefícios que traz.

Esta ideia também é defendida por Cascais et al (2007), que referem que os cuidados de saúde devem ser planeados cuidadosamente, desde o pré-operatório, no sentido de preparar o cliente quer física quer emocionalmente para esta nova realidade, facilitando o processo de reabilitação e reinserção e assim melhorar a qualidade de vida.

Ideia esta corroborada pela Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2009), que recomenda e evidencia a importância de informar no pré-operatório todos os clientes que irão ser submetidos a uma cirurgia que poderá implicar a realização de uma estoma e sua família.

A consulta de enfermagem de estomaterapia onde realizei o ensino clínico encontra-se muito bem estruturada, em que realmente existe uma consulta pré-operatória, sendo de extrema importância para uma melhor adaptação do cliente a esta nova fase de vida, como é referenciada no apêndice 3 e uma consulta pós-operatória dos clientes ostomizados que permite as orientações adequadas no sentido de promoção da autonomia do cliente/ família.

Segundo Martins (2006), as intervenções de enfermagem devem iniciar-se o mais precocemente possível ou seja, desde que a realização da ostomia seja uma proposta cirúrgica, de forma a assegurar a confiança do cliente e família.

Sob uma análise da Teórica Orem, como referi anteriormente, os cuidados prestados aos clientes portadores de OEI na consulta de estomaterapia estão presentes quer no sistema totalmente compensatório (que só se aplica no pós-operatório tardio já em ambulatório), quer no sistema parcialmente compensatório (aplica-se na consulta pré-operatória e pós-operatório) e no sistema de apoio-educação (também se aplica na consulta pré e pós-operatória).

Neste local de ensino clínico tive oportunidade de assistir a várias consultas onde a informação fornecida foi individualizada e onde houve espaço para que o cliente ou família colocassem dúvidas e expressassem as suas emoções.

Não é nesta consulta que se realiza a marcação do estoma, mas quando este procedimento se realiza é já no internamento que é efetuado.

Existem várias vantagens para o cliente na marcação correta do respetivo estoma, tal como, uma melhor aceitação da ostomia, reduz o risco de irritação da pele peri estoma e reduz o risco de fuga e extravasamento de líquido (Pittman &

Cols., 2008). Ou seja, um estoma bem construído e sujeito a uma marcação prévia facilita o autocuidado, ajuda na aceitação, aumenta a independência e autonomia, reduz o risco de complicações e facilita o retorno da vida normal, melhorando consideravelmente a qualidade de vida dos ostomizados (Youngberg, 2010).

Tive oportunidade de assistir e até de realizar marcação do estoma (Apêndice 3) durante o ensino clínico. Aquando da marcação é necessário ter em conta alguns aspetos tais como: o tipo de cirurgia; a fácil visualização do estoma pelo cliente em várias posições (deitado, sentado e de pé), facilitando a sua manipulação; afastado de proeminências ósseas, de cicatrizes e pregas cutâneas; deve situar-se no músculo reto-abdominal, funcionando como apoio para o estoma, evitando certas complicações como por exemplo prolapso e hérnia; evitar a linha da cintura e umbigo, para não interferir com o vestuário, atividade e a prática de desporto.

Neste ensino clínico desenvolvi competências quer as comuns do enfermeiro especialista quer as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, considerando que atualmente a doença oncológica é considerada doença crónica.

3.2. Local de Ensino Clínico - Internamento de Cirurgia numa Instituição de referência na área da grande Lisboa

O enfermeiro tem uma grande responsabilidade nos cuidados ao cliente ostomizado, pois ele está presente em todas as etapas desde do pré-operatório até ao pós-operatório tardio.

Os cuidados pós-operatórios são fundamentais na reabilitação do indivíduo que incorpora uma OEI.

O pós-operatório divide-se no pós-operatório imediato, mediato e tardio. No pós-operatório imediato o objetivo é o controlo das condições gerais do cliente evitando e detetando precocemente eventuais complicações (Santos, 2000). Segundo a mesma autora, no pós-operatório mediato inicia-se o ensino gradual

do autocuidado que envolve inicialmente a visualização e o toque precoce do estoma pelo cliente (Santos, 2000).

Durante o internamento, o ensino deve ser planeado e espaçado para permitir a assimilação da informação.

O pós-operatório tardio é definido como o acompanhamento destas pessoas dando a continuidade ao processo ensino-aprendizagem (Santos, 2000).

Os objetivos definidos para o Internamento de Cirurgia, bem como as atividades/estratégias, recursos e critérios/ indicadores de avaliação encontram-se no Apêndice 2.

Defini como primeiro objetivo **Aprofundar conhecimentos teóricos sobre o tema.**

Relativamente ao segundo objetivo **Compreender a dinâmica da equipa de enfermagem do internamento de Cirurgia:**

Na minha experiência profissional, não tive oportunidade de passar por um internamento de cirurgia, pelo que me fez sentido a realização deste ensino clínico num Hospital de referência nesta área. Para tal, é necessário compreender a dinâmica o que é conseguido consultando as normas internas de funcionamento, manuais e protocolos instituídos no serviço e a observação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao cliente/ família/ cuidador ostomizado.

Relativamente à equipa médica esta, diariamente, acompanhava os seus clientes. Existia uma boa relação entre médico e enfermeiro, e a informação fornecida pela equipa de enfermagem era valorizada pela equipa médica. É importante a existência desta “cumplicidade” para um bom funcionamento em prol do cliente. Este objetivo foi conseguido na íntegra. Relativamente à integração na equipa de enfermagem foi conseguida através de um bom relacionamento com a mesma.

Quanto ao terceiro objetivo **Identificar orientações realizadas ao cliente ostomizado/ família durante o internamento relativamente: cuidados ao estoma; cuidados com a pele peri estoma; quais os dispositivos utilizados; cuidados alimentares; sexualidade; vestuário; desporto; viajar; legislação e participação do material:**

Os internamentos cada vez são mais curtos ou seja, necessita de menos dias de internamento caso estes sejam sem complicações. O facto de o internamento ser de curta duração, requer que o ensino aos clientes ostomizados seja iniciado precocemente, para que no dia de alta sejam autónomos no seu autocuidado.

No período que estive no internamento houve poucos clientes que tenham sido propostos para a realização de OEI. Aos clientes que realizaram uma OEI, tive oportunidade de observar e até participar no ensino realizado e perceber quais as estratégias utilizadas, para uma melhor orientação a estes clientes/ família com a finalidade de promover a sua autonomia (Apêndice 4).

Quanto ao quarto objetivo **Adquirir competências na área da educação para a saúde ao cliente portador de ostomia de eliminação intestinal e sua família/ cuidador no pré e pós-operatório no intuito de promover a autonomia:**

A área da educação para a saúde é de extrema importância na promoção de autonomia do autocuidado no cliente ostomizado.

Este objetivo também foi atingido na sua íntegra. Um dos fatores que contribuiu foi o facto de ter realizado o curso na área da estomaterapia. Assim, quando me deparei com algumas situações específicas, pude mobilizar conhecimentos que anteriormente foram adquiridos.

Por fim **Compreender o acompanhamento prestado aos clientes/ família portadores de ostomia de eliminação intestinal:**

O acompanhamento dos clientes portadores de OEI é muito importante durante o internamento, assim como a inclusão nestes cuidados do familiar/ cuidador.

É necessário incentivá-lo e orientá-lo nos cuidados ao estoma fornecendo informação, demonstrando como o fazer e posteriormente vigiando-o nos cuidados, tal como é descrito pela Orem (Orem, 1995).

É durante o internamento que o cliente portador de uma OEI se depara realmente com a presença de um estoma e tem que cuidar e saber cuidar dele. Neste período surgem algumas dúvidas e receios que devem ser esclarecidas. O ensino realizado a estes clientes deve ser gradual, assim como aquisição de competências para o seu autocuidado, de forma a promoção de autonomia. Este objetivo também foi concretizado em plenitude embora com poucos clientes ostomizados no internamento.

Análise e Reflexão

A realização deste estágio em internamento de cirurgia trouxe-me alguns contributos no âmbito do seguimento destes clientes portadores de OEI. Ou seja, pude também perceber a interligação que existe entre o internamento e a consulta de estomaterapia.

A marcação do local ideal para a construção do estoma é realizado no internamento pelos respetivos enfermeiros que têm formação nesse âmbito, e quando existe alguma dúvida ou dificuldade solicitam a ajuda do enfermeiro da consulta de estomaterapia. Mas não existe uma prática constante de marcação do local ideal do estoma, talvez porque grande parte dos clientes realiza uma transversostomia.

Quando elaborei os objetivos para este local de estágio não me ocorreu a importância de ir ao bloco operatório. Mas com o decorrer do mesmo deparei com uma falha, ou seja não acompanhava o cliente em todas as suas fases (Apêndice 4). Nesse intuito e de forma a adquirir conhecimentos sobre a técnica cirúrgica, compreender o circuito do cliente e qual o apoio dado propus-me, ir ao bloco operatório acompanhar um cliente que potencialmente iria ficar com uma OEI, durante o ensino clínico do internamento. Foi interessante perceber um pouco da técnica cirúrgica assim como, o percurso do cliente, não tive oportunidade de assistir à construção do estoma, pois não houve essa necessidade.

É durante o internamento que o cliente portador de OEI tem que adquirir competências para o autocuidado.

O tempo de internamento necessário neste tipo de cirurgia, que origina a construção de um estoma, é cada vez mais curto, o que implica que o ensino e o fornecimento de informação se inicie o mais precocemente, para que este se sinta apto e autónomo aquando a alta hospitalar. Tive oportunidade de assistir a este processo de ensino, em que inicialmente o cliente é incentivado a olhar e ao mesmo tempo lhe é explicado o como fazer, numa próxima vez este é incentivado a tocar e até mesmo participar nos cuidados e posteriormente é o próprio que realiza com a nossa supervisão, e todas as próximas vezes pede a nossa colaboração no sentido de supervisão. (Apêndice 4)

De acordo com a Teoria de Orem, no internamento está presente o sistema totalmente compensatório (quando o cliente tem necessidade de desenvolver competências que permitam responder ao novo estado de saúde, leva a que numa fase inicial sejam os enfermeiros a executar esse autocuidado terapêutico, de modo a compensar o deficit de autocuidado por parte do cliente), o sistema parcialmente compensatório (compensação da incapacidade do cliente tem em executar o autocuidado) e o sistema de apoio-educação (tem por base o ensino e sua validação).

Na alta hospitalar é validada a informação fornecida ao cliente ostomizado/família assim como, fornecido material para uma primeira fase e é marcada a primeira consulta de estomaterapia para uma semana após a alta, mas também é facultado o contacto direto da consulta para alguma dúvida que surja.

É após a alta hospitalar que surgem a maioria das dúvidas, pois passam a ser o principal cuidador e não têm ninguém a quem socorrer aquando estas surjam.

É importante que a marcação da primeira consulta de enfermagem de estomaterapia seja realizada no internamento, e que esta seja ao fim de uma semana para que estes tenham tempo de se adaptarem a sua nova condição de vida e verificarem se o dispositivo utilizado é o adequado. A Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2009) também recomenda e descreve a evidência da importância dos clientes ostomizados/ família serem acompanhados por uma enfermeira estomaterapeuta após a alta hospitalar com

a finalidade de diminuir os problemas psicológicos, contribuir para uma melhor qualidade de vida e evitar complicações. Tal como está descrito nos direitos dos ostomizados.

Como se pode verificar tanto ao longo desta reflexão como a que se encontra em apêndice 4, foco de evidência do desenvolvimento de competências quer as comuns do enfermeiro especialista quer as do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa.

3.3. Local de Ensino Clínico- Local de Trabalho Instituição hospitalar privada da área da grande Lisboa

Na instituição onde exerço funções, não existe este tipo de acompanhamento aos clientes portadores de OEI, pelo que verifiquei ser oportuno desenvolver este projeto e propor-me planear a construção de uma consulta de enfermagem de estomaterapia e sua implementação.

Para a realização do ensino clínico no local de trabalho defini objetivos, bem como atividades/ estratégias, recursos e critérios/ indicadores de avaliação encontram-se no Apêndice 2.

Relativamente ao primeiro objetivo **Divulgar projeto à direção de enfermagem para sua aprovação:**

A nível da direção de enfermagem fui muito bem recebida, assim como, o projeto foi aceite tendo a autorização para continuar o seu desenvolvimento.

Foi-me proposto a apresentação do mesmo ao Conselho de Administração em reunião semanal (Apêndice 5). Todo o Conselho de Administração ficou muito satisfeito por este projeto e por se poder prestar cuidados diferenciados aos clientes portadores de uma OEI.

Foi uma grande satisfação e uma grande oportunidade que tenho para desenvolver um projeto pessoal, académico e profissional, que pode ser muito útil para os clientes submetidos a cirurgia que poderá originar uma OEI, que recorrem a esta instituição de poderem usufruir de cuidados especializados na

área de enfermagem em estomaterapia, assim como, uma mais-valia para a instituição hospitalar.

Como segundo objetivo **Envolver os profissionais de saúde no projeto:**

Este objetivo foi concretizado já após a conclusão do ensino clínico por constrangimentos da instituição. Realizou-se em Setembro.

Esta apresentação foi segundo a calendarização da instituição, decorreu muito bem e este projeto foi louvado por parte da equipa de enfermagem e da equipa médica.

Quanto ao terceiro objetivo **Estabelecer ligação com a equipa de enfermagem dos vários serviços da instituição:**

Para que um projeto funcione é necessário que haja uma colaboração por parte de toda a equipa de enfermagem. Informalmente fui divulgando à equipa de enfermagem a existência desta consulta e se necessitassem de algum apoio na área da estomaterapia no âmbito da OEI, que poderiam solicitar a minha colaboração.

Após algumas conversas com as chefias de enfermagem dos vários serviços, constatei que uma das enfermeiras tem uma Pós Graduação em Estomaterapia que poderia ser o elo de ligação. A enfermeira ficou muito interessada em participar neste projeto. Nesse intuito tivemos algumas reuniões para traçar diretrizes e desenvolver estratégias com o objetivo de melhorar os cuidados prestados a estes clientes/ família. Com a ajuda desta colega que conhece a realidade dos serviços torna-se mais fácil, encontrar as lacunas existentes e delinear objetivos de forma a estas serem minimizadas.

Referente ao quarto objetivo **Acompanhar o cliente/ família portador de ostomia de eliminação intestinal no pré e pós-operatório no intuito de promover autonomia:**

Sendo o local onde trabalho uma instituição privada e após uma pequena pesquisa, verifiquei que o número de clientes portadores de uma OEI não são elevados, então propus-me a seguir estes clientes de forma individualizada desde o pré-operatório, pós-operatório e ambulatório.

Para tal estabeleci um local e hora onde realizo as consultas pré e pós-operatórias.

Para que não haja perda de informação elaborei uma folha de registo de enfermagem (Apêndice 5).

Este objetivo foi atingido na sua totalidade.

O quinto objetivo **Uniformizar o ensino realizado ao cliente/ Família portador de ostomia de eliminação intestinal durante o internamento:**

Para que o ensino seja sistematizado e realizado da mesma forma e a informação fornecida não seja contraditória, em conjunto com a enfermeira que é o elo de ligação, elaborámos linhas de orientação, de forma a facilitar o ensino ao cliente portador de OEI para que não haja sobreposição de informação nem lacunas (Apêndice 5). Embora haja linhas de orientação, o ensino tem que ser individualizado e orientado para o cliente/ família que se encontra perante o enfermeiro.

A norma de ensino ao cliente portador de OEI, a folha de registo de enfermagem referente ao ensino e o guia de boas práticas estão elaboradas faltando apenas a sua autorização para á posteriori a sua implementação.

O último objetivo **Desenvolver competências na área do ensino ao cliente portador de ostomia de eliminação intestinal:**

Com os ensinamentos clínicos já realizados onde adquiri competências nesta área, pude mobilizar todos esses conhecimentos para o presente e para a minha prática.

Análise e Reflexão

Fiquei muito satisfeita quando este projeto da consulta de enfermagem de estomaterapia foi bem recebido, aceite e assumida a sua pertinência pela Direção de Enfermagem, assim como a sua implementação se poder concretizar a curto prazo.

Quando elaborei este projeto em âmbito académico, que tinha como objetivo a implementação da consulta de enfermagem de estomaterapia, pensei que seria mais um projeto que ficaria na gaveta. No entanto, após a reunião realizada com o Diretor de Enfermagem da instituição onde exerço funções fiquei bastante surpreendida pelo facto de me apoiar e se mostrar interessado que fosse para discussão em reunião de Conselho de Administração, pois seria um projeto que se iria refletir na melhoria dos cuidados prestados aos clientes ostomizados/família.

Na reunião realizada em Conselho de Administração fui muito bem recebida e este projeto foi encarado como algo inovador que poderemos oferecer aos nossos clientes ostomizados/ família, apoiando assim em tudo o que for necessário para o seu desenvolvimento e adaptação.

É gratificante elaborar um projeto académico e este poder ser muito útil e utilizado para desenvolver um projeto pessoal no âmbito profissional.

No serviço onde exerço funções de enfermagem trabalho com alguns cirurgiões que ficaram muito satisfeitos com o meu interesse nesta área, pois para eles também existia uma grande lacuna.

Com a reunião que foi organizada em Setembro este projeto foi divulgado a toda a instituição, assim, será mais fácil conhecer e seguir todos os clientes portadores de uma OEI em ambulatório (Apêndice 5).

O facto de existir um elo de ligação com o internamento é de extrema importância, no intuito de se poder colmatar algumas lacunas existentes nas orientações fornecidas aos clientes portadores de OEI. Verifiquei que não existe um registo sistemático do ensino realizado a estes clientes. No entanto, conhecendo a realidade torna-se mais fácil a elaboração de uma folha de registo de enfermagem referente ao ensino do cliente portador de OEI. As orientações também estavam a ser realizadas poucos dias antes da alta e por vezes no próprio dia da alta.

Com o desenvolvimento das competências ao longo deste percurso e de acordo com a OE (2010) está implícito o desenvolvimento da competência do domínio da melhoria da qualidade dos cuidados e o domínio da gestão de cuidados.

O componente relacional, quer com o cliente quer com a família, para mim é um foco primordial de atenção no cuidar, subjacente à atenção das necessidades dos clientes e familiares bem como à expressão de sentimentos e adotando uma atitude de compreensão e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

Neste sentido torna-se de extrema importância o acompanhamento destes clientes desde do pré-operatório para que se estabeleça uma relação de confiança.

O enfermeiro estomaterapeuta tem um papel muito importante no cuidado ao cliente portador de OEI, estando presente antes e imediatamente após a realização do estoma, bem como ao longo da vida pessoa ostomizada. O enfermeiro estomaterapeuta para além, dos cuidados ao estoma promove o autocuidado, apoia emocionalmente e mantém a ponte com todos os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Em todo o meu percurso a referencial teórica está presente, e neste local de estágio também se encontra, pois o meu grande objetivo é o de promover a autonomia do autocuidado. Ou seja, está presente no pré-operatório, estando presente o sistema parcialmente compensatório (na marcação do estoma), tal como o sistema de apoio-educação (consulta pré-operatória de enfermagem de estomaterapia). No internamento, período de pós-operatório imediato, mediato e tardio, está presente o sistema totalmente compensatório execução de autocuidado terapêutico), o sistema parcialmente compensatório (compensação do cliente em executar o auto-cuidado), assim como o sistema de apoio-educação (ensino e validação do auto-cuidado). Em ambulatório também está presente, os três sistemas de enfermagem (Orem, 1995).

Com a minha presença mais assídua pelos vários serviços da instituição deparo-me com uma realidade, que é a necessidade de formação aos colegas sobre esta temática, e a implementação do guia orientador da informação fornecida aos clientes portadores de OEI (Apêndice 5).

Como se pode verificar ao longo deste estágio também se evidencia o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e de

competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.

Ao longo de todo este processo de aprendizagem também esteve implícito o desenvolvimento das competências do segundo ciclo. Ou seja, demonstrei conhecimentos e capacidade de compreensão ao longo de todos os ensinamentos clínicos, assim como desenvolvi conhecimentos, e através das reflexões realizadas demonstrei capacidade de análise nas diversas dimensões. O desenvolvimento deste projeto reflete e questiona a prática existente e a inovação com a elaboração deste projeto para a melhoria de cuidados de enfermagem.

4-COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O enfermeiro especialista é o “*enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem*”, sendo as suas competências “*um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

O caminho que percorri permite sentir-me mais perto de enfermeiro especialista em estomaterapia, que é definido como aquele que possui conhecimentos, prática específica e habilidades para o cuidado dos clientes portadores de ostomias (Paula & Santos, 2003). Para Benner (2005, p.54) o enfermeiro perito é aquele que “*tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis*”.

Ou seja, nem todos os enfermeiros especialistas podem ser considerados peritos, uma vez que a experiência é considerada essencial para atingir estas competências.

No início do meu percurso, nesta área que de certa forma é para mim recente, e segundo Benner, seria enfermeira iniciada avançada. Benner (2005,p.52) define enfermeira iniciada avançada como “*comportamento das iniciadas e avançadas é aquele que se pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (elas próprias ou sobre a indicação do orientador) os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas....*”

Ao longo do percurso formativo adquiri conhecimentos e desenvolvi competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) definiu competências para o Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica sendo elas:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade
- Competências do domínio da gestão dos cuidados

- Competências do domínio das aprendizagens profissionais.

Relativamente ao **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, as competências dividem-se em duas: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante o meu percurso na profissão tenho sempre presente os princípios éticos e deontológicos inerentes à mesma, procurando que todos os cuidados que presto respeitem os princípios, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça, beneficência e maleficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana, tal como é referido no artigo 78 do Código Deontológico do Enfermeiro *“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”*

O processo de tomada de decisão está inerente à prática de cuidados de enfermagem. Ou seja, diariamente na nossa prática clínica, somos confrontadas com problemas de difícil resolução e que requerem uma análise criteriosa, implicando para a sua resolução o equacionamento de várias hipóteses de resolução do problema, analisando os prós e contras das várias hipóteses tendo sempre em conta a de maior evidência (Nunes, 2006).

Na instituição onde exerço funções, e com a realização deste meu percurso, considero-me um elemento de referência na área da estomaterapia, sendo reconhecida pelos vários elementos da instituição as minhas competências desenvolvidas nesta área, sendo solicitada várias vezes pelos vários serviços para ajudar tanto nos cuidados como na informação fornecida sobre esta temática.

Os cuidados devem ser humanizados, respeitando a religião, costumes e todos os demais previstos no Código Deontológico.

Todos os clientes têm direito à informação. Enquanto enfermeira as minhas intervenções respeitam os direitos humanos e a responsabilidade profissional, assim sendo, antes de cada procedimento informo de forma clara o que pretendo realizar, explicando a importância das mesmas, quais os riscos associados e alternativas.

Tenho sempre em atenção, o consentimento do cliente para a presença de um familiar de referência, aquando da informação fornecida e aos cuidados prestados. A presença do familiar de referência autorizado pelo cliente tem grandes vantagens, pois é este que o poderá ajudar após a alta hospitalar. Por vezes, durante o internamento o cliente ostomizado não adquire as competências nem desenvolve habilidades necessárias para a autonomia no autocuidado, necessitando da ajuda de um familiar. Ao longo do tempo o objetivo é que o cliente ostomizado se torne autónomo.

Posteriormente segue-se o segundo **domínio, melhoria contínua da qualidade**. Este engloba três competências: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (Ordem de Enfermagem, 2010).

O domínio referente à melhoria contínua da qualidade deverá estar sempre presente no “quotidiano” de todos os profissionais de saúde.

Neste percurso percorrido pude desenvolver este domínio. Após algumas conversas informais com os vários profissionais de saúde verifiquei uma lacuna na área dos cuidados prestados aos clientes portadores de OEI e logo me propus ao desenvolvimento de um projeto nesta área (Apêndice 5).

Para tal estabeleci algumas estratégias para a melhoria no âmbito dos cuidados prestados a estes clientes. Desde a informação fornecida ao longo do internamento e seu acompanhamento, assim como poderem optar por serem acompanhados posteriormente em consulta na instituição onde foram intervencionados.

Os enfermeiros devem respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural do cliente, pelas necessidades espirituais e envolvendo a família (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Ou seja, todos os cuidados prestados aos clientes ostomizados devem ser realizados holísticamente considerando a pessoa um ser biopsicossocial

respeitando sempre a sua cultura e espiritualidade, a sua vontade e confidencialidade, envolvendo a família sempre que este o permita.

O **domínio da gestão dos cuidados** é constituído por duas competências: gestão dos cuidados, otimizando a resposta de equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adaptação à liderança e à gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Por ter elaborado este projeto e ter iniciado a sua implementação, pude desenvolver competências no âmbito da gestão dos cuidados com o levantamento do diagnóstico da situação, o planeamento das atividades e sua execução e por fim avaliação. O envolvimento da equipa de enfermagem dos vários serviços da instituição foi fundamental para que este projeto se torne real.

No que diz respeito ao envolvimento da equipa multidisciplinar esta também está desperta e a própria demonstrou a necessidade de existir este tipo acompanhamento aos clientes portadores de OEI. Ou seja, que exista uma ligação entre a equipa médica e o enfermeiro de referência.

O facto de envolver um enfermeiro do internamento para que este seja um elo de ligação foi muito importante, sendo uma mais-valia, pois conhece a dinâmica dos serviços e suas lacunas, para além de ter um contacto mais direto e quase diário com o cliente e sua família.

Com todas estas estratégias desenvolvidas mediante a operacionalização do projeto consegui que estes clientes portadores de OEI pudessem usufruir de um acompanhamento mais personalizado, com o objetivo de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim com este acompanhamento, os clientes após a alta hospitalar sentem-se mais seguros uma vez que, sabem que existe uma pessoa de referência à qual podem recorrer sempre que necessitem, pois é aquando da alta que o cliente/ família sente maior insegurança no autocuidado a OEI. Para tal elaborei um Guia de Ensino ao cliente Ostomizado (Apêndice 5) e folha de registo de ensino ao cliente ostomizado (Apêndice 5) e Instrução de Trabalho referente ao ensino (Apêndice 5) assim como Instrução de trabalho referente à 1ª consulta de estomaterapia (Apêndice 5).

Por fim, o último domínio, **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, é composto por duas competências: desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O desenvolvimento de competências implica um investimento pessoal, para se manter atualizado cientificamente, e o desejo do crescimento profissional, acompanhado por autoconhecimento e maturação pessoal.

Ser enfermeiro requer um desenvolvimento de competências de diversificados âmbitos, desde emocional, comunicacional, relacional e instrumental. No âmbito dos conhecimentos científicos, para além da preocupação da sua aplicação na minha prática diária, é também, o da transmissão aos meus pares, contribuindo assim, para a melhoria contínua da qualidade os cuidados de enfermagem.

Neste âmbito e à procura de conhecimentos teóricos tive a oportunidade de frequentar uma formação que abrangeu várias temáticas incluindo estratégias comunicacionais, relacionais e até emocionais (Anexo 1). Foi um grande contributo para o meu desenvolvimento e crescimento nesta área.

A formação contínua tem um papel essencial no aperfeiçoamento da prática de enfermagem e impõe-se ao longo do desenvolvimento profissional do enfermeiro, segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 88º, na alínea c), *“o enfermeiro para alcançar a excelência do exercício profissional, deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.”*

Ou seja, a formação é importante quando esta é adequada às necessidades, constituindo uma estratégia fundamental para a mudança e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo a formação contínua a *“oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida, bem como a estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de enfermagem”* (Hesbeen, 2000, p. 138).

Para além das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e no âmbito do Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção de

Enfermagem Oncológica, também desenvolvi Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) definiu as seguintes competências:

- Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- Estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Ao longo deste meu percurso, e em especial nos ensinamentos clínicos, a aquisição e o desenvolvimento destas competências foram demonstradas, quer na prestação de cuidados, quer nos documentos produzidos que se encontram em apêndice (Apêndice 3, 4 e 5).

Em todos os ensinamentos clínicos realizados e nas várias situações em que participei nos cuidados, identifiquei necessidades que implicavam cuidados diferenciados, ou seja planeei, implementei e avaliei os cuidados de uma forma holística e individualizada, sempre tendo em conta a vontade de cada cliente e sua família.

Em todo este meu percurso a minha grande preocupação da pessoa com doença oncológica e/ou paliativa, passa pela promoção da autonomia, aumentando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, diminuindo assim, o seu sofrimento. As intervenções de enfermagem e a prática reflexiva foram baseadas na Teoria da Dorothea Orem.

A Teoria de Orem preconiza que os sistemas de Enfermagem possam ser aplicados a clientes que necessitam de autocuidado terapêutico (Orem, 1995), o que me parece adequado para a problemática dos clientes oncológicos portadores de OEI.

Relativamente à relação terapêutica com a pessoa com doença crónica, esteve sempre presente na minha prática o respeito pela singularidade e autonomia individual, construindo um clima de confiança e um sentimento de solidariedade

e de capacitação que vai para além do desempenho de tarefas de cuidar (OE, 2011).

O estabelecimento de um ambiente de confiança é criado logo após o primeiro contacto, por isso a importância da consulta pré-operatória; para que esta relação, tanto com o cliente como com a família, seja precocemente estabelecida, de forma a poder ajudar a desmistificar medos e ideias pré concebidas promovendo a sua autonomia no pós-operatório de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida e a adaptação à nova situação. Esta fase é difícil para os clientes que irão ficar com uma OEI assim como, para a sua família. Não passa somente pelo ensinar a limpar a pele e estoma, trocar por um novo dispositivo, mas sim, pelo estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda, para que este se integre novamente na sua vida quotidiana o mais precocemente, assim como, na sua vida familiar, social e profissional não se isolando.

Ao longo da vida profissional o enfermeiro desenvolve as suas competências de forma gradual e temporal, este desenvolvimento é condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e características individuais, como também pelos contextos profissionais (Benner, 2005).

Os vários ensinamentos clínicos realizados proporcionaram-me uma aprendizagem com base na aplicação de saberes teórico-práticos. As reflexões pessoais permitiram-me a aquisição de conhecimentos e compreensões, bem como o desenvolvimento de um conjunto de competências e habilidades exigidas a um enfermeiro especialista, de forma a prestar cuidados diferenciados e a procura da excelência do cuidar do cliente oncológico e/ou paliativo.

Com o desenvolvimento deste projeto adquiri conhecimentos, habilidades e desenvolvi competências de forma a evoluir para perita nesta área.

A elaboração da reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa nomeadamente o cliente com doença oncológica foi extremamente construtiva, enriquecedora e produtiva, permitindo a consciencialização das capacidades e habilidades adquiridas ao longo deste percurso. Considero que atingi com sucesso o desenvolvimento

destas competências, sendo um contributo para uma melhor qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crónica e paliativa.

Para além do desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa desenvolvi competências preconizadas para atribuição de grau de mestre.

Julgo que ao longo deste relatório de ensino clínico está implícito e descrito o desenvolvimento realizado referente às competências atribuídas ao grau de mestre de acordo com o artigo 15º do Decreto-Lei (DL) 74/2006, de 24 março alterado e republicado pelo DL 115/2013, de 7 de agosto.

No projeto por mim desenvolvido é demonstrado a pertinência das intervenções de enfermagem nesta área, sendo um projeto inovador e refletindo-se na melhoria dos cuidados prestados aos clientes portadores de uma OEI.

A capacidade de análise foi demonstrada ao longo do meu percurso com o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem nos vários contextos, dominando a linguagem da comunidade científica, e a capacidade de análise nas várias dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem.

Nos diversos ensinamentos clínicos, foram realizadas reflexões onde é demonstrada a capacidade de estruturar ideias, analisar resultados, comunicar conclusões assim como, os processos de pensamento subjacente de forma clara, item este descrito no artigo 15º do DL 74/2006, de 24 março alterado e republicado pelo DL115/2013, de 7 de agosto.

As competências desenvolvidas permitirão uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo essencialmente auto-orientado ou autónomo, de acordo com o artigo 15º do DL 74/2006, de 24 março alterado e republicado pelo DL115/2013, de 7 de agosto.

O facto do meu projeto de intervenção ter sido reconhecido e validado pela equipa de enfermagem e médica da instituição onde trabalho é muito gratificante, não só pela sua valorização mas também pelo reconhecimento das minhas competências, para além de ter desenvolvido um projeto que se irá refletir na melhoria dos cuidados de enfermagem. Enquanto enfermeira

especialista pretendo promover cuidados de excelência atuando como *Perita* em diferentes campos de intervenção.

Foi um percurso exigente e muito enriquecedor na área de desenvolvimento de competências, assim como, no complemento de conhecimentos e experiências associadas as bases da formação especializada e do segundo ciclo, unidas à contínua pesquisa científica não descurando a grande motivação pessoal para todo este desenvolvimento.

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

As patologias oncológicas, nomeadamente as do trato gastrointestinal, implicam muitas vezes a realização de uma cirurgia da qual resulta uma OEI de carácter temporário ou definitivo.

O CCR é uma doença com evolução geralmente silenciosa, cujos sinais e sintomas são discretos numa fase inicial e só são perceptíveis quando esta já atingiu um estado avançado.

São muitas as causas que levam à realização de uma OEI, desde situações agudas e urgentes, até situações que podem ser programadas e que permitem ao cliente um seguimento adequado para uma melhor aceitação da sua nova condição de vida.

A cirurgia que origina a construção de uma OEI implica no indivíduo alterações a nível da autoimagem, da autoestima, do autoconceito, do relacionamento pessoal, familiar, social e sexual.

A experiência de um indivíduo portador de uma OEI, de carácter temporário ou definitivo, implica um processo adaptativo que se desenvolve durante determinadas fases, acarretando sentimentos, emoções e medos.

A educação para a saúde é um instrumento fundamental em enfermagem para um cuidado de qualidade, pois o enfermeiro para além de cuidador é um educador para o cliente e família.

O planeamento da alta hospitalar inicia-se aquando da admissão do cliente, ou seja, antes da realização do estoma. Daí a importância da consulta pré-operatória para saber os recursos comunitários existentes para dar apoio a este indivíduo quando tiver alta, onde vive, com quem vive, as condições socioeconómicas, etc. O enfermeiro estomaterapeuta tem um papel importante na conceção do plano de cuidados, sendo fundamental fazer um diagnóstico de situação para que, aquando a alta todos os recursos estejam disponíveis, facilitando o regresso do cliente ostomizado a casa.

Assim sendo, todas as fases deste percurso são fundamentais, desde a fase pré-operatória em que o enfermeiro tem um papel importante no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas relativamente ao procedimento cirúrgico, ao pós-operatório imediato e mediato. Nesta consulta também lhe é explicado que

poderá ficar com um estoma, mostra-se a maquete de um estoma, são apresentados alguns dispositivos de recolha de fezes existentes. Toda esta informação é com base num discurso coerente, simples e de fácil compreensão, onde constam todas as informações alusivas à sua nova/ futura condição de ostomizado.

Na minha perspetiva é importante neste primeiro contacto estabelecer uma boa relação de empatia, mostrando sensibilidade, paciência, disponibilidade, respeito e compreensão, para que seja criada uma cumplicidade e grau de confiança necessário em todo o processo de doença e adaptação à ostomia, para uma melhor aceitação e recuperação.

É importante dar espaço para que o cliente e família possam colocar as suas dúvidas e expressar suas emoções. Nesta consulta também é fundamental a marcação do local de construção do estoma, pois uma correta marcação do estoma contribui significativamente para diminuição de complicações no estoma e pele peri estoma.

Em suma é de extrema importância a realização da consulta pré-operatória a clientes que possivelmente irão incorporar uma OEI, facto este corroborado em alguns estudos em que os clientes que tiveram uma consulta pré-operatória apresentam menores taxas de complicações do estoma e menor ansiedade no pós-operatório (Rust, 2009), adaptando-se melhor a esta nova condição de vida. No pós-operatório é o período em que o cliente se depara com uma OEI na sua região abdominal, tornando-se uma fase de grande adaptação que este e família enfrentam.

É de extrema importância desde a primeira mudança do dispositivo que este e família sejam envolvidos e que ao mesmo tempo o enfermeiro fale pausadamente e explique cada procedimento e deixe o cliente e ou família colocar dúvidas e expressar suas emoções.

Durante o internamento as sessões de ensino devem ser planeadas e espaçadas para que o cliente assimile a informação fornecida. Nesta fase é necessário explicar exemplificando todo o procedimento de mudança do dispositivo bem como a higienização do estoma e pele, e posteriormente dada a oportunidade ao cliente e família se o cliente assim o desejar, a realização de todo o procedimento, o mais precocemente, para que haja uma conquista gradual de segurança e autonomia.

O enfermeiro estomaterapeuta tem um papel importante em todo este processo de aceitação do cliente ostomizado no sentido de o envolver no seu percurso terapêutico, atribuindo-lhe um papel principal e ativo, para o autocuidado, tornando-o autónomo o que facilita a interiorização, adaptação e aceitação da sua nova condição e imagem corporal.

Posteriormente seguem-se as consultas em ambulatório que têm como objetivo o de prevenir e/ou tratar complicações, dar continuidade à educação para a saúde iniciada no internamento, reabilitar o indivíduo, ajudando-o a regressar à sua vida social e familiar bem como à atividade laboral e outras ocupações, dar apoio emocional, apresentar as novidades dos produtos e manter o ostomizado informado sobre os seus direitos e benefícios legais enquanto portador de uma OEI.

Neste seguimento em ambulatório o enfermeiro avalia de que forma o indivíduo e/ou familiar estão a lidar com esta situação, como está a ser a vida familiar, social e laboral caso esta tenha sido retomada, e de acordo com as necessidades identificadas, são definidas estratégias para se ultrapassar as dificuldades envolvendo a família de forma a reintegração.

O seguimento destes clientes, portadores de uma OEI é de extrema importância e deverão existir consultas de enfermagem específicas.

Os enfermeiros especializados em estomaterapia, são aqueles que possuem competências científicas, técnicas e relacionais específicas, capazes de assegurar, durante todo este processo do cliente ostomizado os cuidados, o apoio e o acompanhamento de que estes necessitam

Em suma, cabe ao enfermeiro estomaterapeuta e com as suas competências, proporcionar aos indivíduos portadoras de uma OEI um acompanhamento completo e continuado, permitindo-lhes satisfazer as suas exigências e expectativas de acordo com os recursos existentes, contribuindo assim para uma melhoria da sua qualidade de vida.

Decorreu um estudo em Portugal em 2004 “epidemiologia investigação-cuidados em ostomia (épico)”, que demonstrou que a informação e aconselhamento ao cliente ostomizado advém cerca de 47% dos enfermeiros com formação específica em estomaterapia, seguido de 16% do médico-cirurgião e 14% dos enfermeiros do internamento (Morais et al, 2005).

A elaboração deste projeto foi extremamente gratificante, pois não passa meramente por ser um projeto acadêmico que fica guardado numa gaveta, mas sim um projeto que a instituição aprovou, validou a sua pertinência e quer a sua concretização.

O planeamento e a realização dos ensinamentos clínicos possibilitaram-me o desenvolvimento de competências na área de enfermagem em estomaterapia, trouxeram-me grandes contributos para a elaboração do projeto da consulta de enfermagem de estomaterapia e sua planificação.

Ao perceber que estes clientes não tinham qualquer seguimento, e, a informação fornecida no internamento era aleatória, não havia um ensino estruturado, pude realmente perceber quais os contributos que poderia dar a estes clientes e o que eles poderiam ganhar com a existência desta consulta, tal como haver uma enfermeira com competências nesta área.

Para mim, o enfermeiro estomaterapeuta tem um papel fulcral no cuidado à pessoa ostomizada, intervindo, antes e imediatamente após a realização do estoma, bem como ao longo da vida do mesmo. Para além, dos cuidados ao estoma promove o autocuidado e apoia emocionalmente o cliente ostomizado de quem se torna muitas vezes amigo e confidente, estabelecendo e mantendo o elo com todos os restantes elementos da equipa.

Com tudo isto, fico muito grata pelos benefícios que o Curso me proporcionou e as competências desenvolvidas para que o meu projeto fosse concluído. A elaboração deste relatório fez-me refletir sobre toda a minha trajetória e o que poderei desenvolver para melhorar os cuidados prestados na consulta.

6-PERSPETIVAS FUTURAS

Como perspectiva futura pretendo concorrer ao Prémio Mais Valor como me foi proposto aquando da apresentação deste projeto em Conselho de Administração. O Prémio Mais Valor consiste por parte do grupo privado à qual pertença de promover a iniciativa dos seus colaboradores na identificação e implementação de novas e melhores formas de funcionamento. Ou seja, na promoção de projetos que visam a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos clientes, melhoria da segurança dos nossos clientes e colaboradores, melhoria da eficiência dos nossos processos e incremento da sustentabilidade.

Julgo que este meu projeto desenvolvido é um projeto inovador na instituição onde exerço funções e até mesmo no grupo, que cumpre os requisitos pretendidos, e com esta proposta realizada pelo Conselho Administrativo fiquei muito orgulhosa e satisfeita.

Para um futuro próximo pensei em alguns objetivos que gostaria de realizar no âmbito deste projeto, que é o estender às outras ostomias, tanto as ostomias urinárias, como as ostomias respiratórias e as de alimentação.

Um dos outros objetivos é a da formação dos colegas sobre a temática esclarecendo todas as dúvidas existentes, demonstrando os vários dispositivos, os corretos cuidados ao estoma e pele peri estoma e a importância de realizar o ensino ao cliente ostomizado/ família durante o internamento para que este, seja gradual e o cliente interiorize e exponha as suas dúvidas e aquando a alta seja autónomo no seu autocuidado.

Também gostaria de aprofundar conhecimentos na área de intervenção da sexualidade, frequentando formações nesta área e talvez realizar um estágio numa consulta de referência.

Futuramente gostaria que a consulta de enfermagem de estomaterapia fosse de referência no grupo da instituição privada a que pertença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, R. (2010). A prática educativa na ostomia de eliminação intestinal contributo para a gestão de cuidados de saúde. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Annells, M. (2006). The experience of flatus incontinence from a bowel ostomy: a hermeneutic phenomenology. *Journal Wound, Ostomy, Continence Nursing*.33 (5), 518-524.
- Ardigi, F. S. & Amante, L. N. (2013). Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estoma intestinal e família. *Texto Contexto Enferm*. 22(4). 1064-1071.
- Bechara, R. N., Bechara, M. S., Bechara, C. S., Queiroz, H. C., Oliveira, R. B., Mota, R. S., Secchin, L. S. B., & Oliveira Jr., A. G. (2005). Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 25 (2), 146-149.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a perito excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Edição Comemorativa. Coimbra. Duarteto.
- Calatayud, J.M.C., Prado, A.V., Sayas, M.A.T., Vila, T.M., Mas, J.M.C., Mas, L.C. (2005). *Estomas Manual para Enfermeria*, Edita Consejo de Enfermeria de la Comunidad Valenciana, Gráficas Estilo – Alicante.
- Cascais, A., Martini, J. & Almeida, P. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 16(1). 163-167.
- Colwell, J.C., & Gray. M. (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 34 (5), 492-496.
- Cotrim, H.M.T.S. (2007). *Impacto do cancro colorrectal no Doente e Cuidadores /Família: Implicação para o cuidar*, Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade Porto
- Couto, P. G. & Medeiros, S. S. (2013). Sentimentos da Pessoa submetida a ostomia intestinal- Uma visão holística de enfermagem. *Ver Clin Hosp Prof. Dr Fernando Fonseca*. 2 (1). 23-27.

- Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 agosto (2013). Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 março, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 107/2008, de 25 de junho, e 230/2009, de 14 de setembro, que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série, N.º 151 (07-08-2013) 4749-4772.
- Direção Geral de Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012- 2016.
- Direção Geral da Saúde (2006). Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatística de Saúde. Divisão de Epidemiologia, Lisboa
(Acedido a 25 de Julho de 2013) www.dgs.min-saude.pt/pns/vol1_311htm
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Fazio, V.W., Church, J.M. & Wu, J.S. (2012). *Atlas Intestinal Stomas*. New York: Springer.
- Ferreira, A., Seica, A. & Morais, I. (2009). Pessoa Ostomizada. *Enfermagem e o Cidadão*. 7(20). 3-6.
- 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 (1), 34-40.
- Gutman, N. (2011). *Colostomy guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital*. Loures. Lusociência.
- Hornbrook, M., McMillan, C., Grant, M., Baldwin, C., Herrington, L., Ramirez, M., Altshuler, A., Mohler, M. J., & Krause, R. (2007). *The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas*. 13th Annual HMO Research Network Conference 2007. Portland, Oregon
- International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of competencies for the nurse specialist*. Geneva: Author. Recuperado em 11 de janeiro, 2014, de <http://www.icn.ch>.
- Luz, M. H. B. (2001). *A dimensão cotidiana da pessoa ostomizada: um estudo de enfermagem no referencial de Martin Heidegger*. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN.
- Marek, J., Phipps, W. & Sands, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Volume III. Lusociências.

- Martins, M. (2004). *Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro?* In Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 7, Coimbra. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Martins, S., Lamelas, J., & Rodrigues, M. (2007). *Estomas digestivos*. Boletim do Hospital de São Marcos, 23 (2), 199-204.
- Mendonça, R., Valadão, M., Castro, L. & Camargo, T. (2007). A importância da consulta de Enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 53(4). 431-435.
- Menezes, A., & Quintana, J.. (2008). A percepção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21 (1), 13-18.
- Mohler, M. J. Coons, S. C. Hornbrook, M. C. Herrinton, L. J. Wendel, C. S. Grant, M. & Krouse, R. S. (2008). The Health-Related Quality of Life in Long-Term Colorectal Cancer Survivors Study: objectives, methods, and patient sample. *Curr Med Res Opin*. 24 (7). 2059 - 2070.
- Morais, et al (2005). A quality of life study evaluated by ostomists and their caregivers, also called Epidemiological Investigation Care of Ostomy (EPICO). In *Helios*. Vol.12.14-18.
- Morais, I., Seça, A., & Pereira, M. (2012). A pessoa submetida a ostomia de eliminação. Complicações em ostomias de eliminação. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp. 40-47). Lisboa: Lidel.
- Nascimento, C., Trindade, G., Luz, M. & Santiago, R. (2011). Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*.20(3). 557-564.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico de Enfermeiro*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. 2006. *Investigação em Enfermagem. Tomada de posição*. Disponível on-line em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf. Último acesso em: 24/10/2014
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1991). *Nursing Concepts of practice*. 4 th ed.. St. Louis. Mosby.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. 5 th ed.. St. Louis. Mosby
- Paula, M. & Santos, V. (2003). O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Ver latino-am Enfermagem*.11 (4). 474-482.
- Paula, M. (2008). *Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas estomizadas: conhecer para transformar*. São Paulo: Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem.
- Person, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A., Lappas, G. & Hultén E. (2005). Ostomy patient's perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 49 (1). 51-58.
- Pinto, K. K. de O. & SPIRI, W. C., (2008) A percepção de enfermagem sobre o cuidar de pacientes com problemas físicos que interferem na auto-imagem: uma abordagem fenomenológica. *Revista Latino-Americana*. Ribeirão Preto, 16 (3), 01- 08 maio/junho.
- Pittman, J., Rawl, S.M., Schmidt, C.M., Grant, M., Ko, C.Y., Wendel, C., & Krouse, R.S. (2008). Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurse*, 35 (5), 493-503.
- Phipps et al (2010) - *Enfermagem Médico-Cirúrgica* Volume II. 8º Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-22-2
- Registered Nurses`Associacion of Ontario (RNAO), (2009). *Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomia*. Investen.
- Reveles, A. & Takahashi, R. (2007). Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm USP*. 41 (2). 245-250.
- Rust, J. (2009). Care of patients with stomas: the pouch change procedure. *Nursing Standard*,22 (6), 43-47.

- Santos, V. (2000). Fundamentação Teórico-Metadológica da Assistência aos ostomizados na área da saúde do Adulto. *Ver. Esc. Enf. USP*. 34(1). 52-58.
- Santos, V. L. C. G. (2006) *Cuidando do ostomizado: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão*, Tese apresentada à Universidade de S. P., Acedido em 10 de Maio, 2014 www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp
- Sales, C., Violin, M., Waidman, M., Marcon, S. & Silva, M. (2010). Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. *Rev Esc Enferm USP*. 44(1). 221-227.
- Silva, A. L., & Shimizu, H. E. (2006). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Ver. Latino-am Enfermagem*. 14 (4). 483-490.
- Silva, A. L., & Shimizu, H. E. (2007). A relevância da rede de apoio ao ostomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60 (3), 307-311.
- Simmons, K., Smith, J., Bobb, K., & Liles, L. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (6), 627-635.
- Sonobe, H. M., Barichello, E., & Zago, M. M. (2002). A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 48 (3), 341-348.
- Souza, E. C. A., Figueiredo, G. L. A., Lenza, N. F. B. & Sonobe, M. (2010). As consequências da estomia intestinal para os ostomizados e seus familiares. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 4, maio/ Junho. 1081-1086.
- Taylor, S. (2004). Dorothea Orem – Teoria do Déficit do Auto-cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teorias de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Youngberg, D. (2010). *Individuals with a permanent ostomy: Quality of life, preoperative stoma site marking by an ostomy nurse, six peristomal complications, and out-of-pocket financial costs for ostomy management*.

Tese de doutoramento não publicada, Teachers College, Columbia University, Colombia. Recuperado em 20 de Setembro, 2014, de <http://gradworks.umi.com/3425014.pdf>.

Apêndices

Apêndice 1
Cronograma de ensino clínico

CRONOGRAMA DE ENSINO CLÍNICO

ANO	213													2014					
MÊS	Setembro	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro		
DIAS	30 4	7 11	14 18	21 25	28 1	4 8	11 15	18 22	25 29	2 6	9 13	16 20	Férias de Natal	6 1 0	13 17	20 24	27 31	3 7	10 14
LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO	Consulta de Enfermagem de Estomaterapia/ Proctologia Nuna instituição de referência na área da grande Lisboa						Internamento de Cirurgia Nuna instituição de referência na área da grande Lisboa						Local de Trabalho Instituição hospitalar privada da área da grande Lisboa						
NÚMERO DE HORAS	120 horas						160 horas						220 horas						

Apêndice 2

Ensino clínico e objetivos

LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO E OBJETIVOS

✚ Consulta de enfermagem de Estomaterapia/ Proctologia numa Instituição de referência na área da grande Lisboa

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
Aprofundar conhecimentos teóricos sobre o tema	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica; - Realização de um curso sobre Estomaterapia no IPO de Coimbra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE Usando as palavras-chaves: OEI, cuidados de enfermagem, estomaterapia, oncologia. - Curso de Estomaterapia 	<ul style="list-style-type: none"> - Atualize e aprofunde conhecimentos - Frequente um curso sobre Estomaterapia
Compreender a dinâmica da equipa de enfermagem, da Consulta de enfermagem de Estomaterapia/ Proctologia	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecimento das normas internas de funcionamento do serviço; -Consulta dos manuais e protocolos instituídos no serviço; -Observação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao cliente ostomizado/ família/ cuidador; - Conhecimento do planeamento da programação. das consultas - Identificação das orientações realizadas ao cliente/ família em cada consulta. 	Equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstre iniciativa para adquirir conhecimentos sobre a prestação de cuidados à pessoa ostomizada -Demostre bom relacionamento com a equipa de enfermagem

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Identificar orientações realizadas ao cliente ostomizado/ família relativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados ao estoma • Cuidados com a pele peri estoma • Quais os dispositivos utilizados • Cuidados alimentares • Sexualidade • Vestuário • Desporto • Viajar • Legislação • Participação do material 	<p>- Planeamento de ida á Liga Portuguesa Contra o Cancro, no intuito de conhecer a consulta</p> <p>- Identificação das orientações realizadas ao cliente ostomizado/ família relativamente ao cuidado ao estoma, cuidados com a pele peri estoma, quais os dispositivos utilizados, cuidados alimentares, vestuário, desporto, viajar, sexualidade, legislação, participação do material</p> <p>- Contacto com as várias empresas que fornecem este material</p>	<p>- Equipa de Enfermagem</p> <p>- Empresas que fornecem o material</p>	<p>- Reflete sobre a prática, através de jornais de aprendizagem segundo ciclo de Gibbs e/ou registo de incidente crítico e/ou estudo de situação.</p>
<p>Compreender com a equipa de enfermagem o processo de construção/ estruturação da consulta de enfermagem de estomaterapia</p>	<p>- Partilha de informação com a equipa de enfermagem sobre o processo de construção/ estruturação da consulta</p>	<p>Equipa de Enfermagem</p>	<p>- Reflete sobre a prática, através de jornais de aprendizagem segundo ciclo de Gibbs e/ou registo de incidente crítico e/ou estudo de situação.</p>

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Adquirir competências na área da educação para a saúde ao cliente portador de ostomia de eliminação intestinal e sua família/ cuidador no ambulatório no intuito de promover a autonomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Observação do papel do enfermeiro relativamente a esta temática; -Identificação de dificuldades/ barreiras que possam ocorrer; -Identificação de estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de Enfermagem - Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE, utilizando as palavras-chaves: estomaterapia, cuidados de enfermagem, OEI, educação para a saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflete sobre os conhecimentos adquiridos sobre a temática - Questiona em caso de dúvida - Adquire competências nesta área relativamente ao ensino do cliente portador de ostomia de eliminação intestinal

✚ Internamento de Cirurgia numa Instituição de referência na área da grande Lisboa

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Aprofundar conhecimentos teóricos sobre o tema</p>	<p>- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a técnica cirúrgica para realização de OEI, cuidados de enfermagem no pós-operatório a clientes com uma OEI.</p>	<p>- Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE, utilizando as palavras-chaves: cuidados de enfermagem, OEI, construção cirúrgica de estomas.</p>	<p>- Atualize e aprofunde conhecimentos</p>
<p>Compreender a dinâmica da equipa de enfermagem do internamento de Cirurgia</p>	<p>-Conhecimento das normas internas de funcionamento do serviço; -Consulta dos manuais e protocolos instituídos no serviço; -Observação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao cliente ostomizado/ família/ cuidador.</p>	<p>Equipa de Enfermagem</p>	<p>-Demonstre iniciativa para adquirir conhecimentos sobre a prestação de cuidados à pessoa ostomizada -Demostre bom relacionamento com a equipa de enfermagem</p>

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Identificar orientações realizadas ao cliente ostomizado/ família durante o internamento relativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados ao estoma • Cuidados com a pele peri estoma • Quais os dispositivos utilizados • Cuidados alimentares • Sexualidade • Vestuário • Desporto • Viajar • Legislação • Participação do material 	<p>- Identificação das orientações realizadas ao cliente ostomizado/ família relativamente ao cuidado ao estoma, cuidados com a pele peri estoma, quais os dispositivos utilizados, cuidados alimentares, vestuário, desporto, viajar, sexualidade, legislação, participação do material;</p> <p>- Identificação de estratégias utilizadas para melhor orientação</p>	<p>Equipa de Enfermagem</p>	<p>- Reflete sobre a prática, através de jornais de aprendizagem segundo ciclo de Gibbs e/ou registo de incidente crítico e/ou estudo de situação.</p>

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Adquirir competências na área da educação para a saúde ao cliente portador de ostomia de eliminação intestinal e sua família/ cuidador no pré e pós-operatório no intuito de promover a autonomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Observação do papel do enfermeiro relativamente a esta temática; -Identificação de dificuldades/ barreiras que possam ocorrer; -Identificação de estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem; -Aquisição de conhecimentos na área do ensino ao cliente ostomizado/ família/ cuidador; -Mobilização de conhecimentos adquiridos previamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de Enfermagem - Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE, utilizando as palavras-chaves: OEI, cuidados de enfermagem, educação para a saúde, estomaterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reflete sobre os conhecimentos adquiridos sobre a temática -Questiona em caso de dúvida -Adquire competências nesta área relativamente ao ensino do cliente portador de ostomia de eliminação intestinal

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Crítérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Compreender o acompanhamento prestado aos clientes/ família portadores de ostomia de eliminação intestinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Observação do enfermeiro relativamente a esta temática; -Identificação dos aspetos mais relevantes focados; -Observação do apoio dado ao cliente e família; -Identificação de estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem para desmistificar medos e receios; - Identificação das necessidades, dúvidas e dificuldades mais frequentes nestes clientes. 	<p>Equipa de enfermagem Equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstre iniciativa para adquirir conhecimentos sobre a prestação de cuidados à pessoa ostomizada -Demostre bom relacionamento com a equipa de enfermagem - Reflete sobre a prática, através de jornais de aprendizagem segundo ciclo de Gibbs e/ou registo de incidente crítico e/ou estudo de situação.

Local de Trabalho Instituição hospitalar privada da área da grande Lisboa

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
Divulgar projeto à direção de enfermagem para sua aprovação	Apresentação do projeto ao diretor de Enfermagem	- Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE, utilizando as palavras-chaves: cuidados de enfermagem, OEI, estomaterapia	-Marque dia para apresentar projeto -Reúne com o Diretor de Enfermagem
Envolver os profissionais de saúde no projeto	Apresentação do projeto aos profissionais de saúde da instituição	- Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE, utilizando as palavras-chaves: cuidados de enfermagem, OEI, estomaterapia Equipa de profissionais de saúde da instituição	Apresente o projeto a equipa de profissionais de saúde da instituição
Estabelecer elo de ligação com a equipa de enfermagem dos vários serviços da instituição	-Divulgação do projeto a equipa de enfermagem -Seleção de enfermeiro com conhecimentos nesta área temática para elemento de referência	Equipas de enfermagem	Exista um elemento da equipa de enfermagem de cada serviço que funcione como elemento de referência

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Acompanhar o cliente/ família portador de ostomia de eliminação intestinal no pré e pós-operatório no intuito de promover autonomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação dos clientes que poderão ficar com ostomia de eliminação intestinal -Definição de dias, hora e local de atendimento -Elaboração de folha de registo de enfermagem referentes ao ensino e características do estoma no intuito de haver continuidade de cuidados -Demonstração de disponibilidade para atendimento ao cliente sempre que necessário 	<ul style="list-style-type: none"> - Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE, Utilizando as palavras-chaves: cuidados de enfermagem, OEI, estomaterapia Equipa de profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> -Apresente dias, hora e local de atendimento -Apresente folha de registo de enfermagem
<p>Uniformizar o ensino realizado ao cliente/ Família portador de ostomia de eliminação intestinal durante o internamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboração de normas de ensino ao cliente portador de ostomia de eliminação intestinal -Atualização de folha registo de enfermagem referente ao ensino - Elaboração de um guia de boas práticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE, utilizando as palavras-chaves: cuidados de enfermagem, OEI, estomaterapia, oncologia; Equipa de profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apresente norma de ensino ao cliente portador de ostomia de eliminação intestinal -Atualize folha de registo de enfermagem referente ao ensino - Elabore um guia de boas práticas

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
Desenvolver competências na área do ensino ao cliente portador de ostomia de eliminação intestinal	Mobilização de conhecimentos adquiridos, assegurando a individualidade.	Conhecimentos adquiridos	- Reflete sobre a prática, através de jornais de aprendizagem segundo ciclo de Gibbs e/ou registo de incidente crítico e/ou estudo de situação.

Apêndice 3

Reflexão de ensino clínico-

Consulta de Enfermagem de Estomatoterapia/
Proctologia



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização Enfermagem Médico-cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

Reflexão de Ensino Clínico
Consulta de Enfermagem de Estomatoterapia/ Proctologia

Ana Susana Lima Teixeira

N: 4767

Lisboa

Janeiro, 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Reflexão de Ensino Clínico **Consulta de Enfermagem de Estomaterapia/ Proctologia**

Discente: Ana Susana Lima Teixeira

N: 4767

Docentes: Prof^a. Isabel Félix

Lisboa

Janeiro de 2014

LISTA DE ABREVIATURAS

PSOF- Pesquisa de sangue oculto nas fezes

ÍNDICE

1- Estudo de Situação	4
Referências Bibliográficas	13
Apêndice	
Apêndice I - Relatório Crítico	
Apêndice II - Cartaz	

1-ESTUDO DE SITUAÇÃO

No âmbito do meu projeto que se intitula “Intervenções de Enfermagem Promotoras do Autocuidado no Cliente Oncológico Ostomizado”, propus-me realizar um estágio na consulta de enfermagem de Estomaterapia num hospital de referência na área da grande Lisboa. Este estágio decorreu no período de 30 de Setembro a 8 de Novembro de 2013.

Delineei alguns objetivos para este estágio, os quais penso ter atingido na sua totalidade. Durante a minha passagem pela consulta de Enfermagem de Estomaterapia tive oportunidade de conhecer a sua dinâmica e sua organização assim como conhecer protocolos de atuação.

Passaram alguns clientes pela consulta em várias fases da doença e em diferentes fases de aceitação. Cabe à enfermeira adequar a informação a disponibilizar, de acordo com a fase em que o doente se encontra, e apoiá-lo de forma a valorizá-lo e a proporcionar uma maior autonomia.

Passo agora a relatar um estudo de situação, pois foi uma situação que me sensibilizou.

O Sr.º António (nome fictício) com 75 anos vive com a esposa e têm uma filha que vive em França. Pertence ao Centro de Saúde de Alcoentre, tem como antecedentes pessoais Diabetes Mellitus tipo II, hipertensão arterial, hipertrofia benigna da próstata, hérnia umbilical, ansiedade e fratura de 3 vertebrae por traumatismo há 13 anos, medicado com amlodipina, lisinopril e glimepiride.

A 28 de Março de 2013 recorre ao seu médico assistente por persistência de sintomatologia como alteração do trânsito intestinal e hematoquésias com 4 meses de evolução. Com esta sintomatologia a médica assistente pede-lhe a realização de colonoscopia total. Realizou colonoscopia a 4 de Abril tendo revelado lesão vegetante da transição reto sigmoide (+-) a 10 cm.

O Sr. António com 75 anos até à presente data não tinha realizado rastreio do carcinoma colon e reto.

Leitão (2004) define rastreio como método para detetar a doença precocemente, aumentando assim a probabilidade da sua cura, ou seja o rastreio procura a doença na ausência de sintomas.

Diariamente morrem cerca de 10 portugueses por Carcinoma do Colon e Reto (Mendes, 2008), podendo ser controlados, uma vez que se detetada atempadamente tem um bom prognóstico. A existência de um programa de rastreio é a única estratégia que poderá modificar esta situação, pois este, seria realizado numa fase assintomática, possibilitando a diminuição da mortalidade (Pinto, 2012).

Em suma o rastreio do carcinoma do colon e reto consiste em avaliar indivíduos assintomáticos para verificar a presença de pólipos, adenomas e/ou de carcinoma cólon e reto potencialmente curáveis (Leitão, 2002), com objetivo de realizar tratamento precoce que melhore o prognóstico (Queiroz, 2003).

Em Portugal, e de acordo com as recomendações do Programa Nacional para as doenças oncológicas (2012), o rastreio de Carcinoma do Colon e Reto é realizado pela pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), em indivíduos de ambos os sexos e com idades compreendidas entre 50 e 74 anos, a efetuar anualmente ou no máximo de 2 em 2 anos. Consiste ainda na realização de colonoscopia total quando existe um teste positivo. Resumindo a PSOF é um teste orientado para o diagnóstico precoce de cancro mais do que para a prevenção do seu aparecimento, os estudos revelam que sendo este realizado de dois em dois anos reduz a mortalidade por cancro do colon cerca de 20%. (Fidalgo, 2013).

Por sua vez a colonoscopia como meio de rastreio é considerada “Gold Standard”, no despiste de lesões, permitindo o diagnóstico de mais 25% das lesões avançadas não detetadas por outros métodos (Mendes, s/d.).

Eventualmente se o Sr. António tivesse efetuado antecipadamente a PSOF, como é descrito no programa de rastreio de carcinoma do colon e reto, poderia ser diagnosticado precocemente. Por vezes os médicos assistentes não estão muito despertos para estes programas, e uma simples PSOF poderia ter antecipado o diagnóstico e por sua vez teria permitido um tratamento precoce.

A médica assistente quando teve acesso ao resultado da colonoscopia e da histologia, adenocarcinoma de reto, enviou-o de imediato para o Hospital de referência.

Presentemente o cancro é considerado uma doença crónica tal como é referido por Pinto & Ribeiro (2006, p.37) “ o cancro deixou de ser em muitas situações uma sentença virtual de morte e passou a enquadrar-se no grupo das doenças crónicas.”, originando grande transtorno, dor e sofrimento ao doente e familiares.

O SR. António iniciou então as consultas assim como os restantes exames complementares de diagnóstico no Hospital de referência.

Posteriormente realizou uma Tomografia por emissão de positrões (PET) a 30 de Maio, não tendo revelado lesões metastáticas.

Com o diagnóstico de adenocarcinoma do reto foi-lhe proposto a realização de quimioterapia e radioterapia neo adjuvante.

O tratamento para o cancro do cólon é a cirurgia e há necessidade de complementa-lo com tratamento clínico, ou seja radioterapia e quimioterapia, sendo utilizados como coadjuvantes (Bruner & Suddarth, 2005).

A 12 de Julho terminou as sessões de quimioterapia e radioterapia. Fica em lista de espera para realizar cirurgia, ou seja, efetuar uma ressecção anterior do reto.

No início de Setembro foi contactado para vir ao Hospital de referência a uma consulta Pré-operatória de Enfermagem. Não estive presente nesta consulta, pois ainda não tinha iniciado o estágio, mas tive oportunidade ao longo do mesmo de estar presente em algumas consultas de pré-operatório. Esta consulta realiza-se cerca de 2 a 1 semana antes da cirurgia. Para esta consulta são referenciados todos os doentes que possivelmente irão ficar com uma ostomia de eliminação intestinal, quer temporária quer definitiva.

Na consulta pré-operatória são abordados várias temáticas, numa linguagem adequada ao doente em questão e indo ao encontro às suas necessidades informativas.

Assim, cabe ao enfermeiro estomaterapeuta, após uma breve abordagem ao cliente, orientar esta consulta de forma a dar resposta a todas as dúvidas que este apresenta.

Na minha opinião, os clientes que realizam este tipo de consulta pré-operatória de enfermagem, aceitam melhor a sua nova condição de vida e como lidar com ela, no pós-operatório, promovendo de certa forma uma melhor qualidade de vida. Esta ideia é também defendida por Reveles & Takahashi (2007) quando

referem que é no pré-operatório que se inicia o processo ensino-aprendizagem e o enfermeiro deve estabelecer um vínculo com o cliente e família, no intuito de ajudá-los a compreender como é a situação concreta, a fim de melhor adaptação à mudança do estilo de vida.

Os cuidados ao cliente ostomizado devem ser iniciados no momento do diagnóstico e quando há indicação cirúrgica, na expectativa de minimizar o sofrimento, com a finalidade de obter uma melhor adaptação (Nascimento, Trindade, Luz & Santiago, 2011).

Segundo os mesmos autores as orientações dadas devem englobar a realização do procedimento cirúrgico, hábitos de higiene, hábitos alimentares, possíveis complicações e a importância do autocuidado promovendo assim a sua independência e o processo de adaptação ao estoma.

Na consulta pré-operatória é avaliado o conhecimento do cliente sobre o seu diagnóstico e possibilidades de tratamento, os hábitos de eliminação e respectivas alterações provocadas pela doença e tratamento, as atividades de vida diária relacionadas com o autocuidado, as atividades sociais, de lazer e trabalho, o estado emocional identificando o impacto da doença e as expectativas relativas ao estoma, para além de avaliar o nível de ansiedade e as estratégias para ultrapassar esta nova condição de vida (Mendonça, et al., 2007).

Em suma, a consulta visa orientar o cliente com o diagnóstico de neoplasia intestinal no período pré-operatório com possível construção de estoma, possibilitando uma melhor compreensão da ostomia e do seu tratamento, assim como, marcar o local ideal para a construção do mesmo, o estimular o cliente para o seu autocuidado, no intuito de prevenir complicações comuns no local de inserção do estoma (Mendonça, et al., 2007).

O Sr. António foi à consulta com a sua esposa tendo referido ter sido útil. Nesta consulta foi-lhe explicado que poderia ter de ficar com um estoma temporário.

A 13 de Setembro foi submetido a ressecção anterior do reto, ficando com uma transversostomia de proteção.

A maioria dos doentes submetidos a cirurgia do colon e reto, poderão necessitar de algum tipo de ostomias (Stumm, Oliveira & Kirschner, 2008). Segundo os mesmos autores ostomia tem origem grega *stoma*. Significa abertura de qualquer víscera oca através do corpo, recebendo denominações

específicas de acordo com o segmento exteriorizado (Nascimento, Trindade, Luz & Santiago, 2011).

Segundo o segmento exteriorizado, assim é atribuída a denominação da ostomia, ou seja, se o segmento exteriorizado faz parte do intestino delgado, assume a designação de jejunostomia ou ileostomia, e do intestino grosso (cólon), designa-se colostomia (Gemelli & Zago, 2002). A transversostomia é a ostomia realizada no cólon transverso, ficando normalmente no lado esquerdo do abdómen, em que as características do efluente têm uma consistência pastosa (APECE, 2012).

Relativamente à sua duração, podem ser temporárias ou permanentes: as temporárias são realizadas para proteger a anastomose, por exemplo uma resseção anterior baixa por carcinoma do reto (Martins, Kobayashi, Ayoub & Leite, 2007), tendo como objetivo o seu encerramento num curto espaço de tempo; as permanentes são realizadas quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal (Gemelli & Zago, 2002).

Todos os clientes que apresentam ostomias, quer sejam temporárias ou definitivas, necessitam de adquirir habilidades cognitivas e comportamentais na adaptação a uma nova realidade.

A histologia realizada da peça operatória revelou T2N0M0 sem invasão desfavoráveis e com margens livres.

Segundo Fidalgo (2013) a classificação TNM, 7ª edição é o preferido para classificar os tumores colorretais, sendo definido T como tumor primário, N gânglios linfáticos regionais e M metástases à distância. De acordo com a descrição da histologia este é T2 o que quer dizer que o tumor invade a muscular própria e N0 sem metástases linfáticas regionais.

Durante o tempo de internamento não houve intercorrências.

Segundo o Sr. António, no início eram os enfermeiros que tratavam do estoma, e nos últimos dias de internamento era o próprio com a supervisão do enfermeiro. No dia da alta foi-lhe marcada a consulta para o gabinete de estomaterapia, foi-lhe fornecida alguma informação sobre os cuidados alimentares e cuidados com o estoma.

O cuidado de enfermagem é crucial para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado pelo doente e, portanto, para a sua reabilitação (Gemelli & Zago, 2002). Segundo os mesmos autores o estomaterapeuta é o profissional

habilitado para o planeamento, implementação e avaliação do cuidado ao doente ostomizado.

Quando saiu do internamento de Cirurgia, o Sr. António, tinha indicação que deveria reiniciar quimioterapia.

Tive o meu primeiro contacto com este doente a 2 de Outubro, coincidindo com a sua segunda consulta de enfermagem de estomaterapia após a alta.

A educação para a saúde é um instrumento fundamental para os enfermeiros, pois o enfermeiro além de ser um cuidador é um educador, quer para o doente quer para a família, realizando orientações (Reveles & Takahashi, 2007).

Fui á sala de espera e chamei o Sr. António, para o gabinete de consulta de enfermagem. Entra um casal de idosos, ambos com dificuldade na marcha, pois ambos usam acessórios de apoio para a marcha, mas muito unidos e cúmplices. O papel da família é fundamental, relativamente a aceitação da ostomia e conseqüentemente no processo de reabilitação e adaptação (Cascais & Almeida, 2007). A família deve ser sempre incluída neste processo terapêutico, desde que haja consentimento do mesmo, sendo esta quem conhece melhor os hábitos, gostos e preferências, fornecendo informações importantes na realização de um plano terapêutico de reabilitação e de reinserção (Menezes & Quintana, 2008).

Nesta primeira abordagem fiquei curiosa sobre quem cuidaria do estoma, quem realizaria a troca de dispositivo, quem faria o corte dos sacos e como estaria a adaptar-se a esta nova situação.

Após uma pequena conversa fiquei a perceber que é o Sr. António que cuida do seu estoma, que lava, limpa e troca de dispositivo de uma forma autónoma. Referiu que, no início era difícil todo este processo mas agora está adaptado e tem a esposa que o ajuda quando necessário.

O enfermeiro tem um papel importante no que diz respeito ao esclarecimento e ajuda do doente colostomizado a ultrapassar os medos e preparar-se para determinados aspetos com os quais se irá confrontar (Magalhães, 2006). É de extrema importância a forma como este tipo de ensino é realizado pois terá influência tanto na recuperação do doente como no encarar da vida (Magalhães, 2006)

É da responsabilidade do enfermeiro o educar e esclarecer o doente e a família, tendo em conta as suas alterações (nível físico, psíquico, capacidades

de aprendizagem, nível socioeconómico e cultural). É importante que o doente ostomizado aceda toda a informação necessária para poder continuar a cuidar de si de uma forma autónoma (Seiça et al 2012).

Outro aspeto que o Sr. António referiu, é o facto de ser difícil ver agora um “saco” pendurado na barriga, mas tem que se adaptar a esta nova condição de vida, com a esperança de que será por pouco tempo.

O facto é que o Sr. António tratava muito bem da pele peri estoma, pois esta estava íntegra e o corte do dispositivo é adaptado ao tamanho do estoma.

Apresentava deiscência superficial da ferida operatória. Foi referenciado para Centro de Saúde da área de residência a pedido do casal, pois estes são de longe e vivem somente os dois e não têm ninguém que cuidem deles. Pagam muito dinheiro para se deslocarem a Lisboa, e referiam que este dinheiro lhes faz falta. A enfermeira sugeriu que fossem falar com a assistente social para que esta os ajudasse nesse âmbito. Gostaria de realçar a importante interligação com todos os serviços e que foi manifestada neste caso.

Nesta consulta foi validado ensino. Um dos temas abordados foi referente à alimentação e aquisição de material, ou seja, os doentes saem do internamento com material de uma peça. Na primeira consulta verifica-se como o cliente se está a adaptar a este dispositivo, e somente na segunda consulta é que é dado as indicações necessárias para a aquisição do material.

A 30 de Outubro de 2013, voltei a encontrar este casal, que se mantem muito unido e com grande cumplicidade, mantem o mesmo problema das deslocações, mas, quando iniciar a quimioterapia terá a ajuda dos bombeiros para efetuar o transporte até ao Hospital de referência. Nesta consulta, foi avaliada as características da pele peri estoma e estoma, que se encontrava com pele íntegra e estoma rosado e funcional de fezes de características moldadas e de cor castanha em média quantidade. Já tinha encomendado material sem problema, recorreram à Cooperativa que fornece o material gratuitamente, basta entregar a receita médica.

Conversámos um pouco sobre a alimentação e nesta consulta foi feito ensino sobre as complicações mais frequentes, bem como o que fazer caso estas surjam.

As ostomias de eliminação estão sujeitas a complicações locais que podem suceder imediatamente após a cirurgia ou algum tempo depois, podendo estar

relacionado com vários fatores nomeadamente a condição clínica, física do doente, tipo de construção do estoma, entre outras (Morais, Neves & Seiça, 2009).

É fundamental que os profissionais de saúde não delimitem os cuidados, apenas à entrega de dispositivos e ao ensino como manuseá-lo e cuidados ao estoma, mas sim ajudar na integração da pessoa ostomizada, incentivando-a a ter uma vida social ativa combatendo os preconceitos difundidos na sociedade (Silva & Shimizu, 2006).

Nesta consulta foi-lhe lembrado quando iria começar os ciclos de quimioterapia e quais os sintomas que poderia advir dela.

Como conclusão, gostava de referir que, a consulta de enfermagem de estomaterapia é importante devendo incluir também a consulta pré-operatória, com finalidade de ajudar os doentes que irão ficar com uma ostomia de eliminação intestinal a perceber o que é afinal uma ostomia, como lidar esta situação, para que não seja um impacto muito negativo e a sua aceitação a esta nova condição de vida seja mais fácil.

A mesma linha de pensamento é corroborada por Mendonça, Valadão, Castro & Camargo (2007) que refere que a consulta sistematizada visa a orientar o cliente com o diagnóstico de neoplasia intestinal no período pré-operatório com a possibilidade de ficar com uma OEI, a proporcionando uma melhor compreensão da ostomia e do seu tratamento, realizando a marcação ideal para a construção de estoma e estimular o cliente para o autocuidado e com isso prevenir complicações locais.

Um ponto importante é a inclusão da família em todas estas etapas.

No caso anteriormente descrito penso que a consulta pré-operatória teve um papel fundamental para a aceitação da presença do estoma, e inicialmente pensei que o Sr. António teria transferido a responsabilidade dos cuidados ao estoma para a esposa. Uma das estratégias que a enfermeira adota é o de gradualmente traçar metas, ou seja, na primeira vez que o cliente vem à consulta ainda poderá ser a familiar a tratar do estoma mas depois na próxima consulta é incentivado o doente a se tornar mais autónomo e explicado os benefícios que traz essa autonomia, e nesta consulta é o próprio a colocar o dispositivo e assim sucessivamente até este ser autónomo no autocuidado ao estoma.

Para ser enfermeiro especialista em estomaterapia é necessário possuir conhecimentos, treino específico e habilidades para o cuidado aos clientes ostomizados (Paula & Santos, 2003).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, R. (2010). *A prática Educativa na ostomia da eliminação intestinal contributo para a gestão de cuidados de saúde*. Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro.

APECE, Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (2012). *Estomaterapia o saber e o cuidar*. Lidel.

Bechara, R. et al. (2005). Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 25 (2). 146-149.

Brown, H. & Randle, J., (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 14(1). 74-81.

Brunner, L. S., Suddarth, D. S. (2008). *Tratado de Enfermagem médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Vol. 1. Pág. 1073

Cascais, A., Martini, J. & Almeida, P. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto & Contexto de Enfermagem*. 16 (1). 163-167.

Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Orientações Programáticas. Acedido em 20 de Fevereiro de 2014.

Fidalgo, P. Cancro colorretal. IN Matos, L. & Figueiredo, P. N. (2013). *Gastrenterologia fundamental*. Lidel. 217-247.

Gemelli, L. & Zago, M. (2002). A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 10(1). 34-40.

Leitão, N. (2002). Prevenção do Cancro do Cólon e Recto: é tempo do seu desenvolvimento. *ENDOnews* 9. 105-111.

Leitão N. (2004).Rastreio do Cancro do Cólon e Recto: recomendações da SPED. *ENDOnews* 8.

Magalhães, H. S. (2006). Preparação para a alta do doente colostomizado. *Nursing*. 207 (16). 39- 41.

Martins, C, Ayoub, A. & Leite, M. (2006). Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto & Contexto em Enfermagem*. 25 (3). 472-478.

Mendes, V. (2008). Prevenir o cancro do Cólon e Reto. *Jornal Português de Gastrenterologia*. 15 (4). 153-155.

Mendonça, R. S , Valadão, M., Castro, L. & Camargo, T. C., (2007). A importância da consulta de enfermagem em pré-operatória de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. (53(4). 431- 435.

Menezes, A. & Quintana, J. (2008). A percepção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21 (1). 13-18.

Morais, I., Neves, D. & Seíça, A. (2009). Caracterização da pessoa com complicações locais da ostomia e a sua percepção sobre os cuidados de saúde recebidos. *Nursing*. 251 (21). 28-30.

Nascimento, C. M. S., Trindade, G. L. B., Luz, M. H. B. A. & Santiago, R. F. (2011). Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. (20 (3) 557- 564.

Paula, M. & Santos, V. (2003). O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Rev Latino-am Enfermagem*. 11 (4). 478-482.

Pinto, C. & Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Qualidade de Vida*. 24 (1). 37- 56.

Pinto, A. (2012). Rastreio do carcinoma do cólon e reto: eficácia e adesão. *Jornal Português Gastrenterologia*. 19. 113-114.

Queiroz MJ.(2003). Prevenção do cancro. *Rev Port Clin Geral*. 19.449-451.

Reveles, A. G. & Takahashi, R. T. (2007). Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm USP*. 41 (2). 245- 250.

Silva, A. L., Shimizu, H. E. (2006). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Ver. Latino-am Enfermagem*. 14 (4). 483-490.

Stum, E. M. F., Oliveira, E. R. A. & Kirschner, R. M. (2008). Perfil de pacientes ostomizados. *Scientia Medica*. 18 (1). 26- 30.

APÊNCICE

Apêndice I - Reflexão Crítica

REFLEXÃO CRÍTICA

Escolhi a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia neste Hospital, por esta ser uma consulta de referência seguindo um número elevado de doentes ostomizados. Permite conhecer uma nova realidade, e a sua articulação e o acompanhamento efetuado aos doentes ostomizados.

Antes de iniciar o estágio tive a oportunidade de frequentar um curso de “Atualizações em Estomaterapia”. Para mim foi uma mais-valia a realização deste curso, pelo facto de adquirir um suporte teórico para posteriormente a colocar em prática no decorrer do ensino clínico. Também houve troca de experiências entre os vários elementos que participaram no curso e conseguimos perceber de que forma, estão organizadas as várias consultas de enfermagem de estomaterapia nas várias instituições.

Durante este estágio fui orientada por uma Enfermeira que possui muitas competências nesta área de atuação, assim como, muita experiência no que diz respeito aos cuidados ao cliente ostomizado, sendo uma fonte essencial para o meu crescimento, enquanto profissional de saúde, sobre esta temática.

Neste período que passei na consulta tive várias oportunidades e trocas de experiências, em que estas foram proporcionadas pelas enfermeiras que prestam cuidados no gabinete de estomaterapia.

Tive oportunidade de assistir a várias consultas pré-operatórias, em que estas eram adequadas ao cliente que se encontrava na consulta indo ao encontro as suas dúvidas, ajustando a linguagem e a informação fornecida. Grande parte dos clientes que são submetidos a cirurgia do colon, que possivelmente irão ficar com uma ostomia de eliminação, passa por esta consulta. Tornando-se assim, esta consulta de extrema importância, no intuito de preparar o cliente quer física quer emocionalmente para uma nova realidade, o que irá favorecer o seu processo de reabilitação e reinserção, promovendo uma melhor qualidade de vida.

Apercebi-me que a família é sempre incluída em qualquer fase do processo.

Ao estar presente nestas consultas pude assimilar como estas estão estruturadas e quais os temas mais abordados e as estratégias de comunicação utilizadas, assim como os registos efetuados no processo clínico.

Durante este período também surgiu a oportunidade de realizar a marcação de estoma a um cliente que se encontrava no internamento. Constatei que nem todos têm competências para realizar a sua marcação. A marcação do local ideal para a construção é fundamental para que o doente obtenha uma melhor adaptação a esta nova situação contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Uma coisa é o saber que nos dá a teoria, outra coisa é a prática, na realidade o importante é saber conjugar a teoria com a prática.

Na realização da marcação do local ideal para a construção do estoma devemos ter em conta alguns fatores tais como: obesidade, limitações motoras, tipo de cirurgia. Relativamente à sua localização este deve evitar determinados locais, ou seja 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 deve-se ao facto deste proporcionar um apoio muscular reduzindo o risco de complicações tardias tais como o prolapso e hérnia peri estoma.

A avaliação da marcação do estoma é feita com o cliente sentado, deitado e em pé utilizando um dispositivo colado no local que seria construído o estoma.

O local onde ficará situado o estoma deverá ser marcado com uma caneta demográfica. A marcação será efetuada delineando um triângulo que vai desde da espinha ilíaca ântero-posterior e o umbigo, a outra entre este e o púbis e a última entre a espinha ilíaca e a púbis. O centro deste triângulo é o local ideal para a marcação do estoma.

Aquando a marcação do local do estoma deve-se ter em conta se este é visualizado pelo próprio, o que irá facilitar o autocuidado e permitindo a aderência do dispositivo e mantendo a integridade da pele peri estoma, contribuindo para uma maior independência (Seiça & Morais, 2012)¹.

Para a realização da marcação do estoma é necessário a existência de um trabalho em equipa (enfermeiros e médicos) onde a confiança e o respeito prevaleçam, e realmente este clima de confiança existe entre esta equipa.

Com alguns doentes, tive a oportunidade de os encontrar na consulta pré-operatória e posteriormente nas consultas subsequentes, após a cirurgia. É interessante verificar a importância que a consulta inicial teve na sua

¹ Seiça, A. & Morais, I. “Competências no Cuidar e Tecnologias” in “ Estomaterapia o Saber e o Cuidar”, 2012, Lidel- Edições Técnicas, Lda, p. 33- 39.

adaptação. Numa primeira consulta após a alta hospitalar são validados conhecimentos e ajustados outros que não se encontrem tão bem assimilados. Tinha uma ideia errada sobre o uso de dispositivos, pois no meu entender o dispositivo de duas peças eram mais utilizados, pois os doentes adaptavam-se melhor. Constatei que a grande maioria dos doentes, utilizam os dispositivos de peça única, apresentando pele íntegra e bem adaptados a este sistema, referindo este ser mais prático.

Nestas consultas subsequentes é faseada a orientação realizada, pois o doente grande parte das vezes não assimila muita informação, uma vez que, no início o que mais lhe preocupa são os cuidados de higiene á pele peri estoma e estoma, assim como, a troca dos dispositivos, e se estão a fazê-lo corretamente, depois vem aquisição dos dispositivos. E, de acordo com o cliente e as suas dúvidas e necessidades assim, o ensino é ajustado.

Constatei que na maioria das vezes o cliente vem acompanhado pelo familiar, mas que quem cuida do estoma e quem troca o dispositivo é o próprio, tinha uma ideia um pouco errada, como já referi. A presença do familiar nestas consultas é importantes, embora seja o próprio a tratar do estoma é uma mais valia ter ajuda do familiar, assim como este ter conhecimento dos cuidados a ter.

Os registos de enfermagem realizados na consulta são efetuados no processo clínico, na folha de enfermagem, em suporte papel. O processo dos registos de enfermagem encontra-se numa fase de reestruturação, passando para suporte informático. Esta reestruturação irá permitir a realização de trabalhos de investigação de forma mais fácil (sem necessidade de consulta de processo a processo, manualmente).

Tive oportunidade de participar ativamente nestas consultas e até nos registos de enfermagem. O que posso concluir é que as consultas não são standardizadas. São sempre adequadas às necessidades de cada doente que recorre a esta consulta.

É interessante ver a confiança que estes doentes depositam na enfermeira, bem como na relação que existe entre eles.

As enfermeiras, por outro lado, também demonstram uma grande disponibilidade para falar com estes clientes, pois apesar de haver um agendamento prévio das consultas, este nem sempre é respeitado. Muitas

vezes os doentes deslocam-se ao Hospital de referência para outras consultas, fazer análises ou até mesmo tratamentos, e aproveitam a oportunidade para passar na consulta de enfermagem de estomaterapia.

A técnica de irrigação torna-se uma técnica simples e que pode ser utilizada pelos doentes portadores de colostomia permanentes, havendo algumas exceções. A técnica de irrigação funciona como uma espécie de clister, ou seja realiza-se uma lavagem intestinal com material apropriado através do estoma, deixando o intestino de funcionar por um período de 24, 48 ou 72 horas.

Só tinha conhecimento desta técnica teoricamente, na consulta de enfermagem de estomaterapia assisti ao ensino da técnica de irrigação realizado a um jovem ostomizado. Esta técnica foi-lhe ensinada no intuito de lhe promover mais autonomia, melhorando a sua qualidade de vida. Nesta situação concreta foi-lhe ensinada para que este fosse ao casamento do irmão, e não ter que utilizar aqueles dispositivos grandes, e sabia que naquele período a colostomia não iria funcionar podendo utilizar os dispositivos minis.

Na minha opinião, esta técnica pode realmente contribuir para uma melhor qualidade de vida dos doentes ostomizados desde que estes se encontrem bem adaptados e familiarizados com ela.

Ideia essa defendida por Aguiar, Sant`Anna & Gomes (2008)², que referem que é um método simples, prático e seguro, não promovendo nenhuma agressão para o cliente, promovendo-lhes um melhor padrão de vida e auxiliando-os no processo de reabilitação.

A Enfermeira apresentou-me todo o material existente e suas características, assim como, os vários laboratórios que fornecem todos estes materiais. Explicou-me ainda como poderiam adquiri-lo.

Para demonstrar a minha gratidão pela receção de toda a equipa multidisciplinar elaborei um cartaz sobre (Apêndice II) aos cuidados à pele peri estoma e troca de dispositivo que será para ser afixado no gabinete de consulta.

Em suma, fui muito bem recebida por toda a equipa multidisciplinar desta consulta, penso ter atingido os objetivos que me propôs, e foi uma mais-valia para o meu crescimento profissional nesta área. Penso ter adquirido

² Aguiar, A. F., Sant`Anna, A. & Gomes, R. F. (2008). O Impacto da Colostomia nos aspetos Psicossociais na vida cotidiana do cliente colostomizado". Monografia apresentada à Faculdade Bezerra de Araújo. Rio de Janeiro.

competências nesta área para à posteriori, desenvolver o meu projeto que consiste na abertura de uma consulta de enfermagem de estomaterapia num hospital privado.

APÊNCICE

Apêndice II - Cartaz

CUIDADOS AO ESTOMA E PELE PERIESTOMAL

Cuidar bem da pele periestomal e do estoma é fundamental para o seu bem-estar.

Se utiliza sistema de uma peça



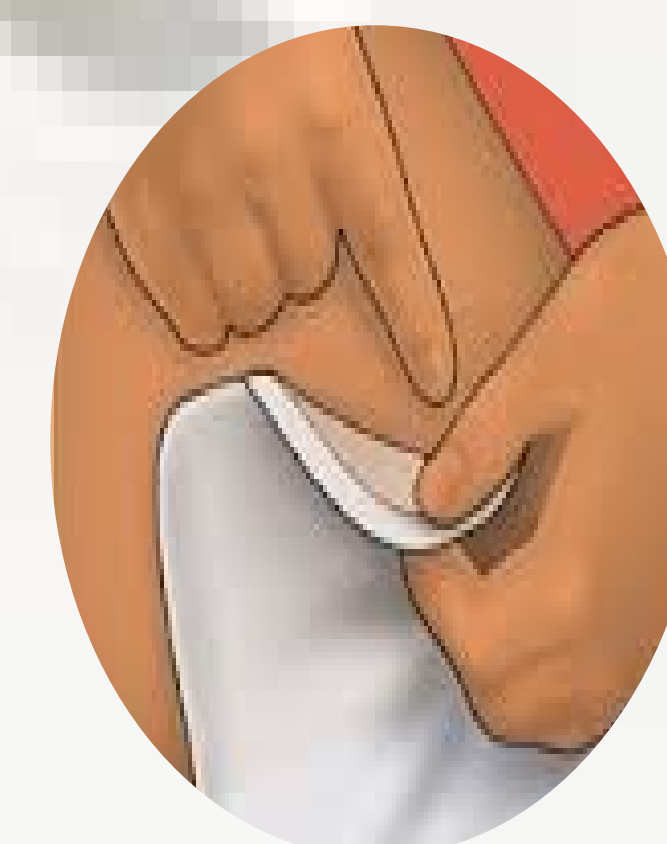
- Retirar o saco de cima para baixo, descolando-o suavemente enquanto que uma mão descola a outra deverá segurar a pele.



Se utiliza sistema de duas peças



- Para retirar a placa deverá iniciar de cima para baixo, descolando-a suavemente enquanto que uma mão descola a outra deverá segurar a pele.



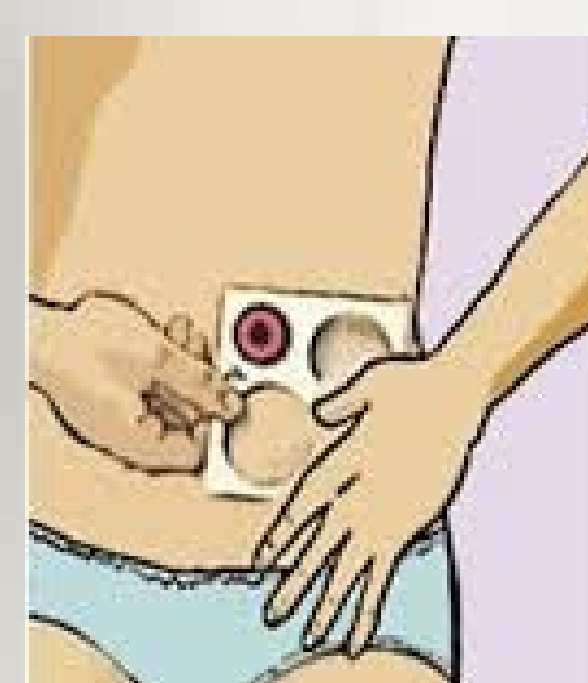
1- Lavar o estoma e pele em redor com água e sabão

2- Secar bem a pele

3- Observar o estoma e pele circundante

4- Medir o diâmetro do estoma

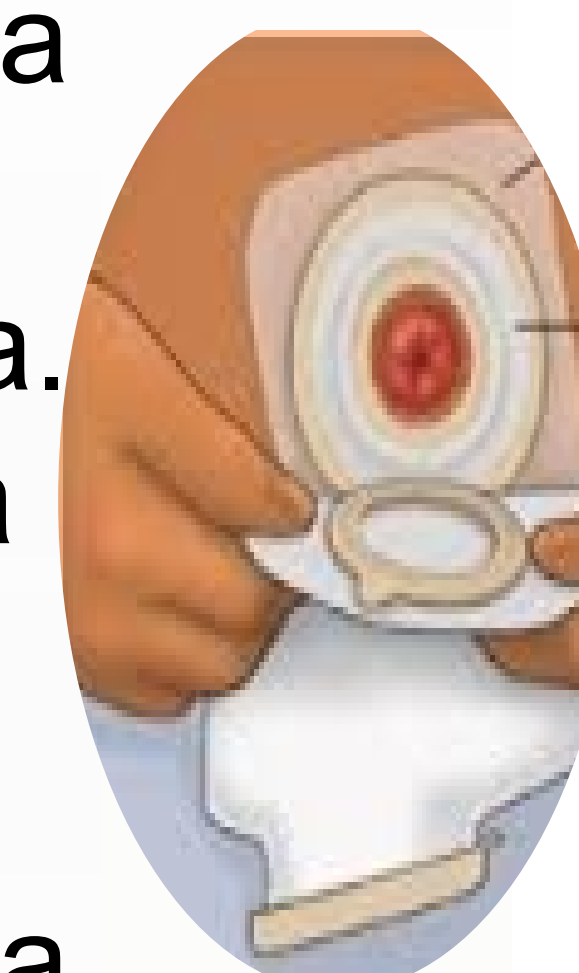
5- Recortar a placa ou o saco ajustado ao tamanho do estoma



- Retirar o papel protetor do adesivo
- Ajustar a parte inferior da placa junto ao estoma e com suavidade colar o adesivo de baixo para cima
- Pressionar levemente o saco contra a pele para assegurar que ficou bem colado.



- Retirar o papel protetor do adesivo da placa
- Centrar o orifício da placa com o estoma. Pressionar a zona central do aro da placa
- Para mudar o saco
Segurar com uma das mãos a placa e a outra retirar o saco. Retirar o saco de cima para baixo



Uma pele sã ao redor do estoma é fundamental para que possa viver bem.

Apêndice 4

Reflexão de ensino clínico-
Internamento de Cirurgia



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização Enfermagem Médico-cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

Reflexão de Ensino Clínico

Internamento de Cirurgia

Ana Susana Lima Teixeira

N: 4767

Lisboa

Fevereiro, 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Reflexão de Ensino Clínico Internamento de Cirurgia

Discente: Ana Susana Lima Teixeira

N: 4767

Docentes: Prof^a. Isabel Félix

Lisboa
Fevereiro de 2014

LISTA DE ABREVIATURAS

OEI – Ostomia de Eliminação Intestinal

ÍNDICE

1- Estudo de Situação	4
Referências Bibliográficas	11
Apêndice	
Apêndice I - Relatório Crítico	
Apêndice II – Ensino Clínico e Objetivos	

1-ESTUDO DE SITUAÇÃO

No âmbito do meu projeto que se intitula “Intervenções de Enfermagem Promotoras do Autocuidado no Cliente Oncológico Ostomizado”, propus-me realizar o ensino clínico no Serviço de Cirurgia num hospital de referência na área da grande Lisboa. Este ensino clínico decorreu no período de 11 de Novembro a 21 de Dezembro de 2013.

Quando pensei realizar este ensino clínico delineei alguns objetivos e descrevi algumas atividades tendo em vista a sua concretização.

Na minha perspetiva os objetivos por mim traçados foram atingidos na sua totalidade. Contudo, houve alguns fatores que me levaram a refletir sobre a sua concretização na íntegra, tais como o número diminuto de clientes ostomizados, que se encontravam internados no serviço, no período em que realizei este ensino clínico.

Ressalvo que não tive oportunidade de acompanhar um cliente desde o dia da admissão até à alta. Apenas tive oportunidade de acompanhar um cliente desde o penúltimo dia de internamento até à alta e posteriormente na sua primeira consulta de enfermagem de estomaterapia (e esse foi o período mais longo em que tive oportunidade de acompanhar um cliente no seu percurso). Este cliente mereceu da minha parte uma maior reflexão e será sobre ele que irei desenvolver o meu estudo de situação.

Durante o período em que permaneci no internamento de Cirurgia conheci a equipa multidisciplinar, a dinâmica do serviço, os protocolos e os registos realizados. Contactei com clientes que foram propostos para cirurgias que implicariam a realização de uma ostomia de eliminação intestinal (OEI). Nestas situações tive oportunidade de conversar com estes clientes e perceber os seus anseios, medos e expectativas futuras. Também tive oportunidade de conversar com uma cliente que se encontrava no último dia de internamento, de pós-operatório para encerramento de transversostomia, perceber o seu percurso, as suas preocupações, as dificuldades sentidas durante todo este percurso e qual a sua aceitação perante a OEI. Foi um grande contributo ter conhecido esta cliente, assim como o relato da sua história.

Posteriormente, passo a descrever o estudo de situação à qual realizei uma pequena reflexão.

Maria Virgínia, 75 anos, vive em Gouveia com o marido. Como atividade laboral trabalhadora agrícola.

Tem dois filhos, a filha vive em Lisboa e neste momento encontra-se desempregada, o filho vive perto dos pais em Gouveia.

Como antecedentes pessoais apresenta hipertensão arterial medicada e apêndicectomizada há vários anos.

Em Abril de 2013 inicia quadro de hematoquesias e dores abdominais com perda de peso (aproximadamente 10Kg).

Os sintomas iniciais mais frequentes do Cancro Colon e Reto são alteração intestinal e retorragias. Se o diagnóstico for estabelecido numa fase inicial, a taxa de sobrevivência aos 5 anos poderá ser superior a 90%, mas, no entanto, só cerca de 35% dos casos de cancro colon e reto é que são diagnosticados num estadio inicial (Assis, 2011).

A 31 de Maio de 2015 realiza uma colonoscopia revelando neoplasia vegetante estenosante com limite inferior a 10 cm do canal anal, do qual foram realizadas biopsias. As biopsias revelaram displasia de baixo grau.

A filha trouxe-a para Lisboa e consegue que a mãe passe a ser seguida num hospital de referência na área da grande Lisboa.

Realizou alguns exames complementares, ou seja:

A 12 de Junho realizou RX tórax que não revelou lesões secundárias e ressonância magnética abdómen pélvico que revela neoplasia com T2/ 3N +

A 25 de Junho realiza colonoscopia total, que revela neoplasia aos 8 cm e pólipo síncrono aos 22 cm não excisado nesta colonoscopia. Foi realizada tatuagem cólica.

Em 50% dos casos de adenomas no cólon esquerdo existem mais pólipos noutras localizações (síncronos) e em 30% dos casos virão a desenvolver-se outros pólipos (metácronos) (Assis, 2011).

A 4 de Julho de 2013 repete fibroscopia, realizam-se biopsias do local da lesão e os resultados revelam adenoma tubulo-viloso de baixo grau.

Antes de iniciar as sessões de quimioterapia procedeu-se à colocação de Implantofix.

Iniciou as sessões de radioterapia e quimioterapia neoadjuvante, tendo terminado a 12 de setembro de 2013.

A 11 de Novembro foi à consulta de enfermagem de estomaterapia na companhia da filha.

Os cuidados de enfermagem ao cliente ostomizado devem ser prestados, desde do momento do diagnóstico, quando é definida a necessidade da construção de um estoma, até ao domicílio, onde se enfatiza a qualidade de vida e o cuidado de si (Martins & Alvim, 2012).

O mesmo é defendido por Mendonça, Valadão, Castro & Camargo (2007), acrescentando ainda que a fase pré-operatória é muito importante, pois o cliente encontra-se muito abalado por todas as informações fornecidas sobre a doença, intervenção cirúrgica e sobre a construção do estoma. Esta consulta torna-se importante na orientação do doente portador de neoplasia intestinal no período pré-operatório da construção da ostomia, possibilitando uma melhor compreensão sobre a mesma e do seu tratamento, a marcação do local ideal onde será realizada a ostomia e estimular o paciente para o autocuidado.

A 18 de Novembro, a D. Virgínia dá entrada no internamento de Cirurgia no hospital de referência. É efetuado o acolhimento no serviço, fornecida alguma informação referente ao pré e pós-operatório e são esclarecidas dúvidas. O acolhimento é realizado de forma individualizada permitindo a presença de um familiar significativo para o cliente. É proposta a ressecção do reto com transversostomia de proteção.

À chegada ao serviço, acompanhada pela filha, cliente encontra-se muito chorosa e pouco comunicativa.

Na minha opinião, penso ser de extrema importância a realização deste acolhimento ao serviço de forma cuidada, promovendo a privacidade e individualidade, proporcionando a presença do familiar ou da pessoa significativa, fornecendo informação referente à cirurgia, aos horários de visita e até ao esclarecimento de algumas dúvidas, para que os clientes se sintam mais seguros.

Foi confirmada a existência de consentimento informado devidamente assinado.

No serviço de Cirurgia estão instituídos alguns protocolos referentes à preparação intestinal. Neste caso, a D. Virgínia iniciou preparação intestinal com protocolo Cólon 1, ou seja, a preparação intestinal inicia-se na véspera da cirurgia com a toma de PEG (Polietileno-glicol), em que o doente deve beber 1 copo de 10 em 10 minutos até perfazer 3 litros da solução. A ingestão deve ser iniciada às 15 horas da véspera da cirurgia.

Deverá tomar Metronidazol 750 mg (3 comp.) às 15 horas e 24 horas da véspera da cirurgia.

Às 22 horas da véspera da cirurgia é puncionado acesso venoso e colocado um soro em curso, de acordo com prescrição médica, assim como a antibioterapia.

Foi à imunoterapia e foi feita colheita de sangue para tipagem.

No pós-operatório imediato, a 19 de Novembro, veio do bloco com drenagem abdominal esquerda por sistema de redivac (frasco com vácuo) funcionando de líquido hemático. Transversostomia, estoma com vareta rosado e conectado a dispositivo transparente com janela, para que seja de fácil visualização as características do estoma. Este dispositivo também não é composto por filtro, para que se possa ter noção se o intestino inicia movimento peristálticos.

Foi feita monitorização dos parâmetros vitais, trazia meias de contenção, drenagem vesical funcionando. Passou este primeiro dia no SO (sala de recuperação). Teve visita de familiares.

A 20 de Novembro, foi transferida para a enfermaria.

A 21 de Novembro, foi retirado redivac tendo ficado com saco de fístula no local de inserção do redivac, foi também desalgaliada.

Foi iniciado o ensino sobre os cuidados referentes ao estoma (transversostomia) e pele peri estoma. Foi entregue o Kit, este Kit é composto por uma bolsa que contém 1 tesoura, 1 pacote de lenços, 1 saco plástico, 5 dispositivos de peça única, 1 escala de medição de estoma, livro sobre colostomia e cuidados inerentes. Para além do Kit foi entregue uma caixa de 30 dispositivos de peça única.

A educação para a saúde é um processo de ensino que o enfermeiro faz aos seus clientes com o objetivo deles aprenderem a se auto cuidarem (Reveles & Takahashi, 2007).

O enfermeiro tem um papel fundamental nos cuidados a prestar ao cliente portador de OEI, ajudando-o a ter consciência das suas capacidades e limitações no que diz respeito à sua nova condição de vida, ajudando-o a estabelecer metas realistas para as mudanças de comportamentos e a atingir um dos objetivos primordiais, que é o regresso ao seu estilo de vida habitual (Macedo, 2006).

Como cada vez mais os internamentos são mais curtos, assim o ensino para promover a autonomia dos cuidados ao estoma, têm que ser planeados de forma antecipada. Ou seja, de forma geral o cliente numa fase inicial é incentivado a olhar e tocar no seu estoma, o ensino inicia-se ao fim do terceiro dia após a cirurgia, pois se tudo correr de forma linear a cliente já não se encontra com drenos, algália e a sua preocupação passa a ser como cuidar da sua ostomia em casa. A família/ cuidador principal é sempre incluído nestas orientações dadas ao cliente, não de forma a que, seja ele a fazê-lo, mas no intuito de o ajudar no domicílio numa fase inicial. É pois muito importante que seja o próprio doente a cuidar do seu estoma para se tornar autónomo e não depender dos outros.

No pós-operatório as orientações fornecidas são mais de ordem técnica relacionada ao autocuidado do cliente, ou seja, como proteger a pele ao redor do estoma, como trocar o dispositivo, os cuidados de higiene ao estoma, como se alimentar e evitar formação de gases (Reveles & Takahashi, 2007).

O ensino facilita o processo de aceitação da ostomia, pelo que deve ser iniciado o mais precocemente possível, envolvendo sempre o cliente e a família/ cuidador. Deve ser de forma contínua e a sua eficácia avaliada através da apreciação dos conhecimentos que o cliente detém e da sua capacidade para se autonomizar nos cuidados à sua ostomia, aquando do regresso ao domicílio (Serrano & Pires, 2007).

A 22 de Novembro foi retirada a vareta e ficou com sistema de uma peça adaptado.

Mais uma vez foi reforçado ensino e incentivada a ser a D. Virgínia a tratar de ostomia, ao qual foi pouco recetiva. Como não se mostrava recetiva e não conseguia ainda olhar e tocar no seu estoma, teve-se em conta esta situação e tentou-se agendar uma hora para que a filha estivesse presente para aprender

a cuidar do estoma e os cuidados a ter com o estoma e a pele peri estoma. Cada pessoa tem o seu tempo para aceitação da sua nova condição de vida, nós profissionais de saúde, temos que dar tempo. Neste sentido, e como se avizinhava a alta, a família tem que ter conhecimentos e adquirir habilidades para poder ajudar a cliente nesta primeira fase.

A enfermagem tem um papel fundamental no que diz respeito ao acompanhamento, desenvolvimento de habilidades para que ocorram mudanças de atitudes e reinserção da pessoa no meio familiar e social. Assim sendo, a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade, pois o enfermeiro além de ser cuidador, é um educador, tanto para o doente como para a família, realizando orientações (Reveles & Takahashi, 2007).

A 23 de Novembro a doente encontra-se com alguma labilidade emocional, havendo alguns períodos em que se encontra mais chorosa, devido à sua situação. Contudo, tem alta clínica.

A D. Virgínia está preocupada pelo fato do marido se encontrar longe e se encontrar sozinho. Está ainda revoltada pelo facto de ter sido sempre saudável e agora se encontrar doente e nesta situação.

No dia da alta, a filha e o marido foram a buscar. A filha ainda tinha algumas dúvidas e receio referente aos cuidados a prestar à ostomia. Foi reforçado o ensino e foi a filha que cuidou e trocou o dispositivo, com a supervisão do enfermeiro.

A alta hospitalar é o momento de transferência do cuidado do cliente a nível hospitalar para o domicílio, a partir do qual a família assume a continuidade dos cuidados. Assim sendo, o familiar como cuidador precisa de estar apto a desenvolver o cuidado (Gemelli & Zago, 2002).

Aquando da alta hospitalar o cliente ostomizado/ família deve sair com confiança e esperança. Ou seja, é recomendado que o cliente/ família tenha aprendido a cuidar da sua OEI, nomeadamente quanto à higiene da pele e do estoma, prevenção de lesões cutâneas e colocação do dispositivo.

Todo este processo de aprendizagem raramente é completado durante o internamento, pelo que é essencial que o doente seja encaminhado para uma consulta de enfermagem de estomaterapia.

No dia da alta foi entregue a nota de alta, a marcação da consulta de cirurgia, assim como a marcação da consulta de enfermagem de estomaterapia.

A 27 de Novembro, fui assistir à primeira consulta de enfermagem de estomaterapia da D. Virgínia. Ela encontrava-se acompanhada pela filha, mantinha-se deprimida e ainda não era capaz de tratar da sua ostomia, era a filha que o fazia. Nesta consulta foram estabelecidos objetivos no intuito de promover a sua autonomia.

Assim, através de um planeamento de assistência adequada que incluía o apoio psicológico e a educação para a saúde, o doente desenvolve aptidões para o autocuidado, o que se reflete na adaptação fisiológica, psicológica e social do cliente ostomizado e seus familiares no processo de viver com uma ostomia, contribuindo assim para uma melhoria significativa da qualidade de vida (Cascais, Martim & Almeida, 2007).

As dúvidas que a filha apresentava eram de facto sobre os cuidados referentes ao estoma e pele e se realmente estavam a ser efetuados de forma correta. Outra dúvida era referente à aquisição do material, como o poderia fazer. Todas estas dúvidas foram esclarecidas, assim como foi complementada mais alguma informação sobre a alimentação. Ficou marcada a próxima consulta de enfermagem de estomaterapia.

A aprendizagem continua no domicílio permitindo que o doente e a sua família encontrem estratégias de viver normalmente, mesmo tendo de viver com uma ostomia (Reveles & Takahashi, 2007).

A pessoa ostomizada e a sua família necessitam de tempo e de ajuda especializada para se adaptarem às modificações que surgiram nas suas vidas. Assim, o Enfermeiro com competências em estomaterapia tem um papel crucial no desenvolvimento de habilidades que estes clientes desenvolvem para o autocuidado e o regresso às atividades de vida diária (Ferreira, Seiça & Morais, 2009).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, R. (2010). *A prática Educativa na ostomia da eliminação intestinal contributo para a gestão de cuidados de saúde*. Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro.

APECE, Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (2012). *Estomaterapia o saber e o cuidar*. Lidel.

Assis, R. (2011). Rastreamento e Vigilância do Câncer Colorretal: Guidelines Mundiais *GED Gastroenterol. Endosc.dig.* 30(2):62-74

Bechara, R. et al. (2005). Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia.* 25 (2). 146-149.

Brunner, L. S., Suddarth, D. S. (2008). *Tratado de Enfermagem médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Vol. 1. Pág. 1073

Cascais, A., Martini, J. & Almeida, P. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto & Contexto de Enfermagem.* 16 (1). 163-167.

Ferreira, A., Seica, A. & Morais, I., (2009). Pessoa Ostomizada. *Enfermagem e o Cidadão.* 7 (20). 3.

Fidalgo, P. Cancro colorretal. IN Matos, L. & Figueiredo, P. N. (2013). *Gastrenterologia fundamental*. Lidel. 217-247.

Gemelli, L. & Zago, M. (2002). A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 10(1). 34-40.

Leitão, N. (2002). Prevenção do Cancro do Cólon e Recto: é tempo do seu desenvolvimento. *ENDOnews* 9. 105-111.

Leitão N. (2004). Rastreamento do Câncer do Cólon e Recto: recomendações da SPED. *ENDOnews* 8.

Macedo, S. (2006). Educação para a alta à pessoa com ostomia. *Revista Sinais Vitais*. 67, 51-53.

Magalhães, H. S. (2006). Preparação para a alta do doente colostomizado. *Nursing*. 207 (16). 39- 41.

Martins, C, Ayoub, A. & Leite, M. (2006). Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto & Contexto em Enfermagem*. 25 (3). 472-478.

Mendes, V. (2008). Prevenir o cancro do Cólon e Reto. *Jornal Português de Gastrenterologia*. 15 (4). 153-155.

Mendonça, R., Valadão, M. & Camargo, T. (2007). A importância da consulta de enfermagem em pré-operatória de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. (53(4). 431- 435.

Menezes, A. & Quintana, J. (2008). A percepção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21 (1). 13-18.

Morais, I., Neves, D. & Seica, A. (2009). Caracterização da pessoa com complicações locais da ostomia e a sua percepção sobre os cuidados de saúde recebidos. *Nursing*. 251 (21). 28-30.

Nascimento, C. M. S., Trindade, G. L. B., Luz, M. H. B. A. & Santiago, R. F. (2011). Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. (20 (3) 557- 564.

Paula, M. & Santos, V. (2003). O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Rev Latino-am Enfermagem*. 11 (4). 478-482.

Pinto, C. & Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Qualidade de Vida*. 24 (1). 37- 56.

Pinto, A. (2012). Rastreio do carcinoma do cólon e reto: eficácia e adesão. *Jornal Português Gastrenterologia*. 19. 113-114.

Queiroz MJ.(2003). Prevenção do cancro. *Rev Port Clin Geral*. 19.449-451.

Reveles, A. G. & Takahashi, R. T. (2007). Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm USP*. 41 (2). 245- 250.

Serrano, P., & Pires, F. (2007). Enfermeiro e o doente ostomizado. *Revista Sinais Vitais*. 73, 48-52.

Silva, A. L., Shimizu, H. E. (2006). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Ver. Latino-am Enfermagem*. 14 (4). 483-490.

Stum, E. M. F., Oliveira, E. R. A. & Kirschner, R. M. (2008). Perfil de pacientes ostomizados. *Scientia Medica*. 18 (1). 26- 30.

APÊNCICE

Apêndice I - Reflexão Crítica

REFLEXÃO FINAL

Escolhi o internamento Cirurgia no hospital de referência, por ser um internamento que tem um elevado número de cirurgias cólon retais que originam uma OEI. E uma vez que tive a oportunidade de seguir estes clientes na consulta de enfermagem de estomaterapia, pensei ser uma mais valia conhecer o internamento da instituição e qual a sua articulação com a consulta. Para além de conhecer uma nova realidade, pretendi perceber como é feita a sua articulação e o acompanhamento efetuado aos clientes ostomizados.

Durante este estágio fui orientada por um Enfermeiro com elevados conhecimentos na área, assim como, muita experiência no que diz respeito aos cuidados ao cliente ostomizado, sendo por isso uma fonte importante para o meu crescimento nesta área.

Neste período que passei no internamento tive várias oportunidades e trocas de experiências, em que estas foram proporcionadas pelos Enfermeiros do serviço.

Durante o período em que se desenrolou o estágio houve poucas cirurgias de colon e reto que originaram uma OEI. Por esse motivo tive contacto com poucos clientes ostomizados, como referi anteriormente.

Além dos objetivos que defini para este ensino clínico, ainda acrescentei mais um que se prendia com uma ida ao bloco operatório para assistir a cirurgias (Apêndice II). Para mim foi importante ter assistido a estas cirurgias, embora nenhuma tenha resultado na construção de um estoma. Não consegui acompanhar nenhum cliente durante todo o processo admissão, cirurgia, regressar ao serviço de internamento, alta e acompanhamento na consulta de enfermagem de estomaterapia. Talvez um dos fatores que possa ter contribuído para esta situação é o facto de realização de turnos, ou seja, como o enfermeiro orientador para além de manhãs e tardes também fazia noites e de seguida tinha descanso e folga o que implicava por vezes estar fora do serviço 3 a 4 dias.

No bloco operatório fui bem recebida por toda a equipa, consegui perceber o circuito do cliente e o apoio dado. Durante a cirurgia a equipa médica teve a

preocupação de me explicar o procedimento cirúrgico, foi uma experiência muito enriquecedora.

Na minha perspetiva, é de extrema importância o acolhimento que se realiza a todos os clientes que ficam internados. Este acolhimento é realizado de forma individualizada proporcionando privacidade, esclarecendo algumas dúvidas, transmitindo ao doente /família alguma confiança e segurança nesta fase. Tive oportunidade de assistir a alguns acolhimentos em que as colegas tiveram a preocupação de incluir a família no processo, assim como de esclarecimento de dúvidas e da apresentação do espaço físico do serviço.

Durante o ensino clínico fiquei uma semana a ser orientada por outra Enfermeira, que se encontra a finalizar o relatório final do Mestrado de Enfermagem na área de especialização Médico-Cirúrgica, área de intervenção de enfermagem oncológica na área das OEI. Tive oportunidade de trocar algumas ideias e foi muito importante para mim e para a construção do meu projeto.

Pude verificar que todos, de certa forma têm a mesma linha de pensamento relativamente às orientações dadas ao cliente/ família ostomizada, embora não haja nenhum guia orientador ou norma.

Do que me apercebi, ao fim do terceiro dia após a cirurgia é fornecido o Kit de ostomia e inicia-se o ensino. Os cuidados ao estoma e pele peri estoma, higiene ao estoma e pele peri estoma, assim como a troca do dispositivo são os focos principais no ensino realizado, com o intuito de promover a autonomia, não descurando a presença da família nestes momentos.

O dispositivo escolhido é o de peça única. Cabe posteriormente á enfermeira do gabinete de estomaterapia avaliar se este é o mais adequado a este cliente. Observei que numa primeira abordagem o cliente é incentivado a olhar, tocar e nós profissionais de saúde realizamos os cuidados mas, vamos dizendo o que estamos a fazer e como é para fazer. Numa abordagem seguinte pedimos ao cliente para fazer algumas coisas, tais como retirar o saco. Numa fase posterior é o cliente que presta todos os cuidados, com a supervisão do enfermeiro.

Os registos de enfermagem não se encontram de forma sistematizada, no que diz respeito ao ensino realizado ao cliente ostomizado. Ou seja, por vezes os

enfermeiros até realizam o ensino ao cliente e este já se encontra numa fase de treino e não é mencionado de forma descritiva em notas de enfermagem.

Na minha opinião haveria benefício com um ensino sistematizado, e com o respetivo registo de ensino de forma ordenada através de uma chek-list, e assim conseguia-se ter uma visão em que fase o cliente se encontrava.

Tive a oportunidade de voltar a encontrar uma cliente que tinha estado na consulta de enfermagem de estomaterapia, e neste internamento ela tinha sido submetida a encerramento da transversostomia. Foi interessante o depoimento dela, deste percurso de vida, os receios, medos e acabou por confessar que nunca aceitou o facto de ter uma ostomia e que estratégia utilizou para conseguir lidar no dia-a-dia com a sua ostomia.

Realmente torna-se importante de ter um conhecimento global desde o diagnóstico, os tratamentos que antecedem a cirurgia, o internamento para a cirurgia, a alta e o viver com esta nova condição de vida, o retomar aos tratamentos e posteriormente o encerramento da ostomia e por fim o reaprender a controlar o esfíncter anal e as vontades constantes de ida á casa de banho.

Durante o período de ensino clínico que decorreu no serviço de internamento, agendei uma visita à Associação Portuguesa dos Ostomizados. Foi importante conhecer esta Associação, como funciona e que apoio dá a comunidade, assim como foi muito importante conhecer a Enfermeira de referência, foi a pioneira nesta área e a sua partilha de conhecimentos e experiências.

Também visitei por duas vezes a consulta de enfermagem de estomaterapia do Hospital da periferia de Lisboa a 9 e 14 de Dezembro de 2013. Esta consulta porquê? Neste momento porque o hospital com ligação à instituição à qual eu pertenço, sendo uma mais valia conhecer como se encontra estruturada esta consulta, e como são realizados os registos. Foi interessante conhecer o trabalho realizado pelas colegas que fazem parte desta consulta, como a organização e de todos os obstáculos ultrapassados.

Durante este percurso conheci vários profissionais de saúde que têm formas diferentes de trabalhar, mas é interessante verificar que todos têm o mesmo objetivo que é o de proporcionar a autonomia, promovendo o autocuidado da

pessoa ostomizada, evitando as complicações para uma melhor qualidade de vida e o regresso à sua vida normal.

Posso concluir que foi interessante a minha estadia no internamento Cirurgia, embora tivesse tido poucos doentes ostomizados penso que soube aproveitar todas as oportunidades, podendo concluir que atingi os objetivos, a que me tinha proposto, na íntegra.

Todas as experiências que tive ao longo destas 6 semanas contribuíram para o meu crescimento nesta área específica, fornecendo assim contributos para que o meu projeto possa ser implementado com sucesso na instituição onde trabalho.

APÊNCICE

Apêndice II – Ensino Clínico
e Objetivos

✚ Internamento de Cirurgia numa Instituição de referência da área da grande Lisboa

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Aprofundar conhecimentos teóricos sobre o tema</p>	<p>- Realização de pesquisa bibliográfica sobre técnica cirúrgica para realização de OEI, cuidados de enfermagem no pós-operatório a clientes com uma OEI.</p>	<p>- Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE. Utilizando as palavras-chaves: cuidados de enfermagem, OEI, construção cirúrgica de estomas.</p>	<p>- Atualize e aprofunde conhecimentos</p>
<p>Compreender a dinâmica da equipa de enfermagem do internamento de Cirurgia.</p>	<p>-Conhecimento das normas internas de funcionamento do serviço; -Consulta dos manuais e protocolos instituídos no serviço; -Observação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao cliente ostomizado/ família/ cuidador - Colaboração na prestação de cuidados.</p>	<p>Equipa de Enfermagem</p>	<p>-Demonstre iniciativa para adquirir conhecimentos sobre a prestação de cuidados à pessoa ostomizada -Demostre bom relacionamento com a equipa de enfermagem - Validar com o orientador.</p>

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Identificar orientações realizadas ao cliente ostomizado/ família durante o internamento relativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados ao estoma • Cuidados com a pele peri estoma • Quais os dispositivos utilizados • Cuidados alimentares • Sexualidade • Vestuário • Desporto • Viajar • Legislação • Comparticipação do material 	<p>- Identificação das orientações realizadas ao cliente ostomizado/ família relativamente ao cuidado ao estoma, cuidados com a pele peri estoma, quais os dispositivos utilizados, cuidados alimentares, vestuário, desporto, viajar, sexualidade, legislação, comparticipação do material</p> <p>- Identificação de estratégias utilizadas para melhor orientação</p> <p>- Colaboração na prestação de cuidados.</p>	<p>Equipa de Enfermagem</p>	<p>- Reflete sobre a prática, através de jornais de aprendizagem segundo ciclo de Gibbs e/ou registo de incidente crítico e/ou estudo de situação.</p> <p>- Validar com o orientador.</p>

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Adquirir competências na área da educação para a saúde ao cliente portador de ostomia de eliminação intestinal e sua família/ cuidador no pré e pós-operatório no intuito de promover a autonomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Observação do papel do enfermeiro relativamente a esta temática -Identificação de dificuldades/ barreiras que possam ocorrer -Identificação de estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem -Aquisição de conhecimentos na área do ensino ao cliente Ostomizado/ família/ cuidador -Mobilização de conhecimentos adquiridos previamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de Enfermagem - Materiais: artigos, livros e internet na base de dados da EBSCO, CINAHL, MEDLINE. Utilizando as palavras-chaves: OEI, cuidados de enfermagem, educação para a saúde, estomaterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reflete sobre os conhecimentos adquiridos sobre a temática -Questiona em caso de dúvida -Adquire competências nesta área relativamente ao ensino do cliente portador de ostomia de eliminação intestinal

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	CrITÉrios/ Indicadores de Avaliação
<p>Compreender o acompanhamento prestado aos clientes/ família portadores de ostomia de eliminação intestinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Observação do enfermeiro relativamente a esta temática -Identificação dos aspetos mais relevantes focados -Observação do apoio dado ao cliente e família -Identificação de estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem para desmistificar medos e receios - Identificação das necessidades, dúvidas e dificuldades mais frequentes nestes clientes. 	<p>Equipa de enfermagem Equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstre iniciativa para adquirir conhecimentos sobre a prestação de cuidados à pessoa ostomizada -Demostre bom relacionamento com a equipa de enfermagem - Reflete sobre a prática, através de jornais de aprendizagem segundo ciclo de Gibbs e/ou registo de incidente crítico e/ou estudo de situação.

Objetivos Específicos	Atividades/ Estratégias	Recursos	Critérios/ Indicadores de Avaliação
<p>Acompanhar o cliente nas diversas fases (acolhimento, cirurgia, pós-operatório e alta) durante o internamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do acolhimento do cliente no serviço de Cirurgia; - Observação do procedimento cirúrgico proposto; - Observação da equipa de enfermagem do bloco operatório nos cuidados ao doente ostomizado na UCPA (Unidade de Cuidados Pós Anestésicos); - Realização do acolhimento do cliente no Serviço Cirurgia após a cirurgia; - Acompanhamento do cliente no pós-operatório imediato e mediato adequando o ensino; - Preparação para a alta. 	<p>Equipa de enfermagem Equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstre iniciativa para adquirir conhecimentos sobre a prestação de cuidados à pessoa ostomizada -Demostre bom relacionamento com a equipa de enfermagem - Reflete sobre a prática, através de jornais de aprendizagem segundo ciclo de Gibbs e/ou registo de incidente crítico e/ou estudo de situação.

Apêndice 5

Reflexão de ensino clínico-
Local de Trabalho Instituição
Hospitalar privada



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização Médico- Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

Reflexão de Ensino Clínico
Local de Trabalho Instituição Hospitalar Privada

Ana Susana Lima Teixeira

N: 4767

Lisboa

Maior, 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Reflexão de Ensino Clínico **Local de Trabalho Instituição Hospitalar Privada**

Discente: Ana Susana Lima Teixeira

N: 4767

Docentes: Prof^a. Isabel Félix

Lisboa
Maio de 2014

LISTA DE ABREVIATURAS

CCR- Cancro Colón e Reto

PSOF- Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

OEI- Ostomia de Eliminação Intestinal

ÍNDICE

1- Estudo de Situação	4
Referências Bibliográficas	12
Apêndice	
Apêndice I - Reflexão Crítica	
Apêndice II – Projeto Consulta de Enfermagem de Estomaterapia	
Apêndice III – Folha de Registo de Enfermagem	
Apêndice IV – Instruções de Trabalho	
Apêndice V – Guia de Registo de Ensino a cliente ostomizado	
Apêndice VI – Guia de Ensino ao Cliente Ostomizado	
Apêndice VII – Guia do Cliente Ostomizado	

1-ESTUDO DE SITUAÇÃO

No âmbito do meu projeto que se intitula “Intervenções de Enfermagem Promotoras do Autocuidado no Cliente Oncológico Ostomizado”, propus-me realizar o último ensino clínico no serviço onde atualmente exerço funções, no intuito de implementar a consulta de enfermagem de estomaterapia. Este ensino clínico decorreu no período de 04 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014.

Quando pensei realizar este estágio delineei alguns objetivos e descrevi algumas atividades tendo em vista a sua concretização.

Houve, porém, alguns objetivos que não foram totalmente concretizados, pois a sua completa concretização não dependia só de mim.

Neste meu percurso, desde da implementação até ao início da consulta, tive oportunidade de seguir um cliente desde da fase pré operatório até ao pós-operatório e, posteriormente no seguimento em consulta.

De seguida passo a descrever e realizar uma pequena reflexão sobre a situação vivenciada por este cliente.

Sr. Manuel (nome fictício) de 60 anos, recorre à instituição onde exerço funções com queixas de retorragias, pelo que marcou consulta de Proctologia. Realizou consulta de proctologia e nesta sequência é pedido a realização de exames complementares tais como colonoscopia total, análises, entre outros.

Realiza colonoscopia total sob sedação anestésica a 16 de Dezembro de 2013 e é diagnosticada neoplasia do reto a cerca de 15 cm da margem anal.

Em Portugal o cancro do cólon e reto (CCR) representa o tumor mais frequente e sendo o segundo com maior mortalidade, em que todos os dias no nosso país morrem cerca de 9 a 10 pessoas por CCR (DGS, 2006).

O CCR apresenta uma evolução lenta, desde o aparecimento até ao diagnóstico. A redução da mortalidade e aumento da sobrevivência estão diretamente relacionadas com o estadio da doença no momento do

diagnóstico. Para a deteção precoce destas situações necessita-se da realização dos rastreios. O Programa Nacional para as doenças oncológicas (2012) definiu como rastreios em primeira linha a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e posteriormente a colonoscopia exceto algumas situações específicas (Ministério da Saúde, 2009).

Nesta situação concreta julgo que o SR. Manuel tivesse algum benefício se anteriormente o seu médico assistente pedisse a PSOF ou até mesmo a realização de exame endoscópico mesmo assintomático, pois o Sr. Manuel tem 60 anos e não tinha realizado qualquer exame previsto no Plano Nacional de Prevenção e Controlo das doenças Oncológicas 2007-2010.

Tal como refere Pinto (2012), a implementação de um programa de rastreio é a única estratégia que poderá diminuir a taxa de mortalidade por CCR, pois este, seria realizado numa fase assintomática sendo uma doença de melhor prognóstico quando detetada precocemente.

Em Portugal as recomendações do Programa Nacional para as doenças oncológicas (2012) definiu para o rastreio de CCR preconiza a realização da PSOF em indivíduos de ambos os sexos com idades compreendidas entre 50 e 74 anos a efetuar anualmente ou no máximo de 2 em 2 anos e realização de colonoscopia total quando existe um teste positivo (Ministério da Saúde, 2009).

Concordo com Pinto (2010) a endoscopia (colonoscopia ou sigmoidoscopia) tem grande vantagem, pois durante este exame visualiza-se todo o interior do cólon, sendo possível observar os pólipos até os mais pequenos, e proceder à sua excisão. E considerado o teste “*gold standart*” (Pinto, 2006), para a prevenção/ diagnóstico de patologia colo-retal. Os adenomas são reconhecidos como lesões precursoras do CCR, realizando a sua remoção durante o exame endoscópico o que leva a uma estratégia preventiva com diminuição da incidência (Pinto, 2010).

Segundo Winawer, Zauber, et al. (1993) existe benefícios relativamente à colonoscopia, no que diz respeito à redução da incidência de CCR em cerca de 80%, através da resseção de adenomas aquando da realização de

colonoscopia. A colonoscopia é um exame com potencialidades terapêuticas, capaz de remover pólipos e de realizar biópsias (Freitas, 2002).

No dia em que o Sr. Manuel realizou a colonoscopia eu encontrava-me a dar apoio na sala onde realizou o exame. Quando acordou, no recobro, quis logo saber o resultado da colonoscopia. Esta situação torna-se desconfortável pois os clientes notam que algo não está bem pelas respostas que os enfermeiros dão.

A comunicação constitui um aspeto fundamental para a prática de enfermagem, uma vez que a maioria das ações ocorre no contexto das relações interpessoais. Nesta linha de pensamento é necessário que os profissionais de saúde sejam conhecedores e privilegiem a relação com o cliente sendo que a comunicação é o instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde (Pereira, 2005).

A comunicação está presente no dia-a-dia do enfermeiro, sendo considerado um instrumento básico fundamental, quer seja no cuidado ao cliente, no atendimento à família ou nas relações com a equipa (Pereira, Fortes & Mendes, 2013). Ou seja, a comunicação está presente em todas as atividades do enfermeiro, desde da entrevista que é realizada no acolhimento do cliente no nosso serviço, ao planeamento e execução do exame, até ao ensino realizado aquando da alta, influenciando a qualidade dos cuidados prestados.

Quando o cliente referiu que necessitava de saber logo o resultado do exame, devemos perceber o que o preocupa, o que se subentende que devemos prestar cuidados ao cliente de forma individualizada e holística em que o cuidado emocional não se pode descurar. Como é referido por Oriá, Moraes & Victor (2004) quando o enfermeiro presta cuidados ao cliente este deve utilizar todos os sentidos para ter uma visão global do processo, observando o ambiente e o cliente com o intuito de promover uma melhor qualidade de cuidados, indo ao encontro das suas necessidades.

A comunicação torna-se mais difícil quando se trata de dar uma má notícia. Uma das situações que me constringiu foi quando a cliente questionou o resultado do exame. E eu como profissional de saúde questionei-me “e agora

qual será a melhor forma dar esta notícia? Qual será a sua reação, após a notícia?”

Podemos definir como “má notícia” toda a informação que implique uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na sua perspectiva do futuro (Pereira, 2005).

A comunicação de más notícias são sempre momentos difíceis e delicados, estando rodeados de sentimentos de dor e desconforto. Os profissionais de saúde por vezes ocultam ou mascaram a situação para que os clientes não percebam, levando por vezes à construção de barreiras e comprometer o desenvolvimento de uma comunicação aberta e eficaz, necessária a um ambiente de confiança e à partilha de informações fundamentais para favorecer a participação ativa e responsável do cliente no seu processo de doença (Pereira, 2005).

Fica sempre esta pergunta “Quem é responsável pela comunicação destas notícias?”. No meu serviço quem dá este tipo de notícias é o médico que realiza o exame.

O Sr. Manuel referiu-me que quando recebeu a notícia ficou sem saber o que fazer, nem queria acreditar, pediu que a esposa entrasse para o poder confortar. Depois de ter digerido a informação e com o apoio da esposa rapidamente chegou à conclusão que queria a situação o mais rapidamente resolvida. À saída marcou nova consulta para o seu médico assistente para ser delineado um plano terapêutico.

Foi à consulta e o médico nesta sequência pede para realizar uma ecoendoscopia retal para avaliar o estadiamento da lesão.

A ecoendoscopia é uma técnica que permite avaliar o estadiamento locorregional das neoplasias, com uma acuidade para o estadiamento tumoral (T) e ganglionar (N) (Ferro & Pereira, 2013).

Segundo Fidalgo (2013) a classificação TNM, 7ª edição é o preferido para classificar os tumores colorretais, sendo definido T como tumor primário, N gânglios linfáticos regionais e M metástases à distância.

A ecoendoscopia revela ser um T3 N0, segundo o sistema TNM de estadiamento do cancro colorretal (Fidalgo, 2013), o tumor rompe a muscular própria para os tecidos pericólicas e sem metástases linfáticas regionais.

Proposto para realizar quimioterapia e radioterapia como terapêutica neoadjuvante. Realiza então os ciclos de quimioterapia e radioterapia.

Como modalidade pré-operatória verifica-se vantagens em realizar quimioterapia e radioterapia antes da cirurgia em vez da cirurgia clássica isolada (Fidalgo, 2013).

Posteriormente a esta terapêutica é proposto novamente a realização de ecoendoscopia retal, para verificar a eficácia do tratamento. Verificou-se que a lesão estava muito localizada e tendo diminuído de acordo com o exame anterior.

Foi então proposto para cirurgia. Foi proposta uma ressecção anterior do reto com ileostomia de proteção. Nesta sequência o médico assistente pediu o meu contributo.

Foi agendada então a minha primeira consulta pré-operatória.

É muito importante este tipo de consulta pois permite o esclarecimento de dúvidas sobre a sua futura condição de modo a que seja mais fácil a aceitação da sua nova condição de vida, no pós-operatório.

Uma ostomia de eliminação intestinal (OEI) tem enorme impacto no indivíduo, implicando diversas alterações em todo o processo de vida, desde alteração da fisiologia gastrointestinal, da auto-estima à imagem corporal (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

Tal como é referido por Martins (2006) a intervenção dos profissionais de enfermagem deve iniciar-se o mais precocemente possível, ou seja logo que a realização de uma ostomia seja a proposta terapêutica. Segundo o mesmo autor é fundamental assegurar a confiança do cliente e da família tendo uma perspetiva holística e humanizada.

Foi interessante conhecer o Sr. Manuel que veio acompanhado da sua esposa, casal diferenciado. Estes traziam algumas dúvidas que gostariam de ser esclarecidas, e nessa sequência delinee os restantes temas a serem abordados na consulta.

Os cuidados de saúde devem ser suportados por um planeamento cuidadoso desde o pré-operatório, no sentido de preparar o indivíduo quer física e emocionalmente para a nova realidade, beneficiando assim o seu processo de reabilitação e reinserção e uma melhor qualidade de vida (Cascais et al, 2007).

Nessa mesma consulta o Sr. Manuel já sabia quando iria ser a sua cirurgia e ficou desde então marcado a minha visita para proceder a marcação ideal do local do estoma.

Simmons, Smith, Bobb, & Liles (2007) refere que a seleção e marcação do local ideal para a construção do estoma, são fatores determinantes para a capacidade do cliente realizar o autocuidado e sua autonomia nas tarefas diárias e na interação social e profissional.

No dia da cirurgia visitei o Sr. Manuel que se encontrava na companhia da sua esposa, um casal muito cúmplice. E procedi então a marcação do estoma, levei um saco e coloquei-o para se poder verificar qual o melhor local, procedendo a técnica descrita, pedindo auxílio do Sr. Manuel para se deitar, sentar e em pé.

Esta marcação quando é realizada antecipadamente verifica-se que existe vantagens, pois consegue-se grande parte das vezes diminuir complicações.

Após 48 horas da cirurgia fui visitá-lo, já se encontrava no seu quarto, pois tinha passado as primeiras 24 horas na unidade cuidados intensivos. O Sr. Manuel estava bem-disposto, tranquilo e olhava para sua ostomia de eliminação intestinal sem medo e sem receio. Ele trazia o dispositivo que é colocado no bloco operatório transparente e drenável. E foi o próprio Sr. Manuel que se destapou e me mostrou a ileostomia.

Em conversa com as colegas do internamento elas verbalizaram que o Sr. Manuel estava a integrar-se nos cuidados a ileostomia muito bem, de forma natural.

A consulta de enfermagem no pré-operatório é essencial por fornecer orientações, no sentido de guiar o cliente que futuramente seja portador de OEI, para uma melhor aceitação pela compreensão das alterações ocorridas (Nascimento, Trindade, Luz & Santiago, 2011).

Fui visitar o Sr. Manuel durante o seu internamento e com o auxílio das colegas do internamento iniciamos o ensino precocemente e faseadamente. A sua esposa estava sempre presente em todos os cuidados prestados.

Inicialmente começou por olhar na troca do dispositivo e posteriormente ele próprio cuidava da sua ileostomia. Quando teve alta do hospital estava autónomo nos cuidados à sua OEI.

Para além dos cuidados foi também reforçada a informação anteriormente fornecida sobre como e onde adquirir o seu material, cuidados alimentares e vestuário.

A alta do doente ostomizado inicia-se desde do momento em que o cliente é internado, a informação é fornecida gradualmente planeando intervenções e os resultados são avaliados. No entanto, o momento da alta é crítico quer para o cliente quer para os familiares, pois passam a ter que resolver os problemas com autonomia e independência (Santos, 2000).

Nesta sequência de ideias é de extrema importância a participação do familiar mais próximo nos cuidados inerentes ao estoma, para que nesta fase inicial possa ajudar o cliente ostomizado nos cuidados de higiene e troca do dispositivo.

O Sr. Manuel ficou com consulta de enfermagem de estomaterapia agendada para o mesmo dia da consulta médica.

No dia marcado apareceu à consulta. Vinha na companhia da sua esposa, ainda um pouco dorido da cirurgia, mas muito bem-disposto e quando perguntei quem tratava da ileostomia ele respondeu “eu Sr^a. Enfermeira”, também referiu que ainda demora algum tempo nos cuidados que presta.

O conhecimento para o autocuidado permite ao cliente uma maior independência em relação às outras pessoas, pois é ele próprio que realiza seus cuidados através da prática de técnicas adequadas e simplificadas, que promovem a segurança do mesmo na realização do cuidado (Nascimento, Trindade, Luz & Santiago, 2011).

Nesta consulta ainda foram esclarecidas algumas dúvidas que apresentava e foi marcada a próxima.

É interessante verificar a autonomia que estes clientes vão adquirindo ao longo do tempo, também é gratificante ouvir dos clientes o quanto foi importante aquela primeira consulta que teve antes da cirurgia, referem que assim vão de certa forma preparados e não se torna um choque o que encontram no pós cirurgia.

Os profissionais de saúde, não devem restringir os cuidados apenas à entrega dos materiais e ao ensino como manusear o dispositivo coletor, mas também devem ter o cuidados de ajudarem na integração do cliente ostomizado, incentivando-o a ter uma vida social ativa, mesmo com suas limitações e ainda, procurar combater os preconceitos difundidos na sociedade (Silva & Shimizu, 2006).

A meu ver e de acordo com Silva & Shimizu (2006), a implementação de ações sistematizadas de enfermagem devem surgir desde do diagnóstico da doença e definição da necessidade de intervenção cirúrgica, seguindo-se em todas as fases de vida do cliente ostomizado, com a finalidade de contribuir para a melhor aceitação das alterações causadas pela presença de OEI e melhor qualidade de vida.

Nesta fase o que estava a preocupar o Sr. Manuel é o saber o resultado da anatomia patológica e se tem ou não fazer posteriormente quimioterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, R. (2010). *A prática Educativa na ostomia da eliminação intestinal contributo para a gestão de cuidados de saúde*. Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro.

APECE, Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (2012). *Estomaterapia o saber e o cuidar*. Lidel.

Assis, R. (2011). Rastreamento e Vigilância do Câncer Colorretal: Guidelines Mundiais *GED Gastroenterol. Endosc.dig.* 30(2):62-74

Bechara, R. et al. (2005). Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia.* 25 (2). 146-149.

Brunner, L. S., Suddarth, D. S. (2008). *Tratado de Enfermagem médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Vol. 1. Pág. 1073

Cascais, A., Martini, J. & Almeida, P. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto & Contexto de Enfermagem.* 16 (1). 163-167.

Direção Geral da Saúde (2006). Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatística de Saúde. Divisão de Epidemiologia, Lisboa. Direção Geral de Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012- 2016. Acedido a 25 de Fevereiro de 2014. Disponível em www.dgs.min-saude.pt/pns/vol1_311htm

Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional para as doenças oncológicas. Orientações programáticas. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014. Disponível em www.dgs.min-saude.pt/pns/vol1_311htm

Ferreira, A., Seiça, A. & Morais, I., (2009). Pessoa Ostomizada. *Enfermagem e o Cidadão.* 7 (20). 3.

Ferro, S. M. & Pereira, A. D. Neoplasias Esofágicas. IN Matos, L. & Figueiredo, P. N. (2013). *Gastrenterologia fundamental*. Lidel. 105-116.

Fidalgo, P. Cancro colorretal. IN Matos, L. & Figueiredo, P. N. (2013). *Gastrenterologia fundamental*. Lidel. 217-247.

Freitas D. Intestino, Cancro do Cólon e do Recto. In: Freitas D, ed. Doenças do Aparelho digestivo. Coimbra: Astra Zeneca, Produtos farmacêuticos, Lda, 2002:435-460.

Gemelli, L. & Zago, M. (2002). A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 10(1). 34-40.

Leitão, N. (2002). Prevenção do Cancro do Cólon e Recto: é tempo do seu desenvolvimento. *ENDOnews* 9. 105-111.

Leitão N. (2004).Rastreio do Cancro do Cólon e Recto: recomendações da SPED. *ENDOnews* 8.

Macedo, S. (2006). Educação para a alta à pessoa com ostomia. *Revista Sinais Vitais*. 67, 51-53.

Magalhães, H. S. (2006). Preparação para a alta do doente colostomizado. *Nursing*. 207 (16). 39- 41.

Martins, C, Ayoub, A. & Leite, M. (2006). Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto & Contexto em Enfermagem*. 25 (3). 472-478.

Mendes, V. (2008). Prevenir o cancro do Cólon e Reto. *Jornal Português de Gastrenterologia*. 15 (4). 153-155.

Mendonça, R., Valadão, M. & Camargo, T. (2007). A importância da consulta de enfermagem em pré-operatória de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. (53(4). 431- 435.

Menezes, A. & Quintana, J. (2008). A percepção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21 (1). 13-18.

Ministério da Saúde (2009). Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/ 2010 Programa de desenvolvimento. Acedido a 5 de Março de 2014. Disponível em: http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Portugal_National_Cancer_Control_Plan_2009_Portugese.

Morais, I., Neves, D. & Seiya, A. (2009). Caracterização da pessoa com complicações locais da ostomia e a sua percepção sobre os cuidados de saúde recebidos. *Nursing*. 251 (21). 28-30.

Nascimento, C. M. S., Trindade, G. L. B., Luz, M. H. B. A. & Santiago, R. F. (2011). Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. (20 (3) 557- 564.

Oriá, M., Moraes, L., Victor, J., (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 6(2). Acedido a 05/07/2013. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

Paula, M. & Santos, V. (2003). O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Rev Latino-am Enfermagem*. 11 (4). 478-482.

Pereira, M. (2005). Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Contributos para a formação em enfermagem. Tese de Doutoramento. Acedido a 05/07/2013. Disponível em <http://handle.net/10216/22906>.

Pereira, M. A. (2005), Má Notícia em Saúde: Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. *Texto Contexto Enferm.* 14(1).33-37.

Pereira, A., Fortes, I., Mendes, J. (2013). Comunicação de más notícias: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE On Line.* 7(1). 227-235.

Pinto, C. & Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Qualidade de Vida.* 24 (1). 37- 56.

Pinto, A. (2010). Rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto Evidência Científica. *Endonews.* 30. 8- 10.

Pinto, A. (2012). Rastreio do carcinoma do cólon e reto: eficácia e adesão. *Jornal Português Gastrenterologia.* 19. 113-114.

Queiroz MJ.(2003). Prevenção do cancro. *Rev Port Clin Geral.* 19.449-451.

Reveles, A. G. & Takahashi, R. T. (2007). Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm USP.* 41 (2). 245- 250.

Serrano, P., & Pires, F. (2007). Enfermeiro e o doente ostomizado. *Revista Sinais Vitais.* 73, 48-52.

Silva, A. L., Shimizu, H. E. (2006). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Ver. Latino-am Enfermagem.* 14 (4). 483-490.

Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K. A., & Liles, L. L. M. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing.* 60 (6). 627-635.

Stum, E. M. F., Oliveira, E. R. A. & Kirschner, R. M. (2008). Perfil de pacientes ostomizados. *Scientia Medica*. 18 (1). 26- 30.

APÊNDICE

APÊNDICE

Apêndice I - Reflexão Crítica

REFLEXÃO FINAL

Quando pensei neste projeto, foi com o objetivo de o colocar em prática de modo a que não ficasse esquecido e se tornasse num mero projeto académico. Nesse intuito delineei alguns locais de estágio que pudessem contribuir para o seu desenvolvimento e adquirisse fundamentos para a implementação da consulta de enfermagem de estomaterapia na minha instituição.

Na minha perspetiva, os locais de ensino clínico por onde passei, foram um pilar fundamental para a construção e estruturação da consulta que pretendo implementar.

É de extrema importância o facto da Direção de Enfermagem da Instituição onde exerço funções estar interessada em implementar esta consulta. Numa primeira fase conversei com a minha Chefe sobre esta minha intenção, a qual me deu todo o seu apoio.

Posteriormente, marquei uma reunião com o Sr. Enfermeiro Diretor. Este ouviu a minha proposta e viu o meu projeto, realizado no âmbito do mestrado, ao qual se mostrou muito interessado e verbalizou que daria todo o seu apoio (Apêndice II). Nesta sequência referiu que seria chamada numa quinta-feira, à Reunião Assistencial para apresentar o meu projeto à Administração do hospital.

Com todas estas respostas fiquei muito motivada por sentir que este projeto seria abraçado na Instituição.

Comecei a falar com os cirurgiões que trabalham comigo no serviço, estes também ficaram muito entusiasmados, pois sentiam uma grande lacuna nesta área.

Numa dita quinta-feira fui chamada à Reunião Assistencial da Administração para apresentar o meu projeto. No início estava muito nervosa, mas fui muito bem recebida, assim como, o meu projeto até que no final fizeram a proposta de apresentar o meu projeto a toda a Instituição nas reuniões que fazem à

quarta-feira, o que ficou agendada para 16 de Abril e por indicação da Administração foi adiada para 24 de Setembro de 2014.

Assim, começa a etapa da organização da consulta, esta inicialmente irá ser realizar no serviço onde exerço funções. Comecei a fazer alguns telefonemas para os vários representantes das empresas existentes, para me apresentarem o material e fornecerem algum para poder mostrar aos clientes.

Estes contactos, foram obtidos quando passei pela consulta de enfermagem de estomaterapia de um Hospital da área de Lisboa, pois é importante conhecer todo o material existente no mercado, assim como as suas características.

Todos os representantes mostraram disponibilidade para a demonstração do seu material assim como, no fornecimento gratuitamente do mesmo.

Comecei então a organizar o armário com o material necessário para a realização da consulta.

Elaborei a folha da consulta de pré-operatório, assim como a folha da 1ª consulta e seguintes consultas (Apêndice III).

Um dos objetivos delineados foi o de identificar um elo de ligação com os serviços de internamentos, que foi facilmente concretizado, pois num dos serviços havia uma enfermeira que tinha realizado uma pós-graduação em estomaterapia, conversei com ela e apresentei o meu projeto ao qual ela se mostrou motivada e que gostaria de integrar o projeto.

Nesse âmbito e com ajuda da colega elaborei duas instruções de trabalho (Apêndice IV). Estas instruções de trabalho têm como finalidade a uniformização de cuidados prestados aos clientes ostomizados, assim como, todos estes doentes aquando a alta fiquem com uma consulta de enfermagem de estomaterapia marcada, nos serviços de internamento. É de extrema importância o seguimento destes clientes para que estes não se sintam perdidos e sem saber onde se dirigir e com muitas dúvidas, pois grande parte das dúvidas surgem aquando a alta.

Com este meu projeto, e o facto de conhecer melhor o internamento, pude verificar que os clientes ostomizados não têm um ensino estruturado sendo este realizado muitas vezes poucos dias antes da alta. Esta situação preocupame e, nesse sentido gostaria que o ensino fosse estruturado e que todos o fizessem da mesma forma, pelo que elaborei também em colaboração com a colega do internamento um guia de registo de ensino para sua sistematização (Apêndice V). Nessa sequência também realizei o guia de ensino ao cliente ostomizado para a equipa de enfermagem, no intuito que todos pudessem usufruir da mesma informação (Apêndice VI).

Um dos objetivos que não foi alcançado foi o da sessão formativa para a equipa de enfermagem dos vários serviços, pelo facto de ainda não ter sido apresentado o projeto a toda a Instituição.

Na minha perspetiva penso ser de extrema importância acompanhamento dos clientes portadores de uma OEI, para que a sua integração e adaptação a esta nova condição de vida seja mais fácil.

Foi também importante a realização da formação sobre estomaterapia (Atualização em Estomaterapia, realizada em Coimbra), pois deu-me contributos teóricos sobre a temática, e conheci outras realidades dos vários pontos do país e como estas consultas estão estruturadas, quer a nível hospitalar assim como nos cuidados primários (Apêndice VII).

É muito gratificante poder ajudar estes clientes na sua adaptação, na aprendizagem do seu autocuidado para se tornarem autónomos.

Foi com muito entusiasmo que planeei e construí esta consulta. O número de clientes portadores de OEI tem sido pequeno, um dos fatores que contribui para este facto é o de ainda ser um projeto que não é conhecido por toda a Instituição.

Daqueles clientes conhecidos, e dos que me pedem a colaboração, tento fazer um acompanhamento desde o pré-operatório até á sua alta e, depois continuo o seu seguimento na consulta ou sempre que este necessite. Ou então, por vezes são os próprios colegas do internamento que me contactam para

proceder ao seu acompanhamento até á alta e posteriormente em consulta. Neste tipo de acompanhamento peço sempre a presença de uma pessoa de referência.

Embora tenha sido um projeto, que de certa forma é bem aceite por toda a equipa de enfermagem, tem sido difícil mudar algumas mentalidades e alguns procedimentos já instituídos, mas aos poucos julgo conseguir, e tenho esperança que estes clientes, quando tiverem alta, estejam melhor preparados e adaptados para esta nova condição de vida.

Em suma, conluo que é de extrema importância a existência desta consulta diferenciada e o seguimento dos clientes portadores de OEI, para que a adaptação destes clientes seja mais fácil assim como, a sua integração na vida social. Tal como refere Sonobe, Barichello & Zago (2002)¹ a necessidade da existência de um atendimento especializado aos clientes ostomizados, em que este, deverá ser contínuo com um acompanhamento em todas as fases desde o pré ao peri operatório assegurando assim uma melhor assistência a estes clientes.

¹ Sonobe, H. M., Barichello, E. & Zago, M. F. (2002). A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 48(3). 341-348.

APÊNDICE

Apêndice II – Projeto
Consulta de Enfermagem de
Estomaterapia

PROJETO CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA



Realizado por: Ana Teixeira

Lisboa, Janeiro 2014

ABREVIATURAS

OEI – Ostomia de Eliminação Intestinal

INDICE

1- INTRODUÇÃO	3
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2.1- Ostomia de Eliminação intestinal	6
2.2- Complicações inerentes às ostomias de eliminação intestinal	8
2.3- O Impacto da Ostomia de Eliminação Intestinal no Individuo	9
2.4- Cuidar do doente portador de ostomia de eliminação intestinal	11
3- OBJETIVOS	14
4- METODOLOGIA	16
5- FLUXOGRAMA	17
6- RECURSOS	18
7- AVALIAÇÃO	21
8- NOTAS FINAIS	22
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	23
Apêndice	
Apêndice I – Registo de Enfermagem	
Anexos	

Anexo I – Direitos dos Ostomizados

1- INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Médico-cirúrgica, área de intervenção de Enfermagem Oncológica, foi-me proposto a realização de um projeto a desenvolver no 3º trimestre. Neste sentido surgiu a ideia de organizar uma consulta de enfermagem de estomaterapia.

A ideia de implementação desta consulta surge pela necessidade manifestada pelos clientes e profissionais de saúde desta unidade hospitalar em proporcionar um seguimento de qualidade, personalizado, por uma enfermeira de referência nesta área.

No Hospital onde exerço funções foram realizadas 10 colostomias e 1 ileostomias em 2012, tendo sido realizadas, só no primeiro trimestre de 2013, 11 colostomia e 10 ileostomias.

As causas mais frequentes que levam à realização de uma ostomia de eliminação intestinal (OEI) são variadas, e entre as mais frequentes estão as doenças inflamatórias do intestino, as doenças congénitas, os traumatismos abdominais, a oclusão intestinal, a incontinência fecal persistente, e sendo a que assume uma maior relevância, o carcinoma do colón e reto.

Muitos sobreviventes do cancro colon e reto têm que incorporar uma OEI nas suas vidas, o que implica a aquisição de habilidades cognitivas e comportamentais na adaptação a uma nova realidade (Hornbrook, McMillan, Grant, Baldwin, Herrington, Ramirez, Altshuler, Mohler, & Krause, R. (2007). A realização de uma ostomia de eliminação intestinal origina uma alteração da fisiologia gastrointestinal, com implicações na autoestima e imagem corporal, para além da intimidade/ sexualidade, causando mudanças nas relações familiares, sociais, afetivas e espirituais do ostomizado (Bechara, Bechara, Bechara, Queiroz, Oliveira, Mota, Secchin & Oliveira 2005; Annells, 2006).

É de grande importância o apoio dos profissionais de saúde em todo o percurso, na compreensão da perspectiva emocional do doente em cada uma das etapas do processo de aceitação da doença, sendo assim fundamental para encarar com esperança e positividade a sua vida futura e adaptar-se a uma nova condição de vida (Macedo, 2006).

O enfermeiro tem um papel fundamental nos cuidados a prestar aos doentes portadores de OEI, ajudando-os a ter consciência das suas capacidades e limitações no que diz respeito à nova condição de vida, auxiliando-os a estabelecer metas realistas para as mudanças de comportamentos e a atingir um dos objetivos primordiais o regresso à sua vida habitual (Macedo, 2006). Para esta finalidade é essencial que o enfermeiro transmita informação inerente a esta situação crónica de saúde, sendo o profissional com maior responsabilidade para o efetuar. O ensino facilita o processo de aceitação da ostomia como fazendo parte do próprio, pelo que deve ser iniciado precocemente, envolvendo sempre o doente, a família ou pessoas que este considere significativas, devendo ser contínuo e a sua eficácia avaliada através da apreciação dos conhecimentos que o doente possui e da sua capacidade para se autonomizar nos cuidados inerentes à sua ostomia, aquando do regresso a casa (Serrano & Pires, 2007)

Existem inúmeras alterações que surgem ao longo do tempo e que modificam as necessidades da pessoa com uma OEI, gerando incapacidades no seu autocuidado, nomeadamente o contínuo dimensionamento do estoma e o necessário reajuste do dispositivo de ostomia, a prevenção e o tratamento de complicações da pele peri estoma, mudança do dispositivo de ostomia, o acesso a produtos de ostomia e a necessária assistência financeira, consulta dietética e apoio emocional (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). Sendo estes alguns problemas de gestão da saúde que podem surgir a qualquer momento, em que os enfermeiros podem assumir um papel fundamental no cuidado a estas pessoas (Brown & Randle, 2004).

Foi neste enquadramento, e na perspectiva de contribuir para uma melhor adaptação à sua nova condição de vida destes doentes portadores de OEI pretendo a implementar esta consulta de enfermagem.

Embora tenha pouca experiência nesta área de enfermagem, é uma área pela qual tenho muito interesse e pretendo continuar a aprofundar conhecimentos, quer através da realização de ensinamentos clínicos, inseridos no programa do Mestrado, quer através de consulta bibliográfica e reuniões informais com os médicos e outros profissionais envolvidos no projeto quer por outras formações que sejam pertinentes.

Assim, com a realização deste projeto pretendo conciliar o gosto pessoal pelo tema com a necessidade sentida pelos diversos profissionais de saúde e clientes desta unidade hospitalar.

O projeto encontra-se estruturado da seguinte forma: um breve enquadramento teórico, posteriormente definição dos objetivos, passando à metodologia, fluxograma, recurso, avaliação e por fim uma breve nota final.

2-ENQUADRAMENTO TEORICO

2.1 Ostomias de eliminação intestinal

A realização de um estoma será provavelmente, uma das intervenções cirúrgicas mais antigas (Crema & Silva, 1997).

O primeiro estoma planejado foi uma cecostomia realizado em França, em 1776, pelo Pilore a um doente com obstrução total secundária a um carcinoma do reto. Apesar do sucesso inicial faleceu no décimo segundo dia de pós-operatório (Kretschmer, 1980).

A palavra ostomia, estoma tem origem grega, e significa boca ou abertura, onde exteriorizam qualquer víscera oca no corpo. (Gemelli & Zago, 2002).

Pinheiro (2011), também define ostomia como formação cirúrgica de uma abertura da parede abdominal, exteriorizando uma víscera.

A classificação das ostomias é determinada em função de um conjunto de parâmetros: função, localização anatómica, tempo de permanência e tipo de construção.

Existem vários tipos de estoma e estes, adquirem determinada nomenclatura dependendo do órgão onde são realizados e o tipo de efluente que expellem. Sendo assim, existem estomas respiratórios (traqueotomia e traqueostomia), urinários (urostomias) e digestivos, em que estão subdivididos em estomas de alimentação (faringostomia, esofagostomia, gastrostomia e jejunostomia) e estomas de eliminação (jejunostomia, ileostomia e colostomia). As OEI de acordo com a sua localização anatómica, são denominadas em: colostomia ascendente, transversa, descendente e sigmóidea, consoante o local do intestino onde se originam (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007)

De acordo com os vários tipos de ostomias intestinais a colostomia e a ileostomia são as mais realizadas (Gemele & Zago, 2002).

Designa-se por colostomia a abertura realizada no intestino grosso onde o colon será exposto na parede abdominal para expelir fezes. A frequência e a consistência das fezes dependerão da porção do cólon que será interrompida, ou seja quanto mais próximo do ânus mais sólidas serão (Gemele & Zago, 2002).

A ileostomia é uma abertura realizada no intestino delgado onde o íleo será exteriorizado na parede abdominal, sendo as fezes drenadas de características líquidas ou semilíquidas (Gemele & Zago, 2002).

Referente ao tempo de permanência, os estomas são classificados em permanentes ou temporários de acordo com a possibilidade de uma segunda intervenção para a reconstrução do trânsito intestinal. A maior parte dos estomas que tem carácter temporário, podem tornar-se permanente pelo alto risco inerente ao restabelecimento do trânsito intestinal (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007).

Segundo os autores anteriormente referidos com o aumento e aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas preservadoras do esfíncter anal, nomeadamente na cirurgia colo-rectal, tem decrescido a frequência de realização de estomas permanentes mas aumentou a realização dos estomas temporários, com o objetivo de derivar o conteúdo fecal. Ou seja, para manter em “descanso” determinado segmento para diminuir as complicações sépticas, estimulando assim o processo de cicatrização (Simões, 2002).

Os estomas designados permanentes resultam da perda da função do esfíncter anal, normalmente resultante de um tratamento cirúrgico ou a incontinência, com provável insucesso para outras opções terapêuticas que visam restaurar a evacuação transanal (Habr-Gama & Araújo, 2000).

Quanto ao tipo de construção, classificam-se em terminais, em ansa, ou terminal de ansa de acordo com a existência ou não de uma interrupção completa da parede intestinal (Phipps, Long, & Woods, 1990).

As indicações da realização de uma OEI são de diversas patologias tais como: doenças inflamatórias, diverticulite, traumatismos colo-retal, anomalias

congénitas (atresia e estenose) e principalmente neoplasias colo-retal (Cascais, 2007).

2.2- Complicações inerentes às ostomias de eliminação intestinal

As complicações inerentes às OEI podem decorrer da técnica cirúrgica, outras de ordem geral como o aumento da pressão intra-abdominal, redução do tónus abdominal e o aumento de peso no pós-operatório (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007).

A maior parte das complicações do estoma podem ser prevenidas através da marcação prévia do estoma no pré-operatório, ou seja, a eleição adequada do local do estoma antes da cirurgia é um procedimento de extrema importância para a qualidade de vida do futuro ostomizado. Assim, desta forma, ficam asseguradas as condições que garantem a aderência do dispositivo e a fácil visualização pelo cliente (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007).

Os autores anteriormente referidos defendem que, a seleção do local do estoma deve ser realizado antes da cirurgia com o doente sentado, de pé, deitado e a andar, usando a sua roupa habitual. Com este procedimento, permite a seleção de locais potenciais que são visíveis para o doente, que não interferem com a sua roupa, proeminências ósseas ou cicatrizes e coincidentes com o ápex de pregas adiposas.

O momento da marcação do estoma representa um momento particularmente sensível e até de algum sofrimento psicológico para o doente, pois coloca, de forma real, a cirurgia proposta, é da competência do enfermeiro implementar intervenções que visam minimizar as necessidades que o doente exprime (Sands, 2003).

As complicações que podem surgir da construção da ostomia de eliminação intestinal são: o desequilíbrio hidro-electrolítico, os problemas cutâneos e as complicações relativas ao estoma.

Deste procedimento podem surgir complicações mais precocemente ou tardiamente, consoante o momento de aparecimento. Relativamente às complicações imediatas ou precoces salientam-se: a necrose, a retração, a hemorragia, a infeção e o edema. Nas complicações tardias podem surgir a estenose, a hérnia, o prolapso, o abcesso e a oclusão intestinal (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007).

2.3- O Impacto da OEI no Indivíduo

A realização de uma OEI provoca alteração da fisiologia gastrointestinal que se reflete a nível da autoestima e imagem corporal, para além da intimidade/sexualidade, implicando mudanças nas relações familiares, sociais, afetivas e espirituais da pessoa ostomizada (Annells, 2006).

A pessoa ostomizada vivencia uma panóplia de sentimentos multidimensionais, tornando-se importante a sua análise para promover a sua adaptação à sua nova situação de saúde (Ballow, 2002, referenciado por Albuquerque, Agostinho, Freitas, Machado & Silva, 2009).

A realização de uma OEI não tem apenas um impacto físico no indivíduo mas a dimensão emocional, psicológica, social e espiritual são também muito afetadas (Gemelli & Zago, 2002).

As preocupações do indivíduo portador de OEI estão relacionadas com o aspeto físico, ou seja, referentes às modificações fisiológicas gastrointestinais, principalmente a perda do controlo fecal e a eliminação de gases, às complicações relacionadas com a ostomia e à realização do autocuidado com o estoma e no que diz respeito também com a troca dos dispositivos (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

A nível emocional e psicológico também ocorrem alterações essencialmente a alteração, da imagem corporal provocada pela construção de um estoma, acabando também por afetar a sua qualidade de vida. O estoma é uma alteração física visível e significativa do corpo, podendo transforma-lo num

corpo privado de integridade e autonomia, podendo levar a conflitos e desequilíbrios interiores o que poderá alterar as relações sociais (Paula, 2008).

A vida sexual da pessoa ostomizada também é afetada, pois encontra-se estreitamente relacionada com o conceito de autoimagem e a consequente diminuição da autoestima e da percepção da atração sexual (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

A família tem um papel fundamental no apoio que dá em todo o processo de aceitação da ostomia e consequentemente na reabilitação, pois é a família quem se encontra mais próximo da pessoa ostomizada (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

A família deve ser envolvida em todo o processo terapêutico com consentimento da pessoa ostomizada, pois uma vez que conhece os hábitos, gostos e preferências da pessoa, pode fornecer informações importantes na execução de um plano terapêutico de reabilitação e de reinserção (Menezes & Quintana, 2008).

A adaptação a esta nova condição de vida é um processo longo e contínuo e está relacionada com a doença base, o grau de incapacidade, os valores e tipo de personalidade individual (Sonobe & Zago, 2002).

Silva & Shimizu (2006), defendem que os profissionais de saúde não devem focalizar os seus cuidados referentes a entrega de materiais, na orientação de como manusear os diversos equipamentos, mas também ajudá-los na reintegração na vida social incentivando-o e procurando combater preconceitos difundidos na sociedade.

2.4- Cuidar do doente portador de OEI

A criação de uma OEI é um processo cirúrgico que gera no indivíduo mudanças não só a nível social, como nas relações pré estabelecidas, mas também a nível económico, físico e psicológico. Cabe ao enfermeiro ter a perceção adequada das características psicológicas inerentes ao doente ostomizado de forma, a que o consiga ajudar na adaptação à sua nova condição de vida.

O apoio dos profissionais de saúde é fundamental na compreensão da perspetiva emocional do doente nas várias fases do processo de aceitação da doença, para que este encare com esperança e positividade a sua vida futura e adaptar-se da melhor forma à sua nova condição de vida (Martins, 2004). Desta forma e de acordo com o mesmo autor, o enfermeiro tem um papel importante não só no que diz respeito aos cuidados técnicos prestados ao cliente, mas também no ensino efetuado

O enfermeiro tem um papel fundamental relativamente ao ensino a efetuar, porque mais do que transmitir conhecimentos teóricos, a pessoa tem necessidade de adquirir “saber-saber” para desenvolver “saber-fazer” que é o objetivo fulcral de toda a atividade educacional proporcionada, pois não deverá ser menosprezada ou negligenciada pelos enfermeiros enquanto técnicos de saúde (Martins, 2004).

É fundamental que os cuidados de saúde sejam orientados por um planeamento cuidadoso, desde o pré-operatório, no intuito de preparar a pessoa quer física quer emocionalmente para a nova realidade, favorecendo assim o seu processo de reabilitação e reinserção e uma melhor qualidade de vida (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

A intervenção dos profissionais de enfermagem deve iniciar-se o mais precocemente possível, desde o momento que a realização do estoma seja a proposta terapêutica, é fundamental assegurar a confiança do doente e família (Gemelli & Zago, 2002).

Segundo Martins (2006), deve-se ter uma perspectiva holística e humanizada dos cuidados visando as seguintes intervenções: apoio psicológico e espiritual, devendo o profissional de enfermagem revelar compreensão pelos diferentes sentimentos e reforçar a importância da comunicação; seleção e marcação do local ideal para a construção do estoma; preparação do intestino através da limpeza intestinal; informação e clarificação de um conjunto de procedimentos que garantam a segurança da intervenção cirúrgica e a visita pré-operatória.

Na fase intraoperatória ocorre a cirurgia propriamente dita, em que há a exteriorização do estoma, considerando o local pré demarcado. Este só não é realizado no local previsto caso surja problemas de ordem técnica (Santos, 2000).

Os cuidados pós-operatórios são fundamentais na reabilitação da pessoa que passa a viver ostomizada. Santos (2000) divide o pós-operatório em: imediato, mediato e tardio. No pós-operatório imediato o objetivo é o de evitar e detetar precocemente eventuais complicações; no pós-operatório mediato, que é considerado a partir do 3º dia pós cirurgia, preconiza o ensino gradual do autocuidado onde se dá o enfoque à visualização e toque do estoma, até ao dia da alta em que o ostomizado deve sair com confiança e esperança e o mais autónomo possível. É importante que o cliente portador de ostomia de eliminação intestinal tenha aprendido a cuidar da sua ostomia relativamente à higiene da pele e do estoma, prevenção de lesões na pele e correta adaptação dos dispositivos. O pós-operatório tardio é a etapa fundamental para o acompanhamento destas pessoas dando continuidade ao processo ensino-aprendizagem.

Os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros devem planear uma adequada prestação de cuidados que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, para que a pessoa portadora de OEI desenvolva aptidões para o autocuidado, que se poderá refletir na adaptação fisiológica, psicológica e social desta pessoa e seus familiares referente ao processo de viver com uma ostomia, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

A equipa de enfermagem deverá ensinar o cliente e família os principais cuidados ao estoma, para além de lhe proporcionar a oportunidade de manusear e aplicar o dispositivo, este ensino deve ser progressivo, tendo em atenção a sua aceitação e receptividade à sua nova imagem corporal, podendo o cliente estar, ou não, preparado para observar a sua ostomia (Alves, 2010).

Raramente todo este processo é completado durante a hospitalização, pelo que é essencial que o cliente seja encaminhado para uma consulta de enfermagem de estomaterapia.

Segundo Alves (2010), no pós-operatório o grande objetivo da equipa de enfermagem é ensinar ações específicas relativamente ao autocuidado (higiene e à observação do estoma, pele peri estoma e dispositivo).

A existência de uma consulta de enfermagem de estomaterapia permite dar apoio e assegurar a autonomia dos clientes, vigiar os estomas e detetar precocemente complicações, aconselhar e adequar o dispositivo a usar, encaminhar para outras especialidades (quando necessário) e promover a reintegração social (Alves, 2010).

De acordo com a Declaração dos Direitos dos Ostomizados, os doentes portadores de uma OEI têm direito a receber apoio médico experiente e profissional, assim como cuidados de enfermagem especializados no período pré-operatório e pós-operatório, tanto no hospital como na comunidade (Anexo II).

3-OBJETIVOS

Como objetivos principais para realizar este projeto de consulta delineei:

- ✚ Promover o ensino e o apoio ao cliente, desde que lhe é proposto uma cirurgia, da qual poderá resultar uma ostomia.
- ✚ Proporcionar um cuidado individualizado e especializado ao cliente ostomizado e família.
- ✚ Promover o autocuidado do cliente ostomizado;
- ✚ Ensinar/ treinar o cliente ostomizado/ família.
- ✚ Melhorar a qualidade de vida do cliente ostomizado.
- ✚ Promover a articulação com os diferentes serviços da instituição.
- ✚ Realizar ações de formação para os pares dentro da instituição.

Sendo os objetivos específicos os seguintes:

➤ **Pré-operatório**

- ✓ Identificar todos os clientes propostos para uma ostomia:
- ✓ Garantir que todos os clientes propostos para uma ostomia recebam a informação adequada ao seu tipo de cirurgia, proporcionando-lhe um espaço para exporem as suas dúvidas;
- ✓ Avaliar se o cliente está consciente das alterações inerentes a estas cirurgias;
- ✓ Avaliar o estado físico e psicossocial, mediante entrevista realizada ao cliente e/ ou família a fim de planear os cuidados de enfermagem;
- ✓ Informar o cliente acerca do pós-operatório imediato;
- ✓ Elegger cuidadosamente o local do estoma;
- ✓ Detetar e minimizar fatores de risco.

➤ **Pós-operatório**

- ✓ Reavaliar o estado físico e psicossocial do cliente no internamento;
- ✓ Realizar/ colaborar nos cuidados ao estoma estimulando o cliente a participar;
- ✓ Incentivar o cliente a olhar o seu estoma e iniciar o autocuidado;
- ✓ Contribuir para a diminuição das complicações do estoma;
- ✓ Identificar o tipo de dispositivos adequados à sua situação;
- ✓ Orientar o cliente e família na autonomia das atividades de vidas diárias no internamento, ambulatório e/ ou domicílio;
- ✓ Apoiar a pessoa ostomizada/ família no pós alta, assegurando continuidade de cuidados;
- ✓ Reintegração familiar, social e laboral;
- ✓ Promover autonomia, autoestima e independência;
- ✓ Inculcar hábitos alimentares e de higiene adequados;
- ✓ Permitir verbalização de medos e dúvidas;
- ✓ Elucidar sobre recursos e legislação existentes.

4-METODOLOGIA

A Consulta de Enfermagem de Estomaterapia deve ser realizada e organizada no Centro de Gastrenterologia, com o seguinte horário Segundas e Sextas das 15h às 17h, ou de acordo com as necessidades do cliente.

É de salientar que estes clientes poderão recorrer a esta consulta sempre que sentirem necessidade.

Estratégia/ Atividades

-Elaboração de folha de registo de enfermagem, no intuito de uniformizar registos (Anexo I);

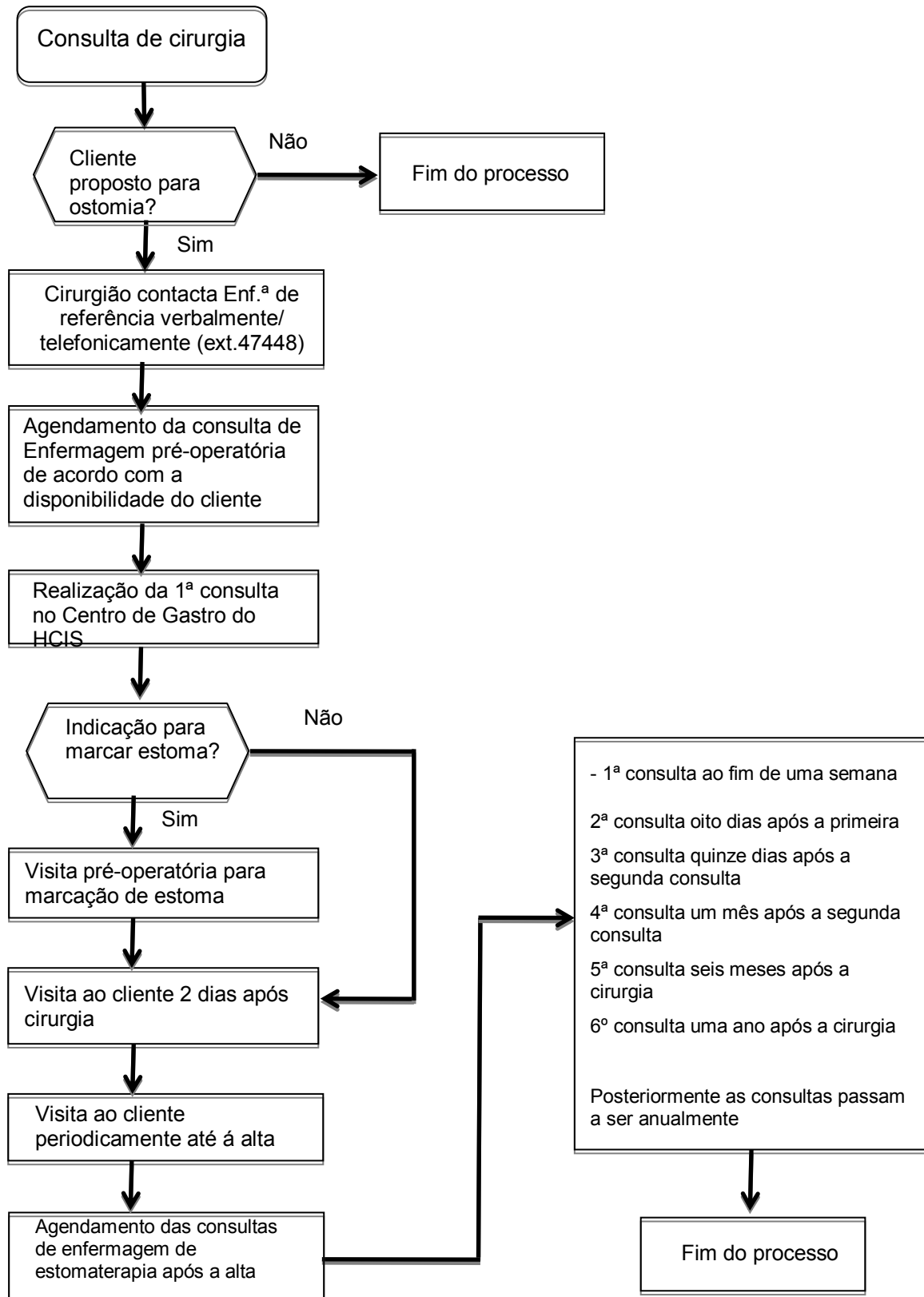
-Divulgação da Consulta;

-Identificação de necessidades de formação da equipa enfermagem;

-Envolvimento das equipas de enfermagem dos vários serviços de internamento;

-Elaboração de normas de procedimentos.

5-FLUXOGRAMA



6-RECURSOS

Para a realização desta consulta será necessário criar um espaço de atendimento personalizado e com alguma privacidade para estabelecer uma relação de ajuda e empatia, um espaço que permita o esclarecimento de dúvidas e verbalização de todos os sentimentos e receios.

Os recursos materiais necessários são:

- Gabinete com secretária e cadeiras;
- Marquesa;
- Armário para colocação de material;
- Material disponível no mercado para cuidar do estoma;
- Lavatório;
- Balança;
- Caixote de lixo;
- Espelho;
- Telefone para contacto.

Prevê-se ainda a utilização de material consumível, como por exemplo:

- Compressas limpas;
- Resguardos;
- Luvas;
- Gel lubrificante;

Para além de recursos materiais é necessários recursos humanos. Inicialmente a consulta será realizada por mim. Posteriormente será integrada uma outra enfermeira, com interesse nessa área de modo a colmatar as minhas ausências, principalmente em altura de férias.

Atividades das Enfermeiras da Consulta de Estomaterapia

Pré-Operatório

- Fazer o acolhimento ao cliente/ família á Instituição/ Consulta;
- Realizar entrevista ao cliente/ família;
- Recolher e registar informação relativa à situação de doença do cliente, enquadramento familiar e social;
- Elaborar o plano de cuidados, de acordo com as necessidades detetadas;
- Fornecer informação específica em estomaterapia ao cliente/ família;
- Realizar respetivo ensino e esclarecer dúvidas
- Realizar respetivo registo.

Internamento Pré-operatório

- Visita ao cliente internado;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Apoio emocional;
- Marcação do estoma
- Realizar registo.

Internamento Pós-operatório

- Visita ao cliente;
- Apoio emocional;
- Observação e medição do estoma;
- Detecção de complicações;
- Escolha do dispositivo adequado ao cliente;
- Promoção do autocuidado;
- Ensino relativo à aplicação, mudança, cuidados á pele e alterações nas atividades de vida diárias;
- Presenciar a mudança do dispositivo pelo cliente;
- Esclarecimento de dúvidas;

- Ensino para a deteção de alterações do estoma, pele e características do efluente;
- Marcação de consulta de enfermagem de estomaterapia de seguimento no ambulatório;
- Realização de registos;
- Trabalhar com os colegas do serviço.

Ambulatório Pós-operatório

- Validação do ensino efetuados;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Observação do estoma;
- Deteção de complicações do estoma e da pele;
- Identificar fatores nas atividades de vidas diárias;
- Realização e avaliação de atividades/ cuidados com o objetivo da promoção da qualidade de vida do cliente/ família;
- Realização dos registos;
- Marcação da consulta de seguimento de acordo com as necessidades.

7-AVALIAÇÃO

A avaliação dos objetivos que foram estabelecidos só é possível se for realizada de forma contínua ao longo de todo o processo, permitindo reformulações de modo a maximizar a eficácia das intervenções.

Para tal defini indicadores de qualidade como a taxa de cobertura (número de doentes em consulta sobre o número de doentes operados vezes 100); taxa de complicações (Nº de complicações sobre o número de doentes ostomizados vezes 100) e por fim como anteriormente referido a avaliação da satisfação do cliente através de um inquérito de satisfação.

8-NOTAS FINAIS

A elaboração deste projeto permitiu descrever em papel a intenção de implementar uma Consulta de Enfermagem que permita melhorar a qualidade de vida da pessoa ostomizada.

Os clientes que são submetidos a uma cirurgia que implica a realização de uma ostomia de eliminação intestinal requerem uma preparação física e psicológica adequada, de forma a aceitar o pós-operatório da melhor forma, assim como a sua nova situação, ou seja, iniciando esta fase da vida com mais confiança em si mesmo, com menos ansiedade.

A relação que se estabelece entre o cliente e a enfermeira deverá ser de relação de ajuda, consolidada na comunicação com o intuito deste se tornar autónomo no seu autocuidado, promovendo uma melhor qualidade de vida.

Sei que é o início de uma longa caminhada mas apesar de algumas dificuldades sentidas na elaboração deste projeto, considero que o mesmo poderá obter resultados de sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, M. I. N., Agostinho, A. C. H., Freitas, C. C., Machado, M. M. L. C., & Silva, R. C. G. (2009). O domínio de si: a experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. *Referência*, 9 (II Série), 27-33.

Alves, R. (2010). A prática educativa na ostomia de eliminação intestinal contributo para a gestão de cuidados de saúde. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Annells, M. (2006). The experience of flatus incontinence from a bowel ostomy: a hermeneutic phenomenology. *Journal Wound, Ostomy, Continence Nursing*.33 (5), 518-524.

Bechara, R. N., Bechara, M. S., Bechara, C. S., Queiroz, H. C., Oliveira, R. B., Mota, R. S., Secchin, L. S. B., & Oliveira Jr., A. G. (2005). Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 25 (2), 146-149.

Brown, H., & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (1), 74-81.

Cascais, A., Martini, J. & Almeida, P. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 16(1). 163-167.

Crema, E., & Silva, R. (1997). Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Minas Gerais: Pinti Artes Gráficas Ltda.

Direção Geral de Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012- 2016.

Ferreira, A., Seiça, A. & Morais, I. (2009). Pessoa Ostomizada. *Enfermagem e o Cidadão*. 7(20). 3-6.

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 (1), 34-40.

Habr-Gama, A., & Araújo, S. E. A. (2000). Estomas intestinais: aspetos conceituais e técnicos. In V. L. C SANTOS, & I. Y. R. Cesaretti, *Assistência de enfermagem em estomaterapia: cuidando do ostomizado* (pp. 39-54). São Paulo: Atheneu.

Hornbrook, M., McMillan, C., Grant, M., Baldwin, C., Herrington, L., Ramirez, M., Altshuler, A., Mohler, M. J., & Krause, R. (2007). *The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas*. 13th Annual HMO Research Network Conference 2007. Portland, Oregon

Macedo, L. M. V. S. (2006). Educação para a alta à pessoa com ostomia. *Revista Sinais Vitais*, 67, 51-53.

Marek, J., Phipps, W. & Sands, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Volume III. Lusociências.

Martins, M. (2004). *Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro?* In Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 7,Coimbra. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Martins, S., Lamelas, J., & Rodrigues, M. (2007). *Estomas digestivos*. Boletim do Hospital de São Marcos, 23 (2), 199-204.

Mendonça, R., Valadão, M., Castro, L. & Camargo, T. (2007). A importância da consulta de Enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 53(4). 431-435.

Menezes, A., & Quintana, J.. (2008). A percepção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21 (1), 13-18.

Nascimento, C., Trindade, G., Luz, M. & Santiago, R. (2011). Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*.20(3). 557-564.

Paula, M. & Santos, V. (2003). O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Ver latino-am Enfermagem*.11 (4). 474-482.

Paula, M. (2008). *Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas estomizadas: conhecer para transformar*. São Paulo: Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem.

Person, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A., Lappas, G. & Hultén E. (2005). Ostomy patient's perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 49 (1). 51-58.

Phipps, W. J., Long, B. C., & Woods, N. F. (Eds.) (1990). *Enfermagem médico-cirúrgica, conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta.

Reveles, A., Takahashi, R. (2007). Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm USP*. 41 (2). 245-250.

Sales, C., Violin, M., Waidman, M., Marcon, S. & Silva, M. (2010). Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. *Rev Esc Enferm USP*. 44(1). 221-227.

Sands, J. K. (2003). Avaliação de pessoas com problemas nos intestinos. In W. J. Phipps, J. K.Sands, & J. F. Marek, *Enfermagem médico-cirúrgica, conceitos e prática clínica* (Vol.3, cap. 41, pp. 1497-1564). Loures: Lusociência.

Serrano, C. M. P., & Pires, P. M. D. F. (2007). Enfermeiro e o doente ostomizado. *Revista Sinais Vitais*, 73, 48-52.

Silva, A. L., & Shimizu, H. E. (2006). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Ver. Latino-am Enfermagem*.14 (4). 483-490.

Sonobe, H. M., Barichello, E., & Zago, M. M. (2002). A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 48 (3), 341-348.

Santos, V. (2000). Fundamentação Teórico-Metadológica da Assistência aos ostomizados na área da saúde do Adulto. *Ver. Esc. Enf. USP*. 34(1). 52-58.

Apêndices

Apêndice I –
Registo de Enfermagem

Identificação do cliente

Consulta Pré-Operatória

Data: _____

Diagnóstico: _____

Cirurgia _____

Data proposta para a Cirurgia: _____ Tipo de Ostomia: Colostomia: _____

Ileostomia: _____

Profissão: _____ Pessoa de referência: _____

Estado emocional: _____

Avaliar conhecimentos sobre a cirurgia

Esclarecido dúvidas sobre:

Receios demonstrados pelo cliente:

Encaminhamento para outra especialidade: _____

Data para a marcação do local provável do estoma: _____

Assinatura do Enfermeiro

Identificação do cliente

1ª Consulta de Estomaterapia

Data: __/__/__

Data da Cirurgia: __/__/__

Data de Alta: __/__/__

Procedimento Cirurgico: _____

Colostomia

Ileostomia

Antecedentes Pessoais: _____

Dispositivo Aplicado

Marca: _____

Nº de Placa e Saco: _____

1 Peça

2 Peças

Características do Estoma

Forma: Redondo

Oval

Quadrado

Cor: Vermelho

Rosa

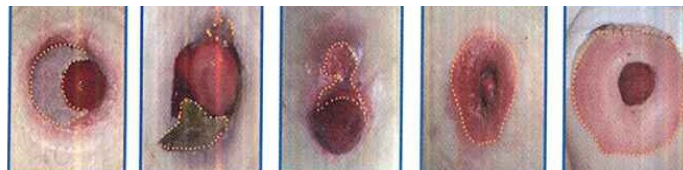
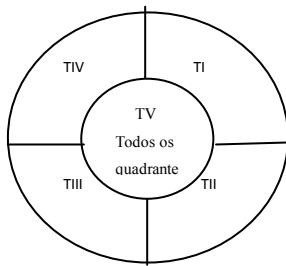
Sangrante

Características da pele peri-estomal:

Topografia da lesão: _____

Tipo de lesão: _____

Sem Lesão



L1

L2

L3

L4

L5

Características das fezes:

Consistência:

Líquidas

Semi-líquida

Pastosas

Cor:

Castanhas/Pretas

Amarelas/Verdes

Vestígios hemáticos

Quantidade:

Pequena Quantidade

Moderada Quantidade

Grande Quantidade

CHECK LIST – 1ª Consulta de Estomaterapia

Ensino/ Orientações

- Avaliar conhecimentos do cliente sobre a cirurgia
- Avaliar conhecimentos do cliente sobre a ostomia
- Observar
 - ✓ Características normais do estoma
 - ✓ Possíveis complicações do estoma e pele peri estomal
 - ✓ Características das fezes
- Esclarecer dúvidas sobre:
 - ✓ O dispositivo utilizado
 - ✓ Manuseamento do dispositivo
 - ✓ Avaliação do tamanho do estoma
 - ✓ Frequência da mudança da placa e saco
 - ✓ O material utilizado na higiene do estoma e pele peri estomal e sua frequência
 - ✓ Material protetor da pele peri estomal
 - ✓ Alimentação e a relação com as características das fezes
 - ✓ Onde comprar e comparticipação do material
 - ✓ Vestuário
 - ✓ Exercício
 - ✓ Atividade sexual
- Avaliar o grau de dificuldade do utente e/ou cuidador

Próxima consulta a: ___/___/_____

Dúvidas:

Observações:

Ass. Enfª. _____

Identificação do cliente

Consulta de Estomaterapia Nº _____

Data: __/__/____

Marca: _____

Nº de Placa e Saco: _____ 1 Peça 2 Peças

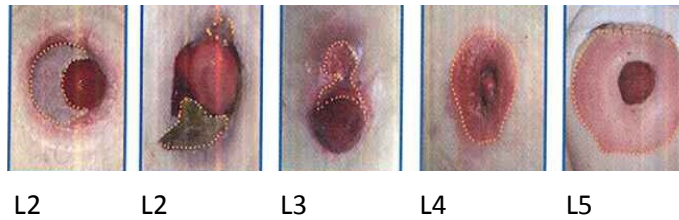
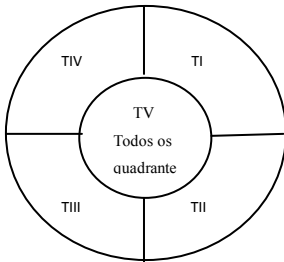
Características do Estoma

Forma: Redondo
 Oval
 Quadrado

Cor: Vermelho
 Rosa
 Sangrante

Características da pele peri-estomal:

Topografia da lesão: _____ Tipo de lesão: _____ Sem Lesão



Características das fezes: _____

Check List - Consulta de Estomaterapia

Ensino/ Orientações

- Avaliar conhecimento do cliente sobre a ostomia
- Reforçar ensino
- Esclarecer dúvidas

Próxima consulta: __/__/____

Dúvidas: _____

Observações: _____

Ass. Enfª _____

Anexo

Anexo I –
Direitos dos Ostromizados

Direitos dos Ostomizados

A International Ostomy Association tem objetivo principal que todas as pessoas ostomizadas tenham direito a uma qualidade de vida satisfatória após a cirurgia.

Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados²

- Receber orientações pré operatória, a fim de garantir um total conhecimento dos benefícios da operação e os fatos essenciais a respeito de viver com uma ostomia;
- Ter um estoma bem feito, em local apropriado, proporcionado atendimento integral e conveniente para o conforto do paciente;
- Receber apoio médico experiente e profissional, cuidados de enfermagem especializados no período pré e pós-operatório, tanto no hospital como em suas próprias comunidades;
- Ter acesso a informações completas e imparciais sobre o fornecimento e produtos adequados disponíveis no país;
- Ter a oportunidade de escolha entre os diversos equipamentos disponíveis para ostomia sem preconceitos e constrangimento;
- Ter acesso a dados acerca da Associação Nacional de Ostomizados e dos serviços e apoio que podem ser oferecidos;
- Receber apoio e informação para benefícios da família, dos cuidadores e dos amigos, a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações necessárias para alcançar um padrão de vida satisfatória para viver com a ostomia;
- Ter suporte emocional;
- Assegurar que os dados pessoais a respeito da cirurgia de ostomia serão tratados com descrição e confiabilidade, a fim de manter privacidade.

² Declaração Internacional dos direitos dos Ostomizados – Comitê Executivo da IOA- International Ostomy Association em Junho de 1993 e revisto em Julho de 1997 – Canadá. (consultado em 20 de Janeiro de 2014), disponível em www.ostomyinternational.org/aboutus.htm

APÊNDICE

Apêndice III – Folha de
registo de Enfermagem

Identificação do cliente

Consulta Pré-Operatória

Data: _____

Diagnóstico: _____

Cirurgia _____

Data proposta para a Cirurgia: _____ Tipo de Ostomia: Colostomia: _____

Ileostomia: _____

Profissão: _____ Pessoa de referência: _____

Estado emocional: _____

Avaliar conhecimentos sobre a cirurgia

Esclarecido dúvidas sobre:

Receios demonstrados pelo cliente:

Encaminhamento para outra especialidade: _____

Data para a marcação do local provável do estoma: _____

Assinatura do Enfermeiro:

Identificação do cliente

1ª Consulta de Estomaterapia

Data: __/__/__

Data da Cirurgia: __/__/__ Data de Alta: __/__/__

Procedimento Cirurgico: _____

Colostomia

Ileostomia

Antecedentes Pessoais: _____

Dispositivo Aplicado

Marca: _____

Nº de Placa e Saco: _____ 1 Peça 2 Peças

Características do Estoma

Forma: Redondo
 Oval
 Quadrado

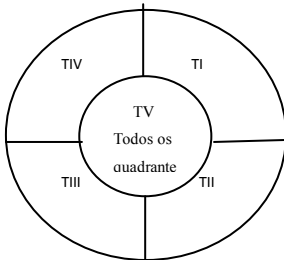
Cor: Vermelho
 Rosa
 Sangrante

Características da pele peri-estomal:

Topografia da lesão: _____

Tipo de lesão: _____

Sem Lesão



L3

L2

L3

L4

L5

Características das fezes:

Consistência:

- Líquidas
- Semi-líquida
- Pastosas

Cor:

- Castanhas/Pretas
- Amarelas/Verdes
- Vestígios hemáticos

Quantidade:

- Pequena Quantidade
- Moderada Quantidade
- Grande Quantidade

CHECK LIST – 1ª Consulta de Estomaterapia

Ensino/ Orientações

- Avaliar conhecimentos do cliente sobre a cirurgia
- Avaliar conhecimentos do cliente sobre a ostomia
- Observar
 - ✓ Características normais do estoma
 - ✓ Possíveis complicações do estoma e pele peri estomal
 - ✓ Características das fezes
- Esclarecer dúvidas sobre:
 - ✓ O dispositivo utilizado
 - ✓ Manuseamento do dispositivo
 - ✓ Avaliação do tamanho do estoma
 - ✓ Frequência da mudança da placa e saco
 - ✓ O material utilizado na higiene do estoma e pele peri estomal e sua frequência
 - ✓ Material protetor da pele peri estomal
 - ✓ Alimentação e a relação com as características das fezes
 - ✓ Onde comprar e comparticipação do material
 - ✓ Vestuário
 - ✓ Exercício
 - ✓ Atividade sexual
- Avaliar o grau de dificuldade do utente e/ou cuidador

Próxima consulta a: ___/___/___

Dúvidas:

Observações:

Ass. Enfª. _____

Identificação do cliente

Consulta de Estomaterapia Nº ____

Data: __/__/__

Marca: _____

Nº de Placa e Saco: _____ 1 Peça 2 Peças

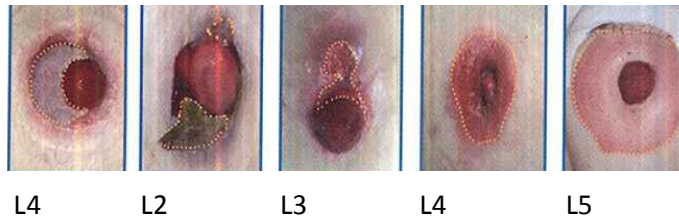
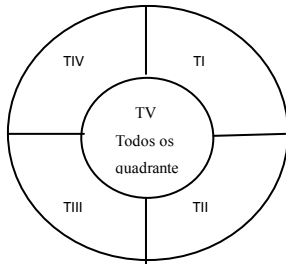
Características do Estoma

Forma: Redondo
 Oval
 Quadrado

Cor: Vermelho
 Rosa
 Sangrante

Características da pele peri-estomal:

Topografia da lesão: _____ Tipo de lesão: _____ Sem Lesão



Características das fezes: _____

Check List - Consulta de Estomaterapia

Ensino/ Orientações

- Avaliar conhecimento do cliente sobre a ostomia
- Reforçar ensino
- Esclarecer dúvidas

Próxima consulta: __/__/__

Dúvidas: _____

Observações: _____

Ass. Enfª _____

APÊNDICE

Apêndice IV – Instruções de Trabalho

Tipo de Documento: Instrução de Trabalho

Título: Promoção do autocuidado ao cliente ostomizado

1- Objetivo

1.1-Uniformizar a orientação fornecida durante o internamento ao cliente ostomizado

1.2-Melhorar os cuidados prestados ao cliente ostomizado

1.3-Promover o autocuidado do cliente ostomizado

1.4-Desenvolver competências no cliente/ pessoa de referência nos cuidados ao estoma.

2 Âmbito

Este procedimento envolve toda a equipa de enfermagem e aplica-se aos clientes ostomizados internados nos vários serviços.

3- Descrição

3-1-O primeiro ensino deve ser iniciado após a transferência do cliente da Unidade Cuidados Intensivos para o internamento;

3.2-O enfermeiro responsável pelo cliente deverá iniciar o primeiro ensino no seu quarto em ambiente tranquilo e de acordo com o Guia de Registo de Ensino ao cliente ostomizado e procedendo ao seu correto preenchimento.

Tipo de Documento: Instrução de Trabalho

Título: Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

1-Objetivo

1.1-Uniformizar as orientações durante o internamento ao cliente ostomizado

1.2-Melhorar os cuidados prestados ao cliente ostomizado

1.3-Promover o autocuidado do cliente ostomizado

2- Âmbito

Este procedimento aplica-se a todos os serviços de Internamento, e envolve as equipas médicas, de enfermagem e administrativas.

3- Descrição

3.1-A marcação da 1ª consulta deverá ser efetuada no serviço de origem, no dia da alta.

3.2- As consultas serão realizadas numa primeira fase duas vezes por semana das 15 às 17horas (Segundas e Sextas) no Centro de Gastroenterologia.

APÊNDICE

Apêndice V – Guia de Registo de ensino a
Cliente com ostomia intestinal

GUIA DE REGISTO DE ENSINO DO CLIENTE COM OSTOMIA INTESTINAL

Identificação do cliente

Diagnóstico: _____

Cirurgia: _____

Data: _____

Intercorrências: _____

Colostomizado Ileostomizado

PRÉ-OPERATÓRIO

Identificar rede suporte	Vive sozinho <input type="checkbox"/> Vive com conjugue <input type="checkbox"/> Vive com filhos <input type="checkbox"/> Outro _____
Atividade profissional	Profissão _____ Desempregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/>
Atividade social/cultural (interesses/hobbys)	
Autocuidado higiene	Independente <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Totalmente dependente <input type="checkbox"/>
Autocuidado alimentação	Independente <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Totalmente dependente <input type="checkbox"/>
Autocuidado: mobilização	Independente <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Totalmente dependente <input type="checkbox"/> Limitação articular <input type="checkbox"/>
Avaliar conhecimentos Sobre:	Diagnóstico <input type="checkbox"/> Estoma <input type="checkbox"/> Localização do estoma <input type="checkbox"/> Cuidados aos estoma <input type="checkbox"/> Material de ostomia <input type="checkbox"/>
Identificar medos/ mitos/ ansiedades	

Marcação do estoma: Sim Não

DATA/ ASSINATURA DO ENFERMEIRO

PÓS-OPERATÓRIO

2 e 3º dia pós operatório	Data	Enfermeiro	Validação
Incentivar o cliente/ família a olhar para o estoma			
Incentivar o cliente/ família a assistir aos cuidados ao estoma			
Fornecer informação ao doente/ família sobre: Cuidados ao estoma Alimentação Higiene Vestuário Sexualidade Atividade profissional/ Física Legislação e benefícios sociais Diferentes tipos de material e marcas~ Forma de aquisição do material Instituições de apoio (APO) Consulta de Enfermagem de Estomaterapia na instituição			

3 e 4º dia de pós operatório	Data	Enfermeiro	Validação
Entrega do kit			
Ensinar os cuidados de higiene ao estoma e pele peri-estoma			
Ensinar a forma correta de medição do estoma			
Ensinar a forma de cortar a placa			
Ensinar a aplicação da placa e adaptação da mesma ao saco			
Ensinar a troca do saco quando este se encontra cheio			

5 e 6º dia de pós operatório	Data	Enfermeiro	Validação
Instruir o cliente/ família sobre: - higiene do estoma; - higiene da pele periestoma; - medição do estoma; - adaptação da placa e saco.			
Ensinar o doente e família quais as: - características normais do estoma - características normais da pele periestoma			

7º dia de pós operatório até à alta	Data	Enfermeiro	Validação
Supervisionar os cuidados realizados pelo cliente/família: - higiene do estoma; - higiene da pele peri-estoma; - medição do estoma; - adaptação da placa e saco.			
Reforçar o ensino sobre os cuidados com a alimentação: - alimentos que podem aumentar o cheiro das fezes; - alimentos que podem provocar mais diarreia; - alimentos que podem diminuir cheiro das fezes/gazes; - a importância de introdução gradual dos alimentos Ensinar quais as possíveis complicações e suas intervenções: - pele peri-estoma; - estoma (estenose, hérnia, prolapso, retração)			

Dia de Alta	Data	Enfermeiro	Validação
Validar a independência do cliente/ família nos cuidados ao estoma e pele peri-estomal			
Informar sobre os recursos na comunidade:			
Marcar a consulta de enfermagem de estomaterapia no HCIS (contactar Enf. Ana Teixeira no Centro de Gastro)			

OUTROS ASPETOS A CONSIDERAR AQUANDO A ALTA

Estado emocional	
Características das fezes (consistência; quantidade)	
Características do estoma (tamanho; edema; cor)	
Complicações decorridas no internamento	
Outras situações relevantes~	

Consulta de Enfermagem de Estomaterapia marcada para ____/____/____

Assinatura do Enf. que deu alta

APÊNDICE

Apêndice VI – Guia de Ensino ao Cliente
Ostomizado

Guia de Ensino ao Cliente Ostomizado



Elaborado por: Ana Teixeira
Marta Ramos

Lisboa, Maio 2014

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	2
2- OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL	3
2.1-Classificação da ostomia de eliminação intestinal	3
2.2-Etiologia das ostomias de eliminação intestinal	8
2.3-Complicações inerentes às ostomias de eliminação intestinal	8
2.4-Cuidar do doente portador de ostomia de eliminação intestinal	16
3- FASE PRÉ-OPERATÓRIA	20
4- FASE PÓS-OPERATÓRIA	22
4.1-Cuidados ao estoma e pele peri-estoma	22
4.2-Alimentação	24
4.3-Vestuário	25
4.4-Sexualidade	26
4.5-Viagens	26
4.6-Desporto	27
4.7-Direitos fiscais e sociais	27
4.8-Aquisição de material	29
4.9-Apoio na comunidade	30
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1-INTRODUÇÃO

A realização de um estoma poderá advir de situações agudas e urgentes ou situações que podem ser programadas as quais permitem ao cliente receber uma adequada preparação para uma melhor aceitação da sua nova condição de vida (Marek, Phipps & Sands, 2003). Segundo os mesmos autores, as causas subjacentes à realização de uma ostomia de eliminação intestinal (OEI) são variadas, entre as quais estão as doenças inflamatórias do intestino, as doenças congénitas, os traumatismos abdominais, a oclusão intestinal, e com maior relevância o carcinoma do cólon e reto.

A elaboração do Guia de Ensino ao cliente ostomizado vai ao encontro da necessidade de formação da equipa de enfermagem dos serviços de internamento do hospital, constituindo um suporte teórico às orientações a serem disponibilizadas aos clientes portadores de OEI.

Com a elaboração da folha de registo de ensino ao cliente ostomizado e com apoio deste documento, elaboramos, pretendemos que as orientações fornecidas aos clientes ostomizados sejam de forma gradual e concisa havendo um registo uniformizado.

2-OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

A palavra ostomia é de origem grega e deriva de dois termos *os* e *tomia* que significam abertura ou boca e são utilizadas para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo. A técnica da ostomia é um ato cirúrgico que consiste na abertura de um órgão, formando uma boca ou abertura que passa a ter contacto com o exterior para eliminação de secreções, fezes e/ou urina (Gemelli & Zago, 2002).

Os mesmos autores referem que de acordo com o segmento exteriorizado, assim é atribuído a denominação da ostomia. Ou seja, quando o segmento exteriorizado faz parte do intestino delgado, assume a designação de jejunostomia ou ileostomia, quando o segmento exteriorizado é o do intestino grosso (cólon), é designado colostomia, constituindo todas elas ostomias de eliminação intestinal (Gemelli & Zago, 2002).

2.1-Classificação da ostomia de eliminação intestinal

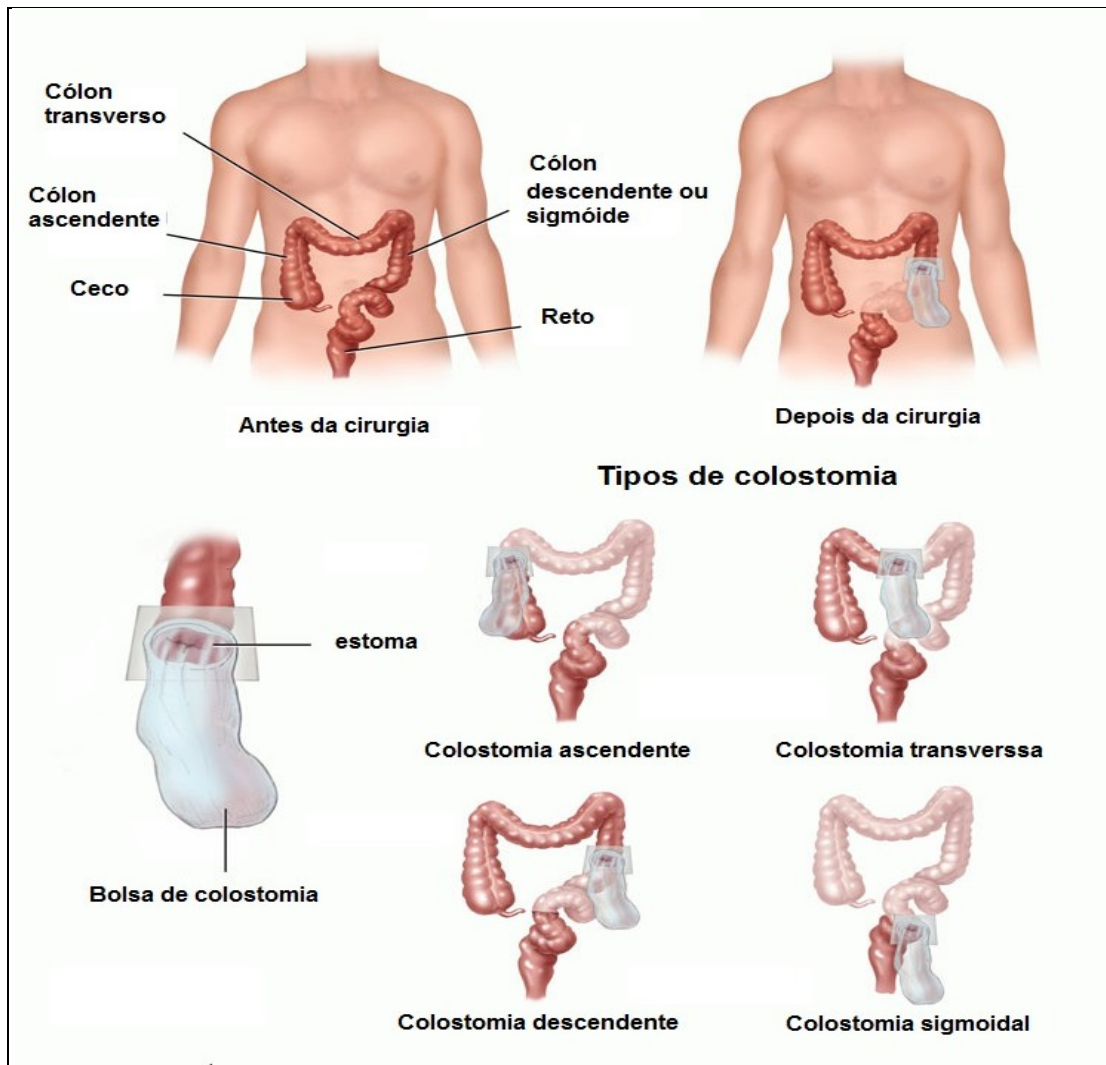
A classificação das ostomias de eliminação intestinal é determinada em função de um conjunto de parâmetros: localização anatómica, tempo de permanência e tipo de construção do estoma.

Localização anatómica

Quanto à localização anatómica das OEI, estas são classificadas de acordo com o local onde se encontra, ou seja, recebe o nome do segmento intestinal exteriorizado, pelo que se podem denominar como ileostomia localizada no íleo, colostomia ascendente localizada no cólon direito, transversostomia localizada no cólon transversal, colostomia descendente localizado no cólon esquerdo, sigmoidostomia localizada na ansa sigmoide (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007) (Fig. 1). A localização do estoma influencia as características

das fezes tais como o pH, a frequência da eliminação bem como a consistência das mesmas (Gutman, 2011).

Figura 1- Localização das Ostomias de eliminação intestinal



Fonte: ostomycare.com (colostomy, 2010)

O que significa que as fezes nas ileostomias são líquidas, muito abrasivas devido à presença de enzimas proteolíticas e fluem quase continuamente.

Nas colostomias do cólon ascendente o estoma localiza-se no quadrante inferior direito, as fezes são de características pastosas ou líquidas tornando-se irritantes para a pele.

Nas colostomias do cólon transverso o estoma localiza-se no quadrante superior direito ou esquerdo, as fezes são pastosas ou semilíquidas pouco corrosivas para a pele.

Guia de Ensino ao Cliente Ostomizado

Na colostomia do cólon descendente o estoma localiza-se no quadrante superior esquerdo do abdómen, as fezes são pastosas ou moldadas, com odor fecal habitual.

Na colostomia sigmóidea o estoma localiza-se no cólon sigmoide (quadrante inferior esquerdo do abdómen), as fezes são de consistência sólida, com odor fecal habitual (Quadro 1).

Quadro 1- Classificação e Caracterização das OEI

Tipos de estoma	Segmento excluído/ Localização no abdómen	Tipo de efluente	Dispositivo recomendado	Esvaziamento do dispositivo
Ileostomia	Cólon completo e reto. Situa-se no quadrante inferior direito.	Fezes líquidas, muito irritantes para a pele, fluxo contínuo	Bolsa drenável De 2 peças	Quando o conteúdo drenado ocupar 1/3 e 1/2 ou quando este não se encontrar íntegro
Colostomia ascendente	Todo o cólon e reto distal ao estoma. Situa-se no quadrante inferior direito	Fezes pastosas ou líquidas, irritantes para a pele	Bolsa drenável De 2 peças	Quando o conteúdo drenado ocupar 1/3 e 1/2 ou quando este não se encontrar íntegro
Colostomia transversa	Todo o cólon e reto distal ao estoma. Pode localizar-se no quadrante superior direito ou esquerdo	Fezes pastosas ou semilíquidas, pouco irritantes para a pele	Bolsa drenável De 2 peças	Quando o conteúdo drenado ocupar 1/3 e 1/2 ou quando este não se encontrar íntegro
Colostomia descendente	Cólon descendente abaixo da flexura esplénica e todo o reto. Situa-se no quadrante inferior esquerdo	Fezes moles, não irritantes para a pele	Bolsa fechada Poderá ser de peça única	Quando o conteúdo drenado ocupar 1/3 e 1/2 ou quando este não se encontrar íntegro
Colostomia sigmóidea	Parte do cólon sigmoide e todo o reto. Situa-se no quadrante inferior esquerdo	Fezes sólidas	Bolsa fechada De peça única	Quando o conteúdo drenado ocupar 1/3 e 1/2 ou quando este não se encontrar íntegro

Fonte: Apointamentos da formação realizada em 2013 "Atualização em Estomaterapia".

Tempo de permanência

Relativamente ao tempo de permanência estes podem ser classificados em permanentes ou temporários conforme a existência ou não de possibilidade de uma segunda intervenção para reconstrução do trânsito intestinal (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007). De acordo com os mesmos autores a maioria dos estomas tem carácter temporário, mas pelo alto risco inerente ao restabelecimento do trânsito intestinal é frequente que se tornem permanentes.

Os estomas temporários são realizados para proteção de anastomose, tendo em vista o seu encerramento num curto espaço de tempo (Gemelli & Zago, 2002). A construção de um estoma de carácter temporário ocorrem em situações de urgência, como por exemplo, por oclusão intestinal baixa, por neoplasia, em processos sépticos, por traumatismos do cólon, em feridas região ano-retal, ou com resolução de fases agudas de doenças (Catayud et al, 2005).

Os estomas de carácter permanente resultam da perda da função do esfíncter anal, normalmente consequente a um tratamento cirúrgico ou a incontinência (Habr-Gama & Araújo, 2000). A neoplasia do terço médio do reto ou do canal anal, a doença de Crohn, os traumatismos ano-retais, a incontinência anal e fístulas têm indicação para estoma definitivo (Catayud et al, 2005).

Tipo de construção

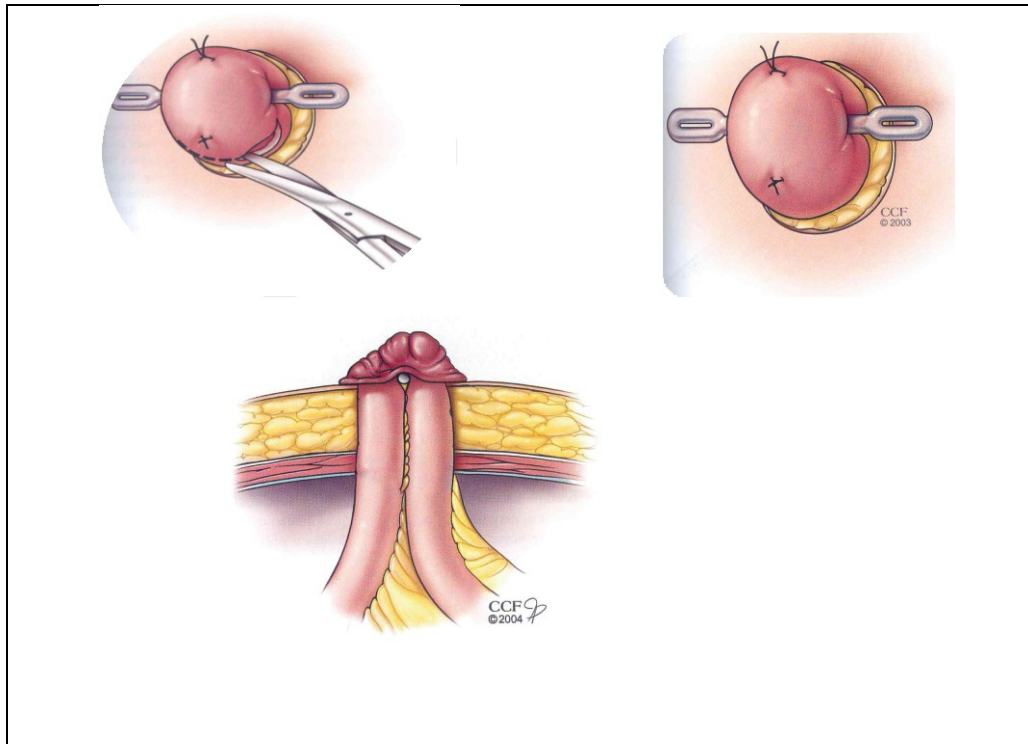
No que diz respeito ao tipo de construção estas podem ser classificadas em terminais ou em ansa consoante exista ou não uma interrupção completa da parede intestinal) (Fazio, Church & Wu, 2012).

A superfície do estoma é a camada de revestimento mucoso da parede intestinal.

O estoma em ansa é criado, fazendo passar o intestino através de uma incisão abdominal, introduzindo um suporte sob o intestino e abrindo a parede superior

do intestino. Há um estoma, mas há duas aberturas, a proximal e a distal. A ostomia em ansa é geralmente um processo temporário e muitas vezes efetuado numa situação de emergência) (Fazio, Church & Wu, 2012)

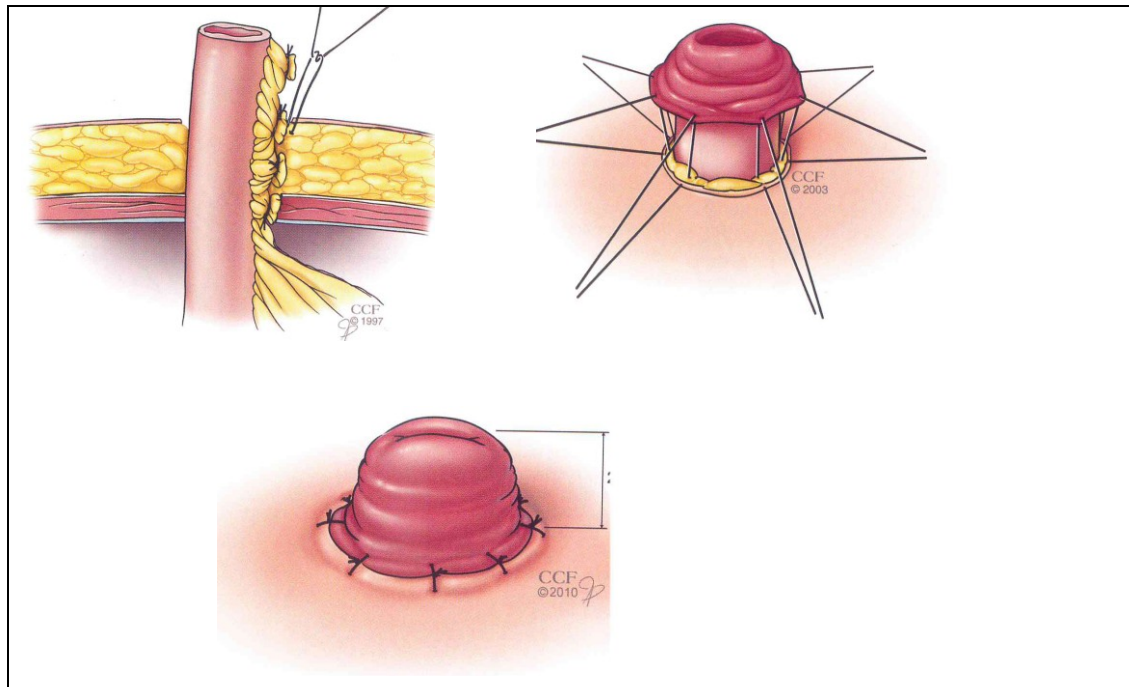
Figura 2 – Ostomia de Eliminação Intestinal em ansa



Fonte: Fazio, Church & Wu (2012) – *Atlas of Intestinal Stomas*. New York: Springer.

No estoma terminal faz-se passar o intestino proximal através de uma incisão na parede abdominal, dobrada sobre si própria (formando um punho), faz-se a sutura (Figura 3). O restante intestino distal poderá ser removido cirurgicamente, suturado por cima de modo a formar a bolsa de Hartmann, também pode ser trazido à superfície da pele para formar outro estoma, a fístula mucosa (segrega muco e necessita de penso) (Fazio, Church & Wu, 2012).

Figura 3- Ostomia de Eliminação Intestinal Terminal



Fonte: Fazio, Church & Wu (2012) – *Atlas of Intestinal Stomas*. New York: Springer.

2.2-Etiologia das ostomias de eliminação intestinal

As OEI surgem da necessidade de permitir o trânsito intestinal na presença de uma neoplasia, doença inflamatória intestinal, doença diverticular, enterite rádica, trauma, fístulas, perfurações, infecções, oclusão intestinal ou *ileus paralítico* (Gutman, 2011). Através de um procedimento cirúrgico é realizado uma abertura, estoma, no qual o intestino é suturado à pele permitindo a eliminação do conteúdo intestinal (Gemelli & Zago, 2002).

2.3-Complicações inerentes às ostomias de eliminação intestinal

As complicações podem ser divididas em complicações de origem metabólica ou estrutural (Phipps, Long & Woods, 2003).

As complicações de origem metabólica são a desidratação e as alterações eletrolíticas decorrentes de altos débitos da ileostomia, pelo que deve ser realizado um balanço hídrico o mais correto possível e devem ser repostas as

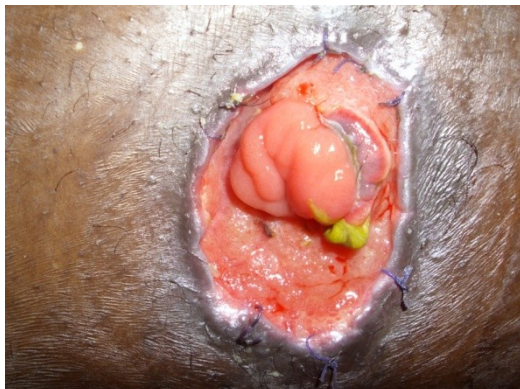
perdas tanto hídricas como eletrolíticas, através de uma dieta adequada (Phipps, Sands & Marek, 2003).

As complicações estruturais estão relacionadas com o estoma e pele periestoma.

Segundo os mesmos autores as complicações que surgem habitualmente no período pós-operatório precoce, são:

- **Hemorragia** - Causada por hemóstase insuficiente da parede abdominal ou secção cólica;
- **Edema** - Consiste na presença anormalmente elevada de líquidos nos espaços intersticiais. Pode ser devido a um orifício parietal demasiado pequeno para a dimensão do conteúdo intestinal exteriorizado ou tração excessiva do mesmo sob uma *vareta* nas ostomias em ansa (habitualmente temporárias);
- **Necrose** - Por comprometimento do suprimento sanguíneo, por diferentes razões, entre elas a má vascularização do rebordo cólico, existe alteração da coloração da mucosa do estoma. Pode ser uma necrose total ou apenas parcial;
- **Deiscência da sutura mucocutânea** - Por má fixação à parede abdominal ou por um orifício parietal demasiado grande ou ainda a extração prematura da *vareta* em ostomia lateral. Pode também ser completa ou apenas incompleta.

Figura 5 – Deiscência da sutura muco-cutânea completa



Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

Figura 6 – Deiscência da sutura muco-cutânea parcial



Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

- **Infeção peri estoma** - Geralmente causado por processo inflamatório/infecioso dos pontos de sutura à pele. Forma posteriores processos cicatriciais que podem interferir com o bom funcionamento do estoma, causando estenoses e alterações cutâneas peri estomais.
- **Oclusão** - Causada por exteriorização da ansa cólica sob tração ou torção da mesma. Pode prevenir-se fazendo um toque digital no final da

intervenção cirúrgica. Pode ainda ser causada por encarceramento de uma ansa do intestino delgado sob o cólon colocado no exterior;

- **Evisceração** - Consiste na exteriorização de uma ou mais ansas do intestino delgado junto com a ostomia, causado geralmente por má fixação entero-parietal ou abertura exagerada do seu orifício;
- **Fístula** — Pode ser mais ou menos profunda, sendo as suas consequências progressivamente maiores, podendo inclusivamente originar uma peritonite.

Segundo Morais, Seiça & Pereira (2012) poderemos ter ainda as seguintes complicações neste período:

- **Retração**- tensão excessiva a nível da sutura mucocutânea, existe separação do estoma do plano cutâneo, resultando num espaço côncavo onde se situa o estoma – invaginação do estoma;
- **Abcesso** – surge devido ao incumprimento das técnicas assépticas, limpeza mecânica insuficiente do cólon.

As complicações anteriormente descritas têm causas essencialmente cirúrgicas e necessitam geralmente de uma cirurgia reconstrutiva.

As possíveis complicações que poderão surgir no período mais tardio são (Phipps, Sands & Marek, 2003):

Prolapso - Exteriorização de porção intestinal através do estoma. Pode incluir apenas a camada mucosa ou as três camadas do intestino (serosa, muscular e mucosa). É causado geralmente por aumento brusco da pressão intra-abdominal como um espirro ou tosse forte, ou ainda por elevação de objetos pesados. O seu tratamento faz-se por redução manual do prolapso ou correção cirúrgica.

Figura 7 – Prolapso



Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

- **Estenose** - Consiste numa redução do lúmen do estoma causado essencialmente por processos cicatriciais anormais, após infeções locais ou abertura cirúrgica demasiado pequena. Pode ainda ser causada por aumento significativo de peso no período pós-operatório, traumatismos do estoma ou má aparelhagem. Produz habitualmente dificuldade na eliminação das fezes, dor e hemorragia. A cirurgia reconstrutiva é um tratamento simples e adequado a esta complicação. Também é realizado a dilatação digital.
- **Retração** - Consiste na localização do estoma em posição inferior ao da parede abdominal. É causada por má implantação do estoma, geralmente muito próximo da incisão principal e aumento considerável de peso no período pós-operatório. Origina geralmente, em associação, problemas cutâneos e dificuldade na adaptação do dispositivo ao estoma.

Figura 8 – Retração



Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

- **Hernia** – protusão do estoma por vezes volumosa, devido à má localização do estoma, enfraquecimento da musculatura abdominal, aumento de peso, emagrecimento ou envelhecimento;
- **Lesões cutâneas peri estomais** - Podem surgir em todos os tipos de ostomia, embora com maior frequência e gravidade nas ileostomias e urostomias. Podem apresentar diferentes fatores etiológicos, desde a ação mecânica e alérgica dos sacos coletores; os produtos inadequados utilizados na higiene do estoma e superfície peri-estoma; o contacto direto da superfície cutânea com os produtos drenados pela ostomia, muitas vezes altamente corrosivos e os efeitos de fragilização associados aos tratamentos de radioterapia, ao envelhecimento cutâneo e a má nutrição

Figura 9- Lesão cutânea irritativa



Figura 10- Lesão cutânea irritativa



Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

Figura 11 - Lesão cutânea irritativa

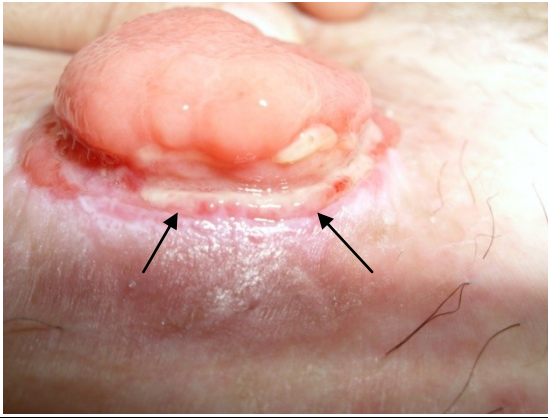


Figura 12- Lesão cutânea tipo alérgica



Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

Figura 13- Estoma ulcerado

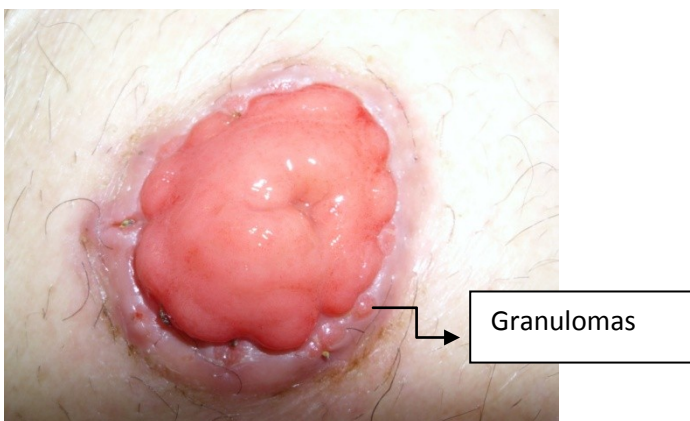


Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem

de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

Granulomas – surgem como resposta do organismo a uma agressão, como o caso dos pontos de fixação do estoma ou a irritação da pele peri-estoma, assim os pontos devem ser retirados assim que indicado e o material de ostomia deve ser corretamente aplicado. O tratamento consiste na aplicação de nitrato de prata no granuloma e nunca na mucosa.

Figura 14 - Granulomas



Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem

de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

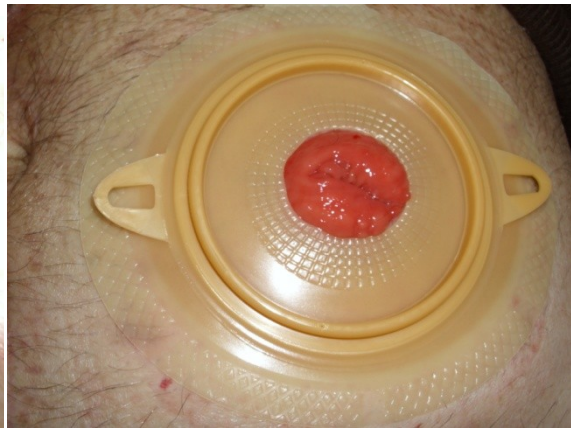
A maior parte das complicações do estoma podem ser prevenidas através da marcação pré-operatória, ou seja, a escolha adequada do local do estoma

antes da cirurgia é um procedimento de grande importância para a qualidade de vida do futuro ostomizado. Assim, deste modo, ficam asseguradas as condições que garantem a aderência do dispositivo e a fácil visualização pelo cliente (Martins, Lamelas & Rodrigues, 2007).

Figura 15 - Estoma normal



Figura 16- Placa adaptada ao estoma



Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

2.4-Cuidar do doente portador de ostomia de eliminação intestinal

A realização de uma OEI provoca alteração da fisiologia gastrointestinal que se reflete a nível da autoestima e imagem corporal, para além da intimidade/sexualidade, implicando mudanças nas relações familiares, sociais, afetivas e espirituais da pessoa ostomizada (Annells, 2006).

A realização de uma OEI não tem apenas um impacto físico no indivíduo mas a dimensão emocional, psicológica, social e espiritual são também muito afetadas (Gemelli & Zago, 2002).

A nível emocional e psicológico também ocorrem alterações essencialmente a alteração, da imagem corporal provocada pela construção de um estoma, acabando também por afetar a sua qualidade de vida. O estoma é uma

alteração física visível e significativa do corpo, podendo transforma-lo num corpo privado de integridade e autonomia, podendo levar a conflitos e desequilíbrios interiores o que poderá alterar as relações sociais (Paula, 2008).

A família tem um papel fundamental no apoio que dá em todo o processo de aceitação da ostomia e conseqüentemente na reabilitação, pois é a família quem se encontra mais próximo da pessoa ostomizada (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

A família deve ser envolvida em todo o processo terapêutico com consentimento da pessoa ostomizada, pois uma vez que conhece os hábitos, gostos e preferências da pessoa, pode fornecer informações importantes na execução de um plano terapêutico de reabilitação e de reinserção (Menezes & Quintana, 2008).

A adaptação a esta nova condição de vida é um processo longo e contínuo e está relacionada com a doença base, o grau de incapacidade, os valores e tipo de personalidade individual (Sonobe & Zago, 2002).

Silva & Shimizu (2006), defendem que os profissionais de saúde não devem focalizar os seus cuidados referentes a entrega de materiais, na orientação de como manusear os diversos equipamentos, mas também ajudá-los na reintegração na vida social incentivando-o e procurando combater preconceitos difundidos na sociedade.

Segundo Martins (2004), é fundamental o apoio dos profissionais de saúde na compreensão da perspectiva emocional do cliente nas várias fases do processo de aceitação da doença, para que este encare com esperança e positividade a sua vida futura e adaptar-se da melhor forma à sua nova condição de vida. Desta forma e de acordo com o mesmo autor o enfermeiro tem um papel importante não só no que diz respeito aos cuidados técnicos prestados ao cliente, mas também no ensino efetuado.

Assim os cuidados de enfermagem ao cliente ostomizado devem iniciar-se desde o momento do diagnóstico e da indicação da realização de uma ostomia,

a fim de minimizar sofrimento e obter uma melhor reabilitação (Gemelli & Zago, 2002).

Nesta linha de pensamento, também Reveles & Takahashi (2007) referem que o processo ensino-aprendizagem do cliente ostomizado deve-se iniciar no pré-operatório, fase em que a enfermeira estabelece um bom vínculo com o paciente e família de modo a ajudá-los a compreender como será concretamente a situação no futuro fim de melhor se adaptarem à mudança de estilo de vida. Para Simmons et al. (2007) é importante a marcação do local ideal para a realização do estoma constituindo assim, um fator importante e significativo para determinar a capacidade do cliente para a realização do autocuidado e autonomia nas tarefas de vida diária e nos processos de interação social e profissional.

A fase intraoperatória corresponde à cirurgia propriamente dita, em que há construção do estoma, no local pré-demarcado. Este só não é realizado no referido local caso surja problemas de ordem técnica (Santos, 2000).

Os cuidados pós-operatórios são fundamentais na reabilitação da pessoa que passa a viver com uma OEI. Santos (2000) divide o pós-operatório em: imediato, mediato e tardio. No pós-operatório imediato o objetivo é o de evitar e detetar precocemente eventuais complicações; no pós-operatório mediato, que é considerado a partir do 3º dia pós cirurgia, preconiza o ensino gradual do autocuidado onde se dá o enfoque á visualização e toque do estoma, até ao dia da alta em que o ostomizado deve sair com confiança e esperança. É importante que o cliente portador de OEI tenha aprendido a cuidar da OEI relativamente à higiene da pele e da ostomia, prevenção de lesões na pele e correta adaptação dos dispositivos. O pós-operatório tardio é a etapa fundamental para o acompanhamento destas pessoas dando continuidade ao processo ensino-aprendizagem.

O objetivo da equipa de enfermagem no pós-operatório é o ensinar ações específicas de autocuidado relativas à higiene e à observação do estoma, pele peri estoma e sistema coletor no que diz respeito à remoção, troca e drenagem. Para que este objetivo se concretize é importante que a equipa de enfermagem tenha conhecimento pormenorizado de todo o material existente no mercado para o autocuidado de uma OEI.

Guia de Ensino ao Cliente Ostomizado

Vários temas deverão ser reforçados e abordados num pós-operatório tardio, tais como os cuidados alimentares, vestuário apropriado, viagens, a vida sexual sendo este tema importante para o bem-estar psicossocial, a prática de desporto e possíveis complicações. Os clientes portadores de OEI devem também ser informados sobre os benefícios fiscais e as comparticipações ao adquirir os dispositivos e acessórios necessários.

Em suma os enfermeiros devem planear uma adequada prestação de cuidados que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, para que a pessoa portadora de OEI desenvolva aptidões para o autocuidado, que se poderá refletir na adaptação fisiológica, psicológica e social desta pessoa e seus familiares referente ao processo de viver com uma ostomia, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida (Cascais, Martini & Almeida, 2007).

3-FASE PRÉ-OPERATÓRIA

A preparação para a alta deve ser iniciada no pré-operatório, período durante o qual deve ser feita uma cuidada avaliação do doente e sua família.

A colheita de dados torna-se fundamental para otimizar o ensino a realizar e garantir que no dia da alta o doente e sua família estão aptos para prestar os cuidados básicos à ostomia.

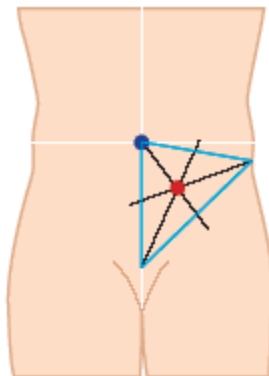
Assim, no pré-operatório o enfermeiro deve procurar compreender os medos e mitos do doente e sua família, o contexto familiar e socioeconómico do doente, perceber quais os seus pontos de interesse, avaliar os conhecimentos da família e do doente sobre a sua situação clínica, avaliar o grau de dependência nas atividades de vida diária.

Para além disso, a marcação do estoma no pré-operatório é fundamental para evitar complicações no pós-operatório imediato e tardio e permitir uma melhor adesão do doente aos cuidados ao estoma. A localização correta do estoma é no músculo reto abdominal, devem ser evitadas pregas cutâneas, cicatrizes e proeminências ósseas, e deve ser escolhido um local que permita a visualização do estoma com o doente sentado, deitado e em pé.

Marcação do local ideal do estoma:

- Verificar o tipo de estoma a ser realizado, ao saber o segmento do intestino a ser exteriorizado determina o quadrante abdominal onde será localizado o estoma;
- Localizar o músculo reto abdominal;
- Traçar uma linha que vai do umbigo ao púbis. Esta linha é a base de um triângulo equilátero que tem a crista ilíaca como vértice. O centro deste triângulo é o local ideal para a marcação do estoma.

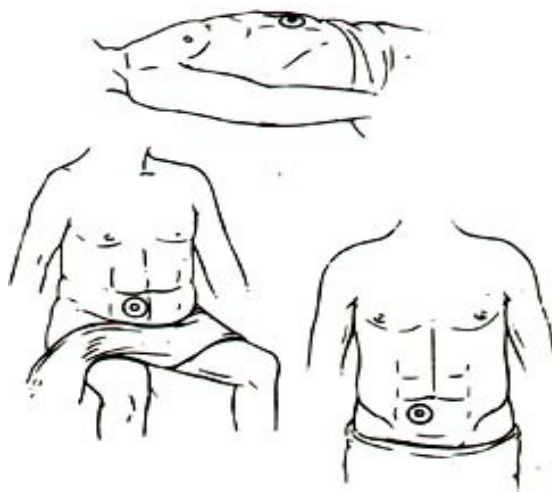
Figura 17 - Marcação do local ideal do estoma



Fonte: http://www.bhj.org.in/journal/2000_4202_apr00/sp_359.htm

- Evitar pregas cutâneas, a linha de cintura, a crista ilíaca, antigas cicatrizes e cicatriz umbilical;
- Marcar com caneta demográfica;
- Quando em dúvida marcar duas localizações;
- Solicitar ao cliente que se sente, levante e deite, para observar o local que foi marcado nas diferentes posições;

Figura 18- Posições para marcação do estoma



Fonte: http://www.bhj.org.in/journal/2000_4202_apr00/sp_359.htm

4-FASE PÓS-OPERATÓRIA

4.1-Cuidados ao estoma e pele peri estoma

A observação do estoma é fundamental para a detecção de complicações, pelo que o mesmo deve ser cuidadosamente observado sempre que é trocado o saco/saco e placa ou uma vez turno se a situação clínica o justificar.

A observação do estoma deve ter em conta a coloração, circulação, humidade, tamanho e tensão no local de sutura à pele.

A coloração reflete a perfusão do estoma, sendo a característica normal, vermelho vivo. Esta coloração evidencia um correto aporte sanguíneo da mucosa, pelo que alterações podem indicar o início de um processo de isquemia e o cirurgião deve ser alertado. A presença de pequenas perdas hemáticas é sinal de uma correta vascularização e não de hemorragia ativa.

No pós-operatório imediato (2º a 4º dia de pós-operatório) é normal a presença de conteúdo sero hemático, resultado da cirurgia recente, não sendo sinal de hemorragia ativa. Posteriormente a presença de grandes quantidades de sangue pode significar varizes a nível do estoma, hemorragia digestiva baixa ou coagulopatia.

Nas primeiras 2 a 3 semanas de pós-operatório verifica-se uma diminuição normal do tamanho do estoma, visto que este se encontra ligeiramente edemaciado resultado da agressão do procedimento cirúrgico. No entanto, a invaginação do estoma pode ser uma das complicações presentes, pelo que a observação do estoma, medição e avaliação da tensão no local de sutura à pele são fundamentais para o despiste desta complicação.

Uma das complicações que pode estar presentes é a estenose do estoma, que pode ser detetada precocemente e minimizada com a frequente dilatação digital.

A pele peri estoma deve ser observada sempre que se procede à troca da placa, garantindo assim a integridade cutânea.

O eritema e edema que surgem a nível da pele peri estoma são as complicações mais frequentes a este nível, fruto do contato das fezes com a pele, e conseqüente agressão, e da própria abrasão mecânica realizada sempre que se retira a placa. Para além disso pode surgir uma reação alérgica fruto do contato do material com a pele, pelo que se pode optar por outro tipo de material.

Assim, o estoma e pele peri estoma devem ser lavados com sabão neutro e água, devem ser bem secos e devem ser aplicadas barreiras cutâneas sempre que se justifique. Existem diversas opções no mercado, pó, pasta, creme barreira ou selantes cutâneos. Devem ser evitados produtos que contenham álcool.

A maceração da pele peri-estoma é muitas vezes causada pela presença de fugas na adaptação do dispositivo e, conseqüentemente, pelo contato das fezes com a pele. Assim, é fundamental realizar uma correta medição do estoma para que o diâmetro do orifício da placa seja cortado de acordo com o do estoma, evitando assim o contacto das fezes com a pele.

Para além disso, as fugas são evitadas com a escolha e aplicação correta do dispositivo, na presença de um estoma invaginado a aplicação de placas convexas minimiza as fugas; um estoma localizado num local de difícil adaptação da placa, deve-se aplicar pasta na pele peri estoma, uniformizando a zona de adaptação da placa; no caso de uma ileostomia pode optar-se por material de duas peças, na medida em que o saco terá de se trocar com maior frequência e evita-se a abrasão mecânica provocada pelo retirar constante da placa.

Os sacos devem ser despejados ou trocados, sempre que, estiverem entre um terço e metade da sua capacidade ou quando as placas se encontram mal adaptadas, não sendo correto colocar adesivos para a sua fixação. Desta forma, evita-se o contato das fezes com a pele e minimiza-se a ocorrência de

complicações. Na presença de gases os sacos devem ser abertos ou substituídos, consoante o caso, e nunca furados.

Os clientes devem ainda ser informados da presença de um filtro de carvão nos sacos de colostomia que elimina o odor e da existência de um pó que se coloca nos sacos e funciona como desodorizante, minimizando os odores.

4.2- Alimentação

O odor é um dos principais medos do cliente pelo que o ensino deve ser realizado no sentido de uma alimentação cuidada e equilibrada, os alimentos devem ser introduzidos gradualmente para que seja possível identificar quais os alimentos que provocam mais desconforto.

Quanto à alimentação, o ostomizado não necessita de ter uma dieta especial, devendo optar pelo padrão alimentar anterior à cirurgia, no entanto, deverá ter alguns cuidados gerais, sendo eles:

- Mastigar cuidadosamente os alimentos, o que facilita a digestão e diminui a flatulência;
- Ter uma alimentação variada e fazer várias refeições diárias;
- Reforço hídrico, em especial nos ileostomizados;
- Controlar a ingestão de alimentos de acordo com a sua própria situação, atendendo as características de alguns alimentos.

Não existem alimentos que devem ser evitados pelos pacientes com uma OEI, mas há alguns que devem ser consumidos com moderação.

Quadro 2- Efeitos adversos dos alimentos

Causam Obstipação	Arroz, banana, batata, frutos secos, compota de maçã
Provocam Diarreia	Leite, feijão figos, ameixa, morango, melancia, laranja, Kiwi, vegetais, cereja
Aumentam o Cheiro das fezes	Cebola, alho, peixe, queijo, couves, bebidas vegetais, espargos, ovos, café, pêra, feijão, alimentação condimentada
Diminuem o cheiro das fezes	Espinafres, salsa, vegetais verdes, alface, iogurte, manteiga
Causam Flatulência	Bebidas gasificadas, feijão, ervilhas, batata-doce, couve-flor, cebola, chocolates, bolos, melão, cogumelos

Fonte: Informação fornecida no curso "Atualizações em Estomaterapia", 2013

4.3- Vestuário

No que diz respeito ao tipo de vestuário está muitas das vezes relacionado com a localização do estoma, pois se estiver bem localizado ou ficar bem marcado no pré-operatório, não há necessidade de mudança de vestuário.

Assim, o cliente deve evitar a utilização de cintos ou roupa demasiado apertada sobre o estoma.

4.4- Sexualidade

A sexualidade é importante para o equilíbrio emocional e psicossocial do ser Humano e por conseguinte do colostomizado e está reconhecida como um dos padrões funcionais básicos da saúde.

O tema da sexualidade é sempre algo difícil de abordar, não só por ser um tema íntimo mas principalmente por ser ainda um tema tabu na nossa sociedade.

A alteração da imagem corporal tem impacto não apenas nas relações sociais e familiares, mas também nas relações conjugais uma vez que o cliente sofre alterações psicológicas e emocionais que podem levar a rejeitar o seu corpo e a ter dificuldade no restabelecimento da relação íntima. A alteração do padrão da sexualidade pode ter origem física, psicológica ou mista.

No entanto, deve ser um tema a abordar e os medos e mitos do cliente devem ser explorados, pelo que podem ser dadas algumas sugestões, tais como: posições alternativas nas quais o casal se sinta bem e seja exercida menos pressão no local do estoma, é desejável que o ostomizado proceda à mudança do saco antes das relações sexuais ou opte pela troca para um mini saco, pode ser sugerida a utilização de um lenço para tapar o saco ou optar por usar uma t-shirt.

4.5- Viagens

As viagens não estão contraindicadas, até pelo contrário, promovem os processos de reintegração social. É essencial que a pessoa ostomizada possua um Kit para as pequenas viagens ou outras situações que exigem uma ausência do domicílio por alguns dias.

Em caso de viagens longas deve levar um maior número de dispositivos, pois poderá haver uma alteração do trânsito intestinal, assim como não ter

disponíveis os dispositivos que utiliza. Caso viaje de avião, o material de ostomia deve ser transportado na bagagem de mão.

4.6- Desporto

A prática de exercício físico é aconselhada, podendo a pessoa utilizar estratégias como as referidas anteriormente, como a mudança de saco e utilização de mini sacos. Mas os desportos de contactos violentos devem ser evitados ou a sua prática deve ser feita mediante a utilização de uma proteção rígida sobre o estoma.

4.7- Direitos fiscais e sociais

A International Ostomy Association tem objetivo principal que todas as pessoas ostomizadas tenham direito a uma qualidade de vida satisfatória após a cirurgia.

Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados

¹

Receber orientações pré operatória, a fim de garantir um total conhecimento dos benefícios da operação e os fatos essenciais a respeito de viver com uma ostomia;

1. Ter um estoma bem feito, em local apropriado, proporcionado atendimento integral e conveniente para o conforto do paciente;
2. Receber apoio médico experiente e profissional, cuidados de enfermagem especializados no período pré e pós-operatório, tanto no hospital como em suas próprias comunidades;
3. Ter acesso a informações completas e imparciais sobre o fornecimento e produtos adequados disponíveis no país;
4. Ter a oportunidade de escolha entre os diversos equipamentos disponíveis para ostomia sem preconceitos e constrangimento;

¹ Declaração Internacional dos direitos dos Ostomizados – Comité Executivo da IOA- International Ostomy Association em Junho de 1993 e revisto em Julho de 1997 – Canadá. (consultado em 20 de Janeiro de 2014), disponível em www.ostomyinternational.org/aboutus.htm

5. Ter acesso a dados acerca da Associação Nacional de Ostomizados e dos serviços e apoio que podem ser oferecidos;
6. Receber apoio e informação para benefícios da família, dos cuidadores e dos amigos, a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações necessárias para alcançar um padrão de vida satisfatória para viver com a ostomia;
7. Ter suporte emocional;
8. Assegurar que os dados pessoais a respeito da cirurgia de ostomia serão tratados com descrição e confiabilidade, a fim de manter privacidade.
9. Ter acesso a benefícios sociais consagrados na legislação portuguesa.

A pessoa ostomizada é considerada pessoa com deficiência, dentro dos parâmetros definidos, quer pela Organização Mundial de Saúde, quer pela Lei nº 9/89, de 2 de Maio (Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência).

A legislação Portuguesa contempla comparticipações e benefícios fiscais para a pessoa com ostomia/ deficiência, quer na aquisição do material de ostomia, na isenção no pagamento das taxas moderadoras ou na aquisição de habitação ou automóveis. As comparticipações variam de acordo com o sistema de proteção social.

No caso concreto da aquisição do material de ostomia é necessário que o doente tenha a prescrição do material e acessórios por parte do médico de família ou especialista, sendo que o Serviço Nacional de Saúde comparticipa em 90% do valor dos sacos, com um limite de cerca de 2€ por cada saco (no Decreto-Lei os valores estabelecidos ainda aparecem em escudos) e comparticipa também em 90% do valor dos acessórios.

Se o sistema for ADSE é necessário o envio do recibo e a receita ou entrega-las diretamente e escrever no verso o seu nome, morada atualizada e número de beneficiário a fim de receber o reembolso. A comparticipação é de 100% sem limite a nível dos sacos de colostomia e ileostomia, assim como os

acessórios de ostomia e irrigador para colostomia, os sacos de urostomia são comparticipados a 90% até 3,19€ e Máx. 1500€ ano.

Alguns dos despachos e Decretos-lei são os seguintes:

- Despacho conjunto n. °861/99 – Caracterização de deficiência profunda e doença crónica.
- Decreto-Lei n.º 92/2000 de 19 de Maio – Esquema de proteção social especial para as pessoas atingidas por doenças graves do foro oncológico.
- Despacho 25/95, Min. Saúde, DR, II Série, n.º 213, 14-09-1995 – Comparticipação de material de ostomia pelo Serviço Nacional de Saúde
- Decreto-lei n.º 442-A/88 de 30 de Novembro – Imposto sobre o rendimento de pessoas singulares.
- Decreto-lei n.º 215/89 de 1 de Julho – Estatuto de benefícios fiscais. (APO)

4.8- Aquisição de material

A pessoa ostomizada deve ter conhecimento que atualmente existem no mercado diversos dispositivos de diferentes laboratórios com elevado nível de qualidade, garantindo segurança, aderência, proteção cutânea, descrição, fácil colocação e conforto.

O material de que são feitos os dispositivos é em geral estanque, flexível, anti alérgico, macio e confortável. Podem ou não ter incorporado um filtro de carvão ativado para reforçar a eficácia na eliminação de gases sem odor.

As características do estoma que devem ser tidas em consideração para a seleção do dispositivo adequado são: a consistência do conteúdo drenado, a morfologia (tamanho, forma e proeminência) do estoma e o contorno peri estoma. As características das fezes drenadas estão de acordo com a localização do estoma (cólon ascendente, transversal ou descendente),

podendo definir-se como; semilíquidas, pastosas ou moldadas. O dispositivo adequado pode ser de uma ou duas peças, aberto ou fechado e com filtro.

Na escolha do material deve-se ter em consideração as características pessoais da pessoa ostomizada tais como: destreza manual, capacidade visual, atividade física, capacidade financeira e preferência da própria pessoa.

4.9- Apoio na comunidade

Existem alguns apoios a nível da comunidade tais como:

❖ **Associação Portuguesa dos Ostomizados (APO)**

Telf. 218841281

❖ **Instituto Português De Oncologia Lisboa Francisco Gentil, EPE**

Telf. 217229800 ext. 1292

❖ **Liga Portuguesa contra o cancro**

Telf. 217271241

❖ **Hospital São José**

Telf. 218841281

❖ **Hospital São Francisco Xavier**

Telf. 210431536

❖ **Hospital Amadora Sintra**

Telf. 214348310/ 12

❖ **Hospital Curry Cabral**

Telf. 217924200

❖ **Hospital Reinaldo dos Santos**

Telf. 263276701

❖ **Hospital Cuf Descobertas**

Telf. 210025200

❖ **Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE**

Liga dos Amigos do Hospital Distrital Do Barreiro

Telf. 212147300

❖ **Centro Hospitalar das caldas da Rainha**

Telf. 262830300

❖ **Hospital de Santarém**

Telf. 243370220

❖ **Centro Hospitalar de Lisboa Central**

Hospital de São José

Telf. 218841000

Hospital Curry Cabral

Telf. 217324200

❖ **Hospital Garcia de Orta**

Telf. 212940294

Telf. 212727225

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, M. I. N., Agostinho, A. C. H., Freitas, C. C., Machado, M. M. L. C., & Silva, R. C. G. (2009). O domínio de si: a experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. *Referência*, 9 (II Série), 27-33.

Alves, R. (2010). A prática educativa na ostomia de eliminação intestinal contributo para a gestão de cuidados de saúde. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Annells, M. (2006). The experience of flatus incontinence from a bowel ostomy: a hermeneutic phenomenology. *Journal Wound, Ostomy, Continence Nursing*.33 (5), 518-524.

Bechara, R. N., Bechara, M. S., Bechara, C. S., Queiroz, H. C., Oliveira, R. B., Mota, R. S., Secchin, L. S. B., & Oliveira Jr., A. G. (2005). Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 25 (2), 146-149.

Brown, H., & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (1), 74-81.

Cascais, A., Martini, J. & Almeida, P. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 16(1). 163-167.

Crema, E., & Silva, R. (1997). Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Minas Gerais: Pinti Artes Gráficas Ltda.

Direção Geral de Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012- 2016.

Ferreira, A., Seiça, A. & Morais, I. (2009). Pessoa Ostomizada. *Enfermagem e o Cidadão*. 7(20). 3-6.

Fazio, V.W., Church, J.M. & Wu, J.S. (2012). *Atlas Intestinal Stomas*. New York: Springer.

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 (1), 34-40.

Habr-Gama, A., & Araújo, S. E. A. (2000). Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In V. L. C SANTOS, & I. Y. R. Cesaretti, *Assistência de enfermagem em estomaterapia: cuidando do ostomizado* (pp. 39-54). São Paulo: Atheneu.

Hornbrook, M., et al (2007). *The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas*. 13th Annual HMO Research Network Conference 2007. Portland, Oregon

Marek, J., Phipps, W. & Sands, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Volume III. Lusociências.

Martins, M. (2004). *Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro?* In Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 7,Coimbra. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Martins, S., Lamelas, J., & Rodrigues, M. (2007). *Estomas digestivos*. Boletim do Hospital de São Marcos, 23 (2), 199-204.

Mendonça, R., Valadão, M., Castro, L. & Camargo, T. (2007). A importância da consulta de Enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 53(4). 431-435.

Menezes, A., & Quintana, J.. (2008). A percepção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21 (1), 13-18.

Nascimento, C., Trindade, G., Luz, M. & Santiago, R. (2011). Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*.20(3). 557-564.

Paula, M. & Santos, V. (2003). O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Ver latino-am Enfermagem*.11 (4). 474-482.

Paula, M. (2008). *Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas estomizadas: conhecer para transformar*. São Paulo: Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem.

Person, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A., Lappas, G. & Hultén E. (2005). Ostomy patient's perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 49 (1). 51-58.

Phipps, W. J., Long, B. C., & Woods, N. F. (Eds.) (1990). *Enfermagem médico-cirúrgica, conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta.

Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F., 2003. *Enfermagem Médico Cirúrgico – Conceitos e Prática Clínica*. Lusociência. Loures.

Reveles, A., Takahashi, R. (2007). Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm USP*. 41 (2). 245-250.

Sales, C., Violin, M., Waidman, M., Marcon, S. & Silva, M. (2010). Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. *Rev Esc Enferm USP*. 44(1). 221-227.

Guia de Ensino ao Cliente Ostomizado

Sands, J. K. (2003). Avaliação de pessoas com problemas nos intestinos. In W. J. Phipps, J. K. Sands, & J. F. Marek, *Enfermagem médico-cirúrgica, conceitos e prática clínica* (Vol.3, cap. 41, pp. 1497-1564). Loures: Lusociência.

Serrano, C. M. P., & Pires, P. M. D. F. (2007). Enfermeiro e o doente ostomizado. *Revista Sinais Vitais*, 73, 48-52.

Silva, A. L., & Shimizu, H. E. (2006). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Ver. Latino-am Enfermagem*.14 (4). 483-490.

Sonobe, H. M., Barichello, E., & Zago, M. M. (2002). A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 48 (3), 341-348.

Santos, V. (2000). Fundamentação Teórico-Methodológica da Assistência aos ostomizados na área da saúde do Adulto. *Ver. Esc. Enf. USP*. 34(1). 52-58.

APÊNCICE

Apêndice VII – Guia do Cliente Ostimizado

Guia do Cliente Ostomizado



ÍNDICE

1-	INTRODUÇÃO	2
2-	O QUE É UMA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL	3
3-	CUIDADOS A TER COM O ESTOMA E PELE PERI ESTOMA	4
4-	CUIDADOS RELATIVOS À ALIMENTAÇÃO	7
5-	VESTUÁRIO A USAR	8
6-	EXERCÍCIO FÍSICO	8
7-	CUIDADOS DE HIGIENE	8
8-	VIAGENS	8
9-	VIDA SEXUAL	9
10-	AQUISIÇÃO DE MATERIAL E LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA- OSTOMIZADO	9
11-	DIREITOS DOS OSTOMIZADOS	11
12-	RECURSOS NA COMUNIDADE	12
13-	CONCLUSÃO	13

1- INTRODUÇÃO

A elaboração deste manual tem como objetivo ajudar o cliente portador de uma ostomia de eliminação intestinal a compreender melhor a sua nova situação. Pretende-se promover a aprendizagem e um correto autocuidado, bem como o esclarecimento de dúvidas sobre esta nova etapa da sua vida, assim como a dos seus familiares.

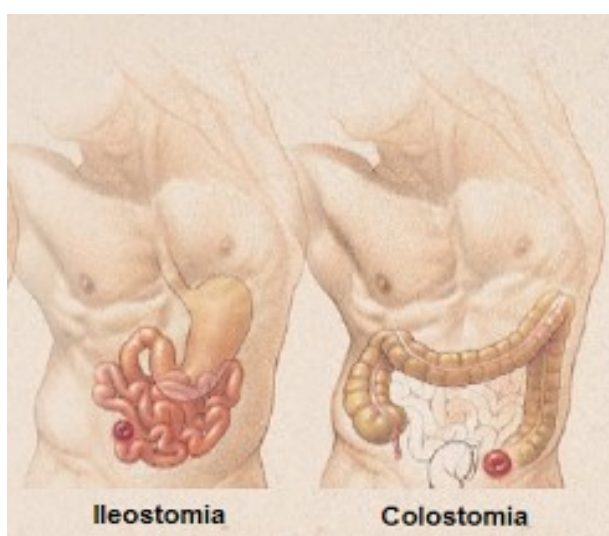
Com um correto acompanhamento, respetivo ensino e com o suporte deste manual pretendemos que se torne mais fácil a sua adaptação à sua nova situação contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida.

2-O QUE É UMA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

A palavra ostomia é de origem grega e tem como significado abertura ou boca. A técnica da ostomia é um ato cirúrgico que consiste na abertura da parede abdominal com o objetivo de eliminar para o exterior as fezes (Gemelli & Zago, 2002). Este orifício criado no abdómen denomina-se estoma.

As ostomias são classificadas de acordo com o tempo de permanência, em temporárias ou definitivas, e de acordo com a sua localização anatômica, quando o segmento exteriorizado faz parte do intestino delgado, assume a designação de ileostomia, quando o segmento exteriorizado é o do intestino grosso (cólon), é designado colostomia (Gemelli & Zago, 2002)¹.

Figura 1 – Classificação das Ostomias de acordo com a localização



Fonte: <http://www.conteudodeenfermagem.com/2013/06/cuidados-basicos-com-ostomias.html>

¹ 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 (1), 34-40.

3-CUIDADOS A TER COM O ESTOMA E PELE PERI ESTOMA

A observação do estoma e pele peri estoma é fundamental para a detecção de complicações, pelo que os mesmos devem ser cuidadosamente observados sempre que são prestados os cuidados de higiene.

A observação do estoma deve ter em conta a coloração, humidade, tamanho e tensão no local de sutura à pele. Um estoma saudável e normal apresenta-se vermelho vivo, húmido, diminui de tamanho ao longo do primeiro mês encontra-se ajustado à pele.

Figura 2- Estoma saudável



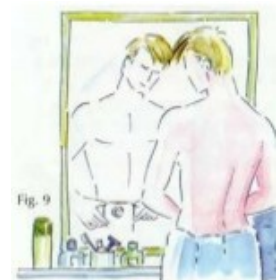
Fonte: Imagens cedidas da consulta de enfermagem de estomaterapia, devidamente autorizada pelos clientes.

Assim, alterações podem significar uma diminuição do aporte sanguíneo ao estoma e o cirurgião deve ser alertado

Antes de iniciar os cuidados ao estoma e pele deverá reunir todo o material necessário: papel higiénico, esponja ou compressas não esterilizadas molhadas e secas, placa e saco novo;

Os cuidados a prestar ao estoma e pele peri estoma são:

- Lavar as mãos;



- Retirar a placa e saco ou apenas o saco, consoante o caso;

- Remover o excesso de fezes com papel higiénico.

- Observar o estoma e pele peri-estoma;



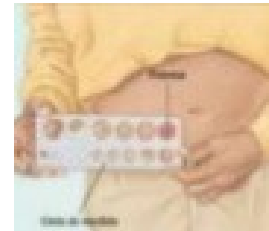
- Lavar suavemente o estoma e pele peri-estoma com compressas/ esponja com água e sabão com pH neutro;



- Secar bem sem friccionar;

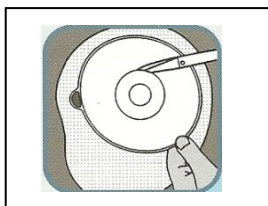
- Não utilizar substâncias irritantes para a pele, como por exemplo perfumes, álcool, éter ou sabão perfumado;

- Devem ser aplicadas as proteções de pele consoante indicação da enfermeira estomaterapeuta;

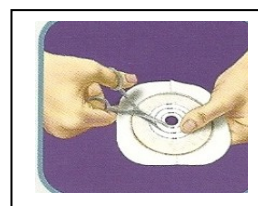


- O estoma deve ser cuidadosamente medido;

- A placa deve ser cortada consoante a medida tirada;

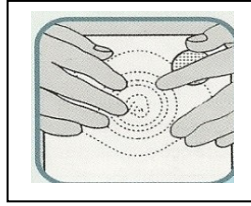
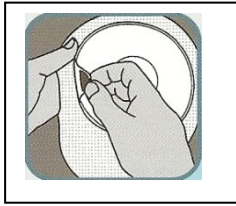


Sistema de peça única

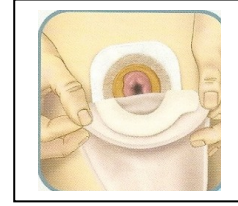
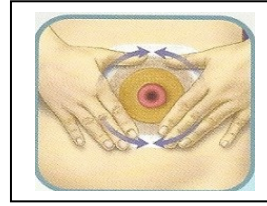


Sistema de duas peças

- Aplica-se a placa e depois adapta-se o saco, caso seja um sistema de duas peças;



Sistema de peça única



Sistema de duas peças

- Com a ajuda do calor das mãos adaptar a parte adesiva à pele peri estoma;
- Se saco aberto, fechar o saco dobrando a sua extremidade e pressionando para que o velcro adira.

O eritema e edema que surgem a nível da pele peri estoma são as complicações mais frequentes, fruto do contacto das fezes com a pele, e consequente agressão, e da própria abrasão mecânica realizada sempre que se retira a placa. Para além disso pode surgir uma reação alérgica fruto do contacto do material com a pele, pelo que se pode optar por outro tipo de material.

Assim, é fundamental realizar uma correta medição do estoma para que o diâmetro do orifício da placa seja cortado de acordo com o do estoma, evitando assim o contacto das fezes com a pele. Para além disso, as fugas são evitadas com a escolha e aplicação correta do dispositivo, pelo que o cliente deve inicialmente ser acompanhado na escolha do material no internamento e posteriormente na consulta de enfermagem de estomaterapia.

Os sacos devem ser despejados ou trocados, sempre que, quando estiverem entre um terço e metade da sua capacidade ou quando as placas se encontram mal adaptadas, não sendo correto colocar adesivos para a sua fixação. Desta forma, evita-se o contato das fezes com a pele e minimiza-se a ocorrência de complicações. Na presença de gases os sacos devem ser abertos ou substituídos, consoante o caso, e nunca furados.

4-CUIDADOS RELATIVOS À ALIMENTAÇÃO



A alimentação deve ser equilibrada e variada, os alimentos devem ser introduzidos gradualmente para que seja possível identificar quais os alimentos que provocam mais desconforto.

Assim, deve optar-se pelo padrão alimentar anterior à cirurgia, no entanto, deverá ter alguns cuidados gerais, sendo eles:

- Mastigar cuidadosamente os alimentos, o que facilita a digestão e diminui a flatulência;
- Ter uma alimentação variada e fazer várias refeições diárias;
- Reforço hídrico, em especial nos ileostomizados;
- Controlar a ingestão de alimentos de acordo com a sua própria situação, atendendo as características de alguns alimentos.

Quadro1- Efeitos adversos dos alimentos

Causam Obstipação	Arroz, banana, batata, frutos secos, compota de maçã
Provocam Diarreia	Leite, feijão figos, ameixa, morango, melancia, laranja, Kiwi, vegetais, cereja
Aumenta o Cheiro das fezes	Cebola, alho, peixe, queijo, couves, bebidas vegetais, espargos, ovos, café, pêra, feijão, alimentação condimentada
Diminuem o cheiro das fezes	Espinafres, salsa, vegetais verdes, alface, iogurte, manteiga
Causam Flatulência	Bebidas gasificadas, feijão, ervilhas, batata-doce, couve-flor, cebola, chocolates, bolos, melão, cogumelos

Fonte: Informação fornecida no curso "Atualizações em Estomaterapia", 2013

5-VESTUÁRIO A UTILIZAR

No que diz respeito ao tipo de vestuário, é importante que o doente se sinta confortável, pelo que deve ser evitada a utilização de cintos ou roupa demasiado apertada sobre o estoma. No entanto, não há necessidade de mudança de vestuário.



6-EXERCICIO FÍSICO

A pessoa ostomizada pode e deve praticar exercício físico, atividades como o correr, andar de bicicleta. Deverá evitar atividades que impliquem muito esforço físico como por exemplo o judo, Karatê, etc.



7-CUIDADOS DE HIGIENE

Relativamente ao tomar banho este pode ser com ou sem saco.

Na praia ou na piscina deverá tomar banho sempre com o saco e não esquecendo de tapar o filtro.

8-VIAGENS

Sempre que sair de casa leve uma placa e um saco, bem como todo o material necessário para os substituir, caso seja necessário.

Quando for viajar deve ter a preocupação de não esquecer de preparar uma pequena mala com o material necessário para cuidar do seu estoma, durante o tempo que estiver fora.

9-VIDA SEXUAL

É norma que haja alteração da sua vida sexual, pois pode sentir receio de não ser aceite pelo companheiro(a), de que haja cheiro ou que se desloque a placa ou o saco durante o ato.

Algumas sugestões, tais como: posições alternativas nas quais o casal se sinta bem e seja exercida menos pressão no local do estoma, é desejável que o ostomizado proceda à mudança do saco antes das relações sexuais ou opte pela troca para um mini saco, pode ser sugerida a utilização de um lenço para tapar o saco ou optar por usar uma t-shirt.

É importante que partilhe com o seu companheiro(a) os seus sentimentos.

10-AQUISISÃO DE MATERIAL E LEGISLAÇÃO ESPECIFICA - OSTOMIZADOS

Os dispositivos são comparticipados por lei, embora a percentagem desta comparticipação seja variável de acordo com cada subsistema de saúde.

Comparticipações do material de ostomia		
	SNS (Despacho 25/ 95 de 14 de Setembro de 1995)	ADSE (D.R. – 2ª Série, nº 224 de 26 de Setembro de 2001)
Sacos colostomia e ileostomia	90% até 2€	100% sem limite
Sacos de urostomia	90% até 2,5€	90% até 3,19€ Máx. 1500€/ ano
Acessórios de ostomia	90%	100%
Irrigador para colostomia	90%	100%

Relativamente á prescrição dos sacos e acessórios é da competência do médico especialista ou do médico de família.

Se o seu sistema for o SNS terá que pedir fatura do que comprou e juntamente com a receita médica, entregar no Centro de Saúde onde está inscrito a fim de ser reembolsado.

Se pertencer á ADSE envie a fatura e a receita ou entregue-as diretamente (como faz habitualmente).

As pessoas ostomizadas são consideradas pessoas com deficiência dentro dos parâmetros definidos, quer pela organização Mundial de Saúde, quer pela Lei nº 9/ 89 de Maio (Lei de Bases da Prevenção e da reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência).

A legislação Portuguesa contempla comparticipações e benefícios fiscais para a pessoa com ostomia/ deficiência, quer na aquisição do material de ostomia, na isenção no pagamento das taxas moderadoras ou na aquisição de habitação ou automóveis. As comparticipações variam de acordo com o sistema de proteção social.

Alguns dos despachos e Decretos-lei são os seguintes:

- Despacho conjunto n. °861/99 – Caracterização de deficiência profunda e doença crónica.
- Decreto-Lei n.º 92/2000 de 19 de Maio – Esquema de protecção social especial para as pessoas atingidas por doenças graves do foro oncológico.
- Despacho 25/95, Min. Saúde, DR, II Série, n.º 213, 14-09-1995 – Comparticipação de material de ostomia pelo Serviço Nacional de Saúde
- Decreto-lei n.º 442-A/88 de 30 de Novembro – Imposto sobre o rendimento de pessoas singulares.
- Decreto-lei n.º 215/89 de 1 de Julho – Estatuto de benefícios fiscais.

(Associação Portuguesa dos Ostomizados)

11-DIREITOS DO OSTOMIZADOS

Os doentes ostomizados tem direitos tais como:



- Ser informado, no pré-operatório, sobre a ostomia e perspectivas de qualidade de vida futura;
- Ter o estoma apropriadamente posicionado tendo em conta a sua anatomia;
- Ter um estoma bem construído;
- Ter cuidados de enfermagem especializados no pós-operatório;
- Ter suporte emocional;
- Ter instrução individual sobre a forma de cuidar a ostomia;
- Estar na unidade hospitalar o tempo suficiente para cuidar, por si próprio, da ostomia;
- Ser informado sobre a disponibilidade de equipamento de ostomia;
- Ter seguimento pós-hospitalar e supervisão durante o período considerado necessário;
- Beneficiar da experiência de outros ostomizados através da sua associação;
- Ter acesso a participação na aquisição de produtos de ostomia;
- Ter acesso a benefícios sociais consagrados na legislação portuguesa.

(Associação Portuguesa dos Ostomizados)

12-RECURSOS NA COMUNIDADE

Alguns dos recursos existentes na comunidade são:

- Associação Portuguesa de Ostomizados (APO)
Av. João Paulo II, Lote 552 – 2ºB, 1950-154 Lisboa
Telf. 218841281
www.apostomizados.pt
informações@apostomizados.pt
- Instituto Português De Oncologia Lisboa Francisco Gentil, EPE
Telf.217229800 ext. 1292
- Liga Portuguesa Contra o Cancro
Telf. 217271241
www.ligacontracancro.pt
- Associação Internacional de Ostomia
www.ostomyinternational.org
- Hospital São José
Telf. 218841281
- Hospital São Francisco Xavier
Telf. 210431536
- Hospital Amadora Sintra
Telf. 214348310/ 12
- Hospital Curry Cabral
Telf. 217924200
- Hospital Reinaldo dos Santos
Telf. 263276701
- Hospital Cuf Descobertas
Telf.210025200
- Laboratórios
www.hollister.com
www.convatec.com
www.coloplast.com
www.bbraun.com

13-CONCLUSÃO

Espero que este manual seja útil para responder a algumas dúvidas e a ajudá-lo a viver melhor com a sua ostomia.

ANEXOS

Anexos I

Comprovativo da Formação
“Atualizações em Estomaterapia”

CERTIFICADO



Werfen Group



Certifica-se que a Exma Senhora Enfermeira Ana Susana Lima Teixeira participou na Ação de Formação "Atualizações em Estomaterapia", realizada nos dias 6,7,13,14,20,21,27 e 28 de Setembro 2013, no Instituto Português de Oncologia de Coimbra, patrocinada pela Medicinália Cormédica, com duração total de 52 horas.

Resultado da avaliação da formação: APROVADA

Isabel Ramos *João Zúlcov*

