

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Ostomia Digestiva e seu Cuidador Familiar: A Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si

Teresa Sofia Fernandes Tomás

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Ostomia Digestiva e seu Cuidador Familiar: A Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si

Teresa Sofia Fernandes Tomás

Orientadora: Professora Doutora Idalina Gomes

2014

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of motion and depth.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes pelo estímulo, pelo apoio, pelas críticas e esclarecimentos proporcionados ao longo da orientação deste trabalho. Acima de tudo, obrigada por ter sido minha parceira neste percurso de aprendizagem.

Às Enfermeiras Filipa Veríssimo, Sónia Pequito e Natércia Gonçalves, que aceitaram colaborar na orientação deste projeto, pela sua disponibilidade, partilha do Saber e amizade que me dispensaram.

À equipa multidisciplinar dos locais de estágio cuja partilha tornou possível este trabalho.

Às pessoas idosas e aos seus cuidadores familiares pela forma como acolheram este projeto, aceitando amavelmente colaborar, e pelo seu reconhecimento face ao trabalho desenvolvido.

À minha família, pelo amor, pelo estímulo, encorajamento e apoio incondicional, e pela paciência e compreensão nos momentos mais difíceis deste percurso.

A todos o meu profundo agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURA/SIGLAS

CCR - Cancro Colo Retal

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

SCGHCL – Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central em Lisboa

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

O regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada requer um planeamento precoce e estruturado para evitar complicações e readmissões. Cuidar a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva, considerando a especificidade da sua situação, exige o envolvimento desta e dos seus cuidadores familiares com as equipas de enfermagem, desenvolvendo um trabalho conjunto que permita identificar e responder às necessidades na preparação do regresso a casa e garantir a gestão eficaz da sua nova condição de saúde. Neste âmbito, desenhou-se um projeto de estágio alicerçado no Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009, 2013) e na Teoria das Transições de Meleis (2010), com o objetivo de desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à Pessoa Idosa, e contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, para em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar, os capacitar para o regresso a casa, promovendo o Cuidado de Si. Para o seu desenvolvimento recorreu-se à metodologia de projeto. Os dados para o diagnóstico da situação e avaliação foram colhidos por análise documental, observação de práticas e entrevistas, e foram analisados por estatística descritiva e análise de conteúdo. Participaram 4 pessoas idosas ostomizadas, os seus cuidadores familiares, a equipa de enfermagem e multidisciplinar. Os resultados atingidos evidenciam registos de enfermagem mais completos e individualizados; a monitorização das intervenções realizadas em parceria garantiu a continuidade dos cuidados; a pessoa idosa/cuidador familiar demonstrou domínio dos seus cuidados; a equipa multidisciplinar iniciou a preparação do regresso a casa na admissão hospitalar. A intervenção junto da pessoa idosa e a prática reflexiva desenvolvidas contribuíram para a aquisição de competências como enfermeira especialista e mestre, na área da saúde do idoso. Conclui-se que a intervenção em parceria é essencial para um cuidar centrado na pessoa idosa, permitindo a continuidade de intervenções na preparação individualizada da transição do hospital para casa.

Palavras-chave: pessoa idosa, ostomia, parceria, intervenções de enfermagem, promoção do Cuidado de Si e regresso a casa

ABSTRACT

The homecoming of hospitalized elderly requires timely planning and structured to avoid complications and readmissions. Caring for the elderly submitted to digestive ostomy, considering the specificity of their situation, requires the involvement of this and their family caregivers with the nursing teams, developing working together to identify and respond to needs in preparing for the homecoming and ensure the effective management of his new health condition. In this ambit a stage Project was drawn based on the model of intervention in partnership of Gomes (2009, 2013) and Meleis Theories of Transitions (2010), with the aim of developing skills as a specialist nurse in the area of Elderly intervention and contribute to the development of skills in the nursing team, in partnership with the elderly submitted to digestive ostomy/family caregiver, enabling them to return home, promoting the care of themselves. For the development of the project it was used the project methodology. The data for the diagnosis of the situation and evaluation were collected by document analysis, observation of practice and interviews, and were analyzed using descriptive statistics and content analysis. Participated in 4 elderly people with an ostomy, their family caregivers, nursing and multidisciplinary team. The achieved results show more complete and individualized nursing records; monitoring of interventions in partnership ensured the continuity of care; the elderly/family caregiver has demonstrated mastery of their care; the multidisciplinary team began preparing for homecoming at hospital admission. The intervention with the elderly and reflexive practice developed contributed to the acquisition of skills as a specialist nurse and master in the area of health of the elderly. It is concluded that the intervention in partnership is essential to a person-centered care for elderly, allowing continuity of individualized interventions in planning the transition from hospital to home.

Keywords: elderly, ostomy, partnership, nursing interventions, promotion of Self Care and homecoming.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	17
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	23
2.1. O Contexto de envelhecimento na sociedade atual: Cuidar da pessoa idosa em situação de Cancro Colo Retal	23
2.2. Preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar.....	26
2.3. A pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar como parceiros no processo de transição para a promoção do Cuidado de Si.	31
3. METODOLOGIA/DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	37
3.1. Metodologia de Projeto.....	37
3.2. Caracterização dos Contextos de Estágio	38
3.3. Considerações Éticas	38
3.4. Atividades realizadas, Resultados obtidos e Competências desenvolvidas	39
3.4.1. Fase de Diagnóstico.....	40
3.4.2. Fase de Implementação	47
3.4.3. Fase de Avaliação.....	57
4. REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO	61
4.1. Limitações do Projeto.....	63
4.2. Implicações para a prática/sugestões	64
5. CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Formação em Estomaterapia

APÊNDICES

APÊNDICE I – Impresso de Consentimento Informado

APÊNDICE II – Indicadores de avaliação dos registos de enfermagem

APÊNDICE III - Grelha de observação dos registos de enfermagem – avaliação inicial

APÊNDICE IV – Análise e resultados estatísticos da avaliação inicial dos registos de enfermagem

APÊNDICE V - Enunciado de reflexão realizado aos enfermeiros, conteúdo das narrativas e sua análise

APÊNDICE VI – Revisão Sistemática da Literatura

APÊNDICE VII – Plano da Sessão de Formação

APÊNDICE VIII – Relatório da Sessão de Formação

APÊNDICE IX – Avaliação da Sessão de Formação

APÊNDICE X - Documento orientador para sistematização da informação acerca da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

APÊNDICE XI – Registo de monitorização das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

APÊNDICE XII – Material escrito de apoio à educação da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar

APÊNDICE XIII – Instrumentos mobilizados na avaliação multidimensional da pessoa idosa

APÊNDICE XIV – Estudo de Caso

APÊNDICE XV – Reflexão sobre a experiência de estágio em Cuidados de Saúde Primários

APÊNDICE XVI - Grelha de observação dos registos de enfermagem – avaliação final

APÊNDICE XVII – Análise dos resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial

APENDICE XVIII – Guião de entrevista semi-estruturada realizada à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

APÊNDICE XIX – Corpo das respostas da entrevista realizada à pessoa idosa

APÊNDICE XX – Análise de conteúdo da entrevista realizada à pessoa idosa

NDICE DE QUADROS

Quadro 1. Objetivos e atividades desenvolvidos durante a fase de diagnóstico.....	40
Quadro 2. Objetivos e atividades desenvolvidos durante a fase de implementação.....	47
Quadro 3. Objetivos e atividades desenvolvidos durante a fase de avaliação.....	57

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Análise comparativa da variação dos indicadores avaliados nos registos de enfermagem.....	58
---	-----------

INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Pós- Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), vertente Pessoa Idosa, realizou-se um estágio suportado num projeto de intervenção clínica previamente delineado, com a finalidade de desenvolver competências de enfermeira especialista, e de mestre, no cuidado à pessoa idosa. O relatório aqui apresentado é referente ao projeto de estágio intitulado “Retorno a casa da Pessoa Idosa submetida a ostomia digestiva e seu Cuidador Familiar: A Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si”. Pretendia-se com o mesmo desenvolver estratégias para envolver a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva (colostomia ou ileostomia, temporária ou definitiva) e seu cuidador familiar ¹ como parceiros no planeamento do retorno a casa, visando a gestão eficaz do seu processo de recuperação e autonomia, na promoção do cuidado de Si.

Assistimos ao envelhecimento da população e à crescente prevalência de doenças crónicas, o que contribui para um aumento do índice de dependência, diminuição da funcionalidade e para um aumento da necessidade de cuidados de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012). O seu impacto no sistema financeiro, social e de saúde das sociedades é significativo (Petronilho, 2012). O reconhecimento deste fenómeno reflete-se na elaboração de programas que visam a promoção do envelhecimento ativo da população. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) alerta para as principais causas de

¹ A definição de cuidador familiar adotada neste projeto refere-se a qualquer familiar, companheiro, amigo ou vizinho que tenha uma relação pessoal significativa com a pessoa idosa com doença crónica ou debilitante, e que presta um leque alargado de cuidados à mesma. Estes indivíduos podem ser cuidadores primários ou secundários, e podem residir ou não com a pessoa idosa que necessita de cuidados (Family Caregiver Alliance, 2006).

morbilidade e mortalidade da população idosa, relevando os tumores malignos, como uma das principais causas (Direção Geral da Saúde, DGS, 2004). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) o Cancro Colo Retal (CCR), em Portugal, representa o terceiro tumor mais frequente e a segunda causa de morte por cancro. Está comprovado que, com o avançar da idade, aumenta a probabilidade de se detetar CCR, verificando-se taxas de incidência e mortalidade crescentes (Sá, 2008; Stumm, Oliveira e Kirschner, 2008). Face ao desenvolvimento de novos meios de diagnóstico precoce e tratamentos mais eficazes, o número de sobreviventes tem vindo a aumentar e será exponencial no futuro (Sá, 2008).

Das modalidades de tratamento destaca-se a intervenção cirúrgica, da qual pode resultar uma ostomia digestiva. Esta constitui uma mutilação física e conduz a alterações significativas aos vários níveis da vida humana (fisiológico, psicológico, social e familiar) com consequências na qualidade de vida em geral (O'Connor, 2005; Silva e Shimizu, 2006; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007; Andersson, Engström e Söderberg, 2010; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011). A idade constituiu um fator que influencia a qualidade de vida das pessoas ostomizadas, tanto ao nível da saúde física como mental (Ma, Harvey, Stewart, Andrews e Hill, 2007). Nestes casos, a pessoa idosa pode experienciar múltiplas transições, em que o regresso a casa constitui uma situação de vulnerabilidade e fragilidade e uma transição geradora de desequilíbrio (Meleis, 2010). O impacto destas experiências pode traduzir-se num aumento da dependência, podendo conduzir à restrição de algumas atividades de vida, alteração das relações familiares e dos papéis que desempenhava e ao isolamento social. Surge a necessidade da pessoa idosa desenvolver conhecimentos e capacidades para se adaptar à sua nova condição, gerir a situação de doença e alcançar o sucesso nessa transição. Neste contexto o enfermeiro tem um papel determinante. As intervenções de enfermagem são desenvolvidas para alcançar ou facilitar a saúde e o bem-estar (Meleis, 2010).

A implementação de intervenções educativas no período peri-operatório, continuando após a alta hospitalar, interfere positivamente nos domínios físico, psicológico, económico, social e familiar, repercutindo-se na qualidade de vida da pessoa idosa ostomizada/cuidador familiar (O'Connor, 2005; Silva e Shimizu, 2006; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007; Williams, 2008; Andersson, Engström e

Söderberg, 2010; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; Lowther, 2012; Walker e Lachman, 2013). Estas devem ser planeadas e efetuadas de forma organizada e individualizada, de acordo com as suas necessidades e especificidades, num processo contínuo e gradual, para garantir a continuidade dos cuidados no regresso a casa (O'Connor, 2005; Gonçalves, 2008; Williams, 2008; Rebelo, 2012; Walker e Lachman, 2013).

Impõe-se assim a introdução da prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa ostomizada e cuidador familiar para a sua capacitação no que refere à gestão eficaz da sua ostomia, de forma a possibilitar-lhe a aquisição de estratégias pessoais para lidar com a nova condição de saúde (Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011). Segundo Gomes (2009, 2013), a parceria consiste num processo dinâmico negociado entre idosos/famílias e enfermeiros que promove o cuidado de Si, envolvendo a construção de uma ação na qual partilham significados da experiência da pessoa. Este modelo possibilita à pessoa idosa usufruir de um papel central no processo de cuidados, sendo integrado como parte ativa e decisiva da sua reabilitação. Para isso, o enfermeiro deve dotar de informação e conhecimentos a pessoa idosa/cuidador familiar envolvendo-a no processo de cuidados, tornando-a parceira, de forma a possibilitar que esta assuma o cuidado de Si ou assegurar que o cuidador familiar assumo o cuidado do Outro (Gomes, 2009, 2013).

Assim, a implementação de um planeamento de cuidados estruturado, de preparação para o regresso a casa, tendo em conta as necessidades da pessoa idosa ostomizada, é determinante para que esta possa prosseguir com o seu projeto de vida e saúde, num processo de parceria promotor do cuidado de Si, no qual é valorizada a sua autonomia e liberdade de escolha.

Pretendendo identificar as respostas dos cuidados de enfermagem na comunidade aos idosos, nomeadamente na resolução dos problemas e dificuldades com que as pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva/cuidadores familiares se deparam após o seu regresso a casa, realizou-se, também, um estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Para a realização do estágio foi essencial refletir sobre as competências desenvolvidas durante o percurso profissional. Assim, com base na experiência profissional de oito anos, direcionada para a prestação de cuidados ao adulto/idoso,

e de acordo com o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, situava-me ao nível de enfermeira proficiente. Com a realização deste projeto de intervenção pretendia desenvolver competências específicas para caminhar no sentido de atingir o nível de perita (Benner, 2001).

Para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre na área da saúde da pessoa idosa, foram considerados o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) e o perfil de competências definido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em EMC (ESEL, 2010).

É de salientar que, no que respeita às competências específicas da área da Especialização em EMC vertente Pessoa Idosa, estas ainda não se encontram definidas pela OE. No entanto, a intervenção deve ser “dirigida aos projetos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2009, p.7). Assim, o primeiro preconiza o desenvolvimento de quatro domínios de competência comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das práticas profissionais. O segundo pretende que o enfermeiro especialista e mestre em EMC assegure a prestação de cuidados à pessoa idosa e família, numa perspetiva holística, nos diferentes níveis de prevenção, agindo como perito e dinamizador da capacitação da pessoa idosa na gestão da sua doença crónica, de modo a promover a sua qualidade de vida. Devendo intervir como perito na criação de condições e na dinamização da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação profissional.

Assim, os objetivos gerais delineados para este projeto foram: desenvolver competências como enfermeira especialista na área da saúde da pessoa idosa, para em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar, os capacitar para o regresso a casa, promovendo o cuidado de Si; e contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para um cuidado em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu

cuidador familiar, na preparação do seu regresso a casa, promovendo o cuidado de Si.

Para a elaboração deste trabalho foi utilizada a metodologia de projeto, cujo objetivo principal é centrar-se na resolução de problemas e desenvolver capacidades e competências para elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo *et al.*, 2010).

Este trabalho está organizado em cinco capítulos. Inicia-se com a introdução, seguindo-se a apresentação da problemática/justificação da pertinência do projeto e diagnóstico da situação no primeiro capítulo. Depois, no segundo capítulo, é apresentado o enquadramento concetual que sustentou a prática ao longo do estágio. No terceiro capítulo expõe-se a metodologia adotada na implementação do projeto e a descrição das atividades, resultados obtidos e competências desenvolvidas. No quarto é apresentada uma reflexão sobre as competências desenvolvidas, e mencionadas as implicações para a prática e limitações do projeto. O quinto capítulo refere-se à conclusão, seguida da apresentação das referências bibliográficas. Para a construção deste trabalho foi utilizada a norma da American Psychological Association (APA).

1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Neste capítulo procede-se à fundamentação da problemática deste projeto, inserindo-a num serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central em Lisboa (SCGHCL), contexto de implementação do projeto.

A prática baseada em evidência tem como ponto de partida a prática clínica e só se consegue através de questões formuladas nesse contexto, centradas naquilo que se faz diariamente (Ruivo et al, 2010). Considerando a experiência profissional sempre direcionada para a prestação de cuidados a pessoas adultas e idosas na gestão do seu processo de saúde-doença, situava-me no nível de Proficiente, de acordo com o modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências aplicado à enfermagem (Benner, 2001). Este nível é conseguido quando o enfermeiro percebe as situações globalmente, e não em termos isolados, adquirindo a capacidade de abstração a partir da sua própria prática (Benner, 2001).

Não obstante, a experiência profissional aliada ao contributo do saber teórico e reflexivo fomentado pelo curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em EMC na área de especialização de cuidados à pessoa idosa, determinaram a consciencialização para a problemática das alterações decorrentes de uma cirurgia mutilante, como é ser submetido a ostomia digestiva, e as necessidades aos vários níveis que daí advêm. Neste âmbito, com a realização deste projeto de intervenção, numa área que tanto me motiva e interessa, aliada à evidência científica que justifica a sua pertinência, surgiu a oportunidade de desenvolver a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar. Pretendia-se com o mesmo desenvolver competências específicas como enfermeira especialista e mestre na área de intervenção da pessoa idosa, que permitissem caminhar no sentido de atingir o nível de perita. Segundo Benner (2001) o enfermeiro perito com a sua experiência prévia abarca intuitivamente a situação e concentra-se no ponto fulcral do problema sem considerações supérfluas, atuando a partir de um

conhecimento profundo da situação, dando assim visibilidade e realce ao reconhecimento da sua perícia.

Com o intuito de identificar as principais necessidades, dificuldades sentidas e preocupações de pessoas idosas ostomizadas após o seu regresso a casa, senti necessidade de ir conhecer as suas vivências. Concretizado num estágio de observação/trabalho de campo realizado na Consulta de Estomaterapia de um Hospital, em Lisboa, durante o 2º semestre. Traduziu-se numa experiência formadora, que veio relevar ainda mais as dificuldades por que passam estas pessoas idosas e os seus cuidadores, bem como as implicações nas suas vidas. Promoveu a reflexão sobre a prática individual e a dos pares, suscitando necessidades pessoais de formação nesta área que se procuraram satisfazer, também, com a realização de um curso em Estomaterapia que decorreu no mês de Setembro de 2013 (Anexo I).

Durante o período de estágio, considerou-se importante participar em sessões formativas promovidas pela Unidade Universitária de Geriatria, na Instituição Hospitalar, com o intuito de buscar contributos para a prática de cuidados.

Ao cuidar de pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva, deparava-me com situações carregadas de ansiedade e de angústia, não só pela doença em si e pela necessidade de hospitalização, mas sobretudo pela própria cirurgia. Desta resultam implicações aos vários níveis da vida humana (físico, psicológico, económico, social e familiar) que se repercutem na qualidade de vida da pessoa (O'Connor, 2005; Silva e Shimizu, 2006; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007; Williams, 2008; Andersson, Engström e Söderberg, 2010; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; Lowther, 2012; Walker e Lachman, 2013). A idade constituiu um fator que influencia a qualidade de vida das pessoas ostomizadas, tanto ao nível da saúde física como mental (Ma, Harvey, Stewart, Andrews e Hill, 2007). As alterações decorrentes do envelhecimento podem potenciar dificuldades à pessoa idosa, ameaçando a efetividade dos cuidados à ostomia, comprometendo assim a sua autonomia, bem-estar e qualidade de vida (Williams, 2008; Lowther, 2012).

A adaptação da pessoa à vida com uma ostomia requer o seu tempo. No entanto, este processo torna-se mais fácil se a pessoa idosa/cuidador familiar tiverem acesso a educação e apoio adequados às suas necessidades. De forma a

desenvolver competências sobre a melhor forma de cuidar de si enquadrada nas suas atividades de vida diárias, fator determinante na adaptação à sua nova condição de saúde (O'Connor, 2005; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007; Williams, 2008 e Lowther, 2012). A evidência comprova que as intervenções educativas de enfermagem no período peri-operatório interferem positivamente nos domínios físico, psicológico, económico, social e familiar destas pessoas idosas (O'Connor, 2005; Silva e Shimizu, 2006; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007; Williams, 2008; Andersson, Engström e Söderberg, 2010; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; Lowther, 2012; Walker e Lachman, 2013).

Estas intervenções devem assentar num processo gradual e contínuo, alicerçado num planeamento do regresso a casa devidamente estruturado e de um modelo de intervenções que envolva também o cuidador familiar (O'Connor, 2005; Gonçalves, 2008; Williams, 2008; Rebelo, 2012; Walker e Lachman, 2013). Para além de que, uma inadequada preparação do regresso a casa e a escassa articulação com os serviços de saúde dificultam o assumir o cuidado por parte da pessoa idosa/cuidador familiar e podem retardar o regresso a casa. O domínio do conhecimento sobre os seus cuidados e a continuidade de intervenções na comunidade são determinantes para uma transição saudável (O'Connor, 2005; Turner, Fleming, Ownsworth e Corwell, 2008; Williams, 2008 e Lowther, 2012).

Torna-se assim fundamental estabelecer uma parceria com a pessoa idosa ostomizada, de forma a conhecê-la em toda a sua dimensão, e centrar as intervenções na sua individualidade (Gomes, 2009, 2013). Conhecendo plenamente a pessoa idosa consegue-se delinear estratégias em conjunto com a mesma, com o intuito de a auxiliar na transição que experiencia, e que esta se faça de forma saudável (Meleis, 2010). Cuidar em parceria comporta assim ganhos em termos de conhecimentos, poder na tomada de decisão e domínio do processo de recuperação para a pessoa idosa.

Trata-se então de uma área de atuação do enfermeiro especialista, pois implica um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, exigindo uma “elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados”, um “elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das

peças”, bem como a mobilização de um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010, p.3).

Considerando o que a evidência científica preconiza, pretendeu-se conhecer a realidade do contexto de estágio e de implementação do projeto - SCGHCL. Neste âmbito, durante a fase de diagnóstico foi importante perceber quais as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e como se efetuavam essas intervenções tendo em conta o Modelo de Parceria. Para isso, efetuou-se a análise dos registos de enfermagem, observaram-se as práticas de cuidados dos enfermeiros e passagens de ocorrências. Constatou-se que os registos não contemplavam informação suficiente que permitisse conhecer a pessoa idosa, tornando-se difícil desenvolver um cuidado em parceria que promovesse a sua capacitação. Verificou-se que a preparação do regresso a casa destas pessoas idosas não era iniciada precocemente, nem de forma estruturada por toda a equipa de enfermagem, realizando-se intervenções educativas mas de forma estandardizada. O registo de monitorização dessas intervenções existente no serviço, não era utilizado por estar desatualizado e desajustado às necessidades individuais e especificidades de cada pessoa idosa. O tempo de internamento estava muitas vezes desajustado às suas necessidades, verificando-se altas hospitalares precoces e um deficiente planeamento das mesmas. A falta de articulação da equipa com o cuidador familiar e com os recursos da comunidade não garantia a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Após apresentação e discussão destes dados, a equipa ficou sensibilizada para a importância desta problemática, reconhecendo a necessidade de melhorar as práticas de cuidados na preparação da transição dos cuidados para o regresso a casa da pessoa idosa idosa/cuidador familiar, demonstrando interesse em iniciar uma prática baseada no modelo de parceria de Gomes (2009, 2013).

Assim, este projeto teve como finalidade desenvolver estratégias para envolver a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar como parceiros no planeamento do regresso a casa, de forma a garantir a continuidade de cuidados durante e após a alta hospitalar e, a gestão eficaz do seu processo de recuperação e autonomia, promovendo a capacidade do cuidado de Si. Com o

mesmo pretendeu-se o desenvolvimento e aquisição de competências como enfermeira especialista ao nível da prática clínica, da formação, da investigação, da melhoria contínua da qualidade, da gestão e da responsabilidade profissional, ética e legal. Para tal definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista na área da saúde da Pessoa Idosa, para em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar, os capacitar para o regresso a casa, promovendo o cuidado de Si;

- Desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar, os capacitar para o regresso a casa, promovendo o cuidado de Si.

No sentido de nortear a fundamentação da problemática e as intervenções no desenvolvimento da prática clínica, definiu-se a seguinte questão: ***Como mobilizar a parceria enquanto intervenção de enfermagem com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar, na preparação do regresso a casa, no sentido de promover o Cuidado de Si?*** Foram utilizados os seguintes descritores para a pesquisa: elderly OR elder OR old people AND ostomy OR stoma AND family OR family caregiver OR relative AND nursing interventions OR nursing care AND partnership AND selfcare AND discharg* OR return* home.

No próximo capítulo será apresentado o enquadramento concetual que justifica a pertinência do projeto e sustentou a prática de cuidados ao longo do estágio.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo é apresentada a dimensão teórica e conceptual que sustenta o projeto de estágio, de acordo com a evidência científica. Será também desenvolvido o conceito de transição dos cuidados da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva na preparação do regresso a casa, e analisado o modelo de parceria nesta situação.

2.1. O Contexto de envelhecimento na sociedade atual: Cuidar da pessoa idosa em situação de Cancro Colo Retal

O envelhecimento rápido e progressivo da população é uma tendência mundial que se manterá durante as próximas décadas, e Portugal não é exceção. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), em 2011 a população com mais de 65 anos correspondia a 19,1%, prevendo-se que, em 2050, este valor seja de 32% (INE, 2004). O aumento da longevidade justifica-se atendendo ao desenvolvimento socioeconómico das populações, à melhoria do acesso aos cuidados de saúde e à evolução das ciências da saúde, associado à redução das taxas de fecundidade (OMS, 2005). Sobressaem novas exigências para a saúde que implicam a organização e reestruturação de respostas adequadas, na criação de condições que permitam envelhecer com saúde, autonomia e independência (DGS, 2004).

O aumento da esperança média de vida que a população portuguesa tem experienciado ao longo das últimas décadas, não tem sido acompanhado por um aumento da qualidade de vida (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012). A qualidade de vida nas pessoas idosas é largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência. A realidade portuguesa mostra-nos “que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados pelo aumento das situações de doença e de incapacidade” associados ao envelhecimento (DGS, 2004, p.9).

O envelhecimento é um processo irreversível que acompanha todos os indivíduos, moldando-os ao longo da vida. Contudo, é na sua etapa final de desenvolvimento que se evidencia pelas alterações aos níveis biológico, cognitivo, psicológico e social. Estas alterações não ocorrem isoladamente e podem potenciar-se, afetando cada pessoa de forma singular (Squire, 2005). Sobressaem dificuldades/limitações na capacidade de resposta/adaptação às alterações do meio ambiente, com consequências no aumento da vulnerabilidade à doença e à limitação funcional. O que significa que muitas intervenções de promoção, prevenção e reabilitação devem ser adaptadas a esta realidade específica (DGS, 2004).

O PNSPI (DGS, 2004) alerta os profissionais de saúde para as principais causas de morbilidade e mortalidade da população idosa. Destaca as “doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade”, relevando os tumores malignos como uma das principais causas de mortalidade dos idosos em Portugal (DGS, 2004, p.9).

Estudos comprovam que, com o avançar da idade, aumenta a probabilidade de se detetar CCR, verificando-se taxas de incidência e mortalidade crescentes à medida que a idade avança (Sá, 2008; Stumm, Oliveira e Kirschner, 2008). Segundo a OMS (2008), o CCR é mundialmente uma das neoplasias mais predominantes. Representa 8% de todas as mortes por cancro, e surge como a 4^a causa mais comum. Na Europa representa o 3^o tumor mais frequente e apresenta-se como a 3^a causa de morte por cancro. Em Portugal corresponde ao 3^o tumor mais frequente e apresenta-se como a 2^a causa de morte por cancro, com uma mortalidade de 15.2%, uma incidência de 16.1% e uma prevalência (sobrevivência aos cinco anos) de 16.3%. Com o desenvolvimento de novos meios de diagnóstico precoce e tratamentos mais eficazes, o cancro passou a ser gerido como uma doença crónica (Pereira e Botelho, 2012 citando McCorkle *et al.*, 2011). Face a tais conquistas, o número de sobreviventes de CCR tem vindo a aumentar e será exponencial no futuro (Sá, 2008).

Das modalidades de tratamento de CCR destaca-se a intervenção cirúrgica, que implica a necessidade de hospitalização. Esta representa sobretudo para a pessoa idosa uma situação de ameaça e um desafio que pode ser vivenciado de

formas distintas, consoante a capacidade de adaptação, as experiências passadas, as representações de saúde e de doença, entre outras, influenciando as suas reações, respostas e os resultados (Moniz, 2003; Cabete, 2005). Da intervenção cirúrgica pode resultar uma ostomia digestiva, que constitui uma abrupta alteração da imagem corporal, da forma de estar na vida e de desempenhar as suas funções, de cuidar de si, de se relacionar com os amigos, família e cônjuges, e que cada pessoa exprime de forma singular (O'Connor, 2005; Silva e Shimizu, 2006; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007; Williams, 2008; Andersson, Engström e Söderberg, 2010; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; Lowther, 2012; Walker e Lachman, 2013). A idade constituiu um fator que influencia a qualidade de vida das pessoas ostomizadas, tanto ao nível da saúde física como mental (Ma, Harvey, Stewart, Andrews e Hill, 2007). Assim, também as alterações decorrentes do envelhecimento podem potenciar dificuldades à pessoa idosa ostomizada. Exemplo dessas alterações são a diminuição da acuidade visual e auditiva, diminuição da destreza manual, fadiga e perda de memória. Estas dificuldades ameaçam a efetividade dos cuidados à ostomia, comprometendo a autonomia e bem-estar da pessoa idosa, o que conduz ao aumento das necessidades em cuidados de saúde (Williams, 2008; Lowther, 2012).

Dotado destes conhecimentos o enfermeiro consegue identificar mais precocemente necessidades específicas da pessoa idosa ostomizada e suas potencialidades, para a reabilitar e capacitar conjuntamente com o seu cuidador familiar (Gomes, 2009, 2013). Segundo a OE (2003), os cuidados de enfermagem centram-se na relação entre enfermeiro e pessoa, família e comunidades, no respeito pelos seus valores, crenças e desejos, decorrentes das “diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (p.4), focalizando-se na “promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (p.5). Deste modo, procuram prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, ao longo do ciclo vital. Procuram também satisfazer e maximizar a independência na realização das atividades de vida diárias, bem como a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores “frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (p.5). Estas intervenções são otimizadas se

atendermos e cuidarmos da família, também ela objeto dos cuidados de enfermagem.

O Código Deontológico dos Enfermeiros (2005), artigo 81º (p.89), refere que o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida”, e de “salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar ativamente na sua reinserção social”. O artigo 82º (p.97) refere que o enfermeiro assume o dever de respeitar o “direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital”, proteger e defender a vida humana em todas as circunstâncias, respeitando “a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”.

Assim, conhecendo a pessoa idosa ostomizada na sua globalidade, isto é, a sua individualidade e particularidade, e construindo uma relação terapêutica assente numa relação de confiança mútua, no respeito pelas suas crenças e valores, na compreensão e partilha de conhecimentos, o enfermeiro possibilita um cuidado humanizado, centrado na pessoa (McCormack, 2003).

A presença de doença, a necessidade de hospitalização para ser submetida a uma intervenção cirúrgica mutilante, e o regresso a casa, são situações causadoras de instabilidade, vulnerabilidade e fragilidade na pessoa idosa que acrescentam necessidades específicas para a mesma que se vê confrontada com a necessidade de adquirir novos conhecimentos e competências para cuidar de Si.

2.2. Preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar

A vivência da pessoa com uma ostomia implica um sistema complexo de análise e reflexão pessoal, cujo significado é construído ao longo das experiências vividas, dia após dia (Morais, Seiça e Pereira, 2012). A pessoa ostomizada experimenta a perda da sua integridade física e uma fragmentação do seu “eu”, podendo conduzir ao desenvolvimento de reações de luto, de choque, de raiva ou de repulsa perante a sua situação. Face ao seu corpo transformado, quer na imagem, quer na função, pode desenvolver um sentimento de alienação (Thorpe, McArthur e Richardson, 2009).

A alteração na função corporal implica, inevitavelmente, uma alteração no autocontrole, com consequências na autoestima, na sexualidade, nos contactos sociais e na qualidade de vida em geral (Andersson, Engström, Söderberg, 2010). Para enfrentar e sobreviver à nova condição, a pessoa idosa ostomizada pode desenvolver mecanismos de defesa, que vivencia de forma singular (Silva e Shimizu, 2006).

A localização do estoma adequada à anatomia da pessoa idosa é um fator essencial para a manutenção da sua qualidade de vida, na medida em que ficam asseguradas as condições que garantem a aderência do dispositivo e a fácil visualização do estoma pela mesma. As complicações que podem advir de uma incorreta localização do estoma podem inibir ou dificultar a realização plena das suas atividades normais; podem ser de tal forma graves que dificultam a prática de cuidados e determinam a capacidade de adaptação à ostomia (Morais, Seiça e Pereira, 2012). As complicações inerentes à realização de uma ostomia digestiva tanto podem ocorrer no pós-operatório imediato, como surgir tardiamente, salientando-se: o desequilíbrio hidroelectrolítico, problemas cutâneos na região periestomal e complicações relativas ao estoma (Sands, 2003; Morais, Seiça e Pereira, 2012). Estas são particularmente acentuadas na pessoa idosa, atendendo à sua fragilidade e vulnerabilidade, aquando da hospitalização (Cabete, 2005).

Para conseguir um ótimo estado nutricional e promover um correto funcionamento do estoma, a alimentação da pessoa idosa ostomizada requer ajustes no pós-operatório. Deve ser variada e equilibrada atendendo às suas preferências. A introdução dos alimentos deve ser gradual para deteção de possíveis intolerâncias, como a diarreia ou a obstipação. A ingestão hídrica em quantidade é essencial, bem como o consumo moderado dos alimentos que estão envolvidos na produção de cheiros (ovos, cebola, alho, café, entre outros) e flatulência (feijão, ervilhas, legumes, refrigerantes, pão, entre outros) e que podem provocar irritação do estoma (condimentos fortes e sumo de fruta ácida) (Morais, Seiça e Pereira, 2012).

Ao nível social a pessoa idosa ostomizada pode sentir-se diferente perante a sua família e a sociedade. Pode ter dificuldades nas suas relações sociais por sentimentos de vergonha e insegurança, e refugiar-se num isolamento social

(Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011). O apoio da família é fundamental, sendo esta considerada o principal sistema de suporte da pessoa idosa e a principal fonte de manutenção da sua dignidade. Deve ser envolvida no processo terapêutico, com o seu consentimento, já que conhece os hábitos, gostos e preferências da pessoa idosa, fornecendo informações importantes na execução de um plano terapêutico de reabilitação e de reinserção. Neste sentido, a participação ativa e o desenvolvimento de competências da pessoa idosa ostomizada e seu cuidador familiar, sobre a melhor forma de cuidar de si enquadrada nas suas atividades de vida diárias, e a melhoria da autoeficácia são determinantes para a aceitação e adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa idosa à nova condição de saúde e para a melhoria significativa da sua qualidade de vida (O'Connor, 2005; Silva e Shimizu, 2006; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007; Williams, 2008; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; Lowther, 2012).

Porém, todas as reações psicológicas de negação, revolta, aceitação e negociação, podem também ser vividas pelos cuidadores familiares. Também para eles esta situação pode representar um desgaste ao nível físico, emocional e social, pois ao assumir o papel de cuidadores ficam sujeitos a exigências e mudanças, desde alterações nas rotinas, nas suas responsabilidades, na organização do espaço físico no domicílio, mudanças na situação económica, podendo conduzir à sobrecarga emocional e física, exaustão familiar e conseqüentemente, ao declínio funcional da pessoa idosa (Hanson, 2005; Petronilho, 2010; Pinto, Carranca e Brites, 2010; Sequeira, 2010). Neste contexto, é primordial o enfermeiro estar desperto para o facto de os cuidadores estarem, por vezes, tão necessitados de cuidados quanto os que eles cuidam. Torna-se fundamental aproveitar as vantagens do suporte dos cuidadores mas, em simultâneo apoiá-los, cuidando-os e tornando-os parceiros nos cuidados (Dinis, 2007). De forma a identificar as suas reais necessidades em cuidados de enfermagem e desenvolver estratégias consistentes com as mesmas.

A evidência científica demonstra a importância da intervenção dos enfermeiros na qualidade de vida destas pessoas idosas, realçando como as intervenções educativas no período peri-operatório, continuando após a alta hospitalar, interferem positivamente nos domínios físico, psicológico, económico, social e familiar (O'Connor, 2005; Silva e Shimizu, 2006; Simmons, Smith, Bobb e

Liles, 2007; Williams, 2008; Andersson, Engström e Söderberg, 2010; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; Lowther, 2012; Walker e Lachman, 2013).

As estratégias de reabilitação devem focar diferentes aspetos que interferem na vida destas pessoas, ajudando-as a gerir o seu quotidiano e a sua doença no âmbito desta situação. Salientando-se os cuidados de higiene ao estoma e pele periestomal, prevenção e deteção de complicações, alimentação, medicação, sexualidade, aquisição de dispositivos, atividades sociais, continência das ostomias definitivas, vestuário, benefícios fiscais, grupos de apoio e seguimento em Estomaterapia (O`Connor, 2005; Silva e Shimizu, 2006; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; Seiça e Morais, 2012).

Revela-se essencial atender às limitações físicas, sensoriais e cognitivas da pessoa idosa/cuidador familiar, às suas crenças e valores, estado emocional, nível educacional e motivação, pois são fatores que determinam as suas capacidades de aprendizagem (Williams, 2008). As intervenções educativas ao idoso ostomizado constituem, assim, um verdadeiro desafio para a enfermagem, nomeadamente no que refere à comunicação, criatividade e inovação (Williams, 2008). Devem ser planeadas e efetuadas de forma organizada, e individualizada de acordo com as necessidades, especificidades e potencialidades da pessoa idosa ostomizada (O`Connor, 2005; Williams, 2008; Walker e Lachman, 2013), objetivando a preparação do seu regresso a casa e a prossecução do seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2009, 2013).

Vários autores têm abordado a temática da preparação do regresso a casa. Rebelo (2012) descreve-a como um processo contínuo e gradual que se desenrola desde a admissão hospitalar até ao fim do internamento, que exige rigor e o envolvimento de toda a equipa de saúde, sendo portanto, uma competência também do enfermeiro. A sua função de educação para a saúde é fulcral na garantia do bem-estar, conforto e segurança da pessoa idosa e cuidador familiar, “sobretudo quando a realização das atividades de vida dos indivíduos implica a apropriação de informação e saberes novos que os (re) habilite a lidar com a sua situação de saúde, para prosseguirem a sua vida” (Rebelo, 2012, p.199). Assumir a liderança da preparação do regresso a casa torna-se um meio para o enfermeiro dar resposta às necessidades individuais e dificuldades destas pessoas idosas no seu contexto e

modo de vida, procurando mobilizar os recursos necessários que as capacitem para os cuidados após a alta (Rebelo, 2012), bem como dar visibilidade ao seu papel na sociedade (Cardozo, Felizardo e Januário, 2012). Pois este constitui-se um momento determinante na vida da pessoa, no qual o enfermeiro pode assumir a promoção do potencial de autonomia face ao cuidado de Si, e posterior reinserção na sociedade (Gomes, 2009, 2013). Mas, para isso é também essencial assegurar uma adequada transição do hospital para a comunidade, pelo que o enfermeiro deve garantir a continuidade de cuidados, através da articulação com os cuidados de saúde primários, ou com outras instituições de referência e grupos de apoio (O'Connor, 2005; Gonçalves, 2008; Williams, 2008; Lowther, 2012; Rebelo, 2012).

No processo de preparação do regresso a casa, Florêncio (2011) e Jerónimo (2013) nos seus trabalhos neste âmbito, revelam que a garantia da continuidade dos cuidados é assegurada por registos de enfermagem mais individualizados e completos, pela partilha de informação entre a equipa multidisciplinar e pela articulação dos recursos na comunidade.

Vários estudos demonstram que o planeamento da alta constitui-se uma ferramenta essencial na preparação do regresso a casa e que, em simultâneo com uma prática alicerçada num modelo de intervenção que envolva a pessoa idosa e seu cuidador familiar, são garantia da continuidade dos cuidados após a hospitalização, e promotores desta transição (Coleman et al, 2004; Turner, Fleming, Ownsworth e Corwell, 2008; Johansson, Katajisto e Salanterä, 2010).

Coleman et al (2004) desenvolveram um estudo quantitativo com 158 doentes e seus cuidadores familiares, o qual demonstrou que a intervenção dos profissionais de saúde na promoção de um papel mais ativo dos doentes e seus cuidadores no regresso a casa está relacionado significativamente com a taxa de reinternamento hospitalar. Essas intervenções englobam a gestão do regime terapêutico, gestão da sua condição de saúde e reconhecimento de sinais e sintomas de complicações, e informação acerca de como estabelecer comunicação com a equipa de saúde quando necessário.

Turner, Fleming, Ownsworth e Corwell (2008) realizaram uma revisão da literatura tendo como tema central a transição do hospital para o domicílio de doentes dependentes e seus cuidadores. Revelaram como este é um processo difícil

para estes, e que no período após o regresso a casa torna-se essencial o suporte por parte dos serviços de saúde, através da implementação de estratégias tendo em conta as necessidades específicas dos doentes dependentes e seus cuidadores.

Johansson, Katajisto e Salanterä (2010) desenvolveram um estudo com dois grupos de pessoas com artrite reumatoide propostos para artroplastia da anca, com o objetivo de comparar o conhecimento de ambos sobre os seus cuidados. Concluíram que a abordagem telefónica e a utilização de material de apoio escrito à educação constituem ferramentas de suporte para o conhecimento da pessoa sobre os seus cuidados.

Perante o que a evidência científica revela torna-se fundamental promover a sistematização do planeamento do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar, tendo em conta o seu projeto de vida, e as suas necessidades individuais e potencialidades, de forma a responder efetivamente às necessidades identificadas e a garantir a participação e envolvimento nas intervenções planeadas, estabelecendo-se uma verdadeira parceria de cuidados.

2.3. A pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar como parceiros no processo de transição para a promoção do Cuidado de Si

As pessoas idosas, no seu percurso de vida, e nomeadamente em situações de doença (como o CCR) enfrentam mudanças/transições que exigem o desenvolvimento de determinados recursos/conhecimentos para que consigam integrar-se e adaptar-se. Segundo Meleis et al (2000) as pessoas atravessam várias transições ao longo da vida, que podem resultar de mudanças no estado de vida, saúde, relações interpessoais e ambiente. Estas mudanças exigem da pessoa a incorporação de novos conhecimentos, pelo que a capacidade de adaptação para lidar com as mesmas e a necessidade de alteração de comportamentos, ou a adoção e modificação de papéis, influencia a vivência de situações de crise que marcam o desenvolvimento dos seres humanos. Deste modo, devem ser desenvolvidas novas competências, novas relações e novas estratégias de *coping*, durante a transição (Meleis, 2010), sendo os enfermeiros, os profissionais de saúde que se encontram numa posição privilegiada para acompanhar as pessoas durante este processo (Schumacker, Jones e Meleis, 1999).

Meleis (2010) considera que a enfermagem enquanto disciplina está relacionada com as experiências humanas de transição, fundamentais para a formulação de objetivos para a prática de enfermagem e adequação das intervenções. Os objetivos das intervenções de enfermagem passam por facilitar o processo de transição saudável, diminuir as transições não saudáveis, e apoiar indicadores positivos do processo (Meleis e Trangenstein, 1994). A autora refere que o alvo dos cuidados de enfermagem é o cliente e define-o como um ser humano com necessidades que está em constante interação com o ambiente e que tem capacidades para se adaptar a esse ambiente. Contudo, devido à doença, a situações de risco ou de vulnerabilidade face a potenciais doenças, pode conduzir a uma rutura da homeostasia com o meio envolvente, segundo padrões de resposta individuais. A procura de cuidados de enfermagem surge quando o cliente não consegue satisfazer essas necessidades, pela dificuldade ou incapacidade para tomar conta de si ou por apresentar respostas não adaptadas à situação, experimentando o desequilíbrio (Schumacker, Jones e Meleis, 1999; Meleis, 2005).

Assim, no contexto da hospitalização, a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e cuidador familiar podem estar a vivenciar múltiplas transições: de desenvolvimento (relacionado com o processo de envelhecimento individual); de saúde/doença (referente a mudanças abruptas, que resultam na passagem de um estado de bem-estar – saúde - para um estado de doença crónica); situacional (necessidade de hospitalização desencadeada por uma doença) e organizacional (que reporta quadros de reorganização familiar e respetivos papéis). A transição inerente ao regresso a casa constitui um fator gerador de desequilíbrio. O impacto destas experiências pode traduzir-se num aumento da dependência da pessoa idosa, exteriorizado através da limitação para o cuidado de Si, perda de controlo da sua vida, alteração das relações familiares e dos papéis que desempenhava, alteração das rotinas da vida quotidiana e isolamento social, dificultando a prossecução do seu projeto de vida. Requer da mesma o assumir de novos papéis, o desenvolver de novas competências e conhecimentos, a redefinição do *self* no contexto social, de forma a adaptar-se à nova realidade e alcançar um período de estabilidade (Meleis, 2010).

Deste modo, recorrendo a intervenções terapêuticas, os enfermeiros atuam

com o intuito de facilitar essa adaptação a uma nova forma de estar e ser, permitindo que a transição se efetue de forma saudável. O processo de enfermagem desenvolve-se a partir do conhecimento do processo de transição e reconhecimento das suas consequências no cliente em todas as circunstâncias biopsicosocioculturais. A partir deste conhecimento o enfermeiro avalia, planeia e implementa estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica (Meleis, 2010). Mas, para o sucesso dessas intervenções, é determinante a construção de uma relação terapêutica caracterizada pela “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel”, com o objetivo de ajudá-lo “a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2001, p.8).

Vários autores têm trabalhado no sentido de definir o conceito de Parceria no âmbito do processo de cuidados de enfermagem. Gomes (2002) evidenciou que, para o desenvolvimento da parceria é necessário estabelecer interação entre os parceiros, o que implica conhecer o outro, com vista à criação de sinergias entre ações e decisões que beneficiem os atores envolvidos no processo. Para Gallant, Beaulieu e Carnevale (2002) a partilha do poder e a negociação são aspetos fundamentais para o desenvolvimento da parceria, identificando como principal consequência o *empowerment* do cliente. Squire (2005) refere que a parceria envolve a partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com outros e, está relacionada com o conceito de *empowerment* por permitir o desenvolvimento pessoal e o aumento das capacidades das pessoas para tomarem controlo sobre as suas vidas. Hook (2006) demonstrou que a competência profissional, a comunicação, a partilha de conhecimentos, de poder e de tomada de decisão, e a autonomia do cliente, constituem atributos do processo de parceria. Para Gomes (2007,p.110) a parceria tem de ser assumida como um “processo social, global, multidimensional e multicultural” que permita à pessoa o direito e a responsabilidade de fazer escolhas e de se envolver na tomada de decisão, tornando-a responsável pelo seu próprio projeto de vida. Para isso é essencial que o enfermeiro repense as suas práticas e centre os seus cuidados na pessoa.

Assim sendo, a preparação do regresso a casa deve assentar num planeamento gradual e contínuo, iniciado no momento da admissão, construído em parceria com a pessoa idosa, e atendendo ao seu projeto de vida. Gomes (2009,

2013) define parceria como um processo dinâmico, negociado em conjunto entre doente/família e enfermeiros, que promove o Cuidado de Si (Si Próprio e Si Outro), envolvendo a construção de uma ação na qual se partilham significados da experiência da pessoa fornecidos por esta ou pela família. Desta forma, quando a pessoa idosa com dependência e vulnerabilidade tem capacidade de decisão é integrada como parte ativa e decisiva da sua reabilitação; e quando não tem capacidade de decisão, então o cuidado de Si é assegurado por outros (enfermeiro ou cuidador familiar) que o efetuam como se fosse a própria pessoa.

O “Cuidado de Si”, conceito central na relação de parceria, significa tomar conta de si, ter cuidado consigo, onde a pessoa permite conhecer-se e definir qual a prioridade dos seus cuidados, possibilitando-o optar pela trajetória de vida que pretende seguir (Gomes, 2009, 2013). O conceito de cuidado de Si distancia-se de forma paradigmática do conceito de autocuidado. Este “conduz ao condicionamento do ser humano a um plano assistencial que dita como o mesmo se adaptará a uma situação vivida” não tendo em conta as suas experiências passadas, nem existindo partilha de poder. Já o cuidado de Si “está centrado no diálogo com a pessoa, reconhecendo-a como única conhecedora da situação vivida” e “valoriza o subjetivo do ser humano, compreendendo que a enfermagem deve auxiliá-lo, respeitando a sua vivência nos cuidados à sua saúde tendo como meta uma melhoria da sua qualidade de vida” (Silva et al, 2009, p. 702).

O modelo de intervenção de enfermagem em parceria para a promoção do cuidado de Si, desenvolvido por Gomes (2009, 2013), operacionaliza-se passando por cinco fases inter-relacionadas entre si, constituindo um *contínuum* e não fases estanques:

1. Revelar-se: o enfermeiro procura conhecer a identidade e o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e de vida e a realização de si em qualquer que seja a sua condição;
2. Envolver-se: caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de confiança e de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa idosa. O envolvimento desta possibilita ao enfermeiro identificar o que existe de mais singular na pessoa, identificando a falta de conhecimentos ou limitações/implicações

decorrentes da doença e, reconhecendo as situações que motivam e dão sentido à sua vida, para que em conjunto consigam identificar as possibilidades de recurso para o cuidado de Si;

3. Capacitar/possibilitar: implica a construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados da experiência na ação e pelo assumir o cuidado que outro devia ter consigo se tivesse capacidade para decidir, possibilitando que a pessoa prossiga com o seu projeto de vida;

4. Comprometer-se: traduz-se numa conjugação de esforços no sentido de se atingirem os objetivos definidos. As ações efetuadas visam uma transição progressiva de uma capacidade potencial para uma real. Pressupõe um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado para capacitar o Outro a assumir o controlo do cuidado de Si. O conhecimento que detém da pessoa e da sua experiência de vida é essencial para promover o cuidado de Si ou para capacitar o cuidador familiar para assegurar esse cuidado;

5. Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro: quando o doente tem o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, manifestando conforto e bem-estar; ou quando o enfermeiro garante que a pessoa possa seguir a sua trajetória de vida, assumindo a responsabilidade do cuidado que a pessoa devia ter consigo própria, ou garante que a família adquira capacidade para cuidar da pessoa idosa e mantém-se como recurso, existindo assim partilha de poder.

Cuidar em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar assume-se assim como uma intervenção de enfermagem facilitadora na transição do regresso a casa. Possibilita a sua participação ativa no processo de recuperação e adaptação à nova condição de saúde, estimulando a responsabilidade na continuidade dos cuidados necessários após o regresso a casa, contribuindo para a sua autonomia e para um cuidado mais centrado na mesma.

No capítulo seguinte é apresentada a metodologia adotada e explicitadas as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos na implementação do projeto.

3. METODOLOGIA/DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo é apresentada a metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto, e efetuada a caracterização dos contextos de estágio e dos participantes. São descritas e justificadas as atividades realizadas, os resultados atingidos e as competências desenvolvidas.

3.1. Metodologia de Projeto

Para a realização deste trabalho foi utilizada a metodologia de projeto. A elaboração de um projeto consiste numa ação de projeção partindo de algo muito próprio que se transporta para o exterior. Através da resolução de problemas, adquirem-se capacidades e competências pessoais que levam à concretização do projeto numa situação real (Ruivo et al, 2010). Esta metodologia permite uma pesquisa de modo a reunir dados, avaliar a sua pertinência, articulá-los em conhecimentos e operacionalizá-los na prática de cuidados. Pode ser considerada uma ponte que cria uma relação entre a teoria e a prática, pois é suportada pelo conhecimento teórico que é posteriormente aplicado na prática (Ruivo et al, 2010).

Esta metodologia desenvolve-se mediante a operacionalização das seguintes etapas: Diagnóstico da situação - é um processo contínuo que implica primeiramente a identificação do problema, através da recolha de dados de natureza objetiva e qualitativa, e posteriormente a determinação das necessidades; Definição dos objetivos - definem-se os objetivos, gerais e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos devem ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis; Planeamento das atividades, meios e estratégias - tendo em conta os objetivos previamente formulados, planificam-se as atividades, definem-se a estratégias e os meios, e os indicadores de avaliação; Execução das atividades - realizam-se as atividades planeadas, mobilizando os recursos humanos e materiais; Avaliação - processo dinâmico, contínuo e rigoroso que implica a comparação entre os objetivos delineados inicialmente e os objetivos atingidos; Divulgação dos resultados - após a

implementação do projeto redige-se o relatório final do percurso efetuado.

3.2. Caracterização dos Contextos de Estágio

De 30 de Setembro a 20 de Dezembro de 2013 (num total de 12 semanas), o estágio decorreu num SCGHCL. O espaço físico deste serviço era constituído por 31 camas, distribuídas por 5 salas (cada uma com 6 unidades e uma casa de banho) e um quarto individual. Existia ainda uma Unidade de Cuidados Intermédios (com lotação de 3 camas) para os casos em que era necessário maior vigilância hemodinâmica. A equipa multidisciplinar, à data, era constituída por 17 enfermeiros (incluindo 2 especialistas em EMC e 2 especialistas em Enfermagem de Reabilitação), 12 médicos, 14 assistentes operacionais, 2 secretários de unidade, fisioterapeutas, psicóloga, nutricionista e assistente social.

No desenvolvimento do projeto participaram 4 pessoas idosas (2 do sexo feminino e 2 do sexo masculino) com uma média de idades de 75,5 anos, que durante o período de estágio foram submetidas a ostomia digestiva; os seus cuidadores familiares; a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Em articulação com o presente projeto, de 6 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014 (num total de 6 semanas) realizou-se estágio em CSP, nomeadamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), em Lisboa, constituída por uma equipa multidisciplinar formada por 11 enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social, assistente técnica e assistente operacional.

É importante referir que, as alterações inerentes ao contexto organizacional implicaram mudanças ao que estava delineado para o projeto, nomeadamente a redução em duas semanas do período de estágio no SCGHCL, definido inicialmente para decorrer ao longo de 14 semanas. Deste modo, o período de estágio em CSP inicialmente programado para 4 semanas, foi alargado em mais duas semanas.

3.3. Considerações Éticas

Ao longo da implementação do projeto foi essencial refletir e desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, tendo sido fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho em parceria, e de um cuidado mais centrado na Pessoa. Atender aos direitos fundamentais das pessoas idosas que participaram no projeto constituiu-se um aspeto primordial, nomeadamente: o

direito à autodeterminação (a capacidade de decidir por si); à intimidade (direito de restringir a informação que quer dar, devendo ser solicitado o seu consentimento para tal); ao anonimato e à confidencialidade (para que não seja possível identificar nenhum participante do estudo); à proteção contra o desconforto e prejuízo (proteção contra inconvenientes suscetíveis de o prejudicar ou causar algum mal); o direito a um tratamento justo e equitativo (direito de obter informação sobre a finalidade e metodologia do estudo) (Fortin, 1999).

Considerando estes pressupostos, às pessoas idosas/cuidadores familiares que participaram no projeto, foi solicitado o seu consentimento informado e esclarecido (Apêndice I). Foi garantida a liberdade de escolha, assim como o direito de revogação em qualquer momento, a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos ao abrigo da Lei de proteção de dados pessoais N°67/98.

Os princípios éticos, valores e normas deontológicas foram considerados na prestação de cuidados a todas as pessoas idosas do serviço, não fazendo qualquer tipo de distinção, favorecimento ou omissão de cuidados, respeitando assim o princípio da igualdade e da justiça. As intervenções desenvolvidas tiveram como objetivo a construção de uma relação de parceria, tendo sido valorizada a autonomia da pessoa idosa e o seu projeto de vida no processo de cuidados, garantindo o respeito pela dignidade humana.

A nível institucional foi assegurada a autorização para a realização do estágio e implementação do projeto no serviço pela Direção de Enfermagem, pela Enfermeira Chefe, pelo Diretor de Serviço e pela Comissão de Ética.

3.4. Atividades realizadas, Resultados obtidos e Competências desenvolvidas

Tendo por base o percurso da metodologia de projeto, a descrição das atividades realizadas na sua implementação foi organizada em 3 fases contínuas: fase de diagnóstico, fase de implementação e fase de avaliação.

Na primeira fase efetuou-se o diagnóstico da situação e contextualização da problemática. Pretendeu-se identificar as práticas de cuidados dos enfermeiros, relativamente à preparação do regresso a casa da pessoa idosa ostomizada, tendo por base as ações desenvolvidas nas fases do processo de parceria; bem como, envolve-los no projeto, para que pudessem assumir um papel ativo na

implementação do mesmo, e desenvolver as suas competências para em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar, capacitá-los para o regresso a casa.

Na segunda fase procedeu-se à aplicação na prática de enfermagem do planeamento das intervenções educativas, tendo por base as fases do modelo de parceria. Primeiramente procurou-se conhecer a pessoa idosa e o seu cuidador familiar, e posteriormente promoveu-se a capacidade do cuidado de Si em parceria com a equipa de enfermagem.

Na terceira fase realizou-se uma avaliação do projeto de intervenção, nomeadamente das alterações e contributos na prática de cuidados de enfermagem e, dos contributos do modelo de parceria para a pessoa idosa/cuidador familiar, na promoção do cuidado de Si.

Segue-se a descrição das atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos específicos delineados, bem como a apresentação dos resultados obtidos e competências desenvolvidas.

3.4.1. Fase de Diagnóstico

Esta fase decorreu no mês de Outubro de 2013, de acordo com as atividades realizadas descritas no quadro seguinte:

Quadro 1.Objetivos e atividades desenvolvidos durante a fase de diagnóstico

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem, relativamente à preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar e à prestação de cuidados em parceria	<ul style="list-style-type: none">• Análise dos registos de enfermagem• Entrevista a enfermeiros para análise das práticas existentes
Contextualizar a problemática da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar	<ul style="list-style-type: none">• Revisão sistemática e narrativa da literatura• Prática Baseada na Evidência• Apresentação do projeto de estágio em sessão de formação em serviço e em reuniões informais

Atividade 1: Análise dos registos de enfermagem

Para promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, considerou-se essencial realizar uma avaliação inicial dos registos de enfermagem nos processos clínicos de pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva. Os registos constituem a “base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem (...) pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem” (Martins et al, 2008, p.54). Pretendeu-se, deste modo, efetuar o diagnóstico da situação relativamente ao que a equipa de enfermagem conhecia da pessoa idosa/cuidador familiar, nomeadamente a informação registada na colheita de dados, educação para a saúde realizada na preparação para o regresso a casa, incluindo a articulação com os recursos da comunidade.

Previamente foi elaborada uma grelha de análise (Apêndice II), estruturada de acordo com as cinco fases do Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013), que constituiu o suporte para a definição de categorias *a priori* (Bardin, 2009) para cada uma das fases e no que a evidência científica preconiza como sendo importante conhecer acerca da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar. Em cada uma das fases (Revelar-se, Envolver-se, Capacitar e Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro) foram identificados os indicadores que permitem avaliar os cuidados em parceria, de forma a possibilitar a perceção da realidade dos registos de enfermagem no contexto do estágio. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009) para a análise dos registos.

Assim, no período compreendido entre 1/10/2013 e 11/10/2013, analisaram-se no total 10 processos clínicos de pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva (Apêndice III). Consultaram-se 7 processos de idosos que haviam sido ostomizados nos meses de Julho e Agosto de 2013, e que já tinham tido alta; e 3 processos de idosos ostomizados internados no período de análise. É de referir que, na segunda semana do mês de Agosto foram implementados os registos informatizados CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) a nível hospitalar, pelo que a análise efetuada englobou os dois tipos de registos, isto é, registos escritos manualmente e informatizados.

Resultados/competências desenvolvidas

Após a análise dos registos (Apêndice IV) constatou-se que a informação registada não era suficiente para se poder conhecer a pessoa idosa em toda a sua globalidade. Verificou-se que informações importantes não se encontravam evidenciadas nos registos, nomeadamente em relação à identidade da pessoa idosa, conhecimento do seu contexto de vida e de doença, problemas decorrentes do processo de envelhecimento, conhecimento dos seus hábitos e atividades de vida, e da sua rede de apoio. As ações/intervenções efetuadas pelos enfermeiros, assim como o desenvolvimento de competências para atingir os objetivos comuns não se encontravam registados. Facto que impossibilitava o trabalho em parceria, uma vez que não conhecendo a pessoa idosa na sua globalidade e o seu potencial de desenvolvimento, não é possível delinear objetivos e estratégias em conjunto com a mesma. Consequentemente a ação não é comum, nem é negociada, revelando a falta de envolvimento da pessoa idosa/cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro.

Os resultados da análise dos registos de enfermagem sugeriram, deste modo, a necessidade de um planeamento de cuidados estruturado, gradual e contínuo, de preparação para o regresso a casa, bem como o conhecimento e envolvimento da pessoa idosa/cuidador familiar como parceiros nos cuidados.

Esta atividade favoreceu o desenvolvimento de competências ao nível da investigação através da análise documental e contribuiu para a identificação de necessidades da equipa de enfermagem relativamente ao que é necessário conhecer sobre a pessoa idosa.

Atividade 2: Entrevista a enfermeiros para análise das práticas existentes

Apesar das lacunas de informação nos registos de enfermagem, verificou-se nas passagens de ocorrências que, de um modo geral, a equipa conhecia mais da pessoa idosa/cuidador familiar do que a informação que se encontrava registada. Por este motivo, considerou-se importante indagar sobre as práticas de cuidados dos enfermeiros, pretendendo reunir o máximo de informações concretas sobre o vivido quotidiano destes no que referia: ao modo como realizavam o acolhimento da pessoa idosa que iria ser submetida a ostomia digestiva, e o que efetuavam para preparar o seu regresso a casa, desde a admissão até à alta; que aspetos da prática

consideravam que podiam ser melhorados; e que estratégias de mudança sugeriam para otimizar os recursos existentes e promover a autonomia e qualidade de vida destas pessoas idosas no seu regresso a casa. Para isso, realizou-se uma entrevista aos enfermeiros e recorreu-se a uma questão aberta por ser a estratégia mais usada para a colheita de dados e por permitir ao participante explicar a sua experiência sobre o fenómeno em estudo (Streubert e Carpenter, 2002). Foram selecionados seis enfermeiros do serviço com funções de chefes de equipa, pois são considerados peritos, dada a sua experiência e conhecimento (Benner, 2001). Deste modo, foi pedido aos enfermeiros que respondessem, individualmente, a um enunciado comum, tendo sido posteriormente utilizada a técnica de análise de conteúdo para o tratamento dos dados (Bardin, 2009) (Apêndice V).

Resultados/competências desenvolvidas

A análise das entrevistas revelou a existência de algumas práticas frequentes e de outras menos frequentes. Todos os enfermeiros referiram identificar e procurar envolver o cuidador familiar nos cuidados. Mais de 50% dos enfermeiros mencionaram procurar conhecer a pessoa idosa na sua singularidade, e saber que conhecimento detinha sobre a cirurgia prevista, tentando iniciar as intervenções educativas no pré-operatório e fornecer o guia informativo para ostomizados. Metade dos enfermeiros referiram concentrar as intervenções educativas no pós-operatório, incidindo a educação sobre os cuidados ao estoma e pele periestomal, possíveis complicações e alimentação, fornecendo ainda um kit de material para realizar os cuidados. Mencionaram também a necessidade de referenciar o idoso ostomizado para seguimento após a alta, sendo esta uma prática pouco frequente. Menos de 50% dos enfermeiros referiu apresentar e demonstrar ao idoso/cuidador familiar a utilização de dispositivos/materiais existentes, e articular-se com outros profissionais a nível intra-hospitalar em caso de necessidade. Apenas um enfermeiro mencionou fornecer contactos de instituições de apoio na comunidade.

Os dados revelaram que as intervenções educativas não eram realizadas de forma uniforme pela equipa, nem monitorizadas. A continuidade dos cuidados após a alta não era assegurada, pois não existia prática de articulação com os recursos da comunidade. Ressaltaram atividades sugestivas de intenção de uma relação de parceria, mas que não eram sistemáticas ou organizadas. Estes resultados

sugeriram, tal como se inferiu perante os resultados da análise dos registos de enfermagem, a evidente necessidade de melhorar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva, nomeadamente através de um planeamento de cuidados estruturado e organizado, e envolvendo a pessoa idosa/cuidador familiar como parceiros.

Esta atividade promoveu o desenvolvimento de competências ao nível da investigação através da realização de entrevista, análise estatística e descritiva de conteúdo, e contribuiu para o diagnóstico das necessidades de formação da equipa para melhorar as práticas da mesma na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar.

Atividade 3: Revisão da Literatura e Prática Baseada na Evidência

A atualização permanente e o aprofundamento contínuo do conhecimento científico através de pesquisa bibliográfica impõe-se pela necessidade de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, e como meio de suporte da tomada de decisão na prática de cuidados. A pesquisa bibliográfica que acompanha todo o percurso de um trabalho desta natureza constitui o seu pilar, pois permite construir o quadro de referência que, segundo Fortin (1999) define a perspectiva segundo a qual a problemática será abordada e coloca o estudo num contexto significativo. Deste modo, esta constituiu-se uma etapa essencial que se iniciou aquando da escolha da temática, prosseguindo ao longo de todo o estágio. Realizou-se uma revisão sistemática e narrativa da literatura, no sentido de adquirir conhecimentos atualizados e válidos que permitissem sustentar a problemática e, incorporar na prática a evidência científica disponível, visando a melhoria das práticas na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva. Para nortear a elaboração da revisão da literatura definiu-se a seguinte questão: *Como mobilizar a parceria enquanto intervenção de enfermagem, com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar, na preparação do regresso a casa, no sentido de promover o Cuidado de Si?* Foram utilizados os seguintes descritores para a pesquisa: elderly OR elder OR old people AND ostomy OR stoma AND family OR family caregiver OR relative AND nursing interventions OR nursing care AND partnership AND selfcare AND discharg* OR return* home (Apêndice VI).

Resultados/competências desenvolvidas

Os dados obtidos da revisão da literatura permitiram fundamentar e clarificar a problemática em estudo, construir o enquadramento concetual e sustentar as intervenções de enfermagem no desenvolvimento da prática clínica com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar.

Atividade 4: Apresentação do projeto de estágio em sessão de formação em serviço e em reuniões informais

Realizou-se uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem, intitulada “*Regresso a casa da Pessoa Idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar: A Parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si*” (consultar plano de sessão no apêndice VII). Decorreu no dia 28 de Outubro de 2013, na sala de sessões de formação do serviço, das 14h às 15h. Teve como objetivos gerais: 1) apresentar e contextualizar o projeto de estágio e, 2) refletir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem para melhorar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar. Teve como objetivos específicos: 1) apresentar os resultados obtidos da análise dos registos de enfermagem e entrevistas aos enfermeiros, no âmbito da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar; 2) refletir em conjunto sobre o que a equipa já faz bem na fase do Revelar-se e Envolver-se, e o que ainda não faz relativamente ao que precisa de conhecer da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva para a preparação do seu regresso a casa.

Estiveram presentes 9 enfermeiros dos 17 que à data constituíam a equipa de enfermagem, entre as quais 2 enfermeiras especialistas em EMC e 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação. Aos enfermeiros que não puderam estar presentes efetuaram-se apresentações informais, após as passagens de ocorrências, para que toda a equipa fosse envolvida no projeto. Para consolidar a informação foi fornecida documentação a cada um dos enfermeiros sobre o modelo de intervenção em parceria.

Resultados/competências desenvolvidas

A realização da sessão representou um passo determinante para a implementação do projeto, tendo constituído um momento de esclarecimento de

dúvidas em relação aos objetivos do mesmo, de reflexão sobre o modelo de intervenção em Parceria e de formação conjunta. Determinou a consciencialização da equipa de enfermagem para a importância da preparação do regresso a casa da pessoa idosa ostomizada e revelou-se fundamental para a introdução do modelo de parceria na prática de cuidados da equipa. Foram divulgados os resultados da análise dos registos de enfermagem e entrevistas aos enfermeiros, tendo-se refletido sobre os mesmos. Concluiu-se a necessidade de reformular o instrumento de monitorização das intervenções educativas tendo em conta o modelo de parceria. Após reflexão e discussão conjunta acerca dos cuidados e das intervenções educativas essenciais a realizar desde a admissão até à alta do idoso submetido a ostomia digestiva, construiu-se um documento de monitorização com base no modelo de parceria. Foi fornecido um exemplar a cada enfermeiro, para que no período de uma semana realizassem sugestões, tendo posteriormente sido feitas as devidas alterações no sentido da sua otimização. A equipa sugeriu também a criação de suporte escrito (folheto informativo) como complemento da educação destas pessoas idosas/cuidadores familiares. Os enfermeiros comprometeram-se a implementar o processo de parceria na prática de cuidados, e a realizar registos mais completos e individualizados sobre o conhecimento da pessoa idosa na sua globalidade, bem como das estratégias definidas em parceria com a mesma (Apêndices VIII e IX). Para relembrar a equipa dos indicadores de avaliação e facilitar a sua prática, acordou-se a fixação destes na sala de enfermagem onde habitualmente se efetuavam os registos, bem como um documento orientador para sistematização da informação sobre a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva (Apêndice X).

Resultados/competências desenvolvidas

Esta atividade permitiu desenvolver competências ao nível da gestão, ao assumir a liderança na implementação do modelo de parceria na dinâmica do serviço, e na reformulação do instrumento de monitorização das intervenções educativas; ao nível da formação, através da partilha de conhecimentos e informação acerca do modelo de parceria, e da promoção da reflexão crítica sobre as práticas, contribuindo para a mobilização e construção de novos saberes e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados; ao nível da investigação, com a

pesquisa da melhor evidência existente na literatura; e ao nível da prestação de cuidados, com a introdução do modelo de parceria que contribuiu para a autonomia da pessoa idosa e para um cuidado mais centrado na mesma, permitindo-lhe o controlo ou prossecução do seu projeto de vida e de saúde.

3.4.2. Fase de Implementação

Esta fase decorreu nos meses de Novembro e Dezembro de 2013 de acordo com as atividades descritas no quadro seguinte:

Quadro 2.Objetivos e atividades desenvolvidos durante a fase de implementação

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
Promover a implementação de intervenções em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar, para a promoção do cuidado de Si, na preparação do regresso a casa	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do registo de monitorização das intervenções educativas à pessoa idosa ostomizada • Construção de material escrito de apoio à educação à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva • Criação de dossier de estágio • Envolvimento e motivação da equipa de enfermagem
Definir estratégias em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar para assegurar o cuidado de Si	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação multidimensional da pessoa idosa ostomizada/cuidador familiar • Desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si • Realização de estudos de caso
Estabelecer articulação com a equipa de saúde a nível intra-hospitalar, e extra-hospitalar com os cuidados de saúde primários (enfermeiro da comunidade), para assegurar a continuidade dos cuidados no regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de parcerias com a equipa de saúde para a transição dos cuidados do hospital para casa • Garantia da continuidade dos cuidados no internamento e na transição para casa • Observação das práticas de cuidados de enfermagem às pessoas idosas na comunidade, particularmente à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

Atividade 5: Implementação do registo de monitorização das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

O registo de monitorização das intervenções educativas, construído tendo por base o modelo de Parceria, foi implementado para preparar a transição do hospital para casa (Apêndice XI). Possibilitou a identificação de necessidades da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e/ou seu cuidador familiar, e o delineamento de estratégias em parceria com os mesmos para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro, garantindo a continuidade dos cuidados no regresso a casa. Em conjunto com a equipa de enfermagem acordou-se que este documento fosse introduzido no processo clínico, no dia da admissão da pessoa idosa proposta para ser submetida a ostomia digestiva, pelo enfermeiro responsável pela mesma.

Resultados/competências desenvolvidas

O novo registo de monitorização das intervenções foi introduzido pelos enfermeiros na sua prática, tendo o mesmo sido percurso na implementação do processo de parceria no serviço. Constituiu-se um instrumento de suporte no processo educativo da pessoa idosa/cuidador familiar, garantindo o fornecimento de informação adequada e individualizada para a tomada de decisão sobre os seus cuidados, e a (re) avaliação dos conhecimentos/competências adquiridos. A equipa de enfermagem reconheceu a sua importância para a uniformização dos cuidados, estruturação e organização das intervenções realizadas à pessoa idosa/cuidador familiar, bem como para a personalização e continuidade dos cuidados. Foi essencial estabelecer parcerias com os enfermeiros, sendo que os especialistas do serviço (um dos quais sempre presente no turno da manhã) se assumiram como colaboradores e dinamizadores no desenvolvimento do projeto, garantindo a sua continuidade na minha ausência.

Esta atividade promoveu o desenvolvimento de competências comunicacionais com a pessoa idosa/cuidador familiar, bem como ao nível da gestão de cuidados, na melhoria da resposta da equipa de enfermagem e articulação com a equipa multiprofissional, na uniformização dos cuidados, e na adequação e gestão dos recursos às necessidades, contribuindo para a prestação de cuidados com qualidade.

Atividade 6: Construção de material escrito de apoio à educação à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

Para reforçar as intervenções educativas à pessoa idosa/cuidador familiar, a evidência científica refere a importância de uma abordagem com material educacional escrito para ajudar a aumentar e a consolidar o conhecimento da pessoa sobre os seus cuidados (O'Connor, 2005; Williams, 2008; Johansson, Katajisto e Salanterä, 2010). Embora já existisse no serviço um guia informativo para ostomizados, a equipa sugeriu a criação de material escrito (folheto informativo) que, para além dos cuidados à ostomia acrescentasse informação que não estivesse incluída no guia. Nomeadamente complicações que podem surgir, algumas recomendações importantes, os contactos do serviço e de instituições de apoio na comunidade de forma a saber a quem recorrer em caso de necessidade, e o tipo de dispositivo que está a utilizar (Apêndice XII). Foi realizado com a participação ativa de alguns elementos da equipa de enfermagem, inclusive da enfermeira chefe, tendo em conta modelo próprio e o guia orientador para a elaboração de folhetos informativos preconizado pelo Centro Hospitalar. Após validação pela enfermeira chefe, foi proposta por esta a aprovação definitiva à Enfermeira Diretora. A sua utilização ocorreu durante o mês de Dezembro de 2013, tendo sido garantida a leitura, análise conjunta e compreensão da pessoa idosa/cuidador familiar, da informação nele contida.

Resultados/competências desenvolvidas

A realização desta atividade promoveu o envolvimento da equipa na utilização desta nova ferramenta de comunicação escrita. Revelou-se um importante aliado na aquisição e desenvolvimento de competências da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar no sentido da sua adesão e participação ativa nos cuidados propostos, facilitando a aprendizagem e a interiorização/memorização da informação fornecida e, assegurando a continuidade do seu plano educacional. Ao ter acesso a informação fiável disponível para leitura posterior, possibilitando à pessoa idosa/cuidador familiar superar eventuais dificuldades ou dúvidas na prática quotidiana dos cuidados, confere segurança, possibilitando o assumir do Cuidado de Si ou o assegurar o Cuidado do Outro.

Atividade 7: Criação de dossier de estágio

O dossier de estágio organizado foi colocado na sala de enfermagem para estar acessível a todos os enfermeiros, contendo: os diapositivos da sessão de formação realizada, o documento orientador de sistematização da informação sobre a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva, o documento de monitorização das intervenções educativas, e diversos artigos pertinentes para discussão.

Resultados/competências desenvolvidas

Esta atividade permitiu a organização de material que serviu de suporte aos enfermeiros ao longo do desenvolvimento do projeto, contribuindo para a mobilização e construção de novos saberes e estimulando a reflexão sobre as práticas.

Atividade 8: Envolvimento e motivação da equipa de enfermagem

As contingências inerentes ao contexto organizacional, nomeadamente face à incerteza quanto ao encerramento do serviço e ao futuro profissional dos enfermeiros, aliada à sobrecarga de trabalho que se acentuou na fase final do estágio pela mobilização e conseqüente redução do número de elementos, veio causar ansiedade, angústia, desmotivação e descontentamento no seio da equipa. Apesar de se tratar de uma área do interesse da maioria dos enfermeiros e uma preocupação partilhada por todos, estas adversidades inesperadas conduziram a alguma resistência à mudança nas práticas. A comunicação é uma aptidão essencial em enfermagem, sendo um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes e comportamentos, e fundamental na gestão dos conflitos de uma equipa (Marquis e Huston, 2005). Deste modo, recorreu-se às competências de comunicação (escuta ativa, comunicação assertiva, aberta e clara, reformulação e clarificação) para negociação e cooperação com a equipa para a gestão de potenciais conflitos.

Segundo Chiavenato (1998), o conflito não é causal nem acidental, mas é inerente à vida organizacional; significa a existência de ideias, sentimentos, atitudes ou interesses antagónicos e colidentes que podem chocar-se. Marquis e Huston (2005, p.297) referem que “o conflito organizacional não deve ser evitado nem estimulado, mas administrado. É papel dos dirigentes criar um ambiente de trabalho em que os conflitos possam ser utilizados como fonte de crescimento, inovação e

produtividade”. A resolução de um conflito ocorre quando uma parte ganha e a outra perde, quando há negociação, quando há compromisso, ou por outros meios em que ambas as partes ganham (Chiavenato,1998).

Resultados/competências desenvolvidas

Esta atividade promoveu o desenvolvimento da capacidade de gestão de projeto, pela necessidade de gerir as adversidades vivenciadas no campo de estágio, e em simultâneo demonstrar consciência crítica e criatividade na resolução de problemas da prática profissional. Impulsionou o desenvolvimento da capacidade de liderança, no que refere ao reconhecimento e antecipação de eventuais situações de conflito. As competências de comunicação promoveram a interação na equipa profissional. O desenvolvimento da assertividade propiciou maior satisfação, motivação, comprometimento, auxílio mútuo e fortalecimento do espírito de equipa.

Atividade 9: Avaliação multidimensional da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar

O enfermeiro especialista deve conhecer a pessoa idosa em toda a sua globalidade. A avaliação multidimensional permite determinar a vulnerabilidade/fragilidade da pessoa idosa sob o ponto de vista clínico, fisiológico, capacidade funcional, social e mental, com o objetivo de permitir coordenar e integrar um plano de intervenção individualizado de longo prazo e monitorizar a sua evolução (Botelho, 2000). Identificar o mais precocemente possível as necessidades da pessoa idosa, para a reabilitar e capacitar conjuntamente com o seu cuidador familiar, possibilita ao enfermeiro um cuidado humanizado, centrado na pessoa. Para isso, é necessário conhecer a pessoa idosa na sua globalidade, isto é, atendendo à sua individualidade e particularidade. Construindo uma relação terapêutica assente numa relação de confiança mútua, no respeito pelas crenças e valores, na compreensão e partilha de conhecimentos (McCormack, 2003). Com o objetivo de integrá-los no processo de cuidados, para que desempenhem um papel ativo e de cooperação na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência. Daí a importância “de se desenvolver o *empowerment* nos idosos, olhando-os e vendo-os como parceiros de cuidados” (Gomes, 2007, p.106). Na avaliação global da pessoa idosa é fundamental a observação e a entrevista para a recolha de dados específicos, bem como a utilização de instrumentos de avaliação

devidamente estudados e validados para a população portuguesa (Sequeira, 2010). Assim, ao longo do estágio realizou-se a avaliação multidimensional da pessoa idosa consoante as necessidades individuais identificadas, tendo sido mobilizados diversos instrumentos (Apêndice XIII). Conhecer de forma profunda a pessoa idosa em toda a sua multidimensionalidade, valorizando as suas capacidades e potencialidades, e centrando as intervenções na sua individualidade, possibilitou a construção de um trabalho em parceria com a mesma e com o seu cuidador familiar na promoção do cuidado de Si, e promoveu a melhoria da sua qualidade de vida.

Resultados/competências desenvolvidas

Para a realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa foi essencial a adoção de uma postura de disponibilidade e afetividade, a escuta ativa, a compreensão da mesma, respeitando a sua identidade e o seu tempo. Esta avaliação permitiu o reconhecimento de alterações existentes decorrentes do envelhecimento; contribuiu para a identificação de necessidades, fragilidades, potencialidades, capacidades, défices e recursos disponíveis para definir os cuidados individualizados e as estratégias a implementar em parceria com cada pessoa idosa/cuidador familiar para assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro. Esta atividade promoveu a mobilização de conhecimentos e competências ao nível da gestão e da investigação, e da prestação de cuidados com qualidade.

Atividade 10: Desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si

Para o desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar, foi crucial a compreensão profunda do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009,2013), bem como, os contributos fornecidos pela evidência científica relativamente às intervenções de enfermagem com as pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva/cuidador familiar, na transição do hospital para casa.

Na primeira fase do modelo de parceria - **Revelar-se**, foi essencial conhecer a pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, bem como compreender o significado da doença no seu percurso de vida e o modo como estava a vivenciar este processo, para atuar em parceria com a mesma. Na segunda fase - **Envolver-se**, foi determinante compreender quais os conhecimentos da pessoa

idosa/cuidador familiar e qual a sua capacidade funcional e cognitiva para realizar os cuidados necessários. Criou-se um ambiente de reciprocidade, com o intuito de desenvolver uma relação de confiança e respeito mútuo que me permitisse ir ao encontro da pessoa idosa e das suas necessidades individuais, e retirar daí contributos fundamentais para o plano de intervenção terapêutico. Os momentos de partilha criados durante a prestação de cuidados, disponibilizando tempo e espaço para estabelecer empatia mútua, foram essenciais para a construção de uma relação de qualidade. Na terceira fase - **Capacitar/Possibilitar**, tendo em conta o conhecimento da pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, foram desenvolvidas ações negociadas em conjunto com a mesma e/ou seu cuidador familiar, através da partilha de responsabilidade, tornando as suas capacidades potenciais em reais. A intervenção foi direcionada para a educação para a saúde, com o objetivo de fornecer informações/conhecimentos e garantir mestria nos novos comportamentos, capacidade para tomar decisões com autonomia e gerir eficazmente a sua nova condição de saúde. Na quarta fase - **Comprometer-se**, foram estabelecidos compromissos com a pessoa idosa/cuidador familiar, nos quais se procurou ir ao encontro das suas reais necessidades, possibilitando a prossecução da sua trajetória de vida, no respeito pela sua dignidade e autonomia, de forma a facilitar a transição experienciada. Deste modo, procurou-se atingir a quinta fase com o **Assumir o cuidado de Si** pelas pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva ou **Assegurando o cuidado do Outro**, por parte dos cuidadores familiares.

Considerou-se pertinente a elaboração de estudos de caso como forma de reflexão sistematizada sobre situações concretas de cuidados, nomeadamente no desenvolvimento de intervenções em parceria com as pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva/cuidadores familiares incluídas no projeto (Apêndice XIV).

Resultados/competências desenvolvidas

Cuidar em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar assumiu-se como uma intervenção de enfermagem facilitadora na transição do regresso a casa. Exigiu flexibilidade e criatividade de modo a ir ao encontro das reais necessidades da pessoa idosa para Cuidar de Si, promovendo assim um cuidado mais centrado na pessoa/cuidador familiar. Foi fundamental adquirir conhecimento sobre a globalidade

da pessoa idosa para promover a sua singularidade, avaliar e compreender as suas capacidades, procurando potenciá-las. Através da partilha de responsabilidade e decisões, possibilitou-se o envolvimento e participação ativa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar como parceiros no seu processo de recuperação e adaptação à nova condição de saúde, de forma informada e consciente. Procurou-se promover a sua autonomia e independência, e estimular a sua responsabilidade na continuidade dos cuidados necessários após o regresso a casa, para poder controlar ou prosseguir o seu projeto de vida e saúde, e experienciar esta transição de uma forma saudável. A realização de estudos de caso promoveu a pesquisa, atualização e aperfeiçoamento da prática de cuidados, através de um processo crítico e reflexivo de autoquestionamento e transformação, que permitiu ajustar as intervenções planeadas a cada situação em particular, caminhando no sentido de atingir uma maior perícia (Benner, 2001).

Esta atividade promoveu o desenvolvimento de competências no cuidado diferenciado à pessoa idosa/cuidador familiar, ao nível da investigação (na procura da melhor evidência científica para alicerçar a prática), da prática de cuidados (pelo desenvolvimento do trabalho em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar), na formação (com a formação em serviço realizada onde foi apresentado o modelo de intervenção em parceria e como líder da sua operacionalização na prática de cuidados da equipa de enfermagem) e da gestão (pelo estabelecimento de parcerias com a equipa de saúde).

Atividade 11: Estabelecimento de parcerias com a equipa de saúde para a transição dos cuidados do hospital para casa

Para promover um planeamento e estruturação precoces das intervenções transicionais em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar, foi essencial a articulação com os vários elementos da equipa de saúde, nomeadamente com os médicos, assistente social, equipa de gestão de altas, nutricionista e enfermeiro da comunidade. Após negociação com o diretor de serviço, a equipa médica comprometeu-se a comunicar atempadamente as datas de altas estimadas, facilitando assim o planeamento dos cuidados. Considerou-se importante realizar uma reunião com a enfermeira responsável pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) da instituição hospitalar, enquanto mediadora e

facilitadora da transição dos cuidados do hospital para casa; no intuito de conhecer a sua dinâmica, organização, âmbito de atuação e circuitos no que refere ao processo de referenciação, bem como dar a conhecer o projeto. A informação e conhecimentos adquiridos foram partilhados com todos os elementos da equipa de enfermagem que ficaram sensibilizados e despertados para a importância e necessidade desta articulação para garantir a continuidade dos cuidados.

As passagens de ocorrências foram um bom veículo de informação e momentos importantes para a discussão da necessidade de intervenção de outros profissionais da equipa multidisciplinar, na resposta às necessidades específicas das pessoas idosas incluídas no projeto.

Resultados/competências desenvolvidas

A articulação com os diferentes profissionais num clima de confiança, respeito, cooperação e apoio possibilitou uma intervenção dinâmica e em parceria com todos os intervenientes, centrando os cuidados na pessoa e agindo no sentido de alcançar objetivos comuns. O que contribui para a eficácia de uma equipa é a diversidade dos contributos específicos de cada profissão, que podem ter papéis radicalmente diferentes a desempenhar sendo as suas atividades interdependentes, mas cada uma desempenha um papel vital no interior do objetivo comum, que é o bem-estar dos doentes (Morais, 2002).

Atividade 12: Garantia da continuidade dos cuidados no internamento e na transição para casa

Para garantir a continuidade de cuidados durante a hospitalização da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva, a equipa contribuiu com registos de enfermagem completos contendo informações resultantes da avaliação sistemática das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação de intervenções, bem como toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados.

De modo a garantir a continuidade dos cuidados na comunidade, a equipa acordou elaborar registos na carta de alta de enfermagem com informação completa no que refere às intervenções educativas efetuadas, características do estoma e da pele periestomal, características das fezes, diâmetro do estoma, dispositivo de ostomia em utilização, grau de dependência para os cuidados e dificuldades da

pessoa idosa/cuidador familiar para o Cuidado de Si. Os enfermeiros acordaram contactar o centro de saúde da área de residência da pessoa idosa no dia da alta. Para facilitar esta atividade, com a colaboração da EGA elaborou-se uma lista dos contactos (telefónicos, fax e e-mails) dos centros de saúde da área de abrangência do Centro Hospitalar. Por sugestão da enfermeira chefe, esta lista foi introduzida no dossier do serviço, organizado com os contactos dos vários serviços do hospital, de fácil acesso para todos os enfermeiros da equipa.

Resultados/competências desenvolvidas

Esta atividade possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível da gestão e prestação de cuidados. Promoveu a continuidade dos cuidados a nível intra e extra-hospitalar, elevando assim a qualidade dos mesmos. As passagens de ocorrências constituíram importantes momentos de transmissão de informação, favorecendo a continuidade das intervenções. A equipa de enfermagem empenhou-se na deteção de lacunas nos registos, completando-os devidamente para assegurar a continuidade dos cuidados. Os enfermeiros realizaram e entregaram a carta de alta de enfermagem às pessoas idosas incluídas no projeto, e efetuaram o contacto telefónico com o enfermeiro da comunidade, o que reflete a sensibilização e corresponsabilização destes para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa e para a necessidade de continuidade de cuidados após a alta.

Atividade 13: Observação das práticas de cuidados de enfermagem às pessoas idosas na comunidade, particularmente à pessoa idosa ostomizada

Para o enfermeiro especialista é imprescindível conhecer os diferentes contextos onde a pessoa idosa se encontra ou vive. No sentido de perceber o modo como estes a influenciam, ou seja, que repercussões têm no seu bem-estar físico e psicossocial. De forma a poder intervir também, no ambiente, para que este maximize as capacidades e potencialidades da pessoa idosa.

Assim, em articulação com o presente projeto foi realizado um estágio em CSP, nomeadamente numa UCC, com o intuito de observar as práticas de cuidados de enfermagem às pessoas idosas na comunidade, particularmente à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar; mas também para conhecer a organização e dinâmica de uma UCC e perceber o que é necessário efetuar para uma articulação eficaz entre o hospital e o enfermeiro da comunidade. Foi uma

experiência gratificante e enriquecedora, pelas oportunidades proporcionadas de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no cuidado diferenciado à pessoa idosa (Apêndice XV).

Resultados/competências desenvolvidas

Desta experiência de estágio destacam-se as oportunidades de observação, conhecimento e interação com pessoas idosas independentes, parcial ou totalmente dependentes e seus cuidadores familiares, em situação de doença em contexto domiciliário ou noutros locais na comunidade (centro de dia, unidade móvel), assim como com as redes de suporte, projetos de apoio aos idosos, parceiros na comunidade, recursos e formas de articulação e de referenciação.

Realizaram-se consultas de enfermagem à pessoa idosa ostomizada/cuidador familiar em contexto domiciliário, norteando as suas intervenções na promoção do cuidado de Si, à luz da Parceria. Durante este processo foi possível detetar e dissipar as dúvidas, dificuldades e necessidades sentidas por estas pessoas idosas/cuidadores familiares. Esta experiência veio realçar a necessidade e a importância de um planeamento de cuidados estruturado e individualizado de preparação para o regresso a casa destas pessoas idosas, bem como a continuidade de intervenções na comunidade, para que consigam adaptar-se à nova condição de saúde, geri-la eficazmente e alcançar o sucesso nesta transição.

3.4.3. Fase de Avaliação

Esta fase decorreu no mês de Dezembro de 2013 de acordo com as atividades descritas no quadro seguinte:

Quadro 3. Objetivos e atividades desenvolvidos durante a fase de avaliação

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
Identificar alterações e contributos na prática da equipa de enfermagem no que concerne à preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar	• Avaliação final dos registos de enfermagem
Identificar os contributos do modelo de parceria para a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador	• Elaboração de entrevista à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

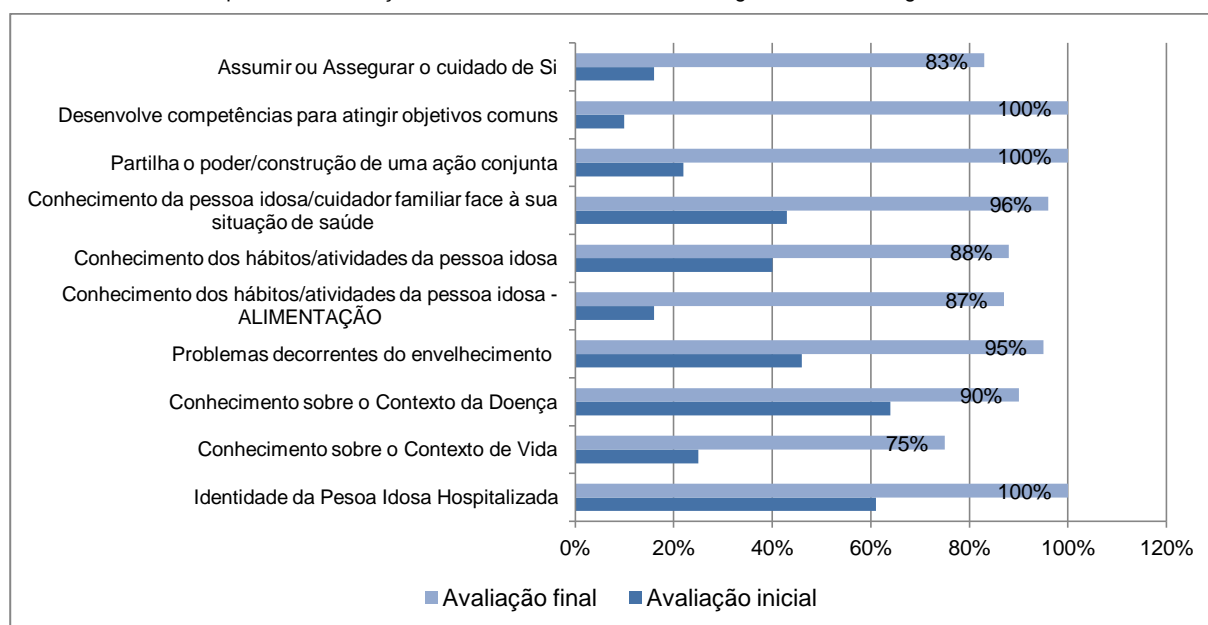
Atividade 14: Avaliação final dos registos de enfermagem

Após a implementação do projeto e aplicação do novo registo de monitorização das intervenções educativas, considerou-se importante efetuar uma nova avaliação dos registos de enfermagem à luz do modelo de Parceria. Com o intuito de perceber as mudanças ocorridas relativamente à informação registada pelos enfermeiros e verificar o desenvolvimento de competências da equipa em relação à prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar. Recorreu-se à mesma grelha de análise utilizada na avaliação inicial, para efetuar esta avaliação final (Apêndice XVI). Foram analisados 4 processos clínicos no período de 9 a 18 de Dezembro de 2013. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009) para tratar os dados.

Resultados/competências desenvolvidas

Esta atividade possibilitou a análise comparativa relativamente aos resultados obtidos da análise dos registos de enfermagem efetuada na fase inicial do projeto, tendo-se verificado um progresso significativo ao nível da colheita e registo de informação sobre a pessoa idosa (Apêndice XVII). Observaram-se registos mais completos e individualizados no que refere ao conhecimento de todas as dimensões da pessoa idosa, aos seus conhecimentos e às estratégias desenvolvidas em conjunto com a mesma. O gráfico 1 reflete essa variação.

Gráfico 1. Análise comparativa da variação dos indicadores avaliados nos registos de enfermagem



Este progresso conferiu visibilidade à personalização das necessidades identificadas e das intervenções realizadas na capacitação, promoção da autonomia da pessoa idosa e no assumir o cuidado de Si. Inerente a esta evolução encontra-se a aplicação na prática do registo de monitorização das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva. Tendo por base as fases do modelo de parceria, este instrumento facilitou a recolha de informação sobre a pessoa idosa e as suas necessidades individuais, contemplando informação sobre as intervenções realizadas e as estratégias definidas em conjunto para a promoção do seu projeto de vida e saúde, contribuindo para a continuidade dos cuidados. De igual modo, a sessão de formação realizada acerca do projeto, modelo de intervenção em parceria e avaliação multidimensional da pessoa idosa, aliada a momentos informais promovidos junto dos pares, salientando algumas das preocupações verbalizadas por estes idosos e as suas necessidades manifestas, criou alguns espaços de reflexão, que gradualmente foram dando lugar à mudança. Constatou-se assim uma interiorização do modelo de parceria na prática de cuidados da equipa de enfermagem. Os dados obtidos foram partilhados com a equipa em reuniões informais, tendo sido elogiado o esforço desenvolvido por todos.

Atividade 15: Elaboração de entrevista à pessoa idosa

Com o objetivo de avaliar o conhecimento que a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva detinha sobre os cuidados necessários para a transição para casa, recorreu-se à entrevista semi-estruturada, como método de colheita de dados, no dia da alta. Considero que, além dos seus contributos em termos de colheita de dados, a entrevista ao ser conduzida face a face permite ultrapassar possíveis limitações características do processo de envelhecimento como seja a diminuição da acuidade visual e/ou auditiva, dificuldades na escrita e outros. Foi realizado um guião de entrevista com as linhas orientadoras dos temas a explorar (Apêndice XVIII). Após a obtenção do consentimento informado, o curso da conversa seguiu o fluxo das ideias da pessoa idosa, limitando-se a minha intervenção em clarificar e/ou retomar uma ou outra ideia, a introduzir os temas e a recentrar o discurso, quando necessário. Foram tomadas notas abreviadas durante a evolução da entrevista, e preenchidos os detalhes após o seu término (Apêndice XIX). O tratamento dos dados foi realizado segundo a análise de conteúdo de Bardin (2009); procedeu-se

ao agrupamento das unidades de registo, definindo-se as categorias e as áreas temáticas tendo por base as fases do modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013) (Apêndice XX).

Resultados/competências desenvolvidas

Os resultados evidenciam que a pessoa idosa/cuidador familiar recebeu informação sobre os cuidados necessários para a gestão eficaz da sua nova condição de saúde; foi-lhe dada a possibilidade de decidir sobre os seus cuidados, sentindo-se incluída e envolvida nos mesmos. O conhecimento sobre os cuidados de higiene e de proteção do estoma/pele periestomal e preparação/substituição dos dispositivos de ostomia foi apontado como facilitador do regresso a casa. A pessoa idosa/cuidador familiar apresentou domínio do conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações do estoma/pele periestomal e forma de os prevenir; mostrou conhecimento sobre a necessidade de adequar o seu plano alimentar à nova condição de saúde, e de manter uma alimentação saudável e hidratação adequada, de forma a assegurar o bom estado nutricional e promover o correto funcionamento do estoma; demonstrou conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade, antecipando necessidades de articulação.

Apesar de apenas ter sido possível realizar uma entrevista (devido à demora da autorização por parte da Comissão de Ética) considero que os dados obtidos refletem ganhos atingidos, nomeadamente ao nível dos conhecimentos da pessoa idosa/cuidador familiar que lhes permitiram tomar decisões sobre os cuidados, assim como de estratégias desenvolvidas através do modelo de parceria que lhes permitiram prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde. Isto foi possível devido a um plano de alta realizado em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar e que favoreceu uma transição saudável. Esta atividade promoveu o desenvolvimento de competências ao nível da investigação, da prática de cuidados, da melhoria contínua da qualidade e do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

4. REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO

Neste capítulo reflete-se sobre as competências desenvolvidas em vários domínios como enfermeira especialista e mestre na área médico-cirúrgica, no cuidado diferenciado à pessoa idosa. Apresentam-se também as limitações do projeto e as implicações para a prática/sugestões.

A implementação deste projeto constituiu uma experiência pessoal muito importante que permitiu a mobilização de conhecimentos e possibilitou o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área de intervenção com a pessoa idosa em vários domínios.

No **domínio da investigação** desenvolveu-se uma prática baseada em evidência científica atual. A pesquisa bibliográfica e revisão da literatura que suportou e acompanhou todo o percurso alicerçando as práticas, foi determinante para o desenvolvimento de cuidados centrados na individualidade da pessoa idosa, para a avaliação precoce das suas necessidades e consequente intervenção em parceria para a preparação do regresso a casa. Foram mobilizadas algumas ferramentas de investigação, como a análise documental, entrevista, análise estatística e descritiva de conteúdo.

No **domínio da formação**, promoveu-se o desenvolvimento de competências junto da equipa de enfermagem, pela valorização da aprendizagem experiencial, através de formação, em contextos formais e informais, assente na evidência científica presente na literatura, em simultâneo com a supervisão das práticas. Estimulou-se a equipa para a prática reflexiva (reflexão na ação e sobre a ação), proporcionando espaço e tempo para a partilha de saberes e ideias, o que possibilitou a realização do diagnóstico das suas necessidades formativas e atuação perante as mesmas; favoreceu também o desenvolvimento do pensamento crítico dos enfermeiros e promoveu a melhoria da qualidade dos cuidados prestados

perante a mudança nas práticas da equipa. De referir que as reuniões tutoriais constituíram momentos formativos importantes de reflexão e de análise/avaliação das práticas, e dos fatores facilitadores, oportunidades, adversidades vivenciadas e das estratégias desenvolvidas, que tornaram este percurso de aprendizagem e de partilha de Saberes tão enriquecedor.

No âmbito da prestação de cuidados à pessoa idosa/cuidador familiar para a gestão da sua nova condição de saúde, desenvolveram-se competências ao nível da avaliação multidimensional da pessoa idosa e consequente intervenção, bem como ao nível da educação e formação ao promover a educação para a saúde e o domínio dos conhecimentos, consoante as necessidades individuais apresentadas, favorecendo a tomada de decisão nos cuidados e desenvolvendo-lhe a mestria necessária para a promoção do cuidado de Si na transição do hospital para casa.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o recurso à prática reflexiva revelou-se uma ferramenta essencial no que respeita a uma busca constante da Excelência dos Cuidados. Possibilitou a consciencialização dos Saberes e das práticas, e o reconhecimento de necessidades formativas, procurando colmatá-las através de formação, assente no desenvolvimento de capacidades de autoaprendizagem, de pesquisa, de questionamento, de avaliação e de reflexão crítica, promotoras de crescimento pessoal e profissional.

No **domínio da gestão de cuidados** incluem-se todas as atividades desenvolvidas que estimularam a participação e promoveram a motivação e envolvimento da equipa de enfermagem, assim como a articulação, a nível intra-hospitalar com a equipa multiprofissional, e extra-hospitalar com a comunidade, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa na preparação do regresso a casa. O posicionamento gradual como líder junto da equipa, na monitorização da intervenção e na tomada de decisão através da análise constante dos dados obtidos revelou-se essencial na implementação do projeto e do trabalho em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar.

No **domínio da prática clínica** procurou-se desenvolver competências no sentido de atingir a perícia na prestação de cuidados à pessoa idosa/cuidador familiar. Para isso foi determinante sustentar a prática em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, nomeadamente na incorporação e mobilização do modelo de

intervenção em parceria de Gomes (2009, 2013) e na Teoria das Transições de Meleis (2010). Procurou-se conhecer a pessoa idosa em toda a sua globalidade para aceder à sua singularidade, adequando a linguagem, demonstrando disponibilidade, estabelecendo tempo e espaço para a construção de uma relação de respeito e de confiança que fosse ao seu encontro, de forma a integrá-la na ação de cuidados. Delinearam-se estratégias em conjunto com a pessoa idosa/cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si, ou para assegurar o cuidado do Outro. Procurou-se promover o desenvolvimento da pessoa idosa, o seu bem-estar e conforto, e energizar a sua vida, ajudando-a a gerir e a lidar com a sua situação de doença, no contexto do seu projeto de vida e saúde.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, através do desenvolvimento de competências de tomada de decisão nos cuidados foi mobilizado o conhecimento ético-deontológico na prática profissional. Foram assegurados a informação, consentimento, liberdade de escolha dos participantes e o anonimato na entrevista realizada à pessoa idosa, fomentando na equipa o respeito pelos direitos humanos na prática de cuidados.

No **domínio da melhoria da qualidade** dos cuidados prestados à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar considera-se que a intervenção implementada, operacionalizada pela mobilização do modelo de Parceria, comportou ganhos significativos na qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente na preparação do regresso a casa destas pessoas idosas. Foi desempenhado um papel dinamizador na liderança deste projeto e no suporte das atividades desenvolvidas, e fomentada uma prática reflexiva no seio da equipa que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados.

4.1.Limitações do Projeto

Ao iniciar este trabalho, estava consciente de que poderia enfrentar algumas limitações ao desenvolvimento do projeto, que poderiam estar essencialmente relacionadas com a inexperiência pessoal para trabalhos desta natureza.

O facto de o projeto ter sido desenvolvido no local de trabalho constituiu, por um lado, um aspeto vantajoso, pelo facto de conhecer a equipa, sua dinâmica de funcionamento e objetivos, o que veio facilitar o envolvimento de todos os elementos na implementação do projeto. Mas, por outro lado, a afirmação enquanto estudante

constituiu um desafio, por ocasionar em alguns momentos dificuldade na gestão do desempenho e dedicação exclusiva à execução do trabalho de projeto. Este foi um fator promotor de crescimento pessoal, pelo confronto com situações em que a gestão pessoal foi determinante para a consecução do trabalho desenvolvido.

Outra limitação sentida prendeu-se com a duração do período de estágio. Para a implementação de uma intervenção que visa a incorporação de novos conhecimentos e de modelos de atuação na prática, torna-se necessário um período de tempo que garanta a adesão da equipa. Facto que exigiu o ajuste das atividades delineadas ao período disponível e cumprimento rigoroso das fases previamente determinadas. A demora na autorização por parte da Comissão de Ética, concedida apenas no final do mês de Novembro, limitou a realização das entrevistas às pessoas idosas participantes no projeto, tendo realizado apenas uma entrevista.

As adversidades vivenciadas no campo de estágio inerentes ao contexto organizacional tornaram evidente algum descontentamento e desmotivação na equipa, que poderia comprometer o interesse e participação da mesma na implementação do projeto. Este facto exigiu o desenvolvimento de estratégias motivacionais com a equipa.

As alterações organizacionais dificultaram a implementação do projeto. Porém, pelos resultados obtidos é possível afirmar que a intervenção realizada promoveu a autonomia e o *empowerment* da pessoa idosa, capacitando-a para o cuidado de Si, e a adaptação da mesma à sua nova condição de saúde e valorização do seu projeto de vida.

O facto de a experiência em CSP não ter sido realizada na instituição de saúde da área de referência do hospital, não possibilitou o seguimento na continuidade dos cuidados às pessoas idosas incluídas no projeto, no que refere à identificação das suas dificuldades e necessidades após o regresso a casa.

4.2. Implicações para a prática/sugestões

Apesar das contingências vivenciadas e das dificuldades inerentes a qualquer processo de mudança foi notável o empenho dos enfermeiros na execução deste projeto. A equipa reconheceu os ganhos conseguidos na qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa através da implementação da intervenção em Parceria. O nível de satisfação das pessoas idosas/cuidadores familiares refletiu o seu

reconhecimento perante o empenho e dedicação no trabalho desenvolvido, e que ciclicamente e em simultâneo se refletiu na satisfação da equipa de enfermagem.

Porém, há algumas sugestões que devem ser mencionadas por contribuírem para o incremento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva. Nomeadamente a criação de uma consulta de enfermagem de Estomaterapia, no serviço de consultas externas do Centro Hospitalar, para o seguimento e continuidade dos cuidados a estas pessoas idosas após a alta. Com o objetivo de maximizar a sua autonomia e independência, esclarecer dúvidas, avaliar dificuldades e necessidades, prevenir complicações e promover a adaptação à sua nova condição de saúde. A experiência de observação numa consulta de Estomaterapia evidenciou esta necessidade. Sugere-se também a disponibilização do material de apoio à educação construído, aos serviços de cirurgia geral do respetivo Centro Hospitalar; bem como o seguimento domiciliário destas pessoas idosas, no processo de transição do hospital para casa.

Os planos futuros passam por dar continuidade a este projeto, propondo a sua implementação ao nível dos serviços de cirurgia geral do Centro Hospitalar, e a articulação com os serviços da comunidade. Pretendendo também colaborar na formação de futuros enfermeiros especialistas na área de EMC, no cuidado diferenciado à pessoa idosa.

5. CONCLUSÃO

O atual envelhecimento populacional exige a determinação de novas necessidades em saúde, para as quais é preciso definir novas respostas e criar condições que permitam às pessoas idosas mobilizar os recursos necessários para a gestão dos seus problemas de saúde. A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar surgiu como uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados e gestão de recursos, exigindo a promoção da mestria e autonomia da pessoa idosa/cuidador familiar para garantir o sucesso da adaptação e gestão eficaz da sua nova condição de saúde, de modo a evitar complicações nesse processo.

Cuidar a pessoa idosa, pelas suas particularidades e necessidades, exige do enfermeiro a mobilização de um conjunto de conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais inerentes ao processo de envelhecimento. Só o conhecimento profundo dos problemas específicos das pessoas idosas capacita os enfermeiros para antecipar a sua ocorrência e atuar preventivamente, como peritos, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida, nos vários contextos onde estas se encontram ou vivem.

A consecução deste projeto de estágio, cuja prática se baseou na articulação e interligação dos conhecimentos adquiridos, na incorporação e mobilização do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009, 2013) e na Teoria das Transições de Meleis (2010) e, numa prática reflexiva, possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências pessoais como futura enfermeira especialista no cuidado diferenciado à pessoa idosa, levando-me através da experiência adquirida a evoluir gradualmente a perita.

O trabalho em parceria com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar revelou-se essencial para o sucesso da transição do hospital para casa. Através do conhecimento do seu potencial de desenvolvimento, e da definição de estratégias em conjunto com a mesma para transformar as suas

capacidades potenciais em reais, conseguiu-se a sua participação ativa e capacitação para a aquisição e mobilização de conhecimentos e tomada de decisão. O que permitiu garantir o domínio dos cuidados para assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, favorecendo a sua adaptação fisiológica, psicológica e social neste processo, contribuindo para uma melhoria significativa da sua qualidade de vida e promovendo uma transição saudável.

Os resultados evidenciam o envolvimento dos enfermeiros e a aquisição progressiva de autonomia na prestação de cuidados individualizados e direcionados para as reais necessidades da pessoa idosa, e na sua avaliação global. Os enfermeiros passaram a conhecer melhor a pessoa idosa e a iniciar a preparação do regresso a casa na admissão do internamento. Os registos de enfermagem, mais completos e individualizados, e a monitorização das intervenções realizadas em parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar, garantiram a continuidade dos cuidados. A pessoa idosa/cuidador familiar deteve conhecimento sobre os cuidados, sendo capaz de assumir/assegurar o cuidado de Si no regresso a casa.

Estes resultados reforçam os dados revelados na revisão da literatura, em que a preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada deve ser um processo contínuo, holístico e centrado na pessoa, que deve envolver a pessoa idosa, cuidador familiar, a equipa de saúde e as organizações.

Considera-se assim que os objetivos definidos foram alcançados na medida em que foram desenvolvidas competências de enfermeira especialista, na área da pessoa idosa, e contribuiu-se para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, que reconheceu a problemática existente e incrementou uma intervenção precoce, estruturada, organizada e negociada para a preparação do regresso a casa, valorizando as capacidades, conhecimentos e experiência de vida da pessoa idosa.

Conclui-se que a implementação deste projeto conduziu a vantagens para a pessoa idosa, para a equipa e para a instituição, por conferir ganhos significativos na prestação individualizada de cuidados, promovendo a excelência e qualidade dos mesmos, por conferir visibilidade aos cuidados de enfermagem, e contribuir para o enriquecimento profissional de toda a equipa e para o avanço da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersson, G., Engström, A., Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 603-608. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2010.01887.x.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso a Doença e o Hospital: o Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.
- Cardoso, A. F., Felizardo, H.M., Januário, J.C. (2012). O Enfermeiro como Gestor do Processo de Preparação do Regresso a Casa. In M.A. Rodrigues, M.A. Bento, P. Queirós. *Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (pp.75-88). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Chiavenato, I. (1998). *Recursos Humanos*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Coleman, E., et al (2004 Novembro). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. *Journal of American Geriatrics Society*, 52 (11),1817-1825. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52504.x.
- Dinis, R. (2007). A família do Idoso Internado: O parceiro esquecido? In I.D. Gomes. *Parceria e Cuidado de Enfermagem: Uma questão de Cidadania* (pp.115-154). Coimbra: Formasau.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2010) – *Cursos De Enfermagem Avançada: Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) e Curso de Pós-*

Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2012). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Norma APA. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2013). *Regulamento de Mestrado*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (Vol. I). San Francisco: USA.

Ferreira, A.C., Seíça, A., Morais, I. (2009, Setembro). Pessoa ostomizada. In *Enfermagem e o Cidadão. Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*. 7 (20). 3-5. Acedido em 12-02-2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/informacao/Documents/Jornal%20da%20SRC/jornal20.pdf>.

Florêncio, H. (2011). *O Regresso da Pessoa Idosa com doença crónica e família à sua casa: a parceria como intervenção de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Gallant, M., Beaulieu, M., Carnevale, F. (2002). Partnership: on analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (2), 149-157. DOI: 10.1046/j.1365- 2648.2002.02357.x.

Gomes, I.D. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: "O Erro de Narciso"*. Universidade Aberta. Tese de Mestrado. Lisboa.

Gomes, I.D (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso - da submissão à acção negociada. In I. D. Gomes. *Parceria e Cuidados de Enfermagem: Uma questão de Cidadania* (pp. 67-113). Coimbra: Formasau.

- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si - a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M.A.P. Lopes. *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática* (pp.77-113). Loures: Lusociência.
- Gonçalves, D. (2008). *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada*. Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Disponível em: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1234/1/disserta%C3%A7%C3%A3o_Deolinda%20Gon%C3%A7alves.pdf.
- Guyatt G., et al (2002). *Users' Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*. American Medical Association. Chicago, EUA.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.
- Hook, M.L. (2006). Partnering with patients – a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (2), 133-143. DOI 10.1111/j.1365-2648.2006.03993.x.
- Instituto Nacional de Estatística (2004). *Projeções de População Residente, Portugal e NUTS II. 2000-2050*. Informação à comunicação social. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Quadro resumo: indicadores de evolução da sociedade portuguesa*. Lisboa. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
- Jerónimo, L. (2013). *A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Gastrectomia e sua Família – A Parceria como Intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Johansson, K., Katajisto, J., Salanterä, S. (2010). Pre-admission education in surgical rheumatology: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 2980-2988. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03347.x.
- Johns, C. (2009). *Becoming a Reflective Practitioner*. 3ª ed. Singapura: Wiley-Blackwell.

- Lowther, C. (2012 Outubro). The impact of stoma formation and enhanced recovery in the elderly. *Gastrointestinal Nursing*, 10(8), 34-39. Acedido em 23-11-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=309c8254-910a-46e1-beeb-1314bd3f211e%40sessionmgr111&vid=6&hid=122>.
- Marquis, B.L., Huston, C.J. (2005). *Administração e Liderança em Enfermagem. Teoria e Prática*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Martins, A., Pinto, A., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., Almeida, M., ..., Santos, R. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*. 12(2). 52-61.
- Ma, N., Harvey, J., Stewart, J., Andrews, L., Hill, A. (2007). The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study. *ANZ Journal of Surgery*, 77, 883-885. DOI:10.1111/j.1445-2197.2007.04265.x.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E., Messias, D.K., Schumacher, L. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23 (1), 12-28. Acedido em 15-04-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=309c8254-910a-46e1-beeb-1314bd3f211e%40sessionmgr111&hid=122>.
- Meleis, A.I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A.I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. EUA: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I., Trangenstein, P.A. (1994 Novembro-Dezembro). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6). 255-259.
- Ministério da Saúde (2004) – *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 18-01-2013. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa. A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Morais, A.M.M. (2002). Gestão de Conflitos. *Nursing*. 172. 24-29.

- Morais, I., Seíça, A., Pereira, M. (2012). Complicações em ostomias de eliminação. In I.M. Santos et al. *Estomaterapia: o Saber e o Cuidar* (pp.40-48). Lisboa: Lidel.
- Nascimento, C., Trindade, G., Luz, M., Santiago, R. (2011 Julho-Setembro). Vivência do Paciente Estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 20 (3), 557-564. Acedido em 15-04-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf>.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Relatório de Primavera 2011: da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*. Coimbra e Évora: OPSS, IDES e Fundação Calouste Gulbenkian.
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*. 14 (6), 320-324.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009) – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (Caderno Temático). Acedido em 10/02/2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Aprovado em Assembleia geral em 29 de Maio de 2010. Acedido em 10/02/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em 18-01-2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

- Organização Mundial de Saúde (2008). *World Cancer Report 2008*. Lyon, 2008. Acedido em 10-05-2013. Disponível em: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf.
- Pereira, N., Botelho, M. A. (2012). Experiência Vivida dos Sobreviventes de Cancro do Cólon e Reto após Tratamento com Intenção Curativa: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*.16 (1). 31- 50.
- Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: uma revisão da literatura. *Investigação em Enfermagem*. 21. 43-58.
- Petronilho, F.A.S. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pinto, A., Carranca, M., Brites, M. (2010). Acolher em casa o utente dependente com afecção neurocirúrgica: vivências da família/pessoa significativa. *Investigação em Enfermagem*. 21. 69-81.
- Rebelo, M.T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In M.T. Rebelo et al. *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática*. Coimbra: Formasau.
- Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. et al (2010 Janeiro-Março). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-38. Acedido em: 10/05/2013. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html.
- Sands, J. K. (2003). Avaliação de pessoas com problemas nos intestinos. In Sands, J.K et al. *Enfermagem médico-cirúrgica, conceitos e prática clínica*. Loures: Lusociência.
- Sá, P. (2008). *Cancro do Cólon e Recto*. Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado. Covilhã. Disponível em: <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/844/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-Cancro%20do%20c%C3%B3lon%20e%20recto.pdf>.
- Schumacker K., Jones, P., Meleis, A.I (1999). Helping Elderly Persons in Transitions: A Framework for Research and Practice. In Meleis A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*.EUA: Springer Publishing Company.

- Seiça, A., Morais, I. (2012). Competências no cuidar e tecnologias. In I.M. Santos et al. *Estomaterapia: o Saber e o Cuidar* (pp.33-39). Lisboa: Lidel.
- Seiça, A., Morais, I. (2012). Reinserção social da pessoa ostomizada. In I.M. Santos et al. *Estomaterapia: o Saber e o Cuidar* (pp.75-81). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, A., Shimizu, H. (2006 Julho-Agosto). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (4), 483-490. Acedido em: 17-03-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a03.pdf>.
- Silva, I., Oliveira, M., Silva, S., Polaro, S., Radünz, V., Santos, E., Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43(3), 697-703. Acedido em: 17-03-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>.
- 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. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x.
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-Estar para as Pessoas Idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ªed. Loures: Lusociência.
- Stumm, E., Oliveira, E., Kirshchner, R. (2008 Janeiro-Março). Perfil de pacientes ostomizados. *Scientia Medica*, 18 (1), 26-30. Acedido em 17-03-2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2552/2809>.
- Thorpe, G., McArthur, M., Richardson, B. (2009). Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1778-1789. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05059.x.
- Turner, B., Fleming, J., Ownsworth, T., Cornwell, P. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: a literature review

and research recommendation. *Disability and Rehabilitation*. 30(16).1153-1176.
DOI: 10.1080/09638280701532854.

Walker, C., Lachman, V. (2013 Janeiro-Fevereiro). Gaps in the discharge process for patients with an ostomy: an ethical perspective. *Medsurg Nursing*, 22 (1), 61-64.
Acedido em 23-03-2013. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&sid=309c8254-910a-46e1-beeb-1314bd3f211e%40sessionmgr111&hid=118>.

Williams, J. (2008 Fevereiro). Caring for the older ostomate. *Nursing & Residential Care*. 10 (2), 64-67. Acedido em 23-03-2013. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=309c8254-910a-46e1-beeb-1314bd3f211e%40sessionmgr111&hid=118>

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Formação em Estomaterapia

CERTIFICADO



Werfen Group



Certifica-se que a Exma Senhora Enfermeira Teresa Sofia Fernandes Tomás participou na Ação de Formação "Atualizações em Estomaterapia", realizada nos dias 7,8,13,14,20,21,27 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

Lisboa 17/09/2013



APÊNDICES

APÊNDICE I – Impresso de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. Sr. ou Sr.^a está a ser convidado a colaborar num projeto sobre a temática “preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva”, que envolve a participação de idosos e seus cuidadores familiares. Este projeto está a ser realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa, sob a orientação da Professora Doutora Idalina Gomes.

O **objetivo do projeto** para o qual é convidado a participar é capacitar a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar para o regresso a casa, para que possam gerir eficazmente o processo de recuperação e autonomia

A sua participação neste projeto far-se-á através de aplicação de escalas de avaliação multidimensional do idoso e de uma entrevista. A informação obtida na referida entrevista (dados e respostas) será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de Outubro.

A sua participação no presente projeto é de carácter voluntário, podendo em qualquer momento negar o seu consentimento.

Assinatura da responsável pelo projeto: _____

(Enf.^a Teresa Tomás)

Lisboa, __/__/__

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza do projeto e forma de funcionamento do mesmo. Fui esclarecido(a) sobre os aspetos que considero importantes. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar a minha participação em qualquer momento do respetivo projeto. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste projeto.

Lisboa, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Cuidador Familiar

APÊNDICE II – Indicadores de Avaliação dos Registos de Enfermagem

Indicadores de Avaliação dos Registos de Enfermagem

1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – REVELAR-SE (Gomes, 2009, 2013)

<u>INDICADOR: IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA</u>	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Nome		
Nome preferido		
Idade		
Nacionalidade		
Raça		
Religião		
Estado Civil		
Profissão/ocupação		

<u>INDICADOR: CONTEXTO DE VIDA</u>	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Com quem habita		
Condições habitacionais		
Cuidador familiar (nome e contacto)		
Situação económica (referência a dificuldades?)		
Ocupação dos tempos livres/projeto de vida (que ocupações?)		
Rede de apoio (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, cuidador familiar, RNCCI)		
Necessidades do cuidador familiar		

<u>INDICADOR: CONTEXTO DA DOENÇA</u>	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Diagnóstico de admissão		
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico		
A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico		
Antecedentes pessoais		
Antecedentes cirúrgicos		
Alergias		
Medicação habitual no domicílio		
Gestão do regime terapêutico		
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física, nutricionais)		
Conhece o impacto da doença/tratamento na vida da pessoa idosa		

INDICADOR: PROBLEMAS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Alteração da alimentação (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, prótese dentária)		
Alteração da eliminação (vesical ou intestinal)		
Alteração do padrão de sono		
Alteração da mobilidade		
Alteração do estado sensorial (paladar, cheiro, visão)		

INDICADOR: CONHECE OS HÁBITOS/ATIVIDADES DA PESSOA IDOSA		REGISTADO	NÃO REGISTADO
Alimentação	Nível de dependência		
	Variedade		
	Horário de refeições		
	Número de refeições		
	Preferências alimentares		
	Restrições alimentares		
	Ingestão hídrica		
	Com quem faz as refeições		
Eliminação	Nível de dependência		
	Características		
	Frequência		
	Dependência de fármacos		
Mobilidade/exercício	Nível de dependência		
	Limitações		
Higiene e conforto	Nível de dependência		
Sono/repouso	Caraterísticas do sono (duração)		
	Dependência de fármacos		

2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ENVOLVER-SE (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: CONHECE A PESSOA IDOSA/CUIDADOR FAMILIAR FACE À SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE	REGISTADO	NÃO REGISTADO
O enfermeiro realiza a socialização ao serviço		
O enfermeiro entrega o folheto de acolhimento ao serviço		
O enfermeiro mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)		
O enfermeiro identifica necessidades de ajuda à pessoa idosa/cuidador familiar		
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a sua nova condição de saúde e o que deve fazer para a gerir		
O enfermeiro envolve o cuidador familiar nos cuidados (convida-o, acompanha-o, esclarece dúvidas)		
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso		
O enfermeiro monitoriza e despista complicações da ostomia		

3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – POSSIBILITAR/CAPACITAR (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: PARTILHA O PODER/CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA	REGISTADO	NÃO REGISTADO
O enfermeiro inclui informação durante a prestação de cuidados, utilizando o seu conhecimento na realização de educação para a saúde		
O enfermeiro partilha conhecimento com a pessoa idosa e cuidador familiar sobre os procedimentos peri-operatórios		
O enfermeiro partilha conhecimento com a pessoa idosa e cuidador familiar sobre os cuidados necessários após ser submetida a ostomia digestiva (controlo da dor, educação terapêutica e medicamentosa, plano alimentar, cuidados à		

ostomia, sinais e sintomas de complicações, sexualidade, aquisição de dispositivos, atividades sociais, continência das ostomias definitivas, vestuário, benefícios fiscais e grupos de apoio)		
O enfermeiro promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa, e atende às suas preferências		
O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar		

4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: DESENVOLVE COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OS OBJETIVOS COMUNS	REGISTADO	NÃO REGISTADO
O enfermeiro valida intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si		
O enfermeiro ajuda a pessoa idosa/cuidador familiar a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa		

5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DE SI /ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A pessoa idosa/cuidador familiar detém informação que lhes permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si		
A pessoa idosa detém informação que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde		
A pessoa idosa apresenta conforto e bem-estar (controlo da dor, capacidade de Cuidar de Si)		
O cuidador familiar detém conhecimentos acerca das alternativas que lhe permitam cuidar da pessoa idosa evitando situações de sobrecarga		
A pessoa idosa assegura cuidados que lhe permitem prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde		
A pessoa idosa/cuidador familiar conhece os		

recursos disponíveis na comunidade (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, RNCCI, consulta de estomaterapia, Associações de ostomizados)		
A pessoa idosa/cuidador familiar conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)		
O enfermeiro fornece suporte escrito à pessoa idosa/cuidador familiar (carta de alta de enfermagem, carta de informação clínica, material de apoio à educação) e kit de material para os cuidados à ostomia		
A pessoa idosa/cuidador familiar compreende a finalidade do suporte escrito fornecido		

**APÊNDICE III - Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem –
Avaliação Inicial**

Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem – Avaliação Inicial

10 Processos consultados de 1-10-2013 a 11-10-2013

1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – REVELAR-SE (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Nome	10	0
Nome preferido	7	3
Idade	10	0
Nacionalidade	2	8
Raça	0	10
Religião	3	7
Estado Civil	6	4
Profissão/ocupação	3	7

INDICADOR: CONTEXTO DE VIDA	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Com quem habita	7	3
Condições habitacionais	0	10
Cuidador familiar (nome e contacto)	8	2
Situação económica (referência a dificuldades?)	0	10
Ocupação dos tempos livres/projeto de vida (que ocupações?)	0	10
Rede de apoio (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, cuidador familiar, RNCCI)	2	8
Necessidades do cuidador familiar	1	9

INDICADOR: CONTEXTO DA DOENÇA	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Diagnóstico de admissão	10	0
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico	6	4
A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico	0	10
Antecedentes pessoais	10	0
Antecedentes cirúrgicos	10	0
Alergias	10	0
Medicação habitual no domicílio	10	0
Gestão do regime terapêutico	0	10
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física, nutricionais)	6	4

Conhece o impacto da doença/tratamento na vida da pessoa idosa	2	8
--	---	---

INDICADOR: PROBLEMAS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Alteração da alimentação (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, prótese dentária)	7	3
Alteração da eliminação (vesical ou intestinal)	6	4
Alteração do padrão de sono	3	7
Alteração da mobilidade	0	10
Alteração do estado sensorial (paladar, cheiro, visão)	7	3

INDICADOR: CONHECE OS HÁBITOS/ATIVIDADES DA PESSOA IDOSA		REGISTADO	NÃO REGISTADO
Alimentação	Nível de dependência	10	0
	Variedade	0	10
	Horário de refeições	0	10
	Número de refeições	1	9
	Preferências alimentares	1	9
	Restrições alimentares	0	10
	Ingestão hídrica	1	9
	Com quem faz as refeições	0	10
Eliminação	Nível de dependência	10	0
	Características	0	10
	Frequência	0	10
	Dependência de fármacos	0	10
Mobilidade/exercício	Nível de dependência	10	0
	Limitações	2	8
Higiene e conforto	Nível de dependência	10	0
Sono/repouso	Caraterísticas do sono (duração)	2	8
	Dependência de fármacos	2	8

2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ENVOLVER-SE (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: CONHECE A PESSOA IDOSA/CUIDADOR FAMILIAR FACE À SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE	REGISTADO	NÃO REGISTADO
O enfermeiro realiza a socialização ao serviço	8	2
O enfermeiro entrega o folheto de acolhimento ao serviço	0	10
O enfermeiro mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	4	6
O enfermeiro identifica necessidades de ajuda à pessoa idosa/cuidador familiar	8	2
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a sua nova condição de saúde e o que deve fazer para a gerir	0	10
O enfermeiro envolve o cuidador familiar nos cuidados (convida-o, acompanha-o, esclarece dúvidas)	4	6
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso	1	9
O enfermeiro monitoriza e despista complicações da ostomia	10	0

3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – POSSIBILITAR/CAPACITAR (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: PARTILHA O PODER/CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA	REGISTADO	NÃO REGISTADO
O enfermeiro inclui informação durante a prestação de cuidados, utilizando o seu conhecimento na realização de educação para a saúde	2	8
O enfermeiro partilha conhecimento com a pessoa idosa e cuidador familiar sobre os procedimentos peri-operatórios	3	7
O enfermeiro partilha conhecimento com a pessoa idosa e cuidador familiar sobre os cuidados necessários após ser submetida a ostomia digestiva (controlo da dor, educação terapêutica e medicamentosa, plano alimentar, cuidados à	3	7

ostomia, sinais e sintomas de complicações, sexualidade, aquisição de dispositivos, atividades sociais, continência das ostomias definitivas, vestuário, benefícios fiscais e grupos de apoio)		
O enfermeiro promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa, e atende às suas preferências	0	10
O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar	3	7

4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: DESENVOLVE COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OS OBJETIVOS COMUNS	REGISTADO	NÃO REGISTADO
O enfermeiro valida intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si	0	10
O enfermeiro ajuda a pessoa idosa/cuidador familiar a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa	2	8

5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DE SI /ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A pessoa idosa/cuidador familiar detém informação que lhes permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si	2	8
A pessoa idosa detém informação que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde	2	8
A pessoa idosa apresenta conforto e bem-estar (controlo da dor, capacidade de Cuidar de Si)	1	9
O cuidador familiar detém conhecimentos acerca das alternativas que lhe permitam cuidar da pessoa idosa evitando situações de sobrecarga	0	10
A pessoa idosa assegura cuidados que lhe permitem prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde	2	8
A pessoa idosa/cuidador familiar conhece os	1	9

recursos disponíveis na comunidade (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, RNCCI, consulta de estomaterapia, Associações de ostomizados)		
A pessoa idosa/cuidador familiar conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)	3	7
O enfermeiro fornece suporte escrito à pessoa idosa/cuidador familiar (carta de alta de enfermagem, carta de informação clínica, material de apoio à educação) e kit de material para os cuidados à ostomia	4	6
A pessoa idosa/cuidador familiar compreende a finalidade do suporte escrito fornecido	0	10

**APÊNDICE IV – Análise e Resultados estatísticos da avaliação inicial dos
Registos de Enfermagem**

Análise e Resultados estatísticos da avaliação inicial dos Registos de Enfermagem

Procedeu-se a uma análise dos registos de enfermagem² em 10 processos de pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva, os quais permitiram efetuar o diagnóstico da situação relativamente à informação registada na colheita de dados, educação para a saúde realizada e preparação para o regresso a casa, incluindo a articulação com os recursos da comunidade.

Previamente foi criada uma grelha de análise, sustentada pelo Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013) e no que a evidência científica preconiza, como sendo importante conhecer acerca da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva.

Foram analisados 7 processos clínicos de pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva (nos meses de Julho e Agosto de 2013) que já tinham tido alta e 3 processos de pessoas idosas ostomizadas internados no período de análise.

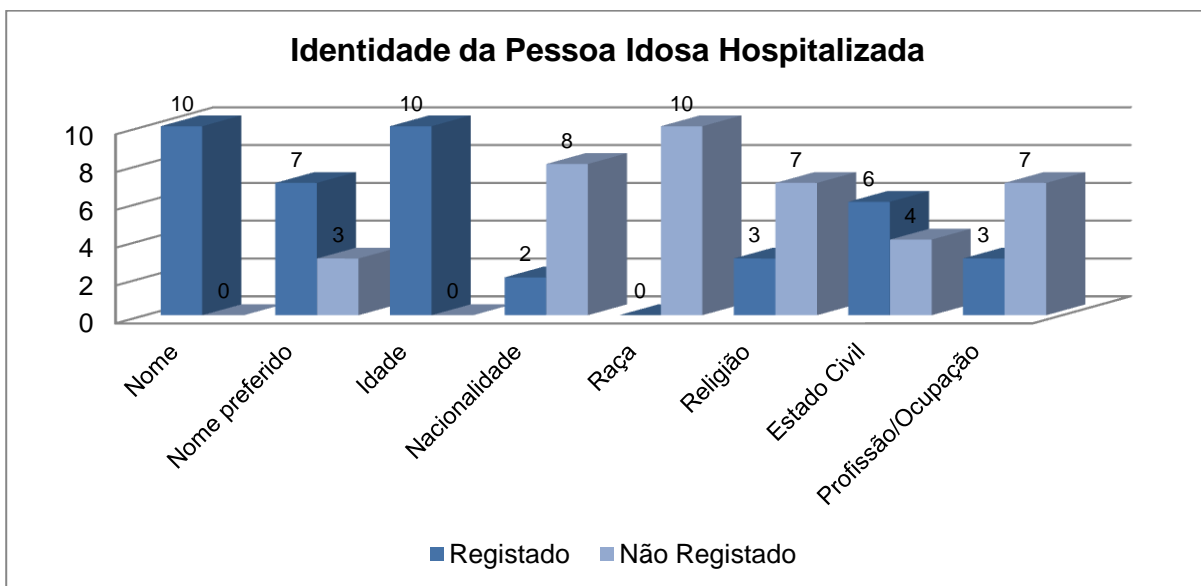
Assim sendo, os resultados analisados foram trabalhados e apresentam-se graficamente.

1ª Fase do Modelo de Parceria – Revelar-se (Gomes, 2009, 2013)

A primeira fase do Modelo de Parceria está relacionada com o conhecer a **identidade da pessoa idosa hospitalizada**, tendo sido possível constatar conforme demonstra o gráfico 1 que o registo do nome, nome preferido, idade e estado civil se encontra na maioria dos registos. Não se verificaram registos em relação à raça, e poucos registos em relação à nacionalidade, religião e profissão/ocupação. O registo e conhecimento destes dados é de extrema importância para se conhecer a identidade da pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, com o intuito de estabelecer estratégias negociadas em conjunto, para promover o seu projeto de vida e saúde.

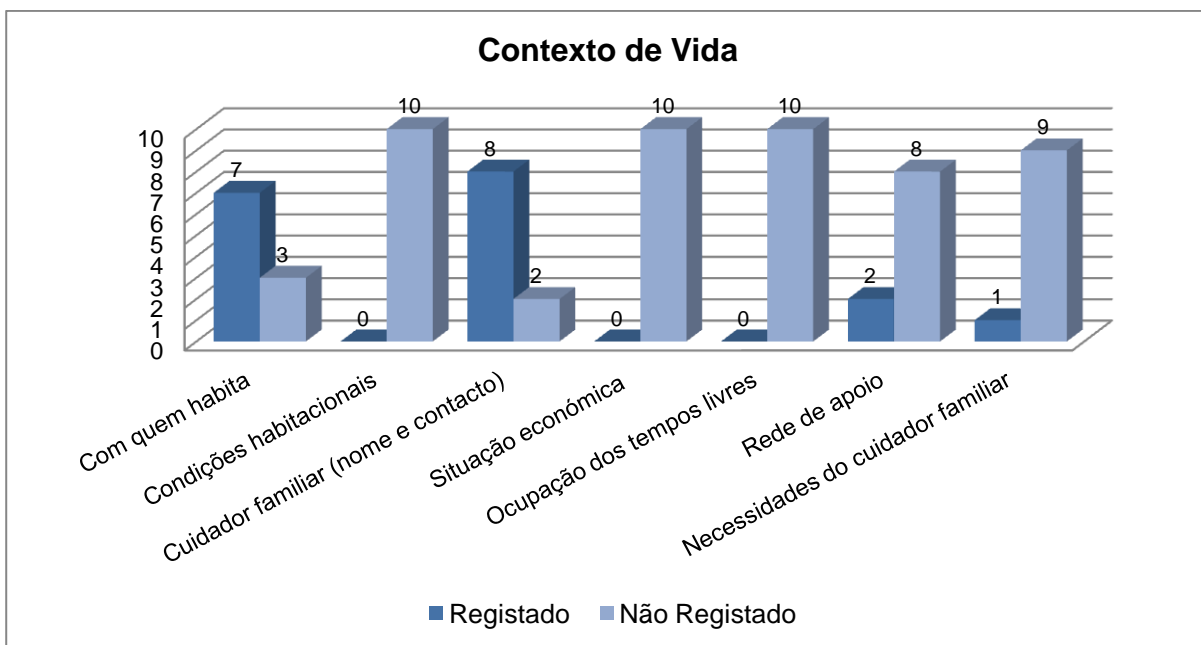
² A análise dos processos contemplou o impresso de Colheita de Dados de Enfermagem, o Diário de Enfermagem, o Plano de Cuidados de Enfermagem e a Nota de Alta de Enfermagem.

Gráfico1 – Resultados relativos ao indicador “Identidade da Pessoa Idosa Hospitalizada ”- fase de diagnóstico



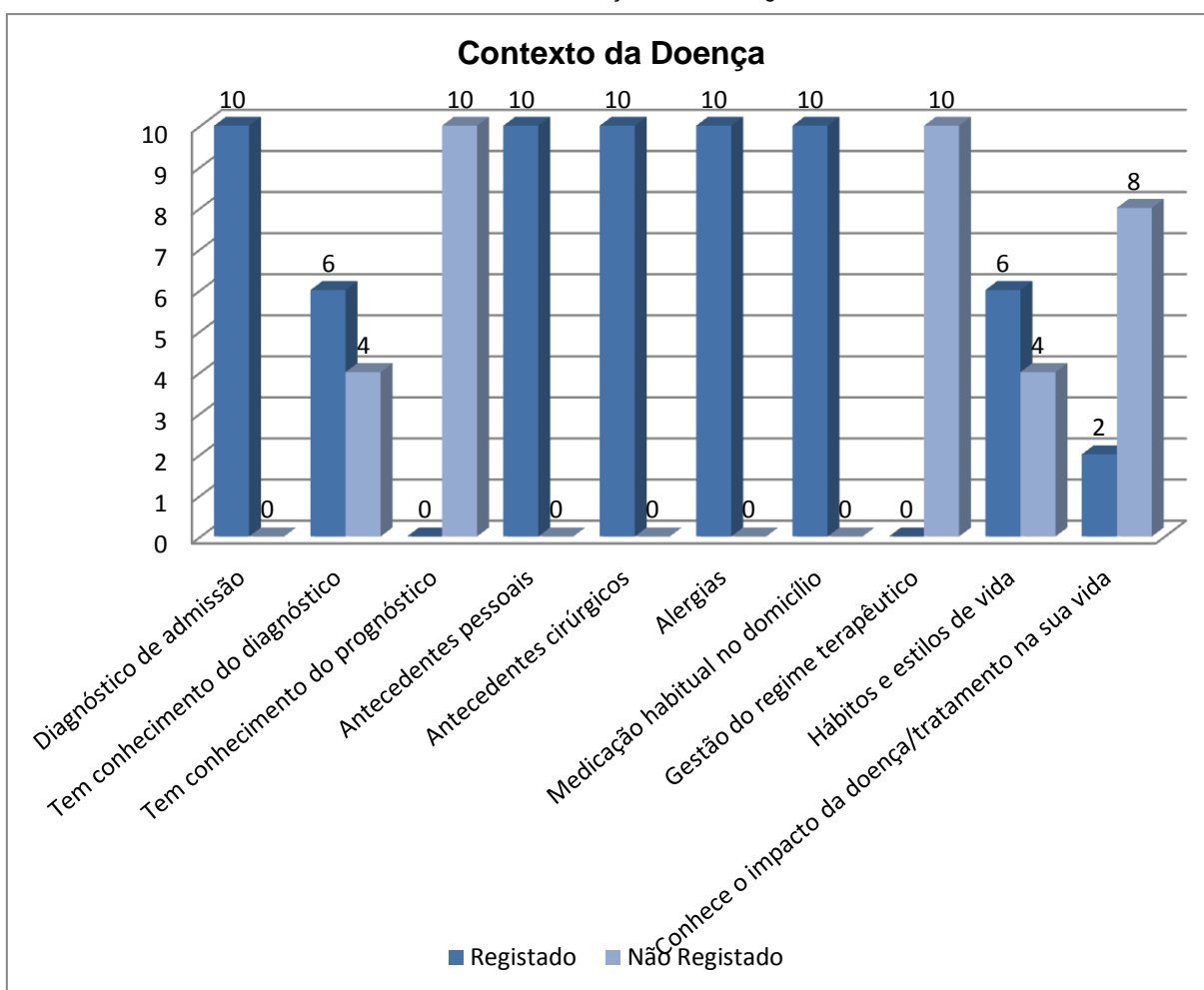
Acerca do conhecimento **do contexto de vida**, outro indicador estudado, constatou-se alguma preocupação em saber com quem habita e quem é o cuidador familiar da pessoa idosa, com registo do seu nome e contacto. Relativamente à rede de apoio e necessidades do cuidador constatou-se pouca preocupação no registo destes dados. Em relação às condições habitacionais, à situação económica e ocupação de tempos livres da pessoa idosa, não se verificaram registos.

Gráfico 2 – Resultados relativos ao indicador “Contexto de Vida ”- fase de diagnóstico



Outro indicador estudado foi o **contexto da doença** onde se verificou que o diagnóstico, antecedentes pessoais, antecedentes cirúrgicos, alergias e medicação habitual no domicílio foi registado na totalidade dos processos analisados. Relativamente ao conhecimento do prognóstico e gestão do regime terapêutico não se verificou nenhum registo. Quanto ao conhecimento do diagnóstico e hábitos e estilos de vida encontrava-se registado quase na totalidade dos processos analisados. O conhecimento do impacto da doença/tratamento na vida da pessoa idosa é algo que se encontrava descrito em apenas dois processos.

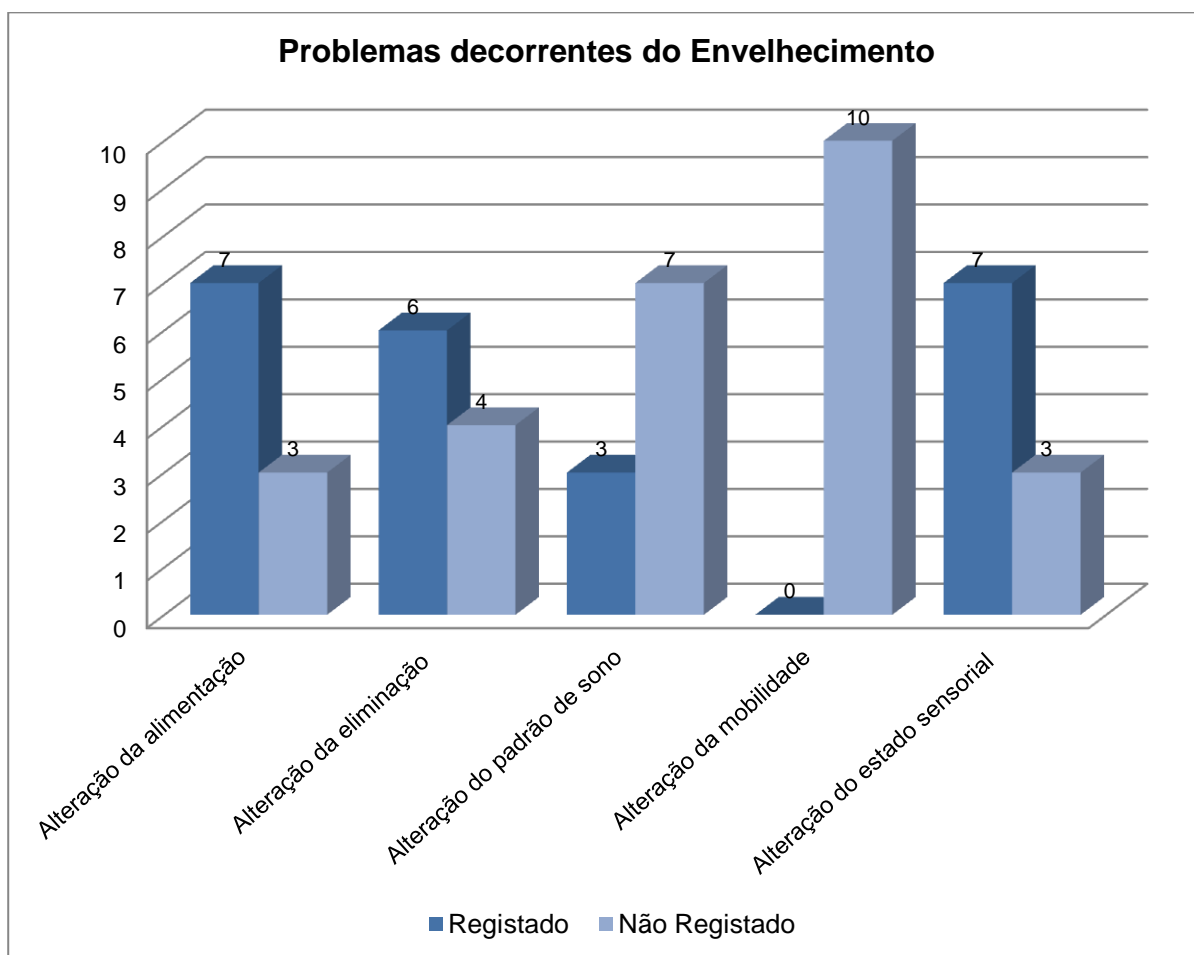
Gráfico 3 – Resultados relativos ao indicador “Contexto da Doença” - fase de diagnóstico



No que refere ao registo de **problemas decorrentes do envelhecimento**, constatou-se que existiam registos acerca da alteração da eliminação (vesical ou intestinal); da alteração da alimentação, na sua totalidade relativos ao uso de prótese dentária, bem como à alteração do estado sensorial em que só se referiam à

acuidade visual. Este número de registos poderá estar relacionado com o facto de se tratar de um serviço cirúrgico, e com a necessidade de se remover as próteses dentárias antes da ida para o bloco operatório, e não propriamente com o conhecimento do processo de envelhecimento. No que diz respeito ao registo da alteração da mobilidade não se verificou nenhum registo. As alterações do padrão de sono encontravam-se descritas em menor frequência.

Gráfico 4 – Resultados relativos ao indicador “Problemas decorrentes do Envelhecimento”- fase de diagnóstico



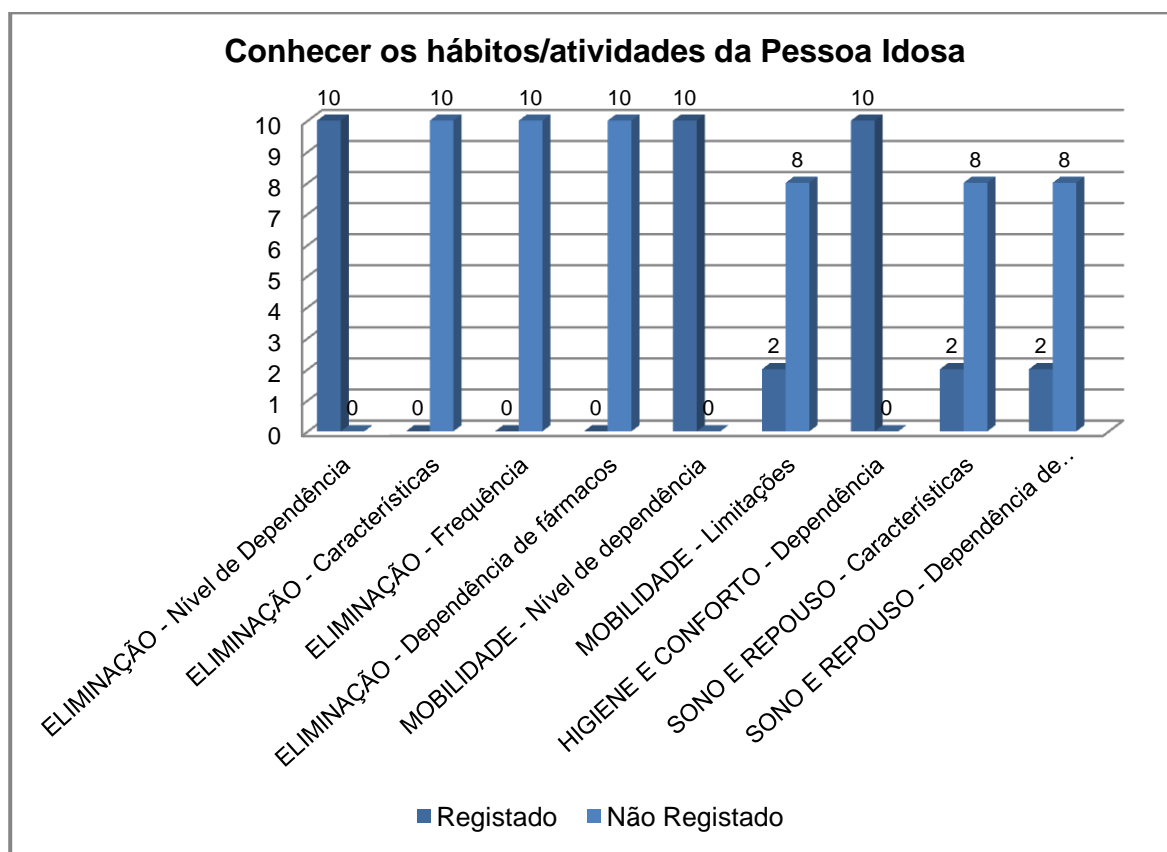
Relativamente ao registo dos **hábitos/atividades da pessoa idosa no que refere à sua alimentação** não existia nenhuma referência em relação: à variedade, horário e com quem faz as refeições, e restrições alimentares como se pode visualizar no gráfico seguinte. O número de refeições, preferências alimentares e ingestão hídrica apenas se encontravam referenciados num processo. Verificou-se na totalidade dos processos o registo do nível de dependência para se alimentar.

Gráfico 5 – Resultados relativos ao indicador “Conhece os hábitos/atividades da Pessoa Idosa: Alimentação”- fase de diagnóstico



Quanto ao **conhecimento dos hábitos/atividades de vida referentes à eliminação, mobilidade/exercício, higiene e conforto, e sono/repouso**, constatou-se que o nível de dependência na realização destas atividades de vida encontrava-se sempre registado. As características, frequência e dependência de fármacos no que refere à eliminação não se encontravam registados em nenhum processo. As limitações na mobilidade, características do sono e dependência de fármacos para o sono/repouso, foram aspetos registados ocasionalmente.

Gráfico 6 – Resultados relativos ao indicador “Conhece os hábitos/atividades da Pessoa Idosa”- fase de diagnóstico



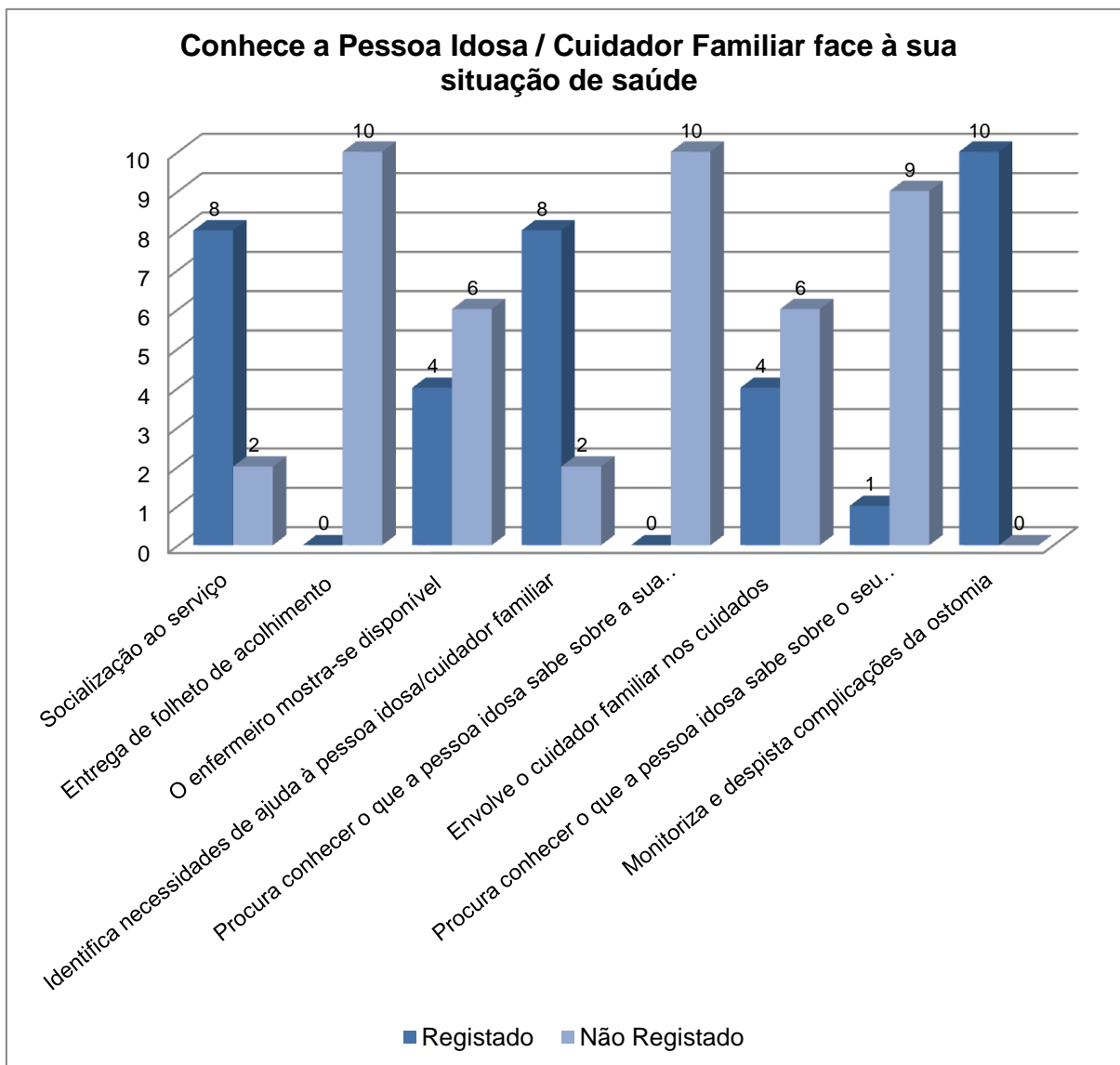
2ª Fase do Modelo de Parceria – Envolver-se (Gomes, 2009, 2013)

A segunda fase do modelo de parceria caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, que permita ir ao encontro da pessoa idosa/cuidador familiar. Com o intuito de desenvolver uma relação de confiança, da qual retirará contributos para o desenvolvimento das intervenções terapêuticas.

Deste modo, procurou-se perceber **qual o conhecimento do enfermeiro acerca da pessoa idosa/cuidador familiar face à sua situação de saúde**. Tal como se pode verificar no gráfico seguinte, foi possível constatar que não existem registos acerca da entrega do folheto de acolhimento ao serviço, nem sobre o que a pessoa idosa sabe sobre a sua nova condição de saúde e o que deve fazer para a gerir. Apenas em um processo se encontrava descrito aspetos relativos ao conhecimento da pessoa idosa sobre o seu regime medicamentoso. E menos frequentemente se encontrou descrita a demonstração de disponibilidade e o envolvimento do cuidador familiar nos cuidados. Em quase todos os processos

estava registada a realização da socialização no serviço, e a identificação de necessidades de ajuda à pessoa idosa/cuidador familiar. A monitorização e despiste de complicações encontrava-se descrita na totalidade dos processos analisados.

Gráfico 7 – Resultados relativos ao indicador “Conhece a Pessoa Idosa/Cuidador Familiar face à sua situação de saúde”- fase de diagnóstico

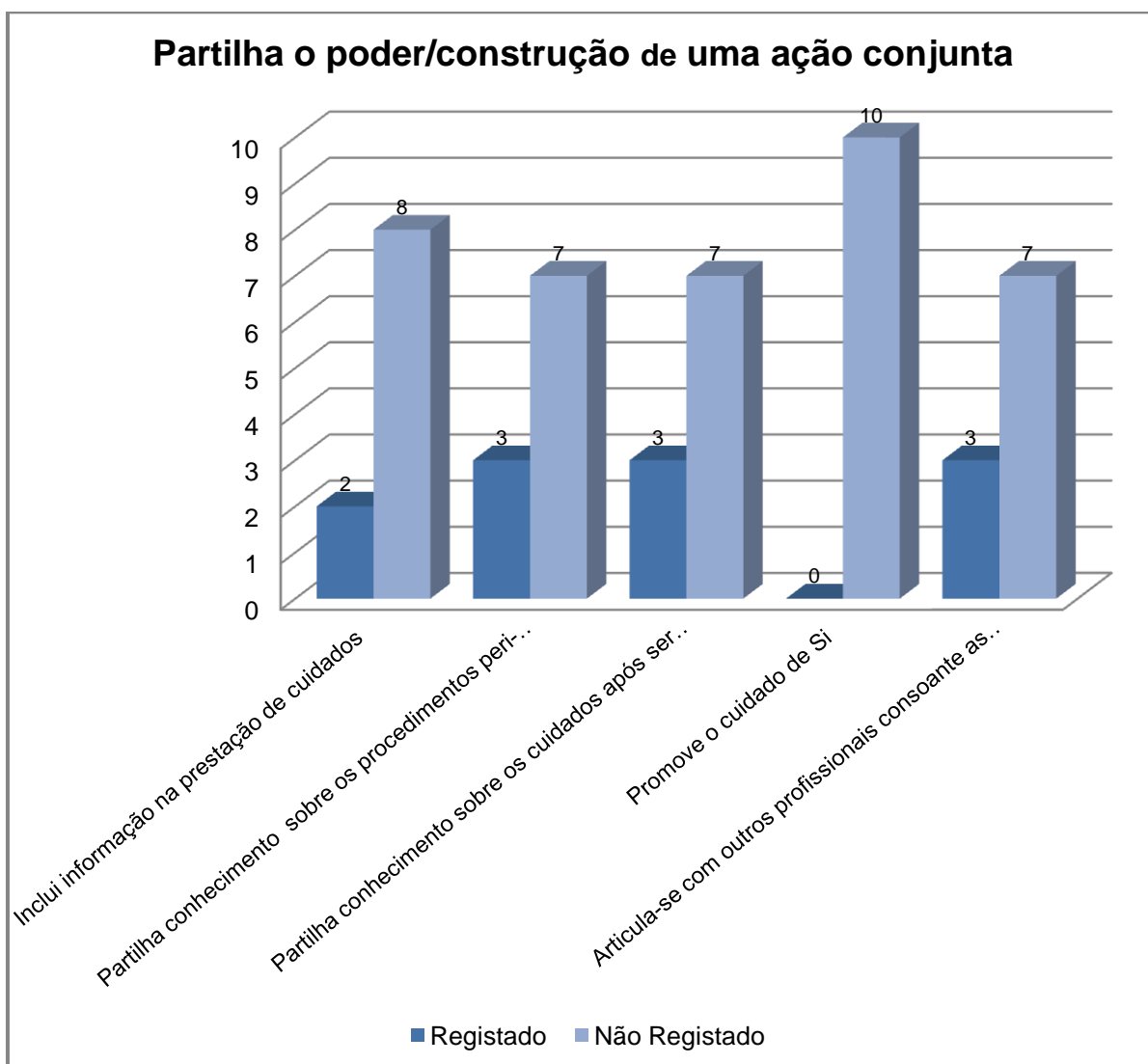


3ª Fase do Modelo de Parceria – Possibilitar/Capacitar (Gomes, 2009, 2013)

A terceira fase do Modelo de Parceria caracteriza-se pelo estabelecimento de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências do cliente para que este possa agir e decidir, possibilitando a prossecução do seu projeto de vida. Através do indicador **partilha o poder/construção de uma ação conjunta**, verificou-se que o

reduzido número de registos em relação à partilha de informação/conhecimento do enfermeiro com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar, bem como a articulação com outros profissionais, reflete a ausência de um planeamento de cuidados estruturado, de preparação para o regresso a casa. Constatou-se assim que são escassos os registos de partilha do poder, fator essencial para se desenvolver a parceria.

Gráfico 8 – Resultados relativos ao indicador “Partilha o poder/construção de uma ação conjunta” - fase de diagnóstico

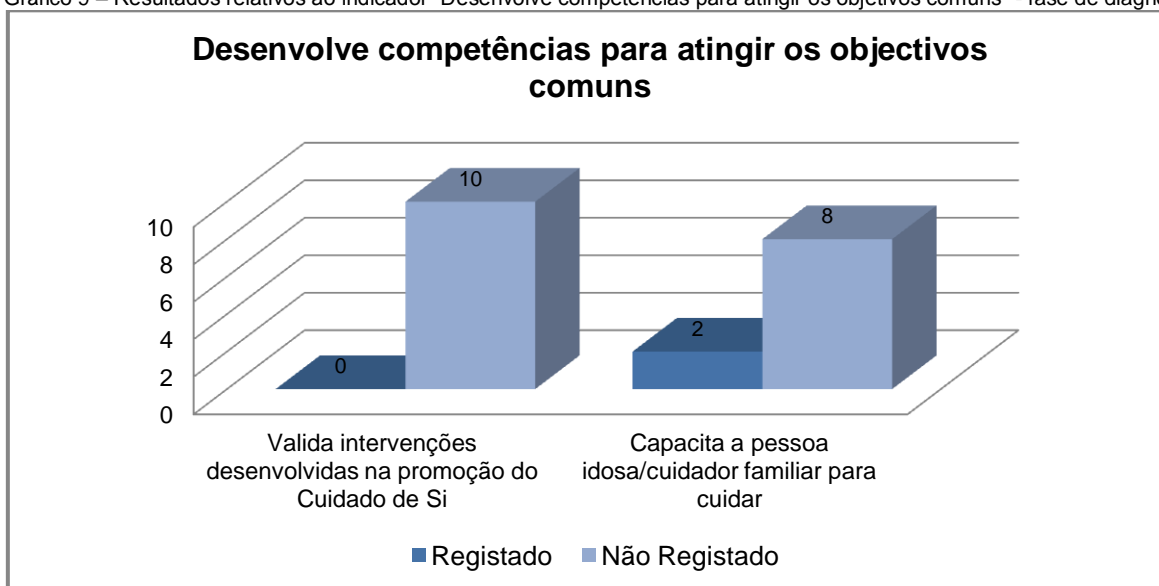


4ª Fase do Modelo de Parceria – Comprometer-se (Gomes, 2009, 2013)

A quarta fase do modelo de parceria traduz-se numa conjugação de esforços no sentido de se atingirem os objetivos definidos, com o intuito de haver uma transição

progressiva de uma capacidade potencial para uma real. No indicador **desenvolve competências para atingir os objetivos comuns**, de igual modo se verificou a inexistência de registos respeitante à validação das intervenções desenvolvidas com a pessoa idosa/cuidador familiar. Assim como se constatou na quase totalidade dos processos observados a escassez de registos acerca da capacitação da pessoa idosa/cuidador familiar para a gestão da sua nova condição de saúde. Estes incidiram nas intervenções educativas relativas aos cuidados ao estoma e substituição dos dispositivos. Mais uma vez se pode verificar que estes resultados derivaram da não existência de um planeamento organizado e individualizado das intervenções educativas no período peri-operatório, que garantissem a continuidade dos cuidados à pessoa idosa ostomizada, no seu regresso a casa.

Gráfico 9 – Resultados relativos ao indicador “Desenvolve competências para atingir os objetivos comuns” - fase de diagnóstico

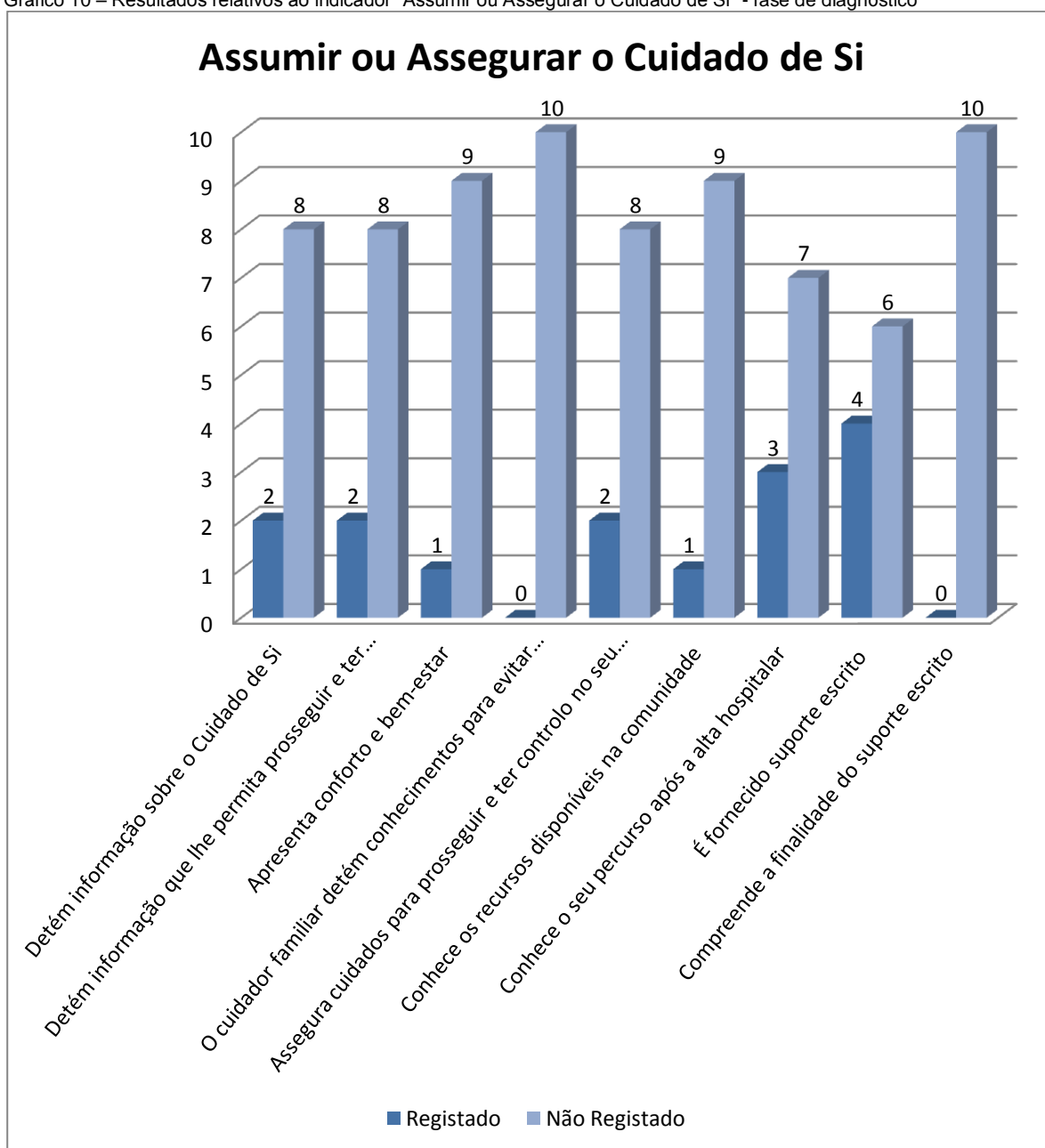


5ª Fase do Modelo de Parceria – Assumir o Controlo de Si/Assegurar o Cuidado do Outro (Gomes, 2009, 2013)

Em relação à quinta e última fase do modelo de parceria, esta caracteriza-se por uma partilha de poder, em que a pessoa assume o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, ou o enfermeiro garante que esta possa seguir a sua trajetória de vida ou que a família adquira capacidade para cuidar da mesma. Através do indicador **assumir ou assegurar o cuidado de Si** constatou-se a ausência de registos em relação aos conhecimentos do cuidador acerca das alternativas que lhe permitam

cuidar evitando situações de sobrecarga e à compreensão da finalidade do suporte escrito fornecido. Apenas numa minoria se constatou que o enfermeiro garantiu que a pessoa idosa/cuidador familiar detinha informação e assegurava cuidados que lhe permitiam tomar decisões relativas à gestão eficaz da sua ostomia e de prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde. O registo do fornecimento de suporte escrito e kit de material, bem como do conhecimento da pessoa idosa acerca do percurso após a alta hospitalar, encontrou-se registado em menor frequência, estando apenas descrito que foi entregue a documentação para a alta.

Gráfico 10 – Resultados relativos ao indicador “Assumir ou Assegurar o Cuidado de Si”- fase de diagnóstico



Reflexão Final

Terminada a análise dos registos de enfermagem relativamente ao modelo de parceria (Gomes, 2009, 2013), concluiu-se que a informação existente nos registos não permitia conhecer a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar em toda a sua multidimensionalidade. Dados importantes sobre a pessoa idosa foram ficando de fora, nomeadamente informação relativa à sua identidade, conhecimento do seu contexto de vida e de doença, os problemas que a afetam decorrentes do processo de envelhecimento, conhecimento dos seus hábitos e atividades de vida, e da sua rede de apoio. Também as ações/intervenções efetuadas pelos enfermeiros assim como o desenvolvimento de competências para atingir os objetivos comuns não surgiram registados. Facto que não permitiu o trabalho em parceria, uma vez que não conhecendo a pessoa idosa na sua globalidade e o seu potencial de desenvolvimento, não é possível delinear objetivos e estratégias em conjunto com a mesma. Consequentemente a ação não é comum, nem é negociada, o que revela a falta de envolvimento da pessoa idosa e seu cuidador familiar para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro. A estratégia a desenvolver implicou o conhecimento e envolvimento da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva como parceira nos cuidados, onde cada parte assumiu um papel decisivo para o sucesso do trabalho em parceria.

Os resultados da análise dos registos de enfermagem sugeriram, deste modo, a necessidade de um planeamento de cuidados estruturado, gradual e contínuo, de preparação para o regresso a casa, e o envolvimento da pessoa idosa/cuidador familiar como parceiros.

APÊNDICE V - Enunciado de Reflexão realizado aos enfermeiros, conteúdo das narrativas e sua análise

Enunciado de Reflexão realizado aos enfermeiros, conteúdo das narrativas e sua análise

A entrevista realizada aos enfermeiros do SCGHCL teve por objetivo conhecer aspectos das suas práticas relativas ao acolhimento e preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar. Direcionada para a partilha das vivências e experiências concretas e atuais dos enfermeiros, no seu ambiente de trabalho, obriga a relevar a sua subjetividade e impossibilidade de generalização, aplicando-se apenas a um local específico e à sua realidade concreta.

Recorreu-se a uma questão aberta por ser a estratégia mais usada para a colheita de dados e por permitir ao participante explicar a sua experiência sobre o fenómeno em estudo (Streubert e Carpenter, 2002).

Os enfermeiros participantes selecionados desempenham funções de chefes de equipa no referido serviço. São eles que detêm maior conhecimento e experiência profissional, sendo considerados peritos, de acordo com Benner (2001). No total foram realizadas seis entrevistas. Foi pedido aos enfermeiros que procedessem à descrição de uma situação baseada no seguinte enunciado:

Pense numa situação de prestação de cuidados a um cliente idoso submetido a ostomia digestiva, temporária ou definitiva. Descreva como realiza o seu acolhimento e o que efetua para preparar o seu regresso a casa, desde a admissão até à alta?

Corpo das Narrativas

Enfermeiro 1

Para começar é muito importante ter em conta que o cliente idoso submetido a ostomia digestiva confronta-se com múltiplos problemas relacionados com a necessidade temporária ou definitiva de ter que utilizar um dispositivo coletor de fezes. A dependência deste dispositivo confronta-o com a alteração de alguns

hábitos de vida, da imagem corporal, já para não falar do medo manifesto por poder cheirar mal e isso de certa forma comprometer a sua vida social e até familiar. Perante estas situações é muito importante conhecer cada cliente, na sua singularidade, com as suas crenças e valores, que determinarão diferentes reações à sua nova condição. O objetivo final será a sua recuperação física, a recuperação da sua autoestima e o retorno às atividades profissionais e sociais.

O acolhimento destes doentes assume-se como um momento crucial que fortalece a relação empática e terapêutica. Logo numa fase inicial, a perceção da situação pelo cliente ajuda-me a preparar um plano de informação adequada, que me permite em parte controlar a sua ansiedade e descodificar alguns medos. Por isso, procuro primeiramente perceber se o cliente sabe do seu diagnóstico e da cirurgia prevista, mas respeito as suas decisões de falar ou não no assunto. Da minha experiência, o que na maioria das vezes acontece é que apesar da minha preocupação em explicar ao cliente de forma simples e com uma linguagem acessível em que consiste a intervenção cirúrgica e que após a mesma a sua eliminação intestinal passará a efetuar-se de forma diferente com necessidade de usar um dispositivo que a maioria dos clientes identifica logo como o uso do “saco”, mesmo assim denota-se da sua parte alguma fuga ao assunto, pois naquele momento, geralmente a sua principal preocupação é o sucesso da cirurgia. Por isso, opto na maioria das vezes por concentrar o ensino sobretudo no pós-operatório, até porque nalguns casos não consta do plano operatório se ficará ou não ostomizado e nestes casos não abordo de todo este assunto.

Após a cirurgia, numa primeira abordagem, procuro explicar que no seu abdómen tem um dispositivo que coleta as fezes, e forneço o guia dos doentes ostomizados, onde constam todos os itens essenciais no cuidado à ostomia.

Perante a sua recetividade ao assunto, gradualmente introduzo os ensinamentos referentes à alimentação, aos cuidados ao estoma com demonstração dos materiais/dispositivos existentes, para que ele mesmo possa manipular.

Tenho sempre em conta as capacidades do cliente para promover o seu autocuidado. Há situações em que o cliente mesmo tendo capacidades para ser ele a cuidar do estoma, manifesta alguma recusa, e transporta todos os cuidados para algum familiar que lhe é mais próximo. Nestas situações agendo um momento em

que o cliente e o cuidador estejam presentes para se poder efetivar os respectivos ensinamentos. Na maioria dos casos, o envolvimento de um familiar mais próximo traz segurança ao cliente e pode mesmo ser determinante no processo de adaptação a esta nova realidade.

Numa primeira vez, sou eu que faço a substituição do dispositivo, e aproveito esse momento para esclarecer que o saco de ostomia constitui um sistema eficaz que protege a pele e armazena as fezes e os odores, e além disso saliento que normalmente são pouco notados debaixo das roupas. Logo que o trânsito intestinal esteja restabelecido faço o ensino acerca dos cuidados de higiene à ostomia, alimentação, diferentes tipos de dispositivos de ostomias, complicações mais frequentes das ostomias e cuidados à pele peri-estomal.

Nas situações seguintes, supervisiono o cliente numa atitude de apoio e disponibilidade e disponibilizo-lhe um Kit com todo o material necessário no cuidado à ostomia. Procuo que o cliente consiga remover o saco, medir o estoma, cortar a placa e proceder à sua correta substituição.

A partir do momento em que o cliente está apto a trocar o dispositivo procedo à preparação para a alta. É muito importante que o cliente tenha alta mas com confiança e alguma autonomia. É esperado que demonstre conhecimentos nomeadamente quanto à higiene da pele e do estoma, prevenção da lesão da pele e colocação do dispositivo. Sem dúvida que o ensino deve ser progressivo, tendo sempre presente o nível de aceitação e receptividade do cliente à sua “nova” imagem corporal, podendo o cliente estar, ou não, preparado para observar a sua ostomia. Mas, na verdade, raramente se consegue ver concluído este processo durante o internamento, e por isso é essencial que o cliente seja encaminhado para uma consulta de estomaterapia, que embora ainda não exista na nossa instituição hospitalar é um projeto ambicionado, para melhor cuidarmos.

Enfermeiro 2

Da experiência que tenho na admissão destes doentes verifico que alguns já têm conhecimento da cirurgia a realizar, já sabem o que é uma ostomia, mas esses são muito poucos. A maioria sabe que vai ser operado e vai ficar com um “saco” temporariamente ou definitivamente mas não tem bem a noção do que é. Por isso,

de acordo com o conhecimento do doente a admissão será feita de maneira diferente. Se o doente já tiver a confirmação do médico da cirurgia a realizar, inicio o ensino sobre ostomias no pré-operatório começando por recolher a informação que o doente já possui sobre o assunto. De seguida se o doente mostrar interesse entrego-lhe o guia do ostomizado e outras informações escritas sobre ostomias, esclareço dúvidas se o doente as referir, e entrego um exemplar de dispositivos de ostomia.

Se o doente desconhecer ou dizer que desconhece a sua situação, por vezes não é possível iniciar o ensino no pré-operatório, porque normalmente os doentes referem que depois de serem operados têm muito tempo para se preocuparem com o assunto. O que acontece geralmente nestes casos é que a alta fica condicionada pela não autonomia dos cuidados ao estoma.

Se for possível realizar o primeiro passo, a preparação para a alta está facilitada quer no que diz respeito ao conhecimento do material como à troca do primeiro dispositivo pelo doente. Procuro também incluir neste processo a pessoa de referência do doente para proporcionar uma alta com maior confiança e segurança para o doente.

Enfermeiro 3

Quando faço o acolhimento aos doentes procuro que seja feito de forma tranquila, tentando criar um ambiente de disponibilidade e atenção com o doente e família. Mas na realidade o que acontece é que o excesso e sobrecarga de trabalho com que nos vemos confrontados acabam por ser um obstáculo para a realização de um acolhimento de excelência ao doente e família.

Dentro do tempo e disponibilidade que tenho procuro então fazer uma colheita de dados o mais completa possível, contemplando as várias vertentes da pessoa: física, emocional, familiar, social e espiritual. Tenho sempre em atenção e pergunto ao doente o que sabe sobre a sua situação clínica, a cirurgia a que vai ser submetido, a possibilidade de ficar ostomizado e o que sabe sobre essa mesma condição. Para mim é também fundamental tentar perceber as potencialidades/capacidades do doente para no futuro cuidar autonomamente da

sua ostomia. Para além disso procuro também identificar a pessoa de referência ou o cuidador principal que no futuro possa ajudar o doente a cuidar da sua ostomia. Relativamente aos ensinamentos tento iniciar o mais precocemente possível e de acordo com o estado emocional do doente, respeitando o seu estágio de aceitação da doença e situação clínica. Penso que o ensino ao doente e família deveria ser monitorizado e realizado de forma mais uniforme por toda a equipa. Na maioria dos casos as altas destes doentes são precoces e nem os doentes e famílias têm um conhecimento, de saber e de saber-fazer, suficientemente sólido sobre os cuidados à ostomia, para poderem regressar a casa em segurança. Por isso penso que seria fundamental, por parte da instituição hospitalar, garantir o apoio e continuidade de cuidados após a alta, nomeadamente através da criação de uma consulta de estomaterapia.

Enfermeiro 4

A admissão do doente no serviço, para uma intervenção cirúrgica com estabelecimento de ostomia de eliminação, programada ou não, ocorre a menos de 24h da cirurgia, o que limita logo à partida a intervenção da equipa quanto ao início precoce do ensino. No meu capítulo de vista a consulta de enfermagem no pré-operatório, nas consultas externas, deveria aproveitar a ocasião para iniciar esta abordagem e por exemplo, efetuar a marcação prévia do local do estoma. Porque a maioria dos doentes é informado da possibilidade de vir a ficar ostomizado mas é no pós-operatório imediato que se vê confrontada com a realidade da confirmação. Mas depois o que acontece é que os curtos internamentos condicionam a eficácia do ensino, que muitas vezes é realizado sem que a pessoa ou família reúnam condições psicológicas para assimilar tanta informação.

Habitualmente para a realização dos ensinamentos utilizo alguns instrumentos de apoio, como guias e kits com amostras de materiais, oferecidos por laboratórios. Quando o doente tem alta forneço os contactos da Associação Portuguesa de Ostomizados ou da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Na minha opinião é impossível, durante o internamento, capacitar totalmente a pessoa e/ou família nos cuidados à ostomia pois precisam de tempo e apoio para se adaptarem à situação, para desenvolverem as habilidades necessárias à

restauração do auto-cuidado. O processo de adaptação a essa nova realidade é complexo e exige um cuidado diferenciado que promova a aquisição de conhecimentos e capacidades que permitam o auto-cuidado. Considerando a especificidade do cliente idoso, sujeito a comorbilidades, e as possíveis dificuldades funcionais e cognitivas pré-existentes, intensifica a necessidade de uma atenção privilegiada do enfermeiro. Nestes casos ainda é mais sentida a frustração da equipa, especialmente porque sabemos que não existe um acompanhamento pós-operatório adequado. Penso que o ensino à pessoa ostomizada ou familiar de referência é uma preocupação no nosso serviço, e por isso é que faz parte do plano de formação anual, por ter sido identificada como uma das necessidades de formação da equipa de enfermagem.

Enfermeiro 5

No acolhimento ao serviço tento, sempre que possível, apresenta-lo e mostrá-lo ao doente, para que se sinta o mais à vontade possível neste ambiente que lhe é novo e estranho. Quando faço a colheita de dados, procuro colher informação para preencher a folha de colheita de dados, e nessa altura despisto eventuais problemas familiares e/ou socioeconómicos que condicionam a necessidade de solicitar outro apoio para o doente, como por exemplo a assistente social. Para além disso tento perceber quem será o cuidador principal e que apoios tem ou poderá precisar.

Ainda durante o pré-operatório considero fundamental explicar ao doente o circuito peri-operatório, bem como todas as rotinas pré-operatórias, tentando ainda esclarecer eventuais dúvidas que o doente/família possam.

A marcação do local do estoma é um fator que considero fundamental, no entanto por razões que me são alheias não se realiza.

No período pré-operatório caso o doente já venha do domicílio com conhecimentos sobre a cirurgia que vai realizar, pode ser a altura certa para fazer uma primeira abordagem aos materiais que pode vir a usar. No entanto esta situação depende sempre da abertura e disponibilidade que o doente me demonstrar.

No pós-operatório a minha preocupação principal é a recuperação do doente no mais curto espaço de tempo, para tornar o internamento o menos traumático possível. Isto vai desde o despiste precoce de complicações, ao controlo da dor e

tornando o indivíduo o mais autónomo possível dentro das suas limitações. É altura para tentar perceber o manancial de emoções pelas quais o doente está a passar, pelo que tento ser o mais assertiva possível.

Assim que o estoma iniciar atividade e sempre que o doente esteja recetivo, vou incentivando o doente a olhar e a manusear o material, que forneço previamente. Tenho sempre o cuidado de explicar que o estoma se encontra edemaciado e o seu aspeto geral irá melhorar, ficando mais pequeno e rosado. Tento também fazer demonstrações de como colocar a placa e o saco, limpar o estoma, de forma a que o doente inicialmente o faça com ajuda, depois com supervisão e mais tarde de forma autónoma.

Retiro dúvidas quanto ao lazer, viagens, alimentação...., tudo o que de forma direta ou indiretamente fará parte da vida do indivíduo. Sempre que o doente o solicitar integro a família neste processo de recuperação/autonomia.

Enfermeiro 6

Sempre que um cliente idoso se depara com a necessidade de ficar ostomizado depara-se também com muitos problemas e angústias. O medo do futuro, a incerteza de ser ou não capaz, a possibilidade de ficar dependente de terceiros, a alteração da imagem corporal, enfim... Já sabemos que é impossível passar por uma experiência destas e não ficar diferente, mas o importante é unirmos esforços para que apesar de ficar diferente o cliente não fique pior.

Durante todo o internamento de um cliente ostomizado planeio as actividades com o objectivo de o tornar o mais autónomo e funcional possível para que possa voltar à sua vida com o mínimo de limitações e com a maior rapidez.

Primeiramente, no acolhimento procuro conhecer bem a pessoa e todas as suas vertentes: socioeconómica, profissional, familiar e social e até a sua vertente religiosa, porque todas essas informações podem levar a perceber como será a sua reacção à mudança e, desta forma poder antecipar cuidados diferenciados para cada cliente. Para conseguir obter informações tão específicas e detalhadas o momento do acolhimento é de extrema importância, é um momento privilegiado para conseguir estabelecer uma relação de ajuda com o cliente. É nesta fase que procuro conhecer o que o cliente sabe acerca da cirurgia a que vai ser submetido e se tem

ou não conhecimento de que vai ficar ostomizado. Sempre que demonstra interesse em falar sobre o assunto procuro introduzir com linguagem simples uma breve explicação sobre o que é uma ostomia.

Mas um dos maiores entraves para iniciar o ensino no momento do acolhimento é o desconhecimento por parte do cliente da sua situação, o que faz com que a maior parte da preparação para a alta se concentre no período pós-operatório. Ainda assim, é importante apurar se o cliente tem capacidades físicas, psicológicas, familiares e socioeconómicas para poder ser autónomo no cuidado. Sempre que as condições não são as ideias procuro envolver outros profissionais da equipa multidisciplinar tais como a assistente social, a psicóloga, etc.

No período pós-operatório, em primeiro lugar digo ao cliente que a partir daquele momento a sua eliminação intestinal se vai processar de forma diferente mas tento sempre dar-lhe a confiança de que o vamos ajudar, que ele vai conseguir e que vai poder voltar à sua vida normal. O que acontece é que muitos clientes quando se confrontam com esta situação têm uma reação de negação e nesses casos precisamos ter a sensibilidade de dar espaço e tempo para que ele possa processar e assimilar a transformação.

Numa segunda abordagem forneço ao cliente um guia do ostomizado que condensa todos os cuidados necessários com a ostomia. A partir daqui o ensino progride de acordo com a sua recetividade, se ele se mostra interessado vou introduzindo gradualmente os temas: a alimentação, os cuidados à pele peri-estomal, os cuidados ao estoma, os diferentes tipos de dispositivos, onde se podem adquirir. Também forneço um dispositivo de ostomia para que ele o possa manipular.

Outro momento importante para o ensino é quando se restabelece o trânsito intestinal, nesta altura forneço ao cliente um Kit que contém o material necessário para o cuidado à ostomia.

Numa primeira oportunidade eu troco para dispositivo de ostomia e isso serve como demonstração para o cliente. Depois, se demonstrar interesse, nas próximas oportunidades é o cliente que troca e despeja o dispositivo com a minha supervisão até se sentir seguro e confiante para o fazer sozinho. O objetivo desta etapa é que consiga remover o dispositivo, cortar o novo dispositivo, higienizar o estoma e adaptar o novo dispositivo. Durante esta fase procuro aprofundar temas tais como os

cuidados de higiene à ostomia e as complicações mais frequentes das ostomias, e procuro também assegurar-lhe a eficácia dos dispositivos.

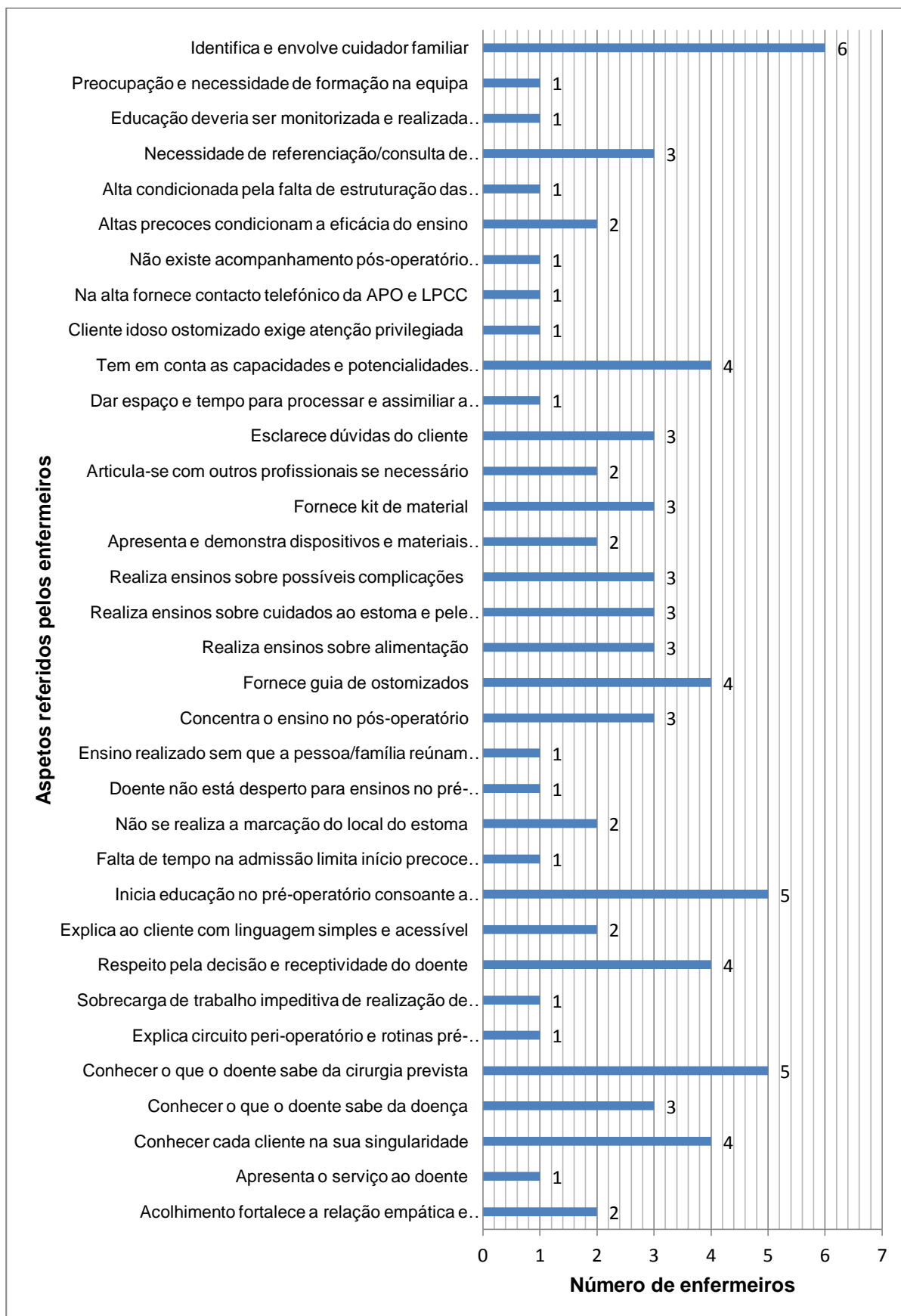
Sempre que o cliente não tem capacidades para cuidar da ostomia, ou algumas vezes por que recusa cuidar da ostomia todo o processo de ensino é praticado com um familiar ou cuidador de referência.

Quando o cliente é independente nos cuidados à ostomia é o momento de regressar a casa e à sua vida.

Para o sucesso do cliente neste processo, mais importante que as informações que nós fornecemos são o espaço e o tempo que lhe dedicamos que lhe permitem primeiro assimilar a transformação, depois aceitá-la e por fim viver com ela. O objectivo máximo de todo este trabalho é que o cliente regresse à sua vida normal o mais confiante e independente possível.

Apesar de todo o esforço este é um processo que no momento da alta ainda está longe de terminar e por isso todos os clientes ostomizados deveriam ser referenciados não só ao seu centro de saúde, mas também para um espaço onde pudessem continuar este processo em ambulatório, o que na realidade não acontece.

Gráfico 11 - Resultados da análise dos aspetos referidos pelos enfermeiros relativos às suas práticas



Análise das reflexões narrativas

Da análise das reflexões narrativas dos enfermeiros verificou-se a existência de algumas práticas frequentes. Todos os enfermeiros referiram identificar e procurar envolver o cuidador familiar nos cuidados.

Mais de 50% dos enfermeiros referiram procurar conhecer a pessoa idosa na sua singularidade, bem como saber que conhecimentos detém sobre a intervenção cirúrgica prevista, tentando iniciar as intervenções educativas no pré-operatório, mediante a receptividade e vontade da mesma. Mencionaram também ter em conta as capacidades e potencialidades da pessoa para cuidar de Si, bem como fornecer o guia de ostomizados.

Metade dos enfermeiros referiram procurar conhecer os conhecimentos da pessoa idosa acerca da sua doença. Referiram concentrar as intervenções educativas no pós-operatório, incidindo a educação sobre os cuidados ao estoma e pele peri-estomal, alimentação, possíveis complicações, fornecendo ainda um kit de material para realizar os cuidados. Mencionaram também a necessidade de referenciar a pessoa ostomizada para seguimento após a alta, salientando a inexistência de uma consulta de estomaterapia na instituição hospitalar.

Menos de 50% dos enfermeiros referiu apresentar e demonstrar a utilização de dispositivos e materiais existentes à pessoa ostomizada, e articular-se com outros profissionais a nível intra-hospitalar em caso de necessidade. Mencionaram também o facto de o momento do acolhimento fortalecer a relação empática e terapêutica, demonstrando disponibilidade com a pessoa/família.

Apenas um enfermeiro mencionou fornecer o contacto da Associação Portuguesa de Ostomizados (APO) e da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) no dia da alta.

Ressaltam algumas preocupações dos enfermeiros, nomeadamente: a sobrecarga de trabalho revela-se impeditiva da realização de um acolhimento de excelência; a falta de tempo na admissão limita o início precoce das intervenções educativas; a pessoa idosa ostomizada exige uma atenção privilegiada; muitas vezes não existe acompanhamento pós-operatório adequado; as altas precoces condicionam a eficácia das intervenções educativas ou muitas vezes as altas ficam

condicionadas pela falta de estruturação das intervenções terapêuticas; as intervenções educativas deveriam ser monitorizadas e realizadas uniformemente por toda a equipa; o facto de não se realizar a marcação do local do estoma no pré-operatório; as intervenções educativas são muitas vezes realizadas sem que a pessoa/família reúnam condições psicológicas; estas pessoas idosas deveriam ser referenciadas aos cuidados de saúde primários e a outras instituições de apoio.

Observa-se a preocupação e valorização da intervenção do enfermeiro para o planeamento do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva. No entanto, os dados revelam que as intervenções educativas não eram realizadas de forma uniforme pela equipa, nem monitorizadas. A continuidade dos cuidados após a alta não era assegurada, pois não existia prática de articulação com os recursos da comunidade. Da análise ressaltaram atividades sugestivas de intenção de uma relação de parceria, mas que não eram sistemáticas ou organizadas. Estes resultados sugeriram, deste modo, a necessidade de otimizar a preparação do regresso a casa, nomeadamente através de um planeamento de cuidados estruturado e organizado, bem como o envolvimento da pessoa idosa como parceira.

Referências Bibliográficas:

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Streubert, H.; Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ªed. Loures: Lusociência.

APÊNDICE VI – Revisão Sistemática da Literatura

Revisão Sistemática da Literatura

Foi efetuada uma revisão da literatura tendo por base o método de revisão sistemática da literatura, de modo a aceder à evidência científica sobre a temática em estudo. Definiu-se a seguinte questão norteadora: *Como mobilizar a parceria enquanto intervenção de enfermagem, com a pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar, na preparação do regresso a casa, no sentido de promover o Cuidado de Si?* Para a seleção dos artigos utilizou-se o método designado de PICO: P - participantes (e situação clínica); I - intervenção; C - contexto do estudo/comparação; O - resultados (Outcomes).

Procedeu-se a uma pesquisa de artigos científicos no motor de busca EBSCOhost web nas seguintes bases de dados: *MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register e Mediclatina.*

Como opção de pesquisa foi considerada a data de publicação compreendida entre Janeiro de 2004 e Março de 2013. Foram utilizados os seguintes descritores: elderly OR elder OR old people AND ostomy OR stoma AND family OR family caregiver OR relative AND nursing interventions OR nursing care AND partnership AND selfcare AND discharg* OR return* home.

Os critérios de inclusão foram tratar-se de pessoas idosas (com idade igual ou superior a 65 anos); serem estudos que abordem as intervenções de enfermagem à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar, o planeamento da alta ou o regresso a casa da pessoa idosa/cuidador familiar, ou a parceria enfermeiro-pessoa idosa/cuidador familiar; serem estudos que se encontrem publicados em Português, Espanhol e Inglês. Os critérios de exclusão foram tratar-se de artigos referentes apenas a pessoas com idade inferior a 65 anos submetidas a ostomia digestiva e tratar-se de estudos que não abordem nem as intervenções de enfermagem à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidador familiar, nem o planeamento da alta, nem o regresso a casa, nem a parceria enfermeiro-pessoa idosa/cuidador familiar; todos os artigos repetidos e não disponíveis em texto integral (*full text*) e que, não se encontrem em português, espanhol ou inglês.

Considerando os operadores booleanos referidos e as opções de pesquisa acima mencionadas foram identificados trezentos e trinta e cinco artigos nas

diferentes bases de dados, tendo sido selecionados 13 artigos. As opções de pesquisa utilizadas e os resultados da mesma podem ser visualizadas na tabela 1.

Tabela 1 – Resultados da pesquisa da revisão sistemática da literatura

DESCRITORES	RESULTADOS
Pesquisa 1 - elderly OR elder OR old people	15640
Pesquisa 2 - ostomy OR stoma	1903
Pesquisa 3 - family OR family caregiver OR relative	281322
Pesquisa 4 - nursing interventions OR nursing care	15418
Pesquisa 5 - partnership	6997
Pesquisa 6 - selfcare	45
Pesquisa 7 - discharg* OR return* home	37247
P1 e P2 e P3 e P4 e P5 e P6 e P7	<p>Total de artigos encontrados em <i>full text</i>: 335</p> <p>Total de artigos repetidos: 62</p> <p>Total de artigos rejeitados pelo título: 227</p> <p>Total de artigos rejeitados pelo resumo: 27</p> <p>Total de artigos rejeitados pela leitura integral:6</p> <p>Total de artigos incluídos: 13</p>

Foi criado um instrumento para análise dos artigos selecionados – Grelha de análise dos artigos - disponível na tabela 2.

Tabela 2 – Grelha de análise dos artigos

Título do estudo	
Autor, ano, publicação	
Objetivos do estudo	
Participantes	
Método de colheita de dados	
Nível de Evidência	
Resultados	

A análise da evidência dos artigos selecionados foi efetuada considerando Guyatt e Rennie (2002) segundo os seguintes níveis de evidência:

Nível I – revisões sistemáticas (meta análises/linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas);

Nível II – estudo experimental;

Nível III – estudos quasi-experimentais;

Nível IV – estudos não experimentais;

Nível V – relatório de avaliação de programa/ revisões de literatura;

Nível VI – opiniões de autoridades / painéis de consenso.

Após análise dos artigos, elaborou-se um resumo dos principais resultados, disponível na tabela 3.

Tabela 3 – Resumo dos artigos selecionados na revisão sistemática da literatura

Título do estudo	A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery.
Autor, ano, publicação	Andersson, Engström e Söderberg, 2010 <i>International Journal of Nursing Practice</i>
Nível de Evidência	IV
Resultados	Realizaram um estudo de abordagem qualitativa, com o objetivo de descrever a experiência de mulheres colostomizadas, após intervenção cirúrgica por neoplasia do reto. A colheita de dados foi efetuada através de entrevistas às 5 participantes, abordando as seguintes áreas: a vida após o diagnóstico de cancro, experiência decorrente da cirurgia, vivência com a colostomia, impacto nas rotinas de vida, relações sociais, trabalho, imagem corporal e sexualidade. Os resultados mostram que a alteração na função corporal implica, inevitavelmente, uma alteração no autocontrolo, com consequências na autoestima, na sexualidade, nos contactos sociais e na qualidade de vida em geral. Concluem que é necessário um cuidado de enfermagem específico ao longo de todo o processo, desde o diagnóstico até à reabilitação, que tenha em consideração as modificações que ocorrem na vida destas pessoas. Revelam

	imprescindível dotá-las de informação e conhecimentos acerca da doença e dos cuidados necessários com a ostomia, de forma a promover a gestão eficaz da ostomia e a sua adaptação à mesma.
Título do estudo	O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva.
Autor, ano, publicação	Silva e Shimizu, 2006 <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>
Nível de Evidência	IV
Resultados	<p>Realizaram um estudo de abordagem qualitativa com o objetivo de identificar e analisar as principais modificações que ocorrem na vida da pessoa submetida a ostomia digestiva e as principais estratégias desenvolvidas para lidar com a nova condição de saúde. Foram realizadas 10 entrevistas semiestruturadas a pessoas submetidas a ostomia digestiva definitiva, e da sua análise emergiram cinco temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>a experiência de deparar-se com os sinais e sintomas da doença e da necessidade de ficar ostomizado</u>, vivenciando sentimentos de desorganização emocional, como surpresa, medo, raiva e impotência, entre outros; - <u>a aprendizagem sobre o autocuidado, a aceitação e adaptação à vida com uma ostomia</u> requer tempo, e muitas vezes o impacto é negativo, sendo exteriorizado por sentimentos de desespero, medo, angústia, rejeição, baixa autoestima; - <u>o enfrentar as mudanças relativas à alimentação, vestuário e vivenciar a sexualidade</u>, que conduzem muitas vezes ao isolamento social; - <u>a busca da reinserção social, o desafio de enfrentar a morte e a procura de perspetivas futuras</u>; - <u>a busca da rede de apoio</u> (crenças religiosas e espirituais, família e grupos de apoio aos ostomizados) para ajudar a enfrentar as dificuldades. <p>Os resultados evidenciam as modificações que ocorrem na vida da pessoa e que exigem a mobilização de estratégias para enfrentar as dificuldades e necessidades. Para enfrentar e sobreviver à nova condição, a pessoa ostomizada pode desenvolver mecanismos de</p>

	<p>defesa, que vivencia de forma singular. Neste contexto é determinante o desenvolvimento do trabalho em equipa, uma vez que o processo de reabilitação destas pessoas é muito complexo e exige a participação de todos (médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, psicólogo, entre outros). Realçam a importância das intervenções educativas realizadas acerca dos cuidados à ostomia e utilização dos dispositivos, mas referem a necessidade de implementar intervenções de enfermagem sistematizadas, desde o diagnóstico da doença e definição da necessidade de intervenção cirúrgica, seguindo-se após a alta hospitalar; estimulando a responsabilidade na continuidade dos cuidados após a alta, o que irá contribuir para a aceitação e adaptação à nova condição de saúde e melhorar a qualidade de vida destas pessoas.</p>
Título do estudo	Vivência do Paciente Estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem.
Autor, ano, publicação	Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011 <i>Texto Contexto Enfermagem</i>
Nível de Evidência	IV
Resultados	<p>Desenvolveram um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer os significados atribuídos à vivência de pessoas ostomizadas, descrever os seus conhecimentos sobre o autocuidado e identificar a importância das intervenções de enfermagem para a adaptação à ostomia. Efetuaram 10 entrevistas semiestruturadas e da sua análise de conteúdo emergiram três temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>as mudanças que ocorreram na vida da pessoa</u>, decorrentes das dificuldades relacionadas com o retorno ao convívio social e familiar, às atividades de lazer, alteração da imagem corporal com impacto na sexualidade, mudanças de hábitos na alimentação e hidratação, manifestado pela presença de sentimentos de vergonha e insegurança; a pessoa ostomizada muitas vezes sente-se diferente perante a sua família e sociedade, resultando na dificuldade em aceitar a ostomia e no seu processo de adaptação à mesma; - <u>o conhecimento sobre o autocuidado</u> relativo aos cuidados de higiene do estoma e pele periestomal, proteção da pele e troca do

	<p>dispositivo de ostomia, é essencial para a prevenção de complicações e promoção do conforto e segurança, promovendo ainda a sua autonomia e independência;</p> <p>- <u>a orientação de enfermagem no processo de adaptação</u> deve ultrapassar a dimensão da transmissão de conhecimentos, procurando identificar as inquietações, dúvidas e necessidades individuais da pessoa ostomizada. É essencial o desenvolvimento de intervenções educativas individualizadas e permanentes iniciadas no pré-operatório, englobando os cuidados de higiene ao estoma e pele periestomal, alimentação, sexualidade, prevenção e deteção de complicações, aquisição dos dispositivos, atividades sociais, vestuário, e grupos de apoio.</p> <p>Concluíram que uma ostomia acarreta alterações significativas aos vários níveis da vida humana (fisiológico, psicológico, social e familiar) pela rejeição do estoma e pelo estigma causado por ele, pelo que a atuação dos profissionais de enfermagem, como educadores, é determinante no processo de reabilitação destas pessoas. O desenvolvimento de intervenções educativas individualizadas é fundamental para a promoção do autocuidado e consequentemente para a adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa ostomizada e seus familiares à nova condição de vida, o que contribui para a melhoria significativa da sua qualidade de vida. A participação ativa da pessoa ostomizada no processo de cuidar, mediante um trabalho em parceria com a equipa multiprofissional, possibilita a identificação das suas necessidades individuais, revelando-se essencial para o desenvolvimento das suas competências, e promoção da sua segurança e reabilitação.</p>
Título do estudo	The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study.
Autor, ano, publicação	Ma, Harvey, Stewart, Andrews e Hill, 2007 <i>ANZ Journal of Surgery</i>
Nível de Evidência	IV
Resultados	Realizaram um estudo prospetivo no qual participaram 49 pessoas ostomizadas com idades compreendidas entre os 23 e os 86 anos. O estudo teve como objetivo perceber qual a influência da idade na

	<p>qualidade de vida destas pessoas ostomizadas, bem como verificar a influência da idade na saúde física e mental das mesmas.</p> <p>Concluíram que a idade é um fator que influencia a qualidade de vida das pessoas ostomizadas, tanto ao nível da saúde física como mental. Enfatizam a importância do acompanhamento pré e pós-operatório destas pessoas idosas, no sentido de promover a adaptação das mesmas à nova condição de saúde e, por conseguinte promover a melhoria da sua qualidade de vida.</p>
Título do estudo	Teaching stoma-management skills: the importance of self-care.
Autor, ano, publicação	O'Connor, 2005 <i>British Journal of Nursing</i>
Nível de Evidência	VI
Resultados	<p>Aborda as intervenções de enfermagem no planeamento do regresso a casa da pessoa ostomizada, desde o período pré-operatório até à alta.</p> <p><u>Período pré-operatório:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - os ensinamentos ao doente e sua família, devem ser iniciados o mais precocemente possível, já que na fase pré-operatória podem estar mais recetivos e desejosos de informação relevante; <p><u>Período pós-operatório até à alta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - no pós-operatório é necessário ter em conta alguns fatores que podem interferir na motivação e habilidade para aprender, como o medo, a dor, o cansaço, náuseas, ansiedade, entre outros; - logo que o doente esteja disponível e capaz para aprender e realizar os cuidados, o plano de ensino deve ser iniciado; - devem ser estabelecidos objetivos de aprendizagem entre o enfermeiro e o doente tendo em conta as suas capacidades e disponibilidade para aprender; - o plano de ensino deve ser individualizado, planeado e estruturado de forma organizada, devendo incluir os cuidados ao estoma e à pele periestomal, utilização dos dispositivos, possíveis complicações, alimentação e hidratação; - é essencial disponibilizar tempo para escutar ativamente o doente, e ter em conta os seus sentimentos e valores, de forma a identificar as suas preocupações e dificuldades e, responder de forma

	<p>adequada às suas necessidades físicas e psicológicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - é essencial que o cuidador familiar seja envolvido nos cuidados e desenvolva competências para cuidar da ostomia e auxiliar o doente caso este necessite; - o doente/cuidador deve demonstrar as competências adquiridas através da realização, sob supervisão, do autocuidado; para que possa ter alta para o domicílio em segurança; - é importante fornecer informação escrita ao doente relativamente aos cuidados a ter; <p><u>Preparação para a alta hospitalar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aconselhar o doente acerca do vestuário, atividades lúdicas, viagens e atividade sexual; - a utilização de uma <i>check-list</i> com a informação/conhecimentos que o doente deve dominar sobre os cuidados, é muito importante para monitorizar as intervenções e assegurar a abordagem de todos os aspetos do plano de ensino; - a troca de informação entre o hospital e a comunidade é determinante para assegurar a continuidade dos cuidados após a alta, e para facilitar o sucesso da reabilitação e adaptação da pessoa à vida com a ostomia.
Título do estudo	Caring for the older ostomate.
Autor, ano, publicação	Williams, 2008 <i>Nursing & Residential Care</i>
Nível de Evidência	VI
Resultados	<p>Apresenta aspetos determinantes no cuidado de enfermagem à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o enfermeiro na sua prática de cuidados, deve ter em conta que o processo de envelhecimento pode ser acompanhado por alterações que podem potenciar dificuldades à pessoa idosa e ameaçar a efetividade dos cuidados à ostomia, comprometendo a autonomia, bem-estar e qualidade de vida do idoso e sua família; exemplos dessas alterações são a diminuição da acuidade visual e auditiva, diminuição da destreza manual, fadiga e perda de memória; - os idosos podem requerer mais tempo para a aquisição de competências para cuidar da ostomia;

	<ul style="list-style-type: none"> - as intervenções educativas ao idoso ostomizado constituem assim um verdadeiro desafio para a enfermagem, nomeadamente no que refere à comunicação, criatividade e inovação; - devem ser planeadas e efetuadas de forma organizada, e adequadas às necessidades específicas do idoso; - o enfermeiro deve ser proactivo na sua intervenção e disponibilizar tempo ao idoso e família; - o fornecimento de material escrito de apoio à educação é essencial para reforçar a informação sobre os aspetos práticos dos cuidados ao estoma; - o conhecimento das preocupações e necessidades do idoso ostomizado é essencial para promover a manutenção da sua autoestima e evitar o isolamento social; - o apoio familiar e a aceitação da ostomia, revela-se essencial para o sucesso da reabilitação do idoso e para o regresso à comunidade, ao contexto onde vive; - a referenciação/articulação com os cuidados de enfermagem na comunidade é essencial para assegurar a continuidade dos cuidados. <p>Conclui que os enfermeiros necessitam de adquirir conhecimentos e desenvolver competências específicas para serem capazes de informar e educar de forma adequada os idosos ostomizados.</p>
Título do estudo	The impact of stoma formation and enhanced recovery in the elderly.
Autor, ano, publicação	Lowther, 2012 <i>Gastrointestinal Nursing</i>
Nível de Evidência	VI
Resultados	Apresenta um programa de planeamento da alta da pessoa idosa ostomizada, baseado na existência de procedimentos pré-definidos, nomeadamente programas de educação para a saúde à pessoa idosa e família, iniciados no período pré-operatório e continuados na comunidade. O que permite ao idoso assumir um papel ativo no seu processo de reabilitação e adaptação à nova condição de saúde, promovendo o seu <i>empowerment</i> , e possibilita a continuidade dos cuidados ao longo do seu percurso de reabilitação. Para além dos ganhos em saúde, os ganhos económicos são evidentes ao nível da

	redução das complicações e diminuição do tempo de internamento.
Título do estudo	Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis.
Autor, ano, publicação	Thorpe, McArthur e Richardson, 2009 <i>Journal of Advanced Nursing</i>
Nível de Evidência	V
Resultados	<p>Realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de responder à seguinte questão: como foi explorada e interpretada a questão da alteração corporal após a formação de um estoma, em estudos qualitativos. Da pesquisa foram selecionados 11 estudos de abordagem qualitativa.</p> <p>Concluíram que a vivência com uma ostomia implica um sistema complexo de análise e reflexão pessoal, cujo significado é construído ao longo das experiências vividas, dia após dia, e que na sua prática de cuidados os enfermeiros devem ter em conta o facto de a pessoa ostomizada experimentar a perda da sua integridade física e uma fragmentação do seu “eu”, podendo conduzir ao desenvolvimento de reações de luto, de choque, de raiva ou de repulsa perante a sua situação. Face ao seu corpo transformado, quer na imagem, quer na função, pode desenvolver um sentimento de alienação.</p>
Título do estudo	Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships.
Autor, ano, publicação	Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007 <i>Journal of Advanced Nursing</i>
Nível de Evidência	IV
Resultados	<p>Desenvolveram um estudo quantitativo com o objetivo de perceber a relação existente entre a adaptação da pessoa à ostomia e a aceitação da ostomia e as relações sociais; e a relação entre a capacidade para o autocuidado e a aceitação da ostomia e as relações sociais. Participaram 51 pessoas colostomizadas. Os resultados mostram que a adaptação à ostomia é fortemente influenciada pelo desenvolvimento de competências de autocuidado, pelo restabelecimento das relações sociais e pela correta localização do estoma. É realçada a necessidade de os profissionais de enfermagem atenderem mais aos aspetos psicossociais na prestação de cuidados às pessoas ostomizadas.</p>

Título do estudo	Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention.
Autor, ano, publicação	Coleman et al, 2004 <i>Journal of American Geriatrics Society</i>
Nível de Evidência	III
Resultados	Realizaram um estudo quantitativo (desenho quasi-experimental) com 158 doentes e respetivos cuidadores familiares, o qual demonstrou que a implementação de intervenções por parte dos profissionais de saúde na promoção de um papel mais ativo dos doentes e seus cuidadores no regresso a casa está relacionado significativamente com a taxa de reinternamento hospitalar. Essas intervenções englobam a gestão do regime terapêutico, gestão da sua condição de saúde e reconhecimento de sinais e sintomas de complicações, e informação acerca de como estabelecer comunicação com a equipa de saúde quando necessário.
Título do estudo	Gaps in the discharge process for patients with an ostomy: an ethical perspective.
Autor, ano, publicação	Walker e Lachman, 2013 <i>Medsurg Nursing</i>
Nível de Evidência	VI
Resultados	Abordam as implicações decorrentes das lacunas no processo de preparação da transição do hospital para casa, de pessoas ostomizadas e seus cuidadores familiares, numa perspetiva ética. Referem que essas lacunas nos cuidados constituem uma violação dos princípios da autonomia, justiça e não-maleficência. Perante as alterações que uma ostomia acarreta na vida da pessoa surgem necessidades de adaptação psicológicas, sociais, físicas, mentais e espirituais. O que requer destas pessoas a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades e habilidades para o autocuidado, num processo contínuo e gradual, que garanta a continuidade dos cuidados no regresso a casa e a sua reabilitação. Para a melhoria das práticas de cuidados na preparação da alta das pessoas ostomizadas, recomendam o desenvolvimento de intervenções educativas centradas na pessoa, tendo em conta os seus valores, cultura, a sua motivação e as suas necessidades individuais. Devem englobar os cuidados à ostomia, manuseamento dos dispositivos,

	atividades de vida diárias, alimentação, dieta, conselhos sobre a sexualidade e follow-up, possibilitando o envolvimento do cuidador familiar. Estas intervenções devem ser iniciadas no pré-operatório e continuadas após alta, em contexto domiciliário, por profissionais de enfermagem especializadas na área, de forma a garantir a qualidade dos cuidados e o sucesso da adaptação nesta transição, bem como evitar complicações e readmissões hospitalares.
Título do estudo	The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: a literature review and research recommendation.
Autor, ano, publicação	Turner, Fleming, Ownsworth e Corwell, 2008 <i>Disability and Rehabilitation</i>
Nível de Evidência	V
Resultados	Realizaram uma revisão da literatura onde foram incluídos 50 artigos de abordagem qualitativa e quantitativa, tendo como tema central a transição do hospital para o domicílio de doentes dependentes com lesão cerebral e seus cuidadores familiares. Os resultados da pesquisa revelaram como a transição do hospital para o domicílio é um processo difícil para estes, e que no período após o regresso a casa torna-se essencial o suporte por parte dos serviços de saúde, através da implementação de estratégias tendo em conta as necessidades específicas dos doentes dependentes e seus cuidadores. Estas estratégias devem ser implementadas no sentido de ir ao encontro das necessidades dos doentes e seus cuidadores durante este processo de transição.
Título do estudo	Pre-admission education in surgical rheumatology: towards greater patient empowerment.
Autor, ano, publicação	Johansson, Katajisto e Salanterä, 2010 <i>Journal of Clinical Nursing</i>
Nível de Evidência	IV
Resultados	Desenvolveram um estudo com dois grupos de pessoas com artrite reumatoide propostos para artroplastia da anca, com o objetivo de comparar o conhecimento de ambos sobre os seus cuidados. Concluíram que a abordagem telefónica e a utilização de material de apoio escrito à educação constituem ferramentas de suporte para o conhecimento da pessoa sobre os seus cuidados.

Após a análise dos artigos selecionados, verificou-se que estes apontam intervenções que devem ser implementadas no planeamento do regresso a casa de pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva e seus cuidadores familiares, com o intuito de promover a adaptação e gestão eficaz da nova condição de saúde, o sucesso da reabilitação e a melhoria da qualidade de vida destas pessoas idosas. A apresentação das principais conclusões obtidas é apresentada na tabela 4.

Tabela 3 – Principais conclusões obtidas da revisão sistemática da literatura

Principais conclusões obtidas	Autores
Uma ostomia digestiva acarreta alterações significativas aos vários níveis da vida humana (fisiológico, psicológico, social e familiar) com consequências na qualidade de vida da pessoa idosa ostomizada/cuidador familiar.	Andersson, Engström e Söderberg, 2010; Silva e Shimizu, 2006; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; O`Connor, 2005; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007
A pessoa ostomizada experimenta a perda da sua integridade física e uma fragmentação do seu “eu”, podendo conduzir ao desenvolvimento de reações de luto, de choque, de raiva ou de repulsa perante a sua situação. Face ao seu corpo transformado, quer na imagem, quer na função, pode desenvolver um sentimento de alienação.	Thorpe, McArthur e Richardson, 2009
A alteração na função corporal implica, inevitavelmente, uma alteração no autocontrolo, com consequências na autoestima, na sexualidade, nos contactos sociais e na qualidade de vida em geral.	Andersson, Engström, Söderberg, 2010
Ao nível social a pessoa idosa ostomizada pode sentir-se diferente perante a sua família e a sociedade. Pode ter dificuldades nas suas relações sociais por sentimentos de vergonha e insegurança, e refugiar-se num isolamento social.	Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011
Para enfrentar e sobreviver à nova condição de saúde, a pessoa idosa ostomizada pode desenvolver mecanismos de defesa, que vivencia de forma singular.	Silva e Shimizu, 2006

<p>A idade é um fator que influencia a qualidade de vida das pessoas ostomizadas, tanto ao nível da saúde física como mental.</p>	<p>Ma, Harvey, Stewart, Andrews e Hill, 2007</p>
<p>As alterações decorrentes do envelhecimento podem potenciar dificuldades à pessoa idosa ostomizada e ameaçar a efetividade dos cuidados à ostomia, comprometendo a autonomia, bem-estar e qualidade de vida do idoso e cuidador familiar. Exemplo dessas alterações são a diminuição da acuidade visual e auditiva, diminuição da destreza manual, fadiga e perda de memória.</p>	<p>Williams, 2008 e Lowther, 2012</p>
<p>A participação ativa e o desenvolvimento de competências da pessoa idosa ostomizada e cuidador familiar, sobre a melhor forma de cuidar de si enquadrada nas suas atividades de vida diárias, e a melhoria da autoeficácia são determinantes na adaptação à sua nova condição de saúde.</p>	<p>O`Connor, 2005;; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007; Williams, 2008 e Lowther, 2012</p>
<p>A atuação dos profissionais de enfermagem, como educadores, é determinante no processo de reabilitação das pessoas idosas ostomizadas/cuidadores familiares.</p>	<p>Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011</p>
<p>A implementação de intervenções educativas no período peri-operatório, continuando após a alta hospitalar, interfere positivamente nos domínios físico, psicológico, económico, social e familiar da pessoa idosa ostomizada.</p>	<p>Andersson, Engström e Söderberg, 2010; Silva e Shimizu, 2006; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; O`Connor, 2005; Williams, 2008; Lowther, 2012; Simmons, Smith, Bobb e Liles, 2007; Walker e Lachman, 2013</p>
<p>O plano de educação deve ser individualizado, planeado e estruturado de forma organizada, de acordo com as necessidades, especificidades e potencialidades da pessoa idosa ostomizada.</p>	<p>O`Connor,2005; Williams, 2008; Walker e Lachman, 2013</p>
<p>As intervenções educativas ao idoso ostomizado constituem um verdadeiro desafio para a enfermagem, nomeadamente no que refere à comunicação, criatividade e inovação.</p>	<p>Williams, 2008</p>

<p>Os idosos podem requerer mais tempo para a aquisição de competências para cuidar da ostomia. É necessário atender às suas limitações físicas, sensoriais e cognitivas, crenças e valores, estado emocional, nível educacional e motivação, pois são fatores que determinam as suas capacidades de aprendizagem.</p>	<p>Williams, 2008</p>
<p>As estratégias de reabilitação devem focar diferentes aspetos que interferem na vida destas pessoas: cuidados de higiene ao estoma e pele periestomal, alimentação, medicação, sexualidade, prevenção e deteção de complicações, manuseamento e aquisição de dispositivos, atividades sociais, vestuário e grupos de apoio.</p>	<p>Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; Silva e Shimizu, 2006; O`Connor, 2005</p>
<p>É essencial assegurar uma adequada transição do hospital para a comunidade, pelo que o enfermeiro deve garantir a continuidade de cuidados, através da articulação com os cuidados de saúde primários, ou com outras instituições de referência e grupos de apoio.</p>	<p>O`Connor, 2005; Williams, 2008 e Lowther, 2012</p>
<p>Essas intervenções apresentam diversas vantagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previnem complicações e diminuem a probabilidade de readmissão hospitalar 	<p>Coleman <i>et al.</i>, 2004; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011; Lowther, 2012; Walker e Lachman, 2013</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitam a transição do idoso do hospital para a comunidade 	<p>O`Connor, 2005; Williams, 2008 e Lowther, 2012; Turner, Fleming, Ownsworth e Corwell, 2008</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Promovem o <i>empowerment</i> do idoso 	<p>Lowther, 2012</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Estimulam a responsabilidade na continuidade dos cuidados após a alta 	<p>Silva e Shimizu, 2006</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Promovem o conforto e segurança, autonomia e independência da pessoa idosa /cuidador familiar 	<p>Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Contribuem para a aceitação e adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa à nova condição de saúde e 	<p>Silva e Shimizu, 2006; Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011</p>

para a melhoria significativa da sua qualidade de vida	
A participação ativa da pessoa ostomizada no processo de cuidar, mediante um trabalho em parceria com a equipa multiprofissional, possibilita a identificação das suas necessidades individuais, revelando-se essencial para o desenvolvimento das competências necessárias.	Nascimento, Trindade, Luz e Santiago, 2011
A abordagem telefónica aumenta a possibilidade de a pessoa idosa/cuidador familiar estarem melhor informados sobre o seu estado de saúde.	Johansson, Katajisto e Salanterä, 2010
Uma abordagem com material educacional escrito pode ajudar a aumentar e a consolidar o conhecimento da pessoa idosa/cuidador familiar sobre os seus cuidados.	O'Connor, 2005; Williams, 2008; Johansson, Katajisto e Salanterä, 2010

Referências Bibliográficas

- Andersson, G., Engström, A., Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 603-608. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2010.01887.x.
- Coleman, E., et al (2004 Novembro). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. *Journal of American Geriatrics Society*, 52 (11), 1817-1825. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52504.x.
- Guyatt G., et al (2002). *Users' Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*. American Medical Association. Chicago, EUA.
- Johansson, K., Katajisto, J., Salanterä, S. (2010). Pre-admission education in surgical rheumatology: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 2980-2988. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03347.x.
- Lowther, C. (2012 Outubro). The impact of stoma formation and enhanced recovery in the elderly. *Gastrointestinal Nursing*, 10(8), 34-39. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=309c8254-910a-46e1-beeb-1314bd3f211e%40sessionmgr111&vid=6&hid=122>.

- Ma, N., Harvey, J., Stewart, J., Andrews, L., Hill, A. (2007). The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study. *ANZ Journal of Surgery*, 77, 883-885. DOI:10.1111/j.1445-2197.2007.04265.x.
- Nascimento, C., Trindade, G., Luz, M., Santiago, R. (2011 Julho-Setembro). Vivência do Paciente Estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 20 (3), 557-564. Acedido em 15-04-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf>.
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*. 14 (6). 320-324.
- Silva, A., Shimizu, H. (2006 Julho-Agosto). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (4), 483-490. Acedido em: 17-03-2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a03.pdf>.
- 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. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x.
- Thorpe, G., McArthur, M., Richardson, B. (2009). Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1778-1789. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05059.x.
- Turner, B., Fleming, J., Ownsworth, T., Cornwell, P. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: a literature review and research recommendation. *Disability and Rehabilitation*. 30(16).1153-1176. DOI: 10.1080/09638280701532854.
- Walker, C., Lachman, V. (2013 Janeiro-Fevereiro). Gaps in the discharge process for patients with an ostomy: an ethical perspective. *Medsurg Nursing*, 22 (1), 61-64. Acedido em 23-03-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&sid=309c8254-910a-46e1-beeb-1314bd3f211e%40sessionmgr111&hid=118>.
- Williams, J. (2008 Fevereiro). Caring of the older ostomate. *Nursing & Residential Care*. 10 (2), 64-67. Acedido em 23-03-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=309c8254-910a-46e1-beeb-1314bd3f211e%40sessionmgr111&hid=118>.

APÊNDICE VII – Plano da Sessão de Formação

Plano da Sessão de Formação

TEMA: Regresso a casa da Pessoa Idosa submetida a ostomia digestiva e seu Cuidador Familiar: A Parceria como intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si.

FINALIDADE: Pretende-se com a sessão de formação a apresentação do Projeto de Estágio à Equipa de Enfermagem do SCGHCL.

POPULAÇÃO-ALVO: A sessão é destinada a todos os enfermeiros do serviço.

LOCAL: Sala de sessões de formação do serviço.

DATA: 28-10-2013

HORA: 14:00h

DURAÇÃO PREVISTA:60 minutos

FORMADORA: Teresa Tomás

OBJETIVOS GERAIS:

- Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio;
- Refletir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem para otimizar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Apresentar os resultados obtidos da análise dos registos de enfermagem e das reflexões narrativas dos enfermeiros, no âmbito da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar;
- Refletir em conjunto sobre o que a equipa já faz bem na fase do Revelar-se e Envolver-se, e o que ainda não faz relativamente ao que precisa de conhecer da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva para a preparação do seu regresso a casa.

<u>Objetivos</u>	<u>Conteúdos</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Recursos</u>	<u>Duração</u>
Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de conceitos. • Contextualização da problemática em estudo. 	✓ Método expositivo	Datashow e Computador	20 min.
Apresentar os resultados obtidos da análise dos registos de enfermagem e das reflexões narrativas dos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das práticas dos enfermeiros relativas ao acolhimento e preparação do regresso a casa do cliente idoso submetido a ostomia digestiva. 	✓ Método expositivo	Datashow e Computador	10 min.
Refletir em conjunto sobre o que a equipa já faz bem na fase do Revelar-se e Envolver-se, e o que ainda não faz relativamente ao que precisa de conhecer da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva para a preparação do seu regresso a casa	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão sobre a importância de conhecer a pessoa idosa na sua globalidade para poder trabalhar em parceria com a mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo ✓ Método Interrogativo (Discussão de grupo) 	Datashow e Computador	10 min.
Refletir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem para otimizar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento de estratégias de mudança e metas a atingir para otimizar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo ✓ Método Interrogativo (Discussão de grupo) 	Datashow e Computador	20 min

APÊNDICE VIII – Relatório da Sessão de Formação

Relatório da Sessão de Formação

Realizou-se uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem, intitulada *“Regresso a casa da Pessoa Idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si”*. Decorreu no dia 28 de Outubro de 2013, na sala de sessões de formação do serviço, das 14h às 15h.

Teve como objetivos gerais:

- 1) apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio;
- 2) refletir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem para otimizar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar.

Teve como objetivos específicos:

- 1) apresentar os resultados obtidos da análise dos registos de enfermagem e das reflexões narrativas dos enfermeiros, no âmbito da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar;
- 2) refletir em conjunto sobre o que a equipa já faz bem na fase do Revelar-se e Envolver-se, e o que ainda não faz relativamente ao que precisa de conhecer da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva para a preparação do seu regresso a casa.

Estiveram presentes 9 enfermeiros dos 17 que constituíam a equipa de enfermagem, entre os quais duas enfermeiras especialistas em EMC e uma enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação. Dois enfermeiros não puderam estar presentes pois encontravam-se de baixa médica. Aos restantes elementos realizaram-se apresentações informais, após as passagens de ocorrências, para que toda a equipa fosse envolvida no projeto.

A realização da sessão representou um passo determinante para a implementação do projeto, tendo constituído um momento de esclarecimento de dúvidas em relação aos objetivos do mesmo, de reflexão e formação conjunta, que veio determinar a consciencialização da equipa de enfermagem para a importância da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva/cuidados familiar. A equipa tomou consciência da elaboração de registos

incompletos relativamente a estas situações. Assumiu o compromisso de melhorar a colheita de dados, com base nos indicadores de parceria pré-definidos (para a fase do Revelar-se e Envolver-se), e de registar informação completa e mais individualizada, englobando todas as informações relevantes para conhecer cada pessoa idosa na sua globalidade, sendo este um aspeto essencial para a transição dos cuidados do hospital para casa. Essa informação referia-se à identidade da pessoa idosa, contexto de vida e de doença, problemas decorrentes do envelhecimento e hábitos/atividades de vida. Acordou-se colher e registar essa informação na folha de colheita de dados por permitir a identificação de necessidades e a continuidade de cuidados.

Para facilitar e relembrar a equipa dos indicadores de avaliação, acordou-se a fixação destes na sala de enfermagem onde habitualmente se efetuavam os registos, assim como o documento orientador para a sistematização da informação acerca da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva.

A equipa ficou ainda mais desperta para a importância do registo das intervenções e dos resultados obtidos, para a continuidade dos cuidados, assim como, a participação e a capacitação do cuidador familiar para cuidar da pessoa idosa ostomizada.

Os enfermeiros concordaram e comprometeram-se a uniformizar os cuidados. Apesar de ter intenção de criar um novo documento de monitorização dos cuidados e das intervenções educativas, a equipa de enfermagem também sugeriu essa atividade. Após reflexão e discussão conjunta acerca dos cuidados e das intervenções educativas importantes a realizar desde a admissão até à alta, demonstrei a minha disponibilidade para colaborar com a equipa nesse sentido. Foi então construído um documento de monitorização tendo em conta o Modelo de Parceria, tendo sido fornecido um exemplar a cada elemento da equipa para que no período de uma semana realizassem sugestões/alterações. Ficou acordado introduzi-lo no processo clínico, na secção de enfermagem, no dia da admissão da pessoa idosa proposta para ser submetida a ostomia digestiva, pelo enfermeiro responsável pela mesma.

Apesar de estar disponível no serviço o guia informativo de ostomizados (facultado pelos laboratórios) para fornecer à pessoa submetida a ostomia digestiva, a equipa sugeriu a criação de um folheto informativo de apoio à educação, que acrescentasse informação que não estava incluída no guia. Acordou-se a elaboração de um folheto que incluísse de forma sucinta os cuidados a ter com a ostomia, algumas complicações que podem surgir, recomendações importantes, e contactos de forma a saber a quem recorrer em caso de dúvida.

Para garantir a continuidade de cuidados após o regresso a casa da pessoa idosa, a equipa acordou elaborar registos na carta de alta de enfermagem com informação completa e pertinente, bem como contactar o centro de saúde da área de residência da pessoa idosa no dia da alta. Mostrei-me disponível para organizar uma lista de contactos telefónicos e e-mails dos centros de saúde da área de abrangência do Centro Hospitalar, e introduzi-la no dossier dos contactos telefónicos dos vários serviços do hospital, existente no serviço. Sugestão que foi do agrado da equipa.

Transmitiu-se à equipa a elaboração do dossier de estágio e seu conteúdo:

- Diapositivos da sessão de formação realizada;
- Documento orientador de sistematização da informação sobre a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva;
- Documento de monitorização das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar;
- Artigos pertinentes.

O Modelo de Parceria utilizado para a consecução deste trabalho não era conhecido pela equipa, que ficou desperta para a compreensão do conceito de parceria e consciencializou-se da sua importância no processo de uma intervenção de enfermagem promotora do Cuidado de Si/Assegurar o Cuidado do Outro.

APÊNDICE IX – Avaliação da Sessão de Formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

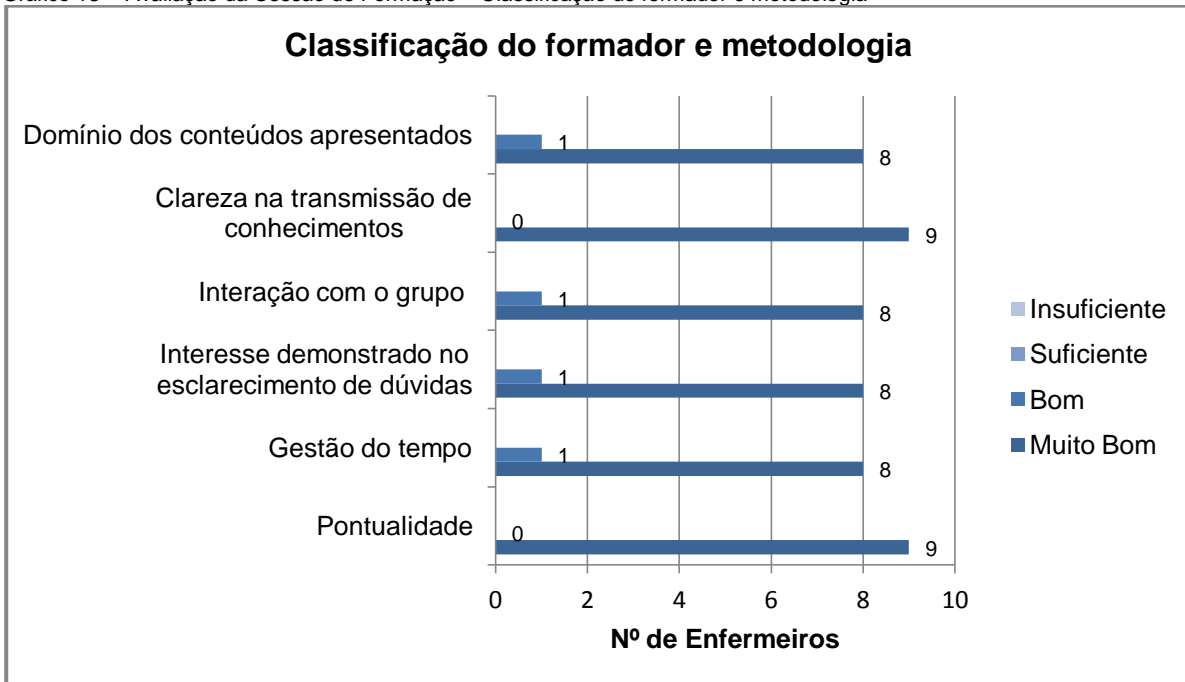
APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA	CONCORDA	CONCORDA TOTALMENTE
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Os objetivos da formação foram atingidos				
Para a sua atividade profissional e formação foi útil				
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos				
A teoria foi relacionada com a prática				
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida				
A duração da formação foi adequada				
O horário da formação foi adequado				
CLASSIFICAÇÃO DO FORMADOR E METODOLOGIA	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOM	MUITO BOM
Domínio dos conteúdos apresentados				
Clareza na transmissão de conhecimentos				
Interação com o grupo				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				
Gestão do tempo				
Pontualidade				

O que vai mudar futuramente na sua prática profissional tendo em conta esta formação?

Gráfico 12 - "Avaliação da Sessão de Formação – Apreciação Global"



Gráfico 13 - "Avaliação da Sessão de Formação – Classificação do formador e metodologia"



Respostas dos enfermeiros à questão: o que vai mudar futuramente na sua prática profissional tendo em conta esta formação?

- 1. Vou estar mais atento às necessidades individuais dos idosos ostomizados e seus cuidadores, para promover a sua autonomia e independência nos cuidados necessários após a alta.*
- 2. Vou procurar conhecer o doente idoso na sua globalidade, e ter em conta os seus conhecimentos, as suas aptidões e limitações que podem condicionar a forma de cuidar e educar, e a sua participação nos cuidados.*
- 3. Espero conseguir melhorar os cuidados à pessoa idosa ostomizada e seu cuidador. Vou passar a ter maior atenção às suas necessidades individuais durante o acolhimento e ao longo do internamento, para poder cuidar em parceria e otimizar o regresso a casa destas pessoas idosas.*
- 4. Vou ter mais atenção ao acolhimento do doente idoso, de forma a conseguir obter o máximo de informações sobre ele e fazer registos mais completos das intervenções e das estratégias desenvolvidas em conjunto com o mesmo.*
- 5. Vou dar mais atenção aos vários itens no acolhimento ao doente idoso, para ter maior conhecimento sobre o mesmo, fazer registos mais completos e envolver a família, para garantir a continuidade dos cuidados.*
- 6. Tentarei que a preparação do regresso a casa seja uma preocupação logo na admissão do idoso ostomizado, para facilitar todo o processo de educação e adaptação à nova condição de saúde.*
- 7. No acolhimento do idoso, vou passar a registar toda a informação que conseguir obter, e também as dificuldades e necessidades do idoso ostomizado ou do seu cuidador para os cuidados à ostomia e as estratégias definidas com o mesmo, ao longo do internamento.*
- 8. Vou melhorar a colheita de dados, melhorar os registos, tentando registar todos os cuidados prestados e todas as informações relevantes sobre cada cliente idoso. Prestar cuidados globais à pessoa idosa.*
- 9. Vou centrar-me nas necessidades individuais de cada idoso ostomizado para conseguir desenvolver um trabalho em parceria com o mesmo, e vou tentar fazer registos mais completos.*

**APÊNDICE X - Documento orientador para sistematização da informação
acerca da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a
ostomia digestiva**

Documento orientador para sistematização da informação acerca da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

Para conhecer a pessoa, identificar necessidades individuais e desenvolver estratégias para otimizar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa³ submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar, é essencial o preenchimento da **folha de colheita de dados de enfermagem** que deve contemplar alguns dados:

- ↘ **Identidade da Pessoa Idosa** (nome, nome preferido, idade, nacionalidade, raça, religião, estado civil, profissão/ocupação);
- ↘ **Contexto de Vida** (com quem habita, condições habitacionais, nome e contacto de cuidador familiar, necessidades do cuidador familiar, situação económica, ocupação dos tempos livres, rede de apoio – apoio domiciliário, centro de saúde);
- ↘ **Contexto de Doença** (diagnóstico de admissão, conhecimento da pessoa idosa acerca do diagnóstico e prognóstico, antecedentes pessoais e cirúrgicos, alergias, medicação habitual no domicílio e sua gestão, hábitos de vida e implicações da ostomia no projeto de vida da pessoa);
- ↘ **Problemas decorrentes do envelhecimento** (*alteração da alimentação – mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, prótese dentária -; alteração da eliminação, alteração do padrão do sono, alteração da mobilidade, alteração do estado sensorial – paladar, cheiro e visão*);
- ↘ **Hábitos/atividades de vida** (avaliação do nível de dependência nas atividades de vida diária; *alimentação*: número de refeições, preferências e restrições alimentares, ingestão hídrica, com quem faz as refeições).

³ Pessoa Idosa – Segundo a Organização Mundial de Saúde, pessoa com idade igual ou superior a 65 anos.

Para uma adequada **continuidade de cuidados**, os registos diários devem incluir:

- ↘ Tipo de ostomia (colostomia ou ileostomia, temporária ou definitiva);
 - ↘ Características do estoma (coloração; forma - redondo, oval, irregular-, tamanho (mm); presença de “travão”);
 - ↘ Características da pele periestomal (íntegra, macerada, ulcerada) e tipo de tratamento efetuado;
 - ↘ Características das fezes (consistência, coloração e quantidade);
 - ↘ Substituição do dispositivo (1 ou 2 peças, marca, nº da placa e saco do dispositivo aplicado);
 - ↘ Possíveis complicações do estoma (edema, hemorragia, necrose, evisceração, prolapso, deiscência, eventração, abscessos ou fleimões do estoma, estenose, retração, úlceras);
 - ↘ Possíveis complicações da pele periestomal (irritação, alergia, granulomas, foliculite, hérnia periestomal);
 - ↘ Tipo de dieta e quantidade de alimentos ingeridos;
 - ↘ Contactos/Articulação com outros profissionais (assistente social, nutricionista, psicóloga, equipa de gestão de altas...);
 - ↘ Envolvimento do cuidador familiar nos cuidados;
 - ↘ Recetividade da pessoa idosa/cuidador familiar às intervenções educativas;
 - ↘ Dificuldades/limitações sentidas pela pessoa idosa/cuidador familiar.
-
- ↘ O registo **de monitorização das intervenções educativas** deve ser iniciado no dia da admissão, e colocado no processo clínico do doente na secção de enfermagem, pelo enfermeiro. Este documento fica também disponível no dossier de estágio.
 - ↘ Na **carta de alta de enfermagem** devem ser incluídas as seguintes informações: tipo de ostomia; características do estoma e da pele periestomal; características das fezes; tamanho do estoma; dispositivo de ostomia em uso (1 ou 2 peças, marca, nº da placa e do saco); grau de dependência para os cuidados à ostomia e dificuldades da pessoa idosa/cuidador familiar para o Cuidado de Si.

**APÊNDICE XI – Registo de monitorização das Intervenções Educativas à
Pessoa Idosa submetida a ostomia digestiva**

**REGISTO DE MONITORIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EDUCATIVAS À PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A OSTOMIA DIGESTIVA**

Vinheta de identificação

Data de Internamento: ____/____/____

Diagnóstico: _____

Antecedentes pessoais: _____

Alergias: _____

Terapêutica do Domicílio: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____

Equipa Médica: _____

Cirurgia Realizada: _____

Data da Alta: ____/____/____

Identidade da Pessoa

Nome por que gosta de ser chamado(a) _____ Estado Civil: _____

Idade: ____ Profissão (se reformado o que fazia?): _____

Escolaridade: _____ Crenças religiosas: _____

Contexto de Vida

Vive com: _____

Cuidador Familiar (nome, idade, profissão, parentesco): _____

Contacto Cuidador Familiar: _____

Centro de saúde: _____ Médico de família: _____

Enfermeiro de Referência: _____ Tem apoio de enfermagem? _____

Tem outro tipo de apoio? _____

Rede social local: Transportes: __ Farmácia: __ Supermercado: __ Centro de Saúde: __ Hospital: __

Encontra-se Institucionalizado? Sim: __ Não: __ Onde? _____

Contacto da Instituição: _____

Como ocupa os tempos livres: _____

Conhecimento da Doença

O doente tem conhecimento sobre a sua doença e sobre a cirurgia a que vai ser submetido?

Sim

Não

O que sabe? _____

O que procurou saber? _____

Fornecido guia informativo de ostomizados? Sim Não

Se sim a quem: Ao doente?: _____ Ao cuidador familiar?: _____

Intervenções Educativas (Pós-operatório até à alta)

1º Dia de Intervenções Educativas

Avaliar conhecimentos do doente sobre a sua situação de doença e cuidados a ter com a ostomia. Que conhecimentos tem? _____

Apresentar diferentes tipos de dispositivos (1 peça, 2 peças, saco de despejo, saco fechado) e material associado.

Identificar o cuidador familiar, se aplicável.

Fornecer guia informativo de ostomizados, se não foi entregue no pré-operatório.

Observações: _____

Data: ____/____/____ Enfermeira(o): _____

2º Dia de Intervenções Educativas

- Fornecer Kit de material para os cuidados à ostomia.
- Indicar o material necessário para a mudança do dispositivo.
- Ensinar a manusear o dispositivo em frente ao espelho (se a condição clínica o permitir).
- Ajudar a remover o dispositivo.
- Efetuar higiene do estoma e pele peri-estomal.
- Avaliar tamanho do estoma.
- Recortar e aplicar o dispositivo.
- Avaliar dificuldades da pessoa idosa e/ou cuidador familiar para o Cuidado de Si.

Especifique quais?: _____

Estratégias definidas em Parceria para Capacitar ou Possibilitar o assumir ou assegurar o Cuidado de Si: _____

Data: ____/____/____ Enfermeira(o): _____

3º Dia de Intervenções Educativas

- Avaliar intervenções educativas anteriores.

Observações: _____

- Informar sobre possíveis complicações do estoma e pele periestomal.
- Informar sobre prevenção de complicações.
- Avaliar dificuldades da pessoa idosa e/ou cuidador familiar para o Cuidado de Si.

Quais?: _____

Estratégias definidas em Parceria para Capacitar ou Possibilitar o assumir ou assegurar o Cuidado de Si: _____

Data: ____/____/____ Enfermeira(o): _____

4º Dia de Intervenções Educativas

Avaliar intervenções educativas anteriores.

Observações: _____

Saber o que o doente já sabe e se necessário informar sobre alimentação, vestuário, atividades desportivas, sexualidade.

Saber o que o doente já sabe e se necessário informar sobre benefícios fiscais e comparticipação do material.

Saber o que o doente já sabe e se necessário informar sobre como e onde adquirir material de ostomia e acessórios.

É capaz de efetuar o Cuidado de Si? Sim Não

Quais as dificuldades da pessoa idosa e/ou cuidador familiar para o Cuidado de Si?: _____

Estratégias definidas em Parceria para Capacitar ou Possibilitar o assumir ou assegurar o Cuidado de Si: _____

Data: ____/____/____ Enfermeira(o): _____

Dia da Alta

Reforçar intervenções educativas/esclarecer dúvidas.

Fornecer carta de alta de enfermagem.

Fornecer folheto informativo "cuidados a ter com a sua ostomia".

Contactar Centro de saúde.

Observações: _____

Data: ____/____/____ Enfermeira(o): _____

**APÊNDICE XII – Material escrito de apoio à educação da Pessoa Idosa
submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar**

Algumas recomendações...

- Realize preferencialmente os cuidados à sua ostomia antes do pequeno-almoço, já que esta estará menos ativa;
- Utilize água morna e sabão neutro. Evite substâncias gordurosas (cremes) que possam irritar a pele e o estoma, assim como dificultar a fixação dos dispositivos;
- Avalie o tamanho do estoma com o medidor regularmente de forma a que o dispositivo não fique demasiado justo ou largo, para evitar lesões do estoma (justo demais) ou da pele (largo demais);
- Certifique-se que não ficam rugas ou bolhas de ar ao adaptar a placa;
- Use cinta própria se lhe for indicado para prevenir o aparecimento de hérnias;
- Utilize o adesivo próprio para o efeito para tapar o filtro do saco quando tomar banho;
- Leve uma bolsa com todo o material necessário para os cuidados sempre que sair de casa;
- Introduza um alimento novo de cada vez para saber qual o seu efeito no funcionamento do seu estoma;
- Beba no mínimo um litro e meio de água por dia para evitar a desidratação e a prisão de ventre.

Dispositivo que está a utilizar...

Marca: _____
Tipo: _____
Tamanho: _____
Contacto Laboratório: _____

A QUEM PODE RECORRER EM CASO DE DÚVIDAS:

Serviço: _____

Contacto: _____

Centro de Saúde: _____

Contacto: _____

Associação Portuguesa de XXXXXXXXX

Contacto: XXXXXXXXXXXX

E-mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Liga Portuguesa XXXXXXXXXXXXXXXX

Contactos: XXXXXXXXXXXXXXXX

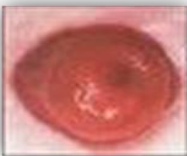
Este folheto foi elaborado pela Equipe de Enfermagem com a finalidade de promover a informação e qualidade assistencial aos utentes e seus familiares na continuidade dos cuidados.

Cuidados a ter com a sua Ostomia



A PELE...

A pele em redor do estoma está sujeita a diversas agressões, tais como as fezes e os próprios materiais que se adaptam à ostomia.



A vigilância regular da pele em redor do estoma é muito importante para despistar alterações tais como: vermelhidão, dor ou ardor, bolhas, feridas, ou qualquer outra alteração.

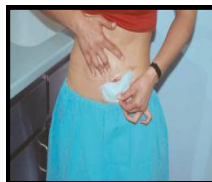
PASSOS PARA A APLICAÇÃO CORRETA DA PLACA E SACO...

1º Reúna todo o material necessário:

1. Esponja ou compressas
2. Saco de despejo para sujus
3. Dispositivo de ostomia (placa/saco ou peça única)
4. Tesoura
5. Medidor de estoma
6. Material de proteção da pele (pó/spray) se necessário.

2º Remova a placa e o saco antigo

- Coloque no saco de despejo para sujus.



3º Limpe o estoma e a pele em redor

- Remova os restos de cola da placa antiga (utilize spray descolante ou água morna);

- Se tiver pelos em redor do estoma deve cortá-los com uma tesoura de pontas curvas (não utilize lâminas de barbear ou creme depilatório);



-Seque bem a pele e o estoma sem esfregar. Se for necessário (caso apresente vermelhidão ou maceração) aplique spray protetor da pele, ou clara de ovo (deixe secar) ou pó próprio, que tem que espalhar.

4º Meça o estoma com o medidor próprio



5º Recorte a placa de acordo com a medida

- Coloque o medidor por cima da placa e desenhe na placa a forma do seu estoma;



- Recorte a placa de acordo com a medida do estoma;



- Alise a parte recortada com o dedo.

6º Aplique a placa/dispositivo...

- Sempre de baixo para cima, pressionando por alguns segundos.



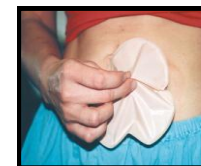
- Confirme se a placa/dispositivo está bem colado.

7º Adapte o saco à placa...

- Adapte o saco à placa de baixo para cima até ouvir um "click" no caso de ser de encaixe; se for de peça única tem que fazer ligeira pressão ao redor de toda a placa.



- Em seguida puxe ligeiramente o saco ao meio para verificar se está bem adaptado, e caso se solte volte a adaptar.



COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES



Hérnia



Granulomas



Maceração



Estoma Retraído



Prolapso

COMPLICAÇÕES menos FREQUENTES

- Hemorragia - Sangramento do estoma
- Necrose - Estoma de cor muito escura
- Edema - Estoma muito inchado
- Estenose - Estoma muito apertado
- Abscesso - Infecção do estoma

ATENÇÃO:

- Estas complicações carecem de uma observação urgente pela equipe de saúde que o acompanha.

- Se ocorrerem situações de diarreia ou se o estoma não funcionar durante alguns dias, deve também contactar a sua equipe de saúde.

**APÊNDICE XIII – Instrumentos mobilizados na Avaliação Multidimensional da
Pessoa Idosa**

Instrumentos de Avaliação Multidimensional da Pessoa idosa

A avaliação da pessoa idosa deve combinar a avaliação clínica com a multidimensional. A avaliação multidimensional permite determinar a vulnerabilidade/fragilidade da pessoa idosa sob o ponto de vista clínico, fisiológico, capacidade funcional, social e mental, com o objetivo de permitir coordenar e integrar um plano de intervenção individualizado de longo prazo e monitorizar a sua evolução (Botelho, 2000).

Tal como afirma Sequeira (2010, p.42) “a avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico, ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação”.

Identificar o mais precocemente possível as necessidades da pessoa idosa, para a reabilitar e capacitar conjuntamente com o seu cuidador familiar, também ele alvo dos cuidados e do suporte, possibilita ao enfermeiro um cuidado humanizado, centrado na pessoa. Para isso, é necessário conhecer a pessoa idosa na sua globalidade, isto é, atendendo à sua individualidade e particularidade. Construindo uma relação terapêutica assente numa relação de confiança mútua, no respeito pelas crenças e valores, na compreensão e partilha de conhecimentos (McCormack, 2003). O objetivo será integrá-los no processo de cuidados, para que desempenhem um papel ativo e de cooperação na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência. Daí a importância “de se desenvolver o *empowerment* nos idosos, olhando-os e vendo-os como parceiros de cuidados” (Gomes, 2007, p.106).

Para avaliar de forma global a pessoa idosa é fundamental a observação e a entrevista para a recolha de dados específicos, bem como a utilização de instrumentos de avaliação. O recurso a instrumentos de avaliação devidamente estudados e validados para a população portuguesa é imprescindível para o rigor diagnóstico (Sequeira, 2010).

Assim, a avaliação multidimensional da pessoa idosa contemplou a avaliação de diversas dimensões, consoante as necessidades identificadas, tendo sido mobilizadas as seguintes escalas, apresentadas posteriormente de forma sucinta:

- Estado mental, através do *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM);
- Atividades Instrumentais de vida diárias, através do *Índice de Lawton*;

- Atividades Básicas de vida diárias, através do *Índice de Barthel*;
- Estado nutricional, através da *Mini Nutritional Assessment*;
- Depressão geriátrica, através da *Escala de Depressão Geriátrica abreviada (GDS-15)*;
- Risco de queda, utilizando a *Escala de Morse*;
- Risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, recorrendo à *Escala de Braden*;
- Funcionamento familiar, através da escala de *Apgar Familiar*;
- Sobrecarga do Cuidador, através da *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*.

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) desenvolvido por Folstein *et al.* (1975) constitui-se uma medida de avaliação do funcionamento cognitivo. É utilizado na prática clínica como instrumento de referência em pessoas idosas. Pode ser utilizado para rastreio de perda cognitiva, mas não pode ser utilizado para diagnosticar uma demência (Sequeira, 2010).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) apresentado e utilizado, foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e seus colaboradores, em 1994 (Sequeira, 2010).

Este instrumento avalia oito de onze principais aspetos do estado cognitivo, omitindo a abstração, julgamento e expressão. Permite avaliar a orientação (temporal e espacial), retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Cada resposta correta é cotada com um ponto, em que o score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação do défice cognitivo em função do grau de escolaridade:

- Analfabetos: inferior ou igual a 15 pontos;
- 1 a 11 anos de escolaridade: inferior ou igual a 22 pontos;
- Escolaridade superior a 11 anos: inferior ou igual a 27 pontos.

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Lê o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Índice de Lawton

O Índice de Lawton, desenvolvido por Lawton e Brody em 1969, constitui um instrumento que permite avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Estas atividades possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. A versão apresentada será de acordo com Sequeira (2007, 2010).

O índice de Lawton compreende a avaliação de oito atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação.

Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, sendo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4, ou de 1 a 5, sendo a maior pontuação correspondente a um maior grau de dependência. Varia entre 8 e 30 capítulos, correspondentes a um determinado grau de dependência:

- 8 Pontos – Independente
- 9 a 20 Pontos – Moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda)
- >20 Pontos – Severamente dependente (necessita de muita ajuda)

Item	AIVD	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
Pontuação total		

Índice de Barthel

O *Índice de Barthel* foi desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965, é um instrumento utilizado para avaliar a capacidade funcional para a realização de Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD). Permite avaliar o nível de independência dos indivíduos para a realização de dez atividades básicas de vida, nomeadamente: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

No contexto clínico, o Índice de Barthel fornece informação importante, não só a partir da pontuação total, como também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, permitindo conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e adequar os cuidados às suas necessidades.

A versão apresentada do Índice de Barthel foi desenvolvida por Wade e Collin, em 1988, tendo sido traduzida e validada para a população portuguesa por Araújo e seus colaboradores (2007). A utilização deste instrumento foi devidamente autorizado pela autora.

A pontuação do score total da escala varia entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente):

- 0-8: Total Dependência
- 9-12: Dependência Grave
- 13-19: Dependência Moderada
- 20: Independência Total

Nome: _____

	DATA DE AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
ÍNDICE DE BARTHEL				
QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL: (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.				
QUANTO A TOMAR BANHO: (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.				
QUANTO A VESTIR-SE: (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.				
QUANTO A ALIMENTAR-SE: (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confecionada, consegue comer sózinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.				
QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO: (3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade; (2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física); (1) Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira; (0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.				
QUANTO A SUBIR E DESCER ESCADAS: (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.				
QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE: (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andariço, canadiana, ...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL: (2) Controla bem esta função; (1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes; (0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA: (2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos; (1) Perde urina acidentalmente; (0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.				
QUANTO A IR À CASA DE BANHO: (2) não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda); (1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; (0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.				
PONTUAÇÃO FINAL				
GRAU DE DEPENDÊNCIA				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO				

Total dependência (0-8) Dependência Grave (9-12) Dependência Moderada (13-19) Independência Total (20)

ARAÚJO, F., RIBEIRO, J. L., OLIVEIRA, A., PINTO, C. (2007). **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados**. Lisboa: revista Portuguesa de Saúde Pública.

Mini Nutricional Assessment (MNA®)

O *Mini Nutricional Assessment* é um instrumento que possibilita a avaliação nutricional da pessoa idosa hospitalizada, institucionalizada ou que habite no seu próprio domicílio. Constitui-se um instrumento simples, rápido e económico, em que as alterações podem ser monitorizadas ao longo do tempo, sendo a reavaliação preconizada para ser efetuada trimestralmente.

Contempla quatro componentes de avaliação: antropométrica, global, hábitos alimentares e autoavaliação da pessoa idosa. Caracteriza-se por ter uma avaliação prévia (“triagem”) em que, se a pontuação obtida for superior a 11, o preenchimento do questionário não necessita ser continuado, pois considera-se que a pessoa apresenta um estado nutricional normal. Este instrumento permite despistar precocemente sinais de desnutrição. A pontuação total varia entre 0 e 30 pontos, classificados em três possíveis estados nutricionais:

- De 24 a 30 pontos: Estado Nutricional Normal
- De 17 a 23,5 pontos: Sob Risco de Desnutrição
- Menos de 17 pontos: Desnutrição

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore Indicador de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?
 0 = diminuição severa da ingestão
 1 = diminuição moderada da ingestão
 2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses
 0 = superior a três quilos
 1 = não sabe informar
 2 = entre um e três quilos
 3 = sem perda de peso

C Mobilidade
 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
 2 = normal

D Passou por algum estresse psicológico ou doença agudanos últimos três meses?
 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos
 0 = demência ou depressão graves
 1 = demência leve
 2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m]²)
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal
 8-11 pontos: sob risco de desnutrição
 0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)?
 1 = sim 0 = não

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?
 0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?
 0 = sim 1 = não

J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição
 1 = duas refeições
 2 = três refeições

K O paciente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim não

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
 0.5 = duas respostas «sim»
 1.0 = três respostas «sim»

L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?

0.0 = menos de três copos
 0.5 = três a cinco copos
 1.0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho
 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O paciente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido
 1 = não sabe dizer
 2 = acredita não ter um problema nutricional

P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?

0.0 = pior
 0.5 = não sabe
 1.0 = igual
 2.0 = melhor

Q Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = PB < 21
 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
 1.0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31
 1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Escore da triagem

Escore total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos estado nutricional normal
 de 17 a 23,5 pontos sob risco de desnutrição
 menos de 17 pontos desnutrido

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 458-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Davis A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol* 2001; 56A: M398-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 468-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006, N87205 12/99 10M
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15)

A Escala de Depressão Geriátrica – *Geriatric Depression Scale* (GDS), foi desenvolvida por Yesavage e seus colaboradores (1983) com o objetivo de identificar sintomas de depressão em pessoas idosas. A versão original é constituída por 30 itens, com duas alternativas de resposta (Sim ou Não) consoante o modo como a pessoa idosa se tem sentido ultimamente, especialmente na semana em que é aplicada a escala. Também pode ser autoaplicada. Não deve ser utilizada em doentes com demência moderada ou grave, uma vez que estes doentes não têm capacidade para responderem adequadamente (Sequeira, 2010).

A escala utilizada e apresentada é a versão curta da original, constituída por 15 itens (GDS-15). Foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionam com o diagnóstico de depressão, tendo sido traduzida por Apóstolo (2011). É pontuada da seguinte forma:

- 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15
- 1 ponto para as respostas NÃO nas questões: 1,5,7,11,13

É cotada da seguinte forma:

Pontuação	Nível de Dependência
0 a 5	Ausência de Depressão
Superior a 5	Depressão

1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim	Não
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim	Não
3. Sente a sua vida vazia?	Sim	Não
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim	Não
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim	Não
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim	Não
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim	Não
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas	Sim	Não
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim	Não
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim	Não
12. Sente-se inútil?	Sim	Não
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim	Não
14. Sente que para si não há esperança?	Sim	Não
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor(a)?	Sim	Não

Pontuação:

1 ponto por cada resposta **SIM** nas perguntas: 2, 3, 4, 6,8,9,10,12,14 e 15

1 ponto por cada resposta **NÃO** nas perguntas: 1,5,7,11 e 13

Escala de Morse

A *escala de Morse* é um instrumento que permite avaliar o Risco de Queda. Contempla seis parâmetros: história de quedas nos últimos três meses, existência de diagnóstico secundário, necessidade de ajuda na mobilização, terapêutica endovenosa, características da marcha e estado mental.

A avaliação do risco de queda é realizada nas primeiras 24 horas de internamento. A reavaliação do risco é efetuada com uma periodicidade máxima de 7 em 7 dias ou sempre que a situação clínica do doente o justifique (por exemplo a ocorrência de uma queda) e no momento da alta.

A pontuação mínima é de 0 pontos e a máxima de 125 pontos. A soma dos vários parâmetros define o nível de risco de queda da pessoa, designadamente:

- 0 a 24 – Baixo Risco
- 25 a 50 – Médio Risco
- Superior ou igual a 51 – Elevado Risco

Parâmetros		Capítulos	Data Avaliação				
1. História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0					
	Sim	25					
2. Diagnóstico Secundário	Não	0					
	Sim	15					
3. Ajuda na mobilização	Nenhuma Acamado Repouso no leito	0					
	Bengala Andarilho Canadiana	15					
4. Terapêutica Endovenosa	Não	0					
	Sim	20					
5. Marcha	Normal Acamado Cadeira de Rodas	0					
	Lenta	10					
	Alterada Cambaleante	20					
6. Estado Mental	Orientado	0					
	Desorientado Confuso	15					
	Pontuação						
	Assinatura						

Escala de Braden

A *Escala de Braden* permite avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Foi elaborada por Bárbara Braden e Nancy Bergstrom (1987), tendo sido traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira, em 2001 (Ferreira *et al.*, 2007; Apóstolo, 2011).

Este instrumento contempla seis dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento. A pontuação total varia entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), sendo que quanto maior for a pontuação, menor é o risco e vice-versa (Ferreira *et al.*, 2007; Apóstolo, 2011).

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão varia de acordo com a seguinte cotação:

- Superior ou igual a 17 – Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
- Inferior ou igual a 16 – Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Está preconizado que a escala deve ser aplicada no momento da admissão do doente aos cuidados, em meio hospitalar ou em meio domiciliário. Em meio hospitalar é aconselhada a reavaliação a cada 24h em serviços de urgência e cuidados intensivos, e a cada 48h nos restantes serviços hospitalares. Em meio domiciliário é aconselhada a reavaliação mensal em doentes crónicos, e em casos de estado geral mais debilitado em cada situação de prestação de cuidados. Sempre que haja uma alteração do seu estado geral ou de um dos itens preconizados na escala, deve-se proceder a nova avaliação.

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

Apgar Familiar

A escala de *Apgar Familiar* mede o funcionamento da família através da satisfação expressa pelos seus membros. Devem ser comparados diferentes scores para se avaliar o estado funcional da família. APGAR é um acrónimo proveniente da língua inglesa, que tem o seguinte significado:

- **Adaptação (Adaptation)**: refere-se ao modo como os recursos são partilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida;
- **Participação (Partnership)**: diz respeito ao modo como as decisões são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas;
- **Crescimento (Growth)**: está relacionado com a forma como a promoção do crescimento é partilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento;
- **Afeição (Affection)**: refere-se a como as experiências emocionais são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar;
- **Resolução (Resolution)**: pretende identificar como o tempo é partilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros.

A escala apresentada é baseada em Smilkstein (1978). No seu preenchimento deverão ser atribuídos 2 pontos para "Quase sempre", 1 ponto para "Às vezes", e 0 pontos para "Raramente". Os pontos para cada uma das cinco questões são totalizados da seguinte forma:

- De 7 a 10 - sugere uma família **altamente funcional**;
- De 4 a 6 - sugere uma família **moderadamente disfuncional**;
- De 0 a 3 - sugere uma família **severamente disfuncional**.

QUESTIONÁRIO APGAR FAMILIAR

	Quase Sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo me está a incomodar.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.			
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos.			

Escala de Zarit (Sobrecarga do Cuidador)

A *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*, traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007), constitui um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva de cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, devido a doença crónica e principalmente devido a demência (Sequeira, 2007, 2010).

Compreende a avaliação de informações sobre: saúde, vida pessoal e social, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. É composta por 22 questões. Cada item é pontuado qualitativamente/quantitativamente, obtendo-se no final uma pontuação global que varia entre 22 e 110:

- Nunca = (1)
- Quase Nunca = (2)
- Às vezes = (3)
- Muitas vezes = (4)
- Quase Sempre = (5)

Sendo que uma maior pontuação corresponde a uma determinada perceção de sobrecarga:

- <46 – Sem sobrecarga
- 46-56 – Sobrecarga Ligeira
- >56 – Sobrecarga Intensa

	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Referências Bibliográficas:

- Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25 (2). 59-65.
- Botelho, M.S.B. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial.
- Circular Informativa N°: 35/DSQC/DSC de 12/12/2008. *Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden*. Direção Geral da Saúde.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Gomes, I.D (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso - da submissão à acção negociada. In I. D. Gomes. *Parceria e Cuidados de Enfermagem: Uma questão de Cidadania* (pp. 67-113). Coimbra: Formasau.
- Lawton M.P. e Brody (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9. 179-186.
- Loureiro, M. (2008). *Validação do Mini Nutritional Assessment em idosos*. Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado. Coimbra.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209.
- Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: establishing a fall intervention program*. (2ª ed.).Springer Publishing Company.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*. 39 (6). 918-923.
- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto. Tese de Doutoramento.Porto.

- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. 12 (2). 9-16.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. 165-173. NY: The Haworth Press.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*. 6(6). 1231-1239.
- Veríssimo, M. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.
- Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 17 (1). 37-49.

APÊNDICE XIV – Estudo de Caso

Estudo de Caso

O estudo de caso a seguir apresentado reflete a avaliação multidimensional de uma pessoa idosa submetida a ostomia digestiva. Teve como objetivo promover a sua autonomia e independência, tendo como suporte o modelo de intervenção em Parceria desenvolvido por Gomes (2009, 2013). Segundo a autora, através da partilha de responsabilidade e decisões, o enfermeiro possibilita a participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação e adaptação à nova condição de saúde, procurando promover a sua autonomia e independência, para que possa prosseguir o seu projeto de vida e saúde, e experienciar a transição de forma saudável.

A Teoria das Transições de Meleis constituiu-se como referencial para a realização do estudo de caso. Para Meleis (2010) a enfermagem enquanto disciplina está relacionada com as experiências humanas de transição que ocorrem ao longo da vida. O processo de saúde-doença e as consequências inerentes, como a hospitalização ou o regresso a casa, constituem eventos transicionais. As intervenções de enfermagem serão facilitadoras do processo de transição saudável. O alvo dos cuidados de enfermagem é a pessoa que está em constante interação com o ambiente e que tem capacidades para se adaptar a esse ambiente. Contudo, devido à doença, a situações de risco ou de vulnerabilidade face a potenciais doenças, pode conduzir a uma rutura da homeostasia com o meio envolvente, segundo padrões de resposta individuais. A procura de cuidados de enfermagem surge quando não consegue satisfazer essas necessidades, pela dificuldade ou incapacidade de cuidar de si ou por apresentar respostas não adaptadas à situação, experimentando o desequilíbrio. Para o sucesso dessas intervenções, é determinante a construção de um processo de Parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar, de forma a promover a incorporação de novos conhecimentos que sejam facilitadores da transição.

O presente estudo de caso foi elaborado considerando as cinco fases do modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa, englobando também o plano de cuidados. Foi utilizado o modelo de reflexão estruturada de Johns (2000) como metodologia da prática reflexiva. Finaliza-se com uma reflexão sobre a prática de cuidados vivenciada.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

REVELAR-SE

A primeira fase do modelo de parceria (Gomes, 2009, 2013) caracteriza-se por conhecer a identidade e o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida. Retirando daí contributos para desenvolver um trabalho em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar.

Identidade da Pessoa Idosa

O Sr. A.N. tem 76 anos de idade, biótipo humano branco, e gosta de ser tratado por Sr. A. É de nacionalidade Portuguesa e natural de Lisboa onde ainda reside atualmente. Frequentou a escola até ao quarto ano de escolaridade, sabe ler, escrever e executar contas simples. Está reformado há cerca de 13 anos, tendo desempenhado a função de pintor/encarregado de pintura.

Refere ser cristão evangélico praticante.

É casado, tem cinco filhos e seis netos, que residem noutros concelhos mas que lhe dão apoio sempre que é necessário.

Contexto de Vida da Pessoa Idosa

O Sr. A vive em Benfica com a esposa, filha e neto, em apartamento próprio, localizado num 1º andar, sem elevador. Refere que a casa possui boas condições de salubridade sendo composta por seis assoalhadas.

A filha que atualmente reside com o Sr. A. é divorciada e desempenha a função de empregada doméstica, sendo ela que o tem acompanhado às consultas médicas e aos exames que tem realizado. Apesar de ter uma relação próxima com todos os filhos, o Sr. A. identificou esta filha como elemento de referência.

No seu quotidiano o Sr. A. gosta de ler, escrever, ver televisão, jogar dominó e passear. Refere presença assídua nos cultos evangélicos. Por vezes vai com a esposa passar o fim-de-semana com uma das irmãs que reside no norte do País.

Como rede de apoio, o Sr. A. é seguido no Centro de Saúde da sua área de residência pela médica de família, com quem refere ter uma boa relação de

confiança e proximidade. Atualmente é seguido pelo assistente hospitalar de cirurgia geral. Nega ter apoio social ou de enfermagem no domicílio.

A situação económica do Sr. A. não é indicadora de problemas, sendo que nem o próprio, nem a família verbalizam qualquer dificuldade económica.

História de Doença da Pessoa Idosa

O Sr. A encontra-se internado atualmente com o diagnóstico de neoplasia maligna da junção reto-sigmoideia, diagnosticada em Agosto de 2013.

Tem como antecedentes pessoais:

- Acidente Vascular Cerebral em Agosto de 2010 com sequelas de hemiparesia esquerda. Esteve internado uma semana no serviço de medicina do HPV onde iniciou fisioterapia que manteve após a alta até recuperar;
- Hipertensão Arterial;
- Hipercolesterolemia;
- Tromboflebite no membro inferior esquerdo em 2012;
- Neoplasia da próstata diagnosticada em 2010, tendo realizado 3 ciclos de Radioterapia. É seguido na Urologia do HSM.

Não tem antecedentes cirúrgicos.

Não tem alergias ou hábitos aditivos.

É autónomo na gestão da sua medicação. No domicílio realiza o seguinte esquema terapêutico:

Medicamento	Via administração	Dose	Horário
Perindopril	Oral	75 mg	Ao pequeno-almoço
Bezalip	Oral	200 mg	Ao Almoço
Clopidogrel	Oral	75 mg	Ao jantar
Sinvastatina	oral	20 mg	Ao jantar

O Sr. A. refere ser muito cuidadoso com o cumprimento do plano terapêutico instituído, tendo sempre a preocupação de não deixar terminar os medicamentos sem já os ter comprado.

O Sr. A. e seus cuidadores familiares têm conhecimento do seu diagnóstico e prognóstico, afirmando: *“nós estamos a par de tudo, o médico disse-nos que poderia*

ou não ficar com o saco”, o que é gerador de preocupação e *stress* para todos os elementos. Verbaliza sentir-se seguro pois tem confiança no seu médico. Quando questionado sobre expectativas futuras, o Sr. A. revelou esperança sobre a possibilidade de não ter de ficar ostomizado, mas também alguma preparação e resignação sobre a possibilidade de ser submetido a ostomia digestiva definitiva, afirmando *“temos de nos adaptar às coisas Sra. enfermeira, o importante é continuar a viver”*.

O Sr. A. verbalizou vontade em recuperar mas também preocupação quanto ao futuro e às possíveis limitações, afirmando: *“o que eu não quero é dar trabalho a ninguém, quero ir para a minha casa, recuperar e continuar a fazer a minha vida normalmente”*.

Problemas decorrentes do Envelhecimento/ Hábitos e atividades da Pessoa Idosa

Na admissão ao serviço o Sr. A. encontrava-se consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Com comportamento e atitude adequados, utilizando linguagem apropriada ao contexto, discurso fluente e perceptível. Estava ansioso e apreensivo face ao internamento e à intervenção cirúrgica, e com fácies triste, referindo *“isto é tudo novo para mim, nunca fui operado, só espero que corra tudo bem”*. Por estar a vivenciar mais uma experiência de transição, considerou-se pertinente mobilizar a *Escala de Depressão Geriátrica* versão abreviada, obtendo um score de 2 num total de 15, indicador de ausência de depressão.

O Sr. A. apresenta a pele íntegra e as mucosas coradas e hidratadas. O seu cabelo é liso e grisalho. Por apresentar diminuição da acuidade visual bilateralmente refere usar óculos desde os 7 anos de idade para a corrigir. Refere também diminuição da acuidade auditiva bilateralmente, mas não necessita de usar prótese auditiva. Não apresenta alterações significativas no olfato e tacto, conseguindo estar sempre alerta ao ambiente externo.

Não apresenta dificuldade em mastigar ou deglutir, nem alterações da mucosa oral. No entanto tem falta de várias peças dentárias, sobretudo ao nível da arcada superior do maxilar, e não usa prótese dentária por opção, referindo não conseguir adaptar-se.

Não refere alterações do padrão de sono, afirmando não ter dificuldade em adormecer. Habitualmente dorme cerca de sete horas por dia.

Apresenta varizes ao nível dos membros inferiores.

Apesar dos seus antecedentes de neoplasia prostática, neste momento não apresenta alterações da eliminação vesical, referindo urinar várias vezes ao dia, urina de características normais. Quanto à eliminação intestinal refere obstipação de 2/3 dias recorrendo habitualmente aos laxantes, nomeadamente ao chá, que afirma ser eficaz.

Apresenta higiene pessoal cuidada. Refere tomar banho e desfazer a barba todos os dias de manhã. Dá importância à higiene porque contribui para o seu bem-estar e aparência. Faz higiene oral todos os dias de manhã e à noite.

No que concerne às atividades de vida diárias estas foram avaliadas com recurso ao *Índice de Barthel*, onde obteve um score de 20 pontos, o que revela segundo esse índice, independência total. Para avaliar a capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diárias foi utilizado o *Índice de Lawton e Brody*. Nesta avaliação o Sr. A. apresenta um score de 12 pontos em 30 possíveis, significando uma dependência moderada nestas atividades. As alterações verificam-se ao nível da dependência para cuidar da casa, lavar a roupa e ir às compras.

A avaliação da sua capacidade cognitiva pareceu-me pertinente neste contexto, para perceber as suas capacidades de memória, compreensão, aprendizagem e processamento das informações fornecidas. A escala utilizada foi o *Mini Mental State Examination*, resultando num score de 27 pontos que, para a população que possui entre 1 e 11 anos de escolaridade indica ausência de défice cognitivo. Contudo, apresentou alteração da evocação que indicou a necessidade de ajuste da quantidade de informação transmitida, validação da retenção de informação, e da necessidade de envolver o cuidador familiar no processo de aprendizagem e aquisição de novas competências e conhecimentos. De modo a poder, em parceria, desenvolver a capacitação da pessoa idosa ou substituí-la no que ela não for capaz de fazer por si, quando regressar a casa.

Apesar de nos últimos três meses ter tido uma perda ponderal total de 11 Kg o Sr. A. apresenta um bom estado geral. Da avaliação nutricional realizada através da aplicação do *Mini Nutricional Assessment*, obteve um score de 20,5 em 30

pontos, o que revela risco de desnutrição. Esta avaliação evidenciou as seguintes alterações: perda de peso nos últimos três meses, *stress* provocado pela situação de doença, polimedicação, falta de consumo de fruta ou produtos hortícolas, e ingestão hídrica moderada.

O Sr. A. pesa atualmente 76 Kg, referindo há três meses atrás pesar 87 Kg. Procurei saber quais os seus alimentos preferidos e os seus hábitos alimentares, de forma a poder construir um plano alimentar de acordo com as suas preferências. Segundo o próprio realiza quatro refeições diárias:

- Ao pequeno-almoço habitualmente ingere leite com cereais, ou leite e pão torrado com manteiga;
- Ao almoço gosta de diversificar, ingere carne ou peixe, acompanhando com arroz, massa, batatas ou legumes. Afirma preferir o peixe;
- Ao jantar a refeição é mais leve, e normalmente ingere sopa e uma peça de fruta;
- À ceia habitualmente ingere um copo de leite ou uma peça de fruta.

Refere gostar muito de massa, feijão e frutos secos. Não tem por hábito lanchar. Afirma não gostar de ingerir água, mas que faz um esforço e consegue ingerir diariamente cerca de 1 litro de água. Segundo o Sr. A todas as refeições são realizadas com a esposa e normalmente também com a filha.

Foi também avaliado o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, através da *escala de Braden*, onde se obteve um score de 22 pontos (num total de 23 pontos) indicador de baixo risco; a alteração verificou-se ao nível da nutrição (alimentação habitual). O risco de queda foi também avaliado através da *escala de Morse*, onde se obteve um score de 15 pontos (num total de 125 pontos) por apresentar diagnóstico secundário, pontuação indicadora de baixo risco de queda.

Estas avaliações foram realizadas no dia da admissão do Sr. A. ao serviço, e possibilitaram um melhor conhecimento da pessoa idosa, permitindo definir objetivos comuns e realizar um trabalho conjunto para atingir esses objetivos.

ENVOLVER-SE

A segunda fase do modelo de parceria caracteriza-se pela criação de um ambiente de reciprocidade onde se estabelece tempo e espaço para o desenvolvimento de uma relação de qualidade que permite ir ao encontro da pessoa idosa e desenvolver uma relação de confiança, que vai para além do revelar-se (Gomes, 2009, 2013). Nesta fase é possível conhecer as motivações da pessoa idosa e identificar os recursos possíveis na promoção do cuidado de Si, bem como conhecer a sua capacidade funcional, as limitações existentes (decorrentes ou não da doença) e os conhecimentos que detém.

Conhecer a pessoa idosa/ cuidador familiar face à sua situação de saúde

O Sr. A. foi submetido a Amputação Abdomino-Perineal, resultando dessa intervenção cirúrgica uma colostomia definitiva.

No pós-operatório o Sr. A. esteve internado na Unidade de Cuidados Anestésicos Pós-operatórios (UCAPO), tendo sido transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios (UCI) do serviço ao fim de dois dias. Nesta altura procedi às seguintes reavaliações:

- Índice de Barthel, obtendo um score de 9, significando dependência grave nas atividades básicas de vida diária;
- Escala de Braden, obtendo um score de 18, mantendo baixo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão;
- Escala de Morse, obtendo um score de 45, representativo de médio risco de queda.

Dei conhecimento ao Sr. A. e cuidadores familiares da pontuação obtida, pelo que definimos estratégias conjuntas para evitar possíveis quedas. Ao 8º dia pós-operatório procedi à reavaliação do nível de dependência nas atividades básicas de vida diárias (Índice de Barthel) apresentando um score de 13, significativo de dependência moderada, verificando-se as alterações nas seguintes atividades: tomar banho (score 0), vestir-se (score 1), levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho (score 1), subir e descer escadas (score 1), mobilização/marcha (score 2), controlo da função intestinal (score 0).

Durante o internamento procedi a pesagens semanais de forma a monitorizar a evolução ponderal.

O Sr. A. tem o apoio da esposa e de todos os filhos, sobretudo da filha que atualmente reside com ele, o que possibilita a dinâmica familiar e a vida social de ambos. Considerei pertinente verificar a funcionalidade da família do Sr. A. pelo que apliquei a *escala de Apgar familiar*, obtendo-se um total de 10 pontos, revelador de uma família altamente funcional. Verificou-se que toda a família o tem acompanhado no seu processo de doença e que tem mobilizado os recursos necessários (internos e externos) para gerir eficazmente esse processo, o que é sugestivo de que esta transição se encontra a decorrer de uma forma saudável.

Devido a patologia própria a esposa do Sr. A. refere algum cansaço mas afirma não se sentir sobrecarregada. Têm a visita frequente de todos os filhos e netos, que os apoiam e ajudam em tudo o que necessitam. A filha que reside atualmente com o Sr. A. e a sua esposa serão o seu grande apoio quando regressar a casa. Pareceu-me igualmente pertinente avaliar a sobrecarga do cuidador familiar de referência (a filha) com o intuito de poder desenvolver estratégias em conjunto para aliviar essa sobrecarga. Foi aplicada a *Escala de Zarit*, obtendo-se uma pontuação de 31, o que significa que não apresenta sobrecarga.

CAPACITAR/POSSIBILITAR

Esta fase do modelo de parceria desenvolve-se mediante a construção de uma ação conjunta entre enfermeiro e pessoa idosa, para o desenvolvimento de competências para agir e decidir. Tem em consideração a partilha dos significados da experiência na ação, ou pela ação do enfermeiro assegurando o cuidado que o outro deveria ter consigo se tivesse a capacidade para decidir, permitindo assim que este prossiga a sua trajetória de vida (Gomes, 2009, 2013).

Nesta fase está implícita a transmissão de informação, a reflexão e a negociação de intervenções que visam a concretização de capacidades potenciais em reais. O conhecimento que se detém sobre a pessoa idosa/cuidador familiar e o seu contexto de vida é essencial para promover o cuidado de Si ou capacitar o cuidador familiar a assegurar esse cuidado (Gomes, 2009, 2013).

Ao longo do internamento foram trabalhados alguns aspetos em parceria com o Sr. A. e seus cuidadores familiares. Verificou-se que as suas preferências alimentares englobam vários alimentos que podem alterar a consistência e odor das fezes, provocar flatulência e irritação do estoma. Neste sentido, durante a minha prestação de cuidados ao Sr. A., os momentos das refeições que tive oportunidade de acompanhar, constituíram-se importantes momentos de aprendizagem e partilha de conhecimentos. Negociou-se com o Sr. A. e seus cuidadores familiares manter uma alimentação equilibrada e variada. Comprometeram-se a adicionar mais duas refeições no seu plano alimentar (meio da manhã e lanche), bem como introduzir um alimento novo de cada vez para saber qual o seu efeito, e reconhecer quais os alimentos ou bebidas que deve optar por retirar dos seus hábitos alimentares. Comprometeram-se também a aumentar o consumo de fruta, verduras e legumes, e a aumentar a ingestão hídrica, adicionando pelo menos um ou dois copos de líquidos por dia no seu plano alimentar.

Foi também reforçada a importância da pesagem regular. Assim como a importância de manter atividade física regular, e de realizar autonomamente as atividades de vida que consegue. Foram ainda elucidados acerca do risco de queda e de estratégias para reduzir esse risco.

A educação para a saúde realizada foi efetuada em conjunto com o Sr. A. e seus cuidadores familiares, de forma a conseguir dotá-los de conhecimentos que lhes permitam atuar face à nova condição de saúde do Sr. A. Ao longo do tempo foram avaliados os conhecimentos adquiridos e esclarecidas as dúvidas existentes.

Durante o internamento foram realizadas intervenções educativas relativas aos cuidados à ostomia. Na semana em que teve alta o Sr. A. necessitava apenas de ajuda para cortar a placa, devido ao facto de apresentar diminuição da acuidade visual. Esta atividade foi assumida pela filha do Sr. A., que se comprometeu também a observar regularmente o estoma e pele periestomal para despistar possíveis complicações. Comprometeu-se também a realizar intervenções educativas aos restantes irmãos, já que os mesmos não tiveram a mesma disponibilidade para participar nos cuidados. A esposa comprometeu-se a ajudar o Sr. A. na adequação do plano alimentar, nomeadamente a introduzir gradualmente os alimentos e

verificar o seu efeito, e a incentivá-lo ao aumento da ingestão de líquidos, frutas, verduras e legumes.

COMPROMETER-SE

A quarta fase do modelo de parceria traduz-se na conjugação de esforços no sentido de serem atingidos os objetivos definidos para assumir ou assegurar o controlo e a progressão do projeto de vida e saúde. Destaca-se a importância do acompanhamento do percurso de transição e trabalho em parceria para que se atinjam os objetivos da passagem de uma capacidade potencial para real (Gomes, 2009, 2013).

Pressupõe um plano de cuidados para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro. Com o plano de cuidados construído pretendeu-se promover o cuidado de Si pelo próprio Sr. A., bem como assegurar o cuidado do Outro pelos seus cuidadores familiares. As áreas de intervenção focalizaram-se na prevenção da desnutrição, no assumir um plano alimentar adequado, no assegurar os cuidados à ostomia, na prevenção e deteção de possíveis complicações e na aquisição de autonomia nestes cuidados, bem como, no assegurar o cumprimento do plano terapêutico, e na manutenção da mobilidade.

As intervenções desenvolvidas em parceria com o Sr. A. e seus cuidadores familiares e toda a equipa de enfermagem possibilitaram o atingir da autonomia e capacidade de decisão sobre o seu percurso de vida.

Apresenta-se de seguida o plano de cuidados onde estão especificados os problemas identificados, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem efetuadas para atingir esses resultados e os compromissos estabelecidos em parceria com o Sr. A. e seus cuidadores familiares.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Défice de conhecimentos relacionado com a cirurgia, manifestado por desconhecimento dos procedimentos peri-operatórios e ansiedade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que a pessoa idosa e seus cuidadores familiares conheçam os procedimentos peri-operatórios; • Diminuição da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar ensino programado sobre procedimentos pré e pós-operatórios: <ul style="list-style-type: none"> - Jejum pré-operatório; - Cuidados de higiene com antisséptico na véspera e dia da cirurgia; - Preparação intestinal na véspera da cirurgia; - Tricotomia abdominal e perineal no dia da cirurgia; - Meias de contenção nos membros inferiores; - Ambiente intra-operatório; - Recuperação anestésica; - Período pós-operatório (recuperação na unidade, presença de sondas e drenos, necessidade de se mobilizar). ✓ Proporcionar um ambiente seguro para que o Sr. A. e seus cuidadores familiares expressem os seus sentimentos, fragilidades e preocupações; ✓ Desenvolver uma escuta ativa; ✓ Respeitar o espaço e silêncio da pessoa idosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verbalizar dúvidas e preocupações.

<p>Nutrição alterada relacionada com o processo de doença e cirurgia, manifestado por perda ponderal de 11 Kg (Risco de desnutrição quando aplicado o <i>Mini Nutritional Assessment</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que a pessoa idosa e seus cuidadores familiares conheçam os benefícios de uma alimentação equilibrada e variada adequada à sua nova condição de saúde, bem como os alimentos e bebidas que podem alterar a consistência e odor das fezes, provocar flatulência e irritação do estoma. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Início de soroterapia; ✓ Contactar dietista para personalização da dieta; ✓ Fornecer alimentos de consistência líquida (inicialmente) e posteriormente de consistência sólida; ✓ Vigiar quantidade de alimentos ingeridos e tolerância alimentar no momento das refeições; ✓ Explicar a importância do reforço hídrico no plano alimentar entre as refeições; ✓ Realizar pesagem semanal; ✓ Incentivar à avaliação do peso regularmente; ✓ Negociar juntamente com o Sr. A. e seus cuidadores familiares a introdução de mais duas refeições no seu plano alimentar; ✓ Instruir o Sr. A. e seus cuidadores familiares sobre os alimentos e bebidas que tendem a alterar a consistência e odor das fezes, provocar flatulência e irritação do estoma; ✓ Aconselhar sobre a importância de introduzir um alimento novo de cada vez, para saber qual o seu efeito e reconhecer o tipo de alimentos que deverá retirar dos seus hábitos; ✓ Fornecer guia informativo de ostomizados onde constam algumas recomendações alimentares; ✓ Validar e reforçar, se necessário, as intervenções educativas realizadas sobre a 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar o peso pelo menos duas vezes por mês; ✓ Adicionar mais duas refeições no plano alimentar do Sr. A. (meio da manhã e lanche); ✓ Aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes; ✓ Adicionar pelo menos mais 1 a 2 copos de líquidos por dia (água, chá, leite); ✓ Conhecer os alimentos e bebidas que podem alterar a consistência e odor das fezes; ✓ Introduzir no seu plano alimentar um alimento novo de cada vez, e se não se der bem, retirá-lo dos seus hábitos alimentares.
--	---	---	---

		adequação alimentar.	
Mobilidade física prejudicada relacionada com astenia, presença de sondas e drenos, manifestado por dependência grave nas atividades de vida diárias (Índice de Barthel).	<ul style="list-style-type: none"> • Que a pessoa idosa alcance uma dependência parcial nas atividades ou, idealmente a independência total. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar intervenção educativa ao Sr. A. e seus cuidadores familiares sobre as vantagens da mobilização no leito e do exercício físico; ✓ Incentivar o Sr. A. a realizar exercícios de mobilização ativa, enquanto está sentado ou deitado; ✓ Ensinar os cuidadores familiares a realizar exercícios de mobilização passiva; ✓ Realizar levante diário para cadeirão; ✓ Criar oportunidades de caminhada pelo serviço, estimulando o Sr. A. a alternar os períodos em que está sentado no cadeirão com pequenas caminhadas; ✓ Incentivar o Sr. A. a realizar alternância de posicionamentos e exercícios no leito; ✓ Incentivar a realização das atividades que consegue; ✓ Dar tempo e espaço para que o faça sozinho com supervisão; ✓ Reforçar positivamente os progressos efetuados pelo Sr. A. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar levante para o cadeirão diariamente; ✓ Alternar posicionamentos no leito sozinho; ✓ Caminhar pelo serviço pelo menos uma vez por dia; ✓ Realizar autonomamente as atividades de vida diárias que consegue.
Risco de queda relacionado com existência de diagnóstico secundário,	<ul style="list-style-type: none"> • Que a pessoa idosa não apresente quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforçar a importância de solicitar ajuda da enfermeira ou assistente operacional quando se levanta da cama e no seu regresso, e na 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitar ajuda sempre que se quiser mobilizar;

<p>terapia endovenosa e marcha lenta, manifestada por médio risco de queda na Escala de Morse (score de 45 pontos).</p>		<p>caminhada pelo serviço;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimular o uso de calçado e vestuário adequado para que se desloque confortavelmente e em segurança; ✓ Incentivar os cuidadores familiares a supervisionarem a mobilização do Sr. A.; ✓ Avaliar periodicamente a marcha e o risco de queda do Sr. A.; ✓ Estimular junto dos cuidadores familiares a colocação de barras de apoio nas paredes, em especial no quarto e na casa de banho; ✓ Incentivar os cuidadores familiares e o Sr. A. a remover todos os tapetes do domicílio, ou então os que se encontram nos seus percursos habituais; ✓ Explicar a importância de manter os percursos dentro de casa desimpedidos de objetos para que possa mobilizar-se em segurança; ✓ Incentivar os cuidadores a supervisionarem e a estimularem o Sr.A. a mobilizar-se de forma segura. 	<p>✓ A filha removerá todos os tapetes da sala, cozinha, quarto do Sr. A. e casa de banho. Assim como os objetos que poderão impedir a passagem segura nos seus percursos habituais.</p>
<p>Alteração da integridade cutânea, relacionada com a cirurgia, manifestado por feridas cirúrgicas, presença de drenos aspirativos e, posteriormente pelas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que a pessoa idosa/cuidadores familiares detenham conhecimentos para despistar sinais 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Efetuar penso simples de 2 em 2 dias (e em SOS se repasse); ✓ Vigiar presença de sinais inflamatórios; ✓ Vigiar o conteúdo e volume aspirado dos drenos perineais; ✓ Vigiar a evolução cicatricial das feridas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigiar sinais inflamatórios das cicatrizes operatórias; ✓ Hidratar diariamente as cicatrizes operatórias.

<p>cicatrizes operatórias.</p>	<p>inflamatórios das cicatrizes operatórias, em casa.</p>	<p>operatórias; ✓ Educar o Sr. A. e seus cuidadores familiares sobre os cuidados com as cicatrizes operatórias (hidratação diária com creme hidratante, vigilância de sinais inflamatórios).</p>	
<p>Disposição para conhecimento aumentado relacionado com os cuidados à ostomia manifestado por interesse do Sr. A e seus cuidadores familiares em aprender.</p>	<p>✓ Que a pessoa idosa ostomizada e seus cuidadores familiares detenham os conhecimentos necessários para a realização dos cuidados à colostomia e se sintam seguros para o efetuar;</p> <p>✓ Que a pessoa idosa ostomizada e seus cuidadores familiares demonstrem competências que promovam a adaptação à nova condição de saúde e a capacidade para</p>	<p>✓ Avaliar a disponibilidade emocional para aprender; ✓ Identificar barreiras à aprendizagem; ✓ Ensinar sobre os cuidados à ostomia: material necessário, higiene do estoma e pele periestomal, mudança do dispositivo; ✓ Fornecer kit com material de cuidados à ostomia; ✓ Educar sobre a importância de uma adequada alimentação e hidratação; ✓ Informar sobre possíveis complicações do estoma e da pele periestomal e de como preveni-las; ✓ Treinar os cuidados à ostomia; ✓ Promover o envolvimento familiar; ✓ Registrar a monitorização das intervenções educativas; ✓ Mostrar disponibilidade para que o Sr. A. e seus cuidadores familiares verbalizem quais os seus receios e dificuldades nos cuidados à ostomia; ✓ Validar conhecimentos de ambos, dando espaço e tempo para que possam praticar na</p>	<p>✓ Demonstrar conhecimentos sobre os cuidados à ostomia; ✓ Executar autonomamente os cuidados à ostomia; ✓ A filha cortará a placa e observará regularmente o estoma e pele-periestomal, de forma a despistar possíveis complicações.</p>

	gerir eficazmente o seu processo de recuperação e readaptação funcional e psicossocial.	presença da enfermeira; ✓ Fornecer material escrito de apoio à educação (guia de ostomizados e folheto) para que se existirem dúvidas no domicílio, tenham suporte onde recorrer; ✓ Fornecer contacto do serviço e de instituições de referência/grupos de apoio onde podem recorrer em caso de necessidade; ✓ Informar sobre benefícios fiscais e comparticipação do material; ✓ Informar sobre como e onde adquirir material de ostomia e acessórios; ✓ Referenciar para os cuidados de saúde primários da sua área de residência.	
--	---	---	--

Assumir o controlo do Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro

Na última fase do processo de parceria espera-se que a pessoa assuma o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, mantendo-se informada e com capacidade de decisão sobre os seus cuidados. Mediante aquilo que considera proporcionar-lhe conforto e bem-estar, conseguindo, desta forma, gerir a sua situação de doença em parceria com a equipa de saúde. Caso não o consiga fazer, o enfermeiro assume a responsabilidade do cuidado e garante que o cuidador familiar adquire capacidade para ajudar e cuidar da pessoa idosa e mantém-se como um recurso (Gomes, 2009, 2013).

No caso particular do Sr. A. e seus cuidadores familiares foram identificadas algumas necessidades, e em conjunto foram negociadas estratégias para se atingirem objetivos comuns, tendo existido partilha de poder nessas decisões. Foi partilhada informação sobre os cuidados e validados os conhecimentos decorrentes da experiência quer do Sr. A., quer dos seus cuidadores familiares, no sentido de desenvolver competências que permitissem tomar decisões relativas ao cuidado de Si e de prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde.

Durante o internamento foi fornecido suporte escrito de apoio à educação para a saúde. O guia informativo de ostomizados foi apenas fornecido no pós-operatório por não existir certeza absoluta relativamente à intervenção cirúrgica a que iria ser submetido, isto é, se seria submetido a ostomia digestiva ou não. Foi também fornecido o folheto informativo intitulado “cuidados a ter com a sua ostomia” onde constam informações importantes sobre os cuidados a ter, as complicações mais frequentes, algumas recomendações e, os contactos dos recursos de apoio disponíveis na comunidade onde poderá recorrer em caso de necessidade. Este material de apoio foi analisado conjuntamente, criando-se espaço para o esclarecimento de dúvidas.

As intervenções educativas foram realizadas de forma gradual e devidamente monitorizadas, de acordo com o documento elaborado e intitulado “registo de monitorização das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a ostomia

digestiva”, de forma a garantir a uniformidade, organização e continuidade dos cuidados.

No dia da alta o Sr. A. e seus cuidadores familiares foram informados sobre o dia da consulta de cirurgia. Foi entregue a carta de alta de enfermagem ao Sr. A. e informou-se do contacto realizado com o centro de saúde da sua área de residência, para garantir a continuidade dos cuidados. Foi também entregue a carta de alta médica, o documento comprovativo da marcação da consulta de cirurgia, receita médica e receita dos dispositivos de ostomia. A receita médica foi analisada e validados os conhecimentos sobre o regime terapêutico, uma vez que, para além de manter a terapêutica que fazia em ambulatório, foi introduzido um fármaco - Ciprofloxacina 500mg - que deverá tomar durante cinco dias de 12/12 horas, e Paracetamol 1000mg, de 8/8 horas (no caso de sentir dor).

Ao longo do internamento o Sr. A. foi recuperando a capacidade de cuidar de Si. Na semana em que teve alta não referia dor e apresentava independência nas atividades básicas de vida diárias.

No dia da alta o Sr. A. encontrava-se muito satisfeito, não só por estar de regresso à sua casa, mas também pelos cuidados que lhe foram prestados por toda a equipa, demonstrando o seu contentamento e gratidão com palavras de agradecimento e carinho.

O Sr. A. e seus cuidadores familiares detinham informação que lhes permitiu a tomada de decisão no cuidado de Si, nomeadamente sobre a alimentação, regime terapêutico, vigilância das cicatrizes operatórias, cuidados à ostomia, e sinais e sintomas de complicações, e recursos disponíveis na comunidade. O que permitiu capacitá-los para gerir eficazmente o seu processo de recuperação e autonomia no seu regresso a casa.

Reflexão Final

Conhecer o Sr. A. e o seu potencial de desenvolvimento, bem como compreender o significado da doença no seu percurso de vida e o modo como estava a perceber e a vivenciar este processo, foi fundamental para atuar em parceria com o Sr. A. e seus cuidadores familiares. Revelou-se também essencial para desenvolver estratégias de intervenção de enfermagem facilitadoras da transição e para garantir a sua reorganização e adaptação, de acordo com os seus projetos de vida e saúde.

Criar um ambiente de reciprocidade, com o intuito de desenvolver uma relação de confiança e respeito mútuo que me permitisse ir ao encontro do Sr. A. e das suas necessidades individuais, permitiu-me retirar daí contributos fundamentais para o plano de intervenção terapêutico. Os momentos de partilha criados durante a prestação de cuidados ao Sr. A. e seus cuidadores familiares, disponibilizando tempo e espaço para a construção de empatia mútua foram essenciais para o desenvolvimento de uma relação de qualidade. Durante a minha intervenção procurei desenvolver uma escuta ativa, incentivando sempre a que o Sr. A. verbalizasse as suas dúvidas e receios, e sobretudo a sua decisão nos cuidados prestados. Procurei sempre esclarecer as dúvidas e validar os conhecimentos.

Decorrente das intervenções de enfermagem, os objetivos e os resultados esperados são o desempenho apropriado das ações e comportamentos por parte dos indivíduos com vista a obterem ganhos em saúde. O recurso a instrumentos de avaliação multidimensional do idoso revelou-se essencial, pois são neles que assenta a tomada de decisão clínica, possibilitando adequar as intervenções às suas reais necessidades.

Enfatizo o facto de o Sr. A. ter demonstrado ao longo do tempo sentimentos de esperança, desejo de viver, motivação e interesse em aprender e mobilizar esses Saberes no cuidado de Si, tendo um papel ativo na prestação dos cuidados. Foi para mim uma importante pista para perceber que efetivamente o processo de transição e de adaptação estava a ser efetuado de forma positiva e saudável.

A filha do Sr. A. foi sempre envolvida no processo de cuidados, no sentido de validar os seus Saberes (quer ao nível dos cuidados à ostomia, quer dos recursos

face a limitações), intervindo para complementar informação pertinente e valorizando sempre os Saberes demonstrados. A filha comprometeu-se a transmitir esses conhecimentos aos irmãos, uma vez que não foi possível a presença e envolvimento de todos os filhos.

Considero assim que, conhecer de forma profunda uma pessoa idosa em toda a sua multidimensionalidade centrando as intervenções na sua individualidade, possibilita não só o crescimento pessoal e o desenvolvimento de competências promotoras de uma mudança comportamental face à pessoa idosa, mas também a construção de um trabalho em parceria com a mesma e/ou seu cuidador familiar na promoção do cuidado de Si. A identificação de necessidades específicas da pessoa idosa e valorização das suas capacidades e potencialidades é essencial para a reabilitar e capacitar conjuntamente com o seu cuidador familiar, sendo também determinante na manutenção ou melhoria da sua qualidade de vida.

A realização desta atividade foi muito importante para o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa a que me propus. Promoveu a reflexão sistematizada sobre uma situação concreta de cuidados, bem como o aperfeiçoamento da minha prática no sentido de uma maior perícia.

Referências Bibliográficas:

- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si - a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M.A.P. Lopes. *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática* (pp.77-113). Loures: Lusociência.
- Johns, C (2000). *Becoming a reflective practitioner*. Oxford: Blackwell Science.
- Meleis, A.I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. EUA: Springer Publishing Company.

**APÊNDICE XV – Reflexão sobre a experiência de estágio em Cuidados de
Saúde Primários**

Reflexão sobre a experiência de estágio em Cuidados de Saúde Primários

Para o enfermeiro especialista é imprescindível conhecer os diferentes contextos onde a pessoa idosa se encontra ou vive. No sentido de perceber o modo como estes a influenciam, ou seja, que repercussões têm no seu bem-estar físico e psicossocial. De forma a poder intervir também, no ambiente, para que este maximize as capacidades e potencialidades da pessoa idosa.

Assim sendo, em articulação com o presente projeto, e pretendendo identificar as respostas dos cuidados de enfermagem na comunidade às pessoas idosas, particularmente na resolução dos problemas e dificuldades com que as pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva/cuidadores familiares se deparam após o seu regresso a casa, foi realizado um estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, que decorreu no período compreendido entre 6 de Janeiro e 14 de Fevereiro de 2014.

Este estágio foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), em Lisboa, essencialmente por dois motivos. Primeiramente pelo facto de a população da sua área de influência ser maioritariamente envelhecida, apesar de na periferia a população ser mais jovem mas existirem famílias alargadas com pessoas idosas que, por se encontrarem em situação de dependência, vieram residir com os filhos. Depois, por se realizar mensalmente uma consulta de enfermagem de ostomizados, mas que, por questões organizacionais deixou de se realizar no fim do ano de 2013.

Para atingir o objetivo específico definido para este estágio preconizou-se a observação das práticas de cuidados de enfermagem às pessoas idosas na comunidade. Com o intuito de conhecer não só a organização e dinâmica da UCC, e os cuidados de enfermagem prestados aos idosos na comunidade, particularmente à pessoa idosa ostomizada, mas também para perceber o que era necessário efetuar para uma articulação eficaz entre o hospital e a comunidade. No entanto, uma vez que o período de estágio previsto inicialmente em 4 semanas foi alargado para 6 semanas, conseguiu-se ir mais além, tendo sido desenvolvidas outras atividades que tornaram o percurso ainda mais enriquecedor.

Considerando as necessidades da comunidade e os objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 que visam obter ganhos em saúde,

promovendo contextos favoráveis à saúde ao longo da vida, reforçando o suporte social e económico na saúde, a UCC desenvolve a sua atividade ao nível de vários programas dos quais se destacam: o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados e Unidade Móvel. No âmbito destes programas desenvolvem-se diferentes projetos/atividades que integram o seu plano de ação.

A UCC, constituída por uma equipa multidisciplinar formada por enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social, assistente técnica e assistente operacional, assenta a sua ação na cooperação, através do envolvimento de diferentes parceiros (Centros de Dia, Polícia de Segurança Pública, Bombeiros, Juntas de freguesia, Escolas, entre outros), que criam sinergias entre experiências, competências e recursos entre os diferentes sectores da sociedade, colocando assim o cidadão no centro da intervenção. O eixo de intervenção da UCC privilegia a promoção e educação para a saúde, prevenção da doença, cuidados de tratamento, reabilitação e paliativos.

Neste contexto, destacam-se as oportunidades vivenciadas que possibilitaram a observação, conhecimento e interação com pessoas idosas independentes, parcial ou totalmente dependentes, seus cuidadores familiares, redes de suporte, projetos de apoio à pessoa idosa, parceiros na comunidade, diversos recursos e formas de articulação e de referenciação.

Esta experiência possibilitou o desenvolvimento de competências no cuidado diferenciado à pessoa idosa/cuidador familiar em situação de doença no domicílio, bem como noutros locais da comunidade (unidade móvel, centro de dia, etc). Procurou-se promover um envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas e cuidadores familiares, bem como desenvolver ambientes capacitadores, estimulando as capacidades dos idosos, assim como a participação ativa na sua própria saúde, autonomia e independência. Tendo sempre em conta os fatores determinantes do envelhecimento ativo incluindo as especificidades do género e da cultura.

Foi garantida a continuidade de cuidados de pessoas idosas em situação de dependência aos vários níveis de prestação de cuidados de saúde, visando a melhor qualidade de vida possível de acordo com as suas preferências individuais, e com o maior nível possível de autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade

humana. Mediante um processo contínuo que englobou uma avaliação inicial, educação e/ou promoção da saúde/capacitação, acompanhamento presencial e vigilância periódica de pessoas idosas, independentes ou dependentes de cuidador familiar, com capacidade física, psicológica e emocional para se responsabilizarem pela manutenção de cuidados, até estarem capacitados para o Cuidado de Si.

Cuidar de uma pessoa idosa dependente no domicílio não é uma tarefa fácil. O cuidador familiar, ao assumir este papel fica sujeito a exigências e mudanças na sua vida que podem provocar *stress* e conduzir à sobrecarga psicossocial e económica e, como consequência, ao declínio funcional da pessoa idosa. Por este motivo o cuidador familiar foi também alvo dos cuidados de enfermagem. O trabalho em parceria estabelecido entre a equipa multidisciplinar da UCC e os cuidadores familiares, visa não só dotar os cuidadores de competências que lhes permitam responder eficazmente no exercício do seu papel, mas também satisfazer as suas necessidades em saúde identificadas, reduzindo as exigências e proporcionando alívio na sua função, caso seja necessário. Com o intuito de maximizar as suas capacidades, assegurar o seu bem-estar, promover a sua qualidade de vida e contribuir para a diminuição do impacto relacionado com a assunção deste papel.

Esta experiência realçou, deste modo, a necessidade de se conhecer a pessoa idosa/cuidador familiar e avaliar o seu contexto de vida, para se conseguir estabelecer a relação entre as suas necessidades específicas, dificuldades, limitações, potencialidades em saúde e o seu projeto de vida. Para que, em parceria com a mesma se consiga ajudá-la a encontrar as respostas necessárias para a manutenção do seu equilíbrio e desenvolver estratégias conjuntamente, capacitando-a para o Cuidado de Si.

Realizaram-se consultas de enfermagem à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar em contexto domiciliário, norteando as suas intervenções na promoção do Cuidado de Si, à luz da Parceria. Durante este processo foi possível detetar e dissipar as dúvidas, dificuldades e necessidades destas pessoas após o seu regresso a casa. Esta experiência veio enfatizar a importância e a necessidade de um planeamento estruturado e organizado do regresso a casa destas pessoas idosas e seus cuidadores familiares.

Foi possível “sentir” a dor, a solidão e o isolamento social, físico e psicológico de muitas pessoas idosas, destacando-se a importância e a necessidade da intervenção do enfermeiro especialista na manutenção da funcionalidade e da energia de vida das pessoas idosas, bem como na prevenção de doenças e do declínio funcional, antecipação de necessidades e problemas/complicações, e na promoção do seu bem-estar e qualidade de vida.

Na área da Formação foi possível intervir no âmbito de um dos Projetos da UCC - “Formar para Cuidar”- dirigido às ajudantes de ação direta dos Centros de Dia que trabalham em parceria com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, e que prestam cuidados domiciliários a pessoas com dependência nas atividades de vida diárias. Com o objetivo de dotar as ajudantes de ação direta de competências profissionais, pessoais e sociais, essenciais à prestação de cuidados, de forma a dar resposta adequada e personalizada às necessidades identificadas nos clientes.

Neste âmbito realizaram-se 3 sessões de formação sobre o “regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar”. As sessões decorreram das 15h às 16:30h nos dias 28 de Janeiro de 2014 num Centro Comunitário Paroquial, a 29 de Janeiro num Centro de Dia, e a 12 de Fevereiro na sala de sessões de formação da UCC. A formação teve como objetivos: 1) refletir sobre o regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva; 2) apresentar os cuidados gerais a realizar à pessoa idosa com ostomia digestiva (cuidados de higiene ao estoma e à pele periestomal, aplicação correta dos dispositivos, algumas complicações, importância da observação e vigilância); e 3) enfatizar o papel das ajudantes de ação direta no apoio às pessoas idosas que foram submetidas a ostomia digestiva. Foi utilizada uma metodologia expositiva, demonstrativa (demonstração do material necessário para os cuidados à ostomia e simulação de caso prático) e interrogativa (avaliação/revisão dos conhecimentos no final da sessão com questões de verdadeiro/falso). Em cada sessão estiveram presentes 8/9 ajudantes de ação direta. Estas sessões constituíram momentos importantes de aprendizagem, de reflexão e de formação conjunta com as ajudantes de ação direta, que ao mesmo tempo partilharam as suas experiências e vivências, os seus receios e dúvidas referentes a esta área de cuidados. Na avaliação das sessões (realizada através do preenchimento de um questionário de avaliação da

formação próprio da instituição, entregue às formandas no final de cada sessão) consideraram muito importante e pertinente a abordagem desta temática, reconhecendo a importância do apoio e vigilância destas pessoas idosas, bem como as dificuldades e necessidades acrescidas por que passam.

Ainda ao nível da formação promoveu-se o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, intervindo informalmente, na partilha de conhecimentos e experiências e assumindo, por vezes, o “papel” de consultora.

Em todo o percurso foram mobilizados conhecimentos científicos, técnicos e éticos durante o processo de cuidar, procurando agir como perita integrada na equipa multidisciplinar. A constante reflexão crítica, realizada quer individualmente, quer em conjunto com os pares e sobretudo com a enfermeira orientadora, sobre o cuidar e sobre as atitudes dos profissionais envolvidos, foi determinante na análise e resolução de problemas.

Esta experiência de estágio superou as expectativas iniciais. De facto, o enfermeiro da comunidade encontra-se numa posição privilegiada para compreender os desafios com que as pessoas idosas se deparam, analisar as suas necessidades e dificuldades, identificar situações de risco de saúde e de violência, bem como observar a dinâmica da prestação de cuidados por cuidadores familiares, e os desafios, mudanças e *stress* que o assumir desse papel pode produzir, intervindo também no sentido de aliviar a sobrecarga destes.

Foi assim possível vivenciar um período rico em experiências e aprendizagens, que permitiu o desenvolvimento de competências e o crescimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira, rumando até junto da meta que se pretende atingir. Por todas as aprendizagens e oportunidades de intervenção que trouxeram contributos para as pessoas idosas e cuidadores familiares, considera-se que o estágio em Cuidados de Saúde Primários é essencial e determinante no percurso de aquisição de competências e de preparação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa.

**APÊNDICE XVI - Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem –
Avaliação Final**

Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem – Avaliação Final

4 Processos consultados de 9-12-2013 a 18-12-2013

1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – REVELAR-SE (Gomes, 2009, 2013)

<u>INDICADOR: IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA</u>	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Nome	4	0
Nome preferido	4	0
Idade	4	0
Nacionalidade	4	0
Raça	4	0
Religião	4	0
Estado Civil	4	0
Profissão/ocupação	4	0

<u>INDICADOR: CONTEXTO DE VIDA</u>	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Com quem habita	4	0
Condições habitacionais	3	1
Cuidador familiar (nome e contacto)	4	0
Situação económica (referência a dificuldades?)	3	1
Ocupação dos tempos livres/projeto de vida (que ocupações?)	4	0
Rede de apoio (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, cuidador familiar, RNCCI)	4	0
Necessidades do cuidador familiar	3	1

<u>INDICADOR: CONTEXTO DA DOENÇA</u>	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Diagnóstico de admissão	4	0
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico	4	0
A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico	2	2
Antecedentes pessoais	4	0
Antecedentes cirúrgicos	4	0
Alergias	4	0
Medicação habitual no domicílio	4	0
Gestão do regime terapêutico	4	0
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física, nutricionais)	4	0
Conhece o impacto da doença/tratamento na vida da pessoa idosa	2	2

INDICADOR: PROBLEMAS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Alteração da alimentação (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, prótese dentária)	4	0
Alteração da eliminação (vesical ou intestinal)	4	0
Alteração do padrão de sono	4	0
Alteração da mobilidade	3	1
Alteração do estado sensorial (paladar, cheiro, visão)	4	0

INDICADOR: CONHECE OS HÁBITOS/ATIVIDADES DA PESSOA IDOSA		REGISTADO	NÃO REGISTADO
Alimentação	Nível de dependência	4	0
	Variedade	4	0
	Horário de refeições	2	2
	Número de refeições	4	0
	Preferências alimentares	4	0
	Restrições alimentares	4	0
	Ingestão hídrica	4	0
	Com quem faz as refeições	2	2
Eliminação	Nível de dependência	4	0
	Características	2	2
	Frequência	3	1
	Dependência de fármacos	4	0
Mobilidade/exercício	Nível de dependência	4	0
	Limitações	4	0
Higiene e conforto	Nível de dependência	4	0
Sono/repouso	Caraterísticas do sono (duração)	3	1
	Dependência de fármacos	4	0

2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ENVOLVER-SE (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: CONHECE A PESSOA IDOSA/CUIDADOR FAMILIAR FACE À SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE	REGISTADO	NÃO REGISTADO
O enfermeiro realiza a socialização ao serviço	4	0
O enfermeiro entrega o folheto de acolhimento ao serviço	4	0
O enfermeiro mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	4	0
O enfermeiro identifica necessidades de ajuda à pessoa idosa/cuidador familiar	4	0
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a sua nova condição de saúde e o que deve fazer para a gerir	4	0
O enfermeiro envolve o cuidador familiar nos cuidados (convida-o, acompanha-o, esclarece dúvidas)	4	0
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso	3	1
O enfermeiro monitoriza e despista complicações da ostomia	4	0

3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – POSSIBILITAR/CAPACITAR (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: PARTILHA O PODER/CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA	REGISTADO	NÃO REGISTADO
O enfermeiro inclui informação durante a prestação de cuidados, utilizando o seu conhecimento na realização de educação para a saúde	4	0
O enfermeiro partilha conhecimento com a pessoa idosa e cuidador familiar sobre os procedimentos peri-operatórios	4	0
O enfermeiro partilha conhecimento com a pessoa idosa e cuidador familiar sobre os cuidados necessários após ser submetida a ostomia digestiva (controlo da dor, educação terapêutica e medicamentosa, plano alimentar, cuidados à ostomia, sinais e sintomas de complicações, sexualidade, aquisição de dispositivos, atividades	4	0

sociais, continência das ostomias definitivas, vestuário, benefícios fiscais e grupos de apoio)		
O enfermeiro promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa, e atende às suas preferências	4	0
O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar	4	0

4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: DESENVOLVE COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OS OBJETIVOS COMUNS	REGISTADO	NÃO REGISTADO
O enfermeiro valida intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si	4	0
O enfermeiro ajuda a pessoa idosa/cuidador familiar a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa	4	0

5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DE SI /ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (Gomes, 2009, 2013)

INDICADOR: ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A pessoa idosa/cuidador familiar detém informação que lhes permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si	4	0
A pessoa idosa detém informação que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde	3	1
A pessoa idosa apresenta conforto e bem-estar (controlo da dor, capacidade de Cuidar de Si)	4	0
O cuidador familiar detém conhecimentos acerca das alternativas que lhe permitam cuidar da pessoa idosa evitando situações de sobrecarga	1	3
A pessoa idosa assegura cuidados que lhe permitem prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde	4	0
A pessoa idosa/cuidador familiar conhece os recursos disponíveis na comunidade (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social,	4	0

RNCCI, consulta de estomaterapia, Associações de ostomizados)		
A pessoa idosa/cuidador familiar conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)	4	0
O enfermeiro fornece suporte escrito à pessoa idosa/cuidador familiar (carta de alta de enfermagem, carta de informação clínica, material de apoio à educação) e kit de material para os cuidados à ostomia	4	0
A pessoa idosa/cuidador familiar compreende a finalidade do suporte escrito fornecido	2	2

APÊNDICE XVII – Análise dos resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial

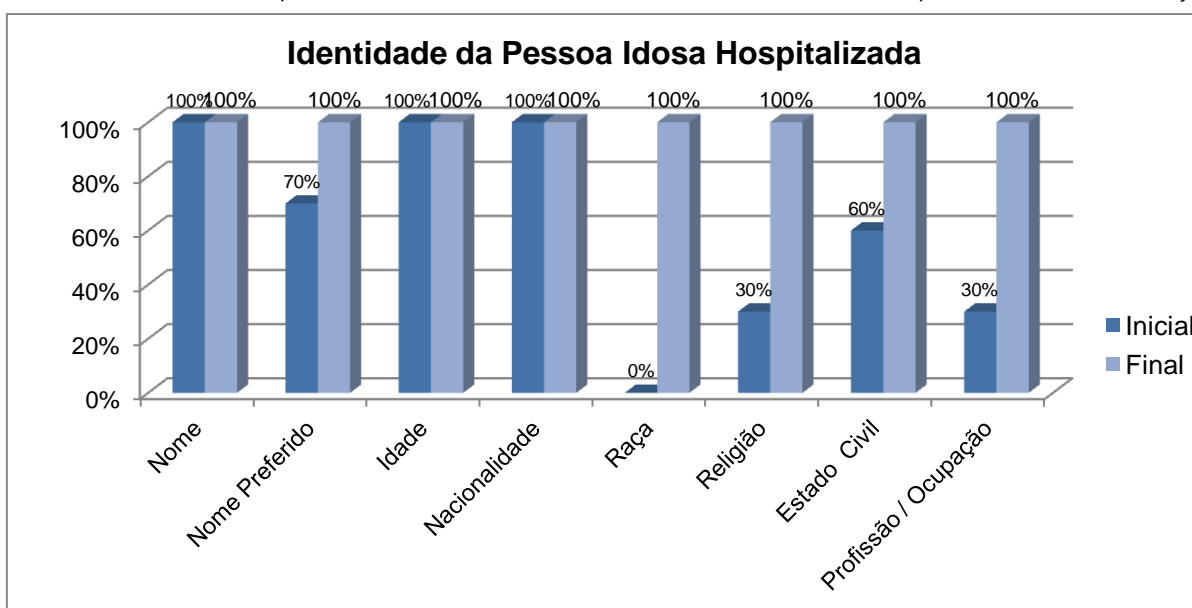
Análise dos resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial

Após a implementação do projeto no SCGHCL, foi muito importante proceder a uma nova análise dos registos de enfermagem tendo em conta as fases do modelo de intervenção em Parceria, no sentido de perceber as mudanças ocorridas relativamente ao que a equipa passou a registar, e às competências adquiridas pela mesma. Foram analisados os registos de enfermagem em 4 processos de pessoas idosas submetidas a ostomia digestiva (2 do sexo feminino e 2 dos sexo masculino), com base na grelha utilizada na fase de diagnóstico. O que possibilitou a análise comparativa relativamente aos resultados obtidos da análise dos registos efetuada na fase inicial do projeto, de seguida apresentados graficamente.

1ª Fase do Modelo de Parceria – Revelar-se (Gomes, 2009, 2013)

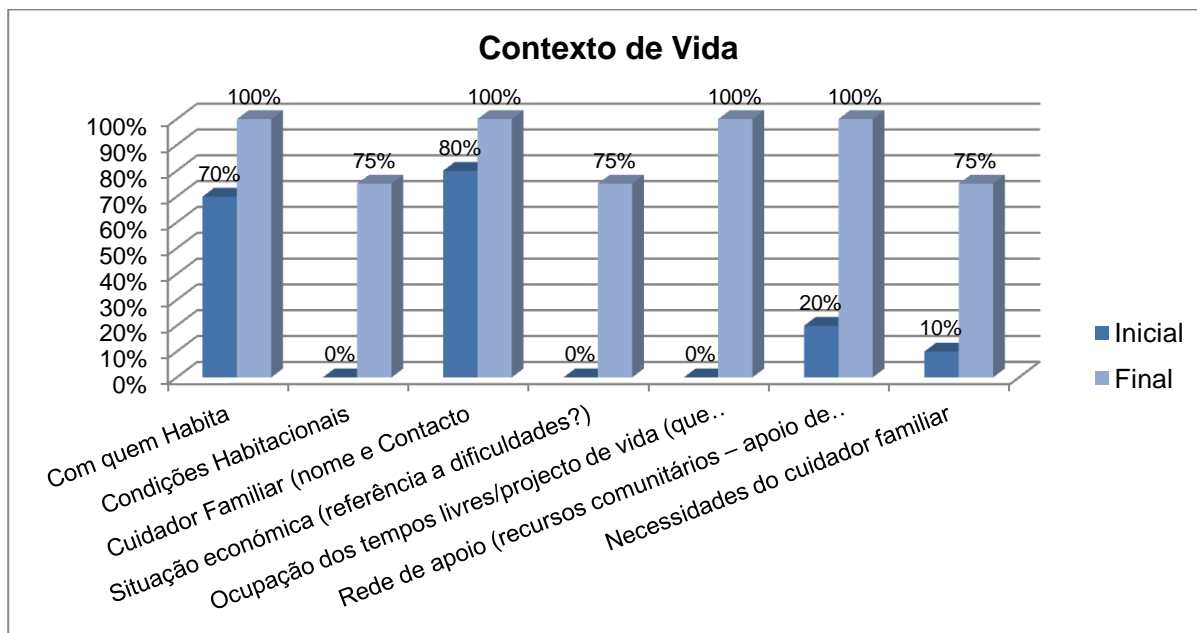
Na primeira fase do modelo de parceria, relativamente ao indicador **Identidade da pessoa idosa hospitalizada**, foi possível constatar que os enfermeiros registaram na sua totalidade todos os dados existentes na grelha, verificando-se assim uma evolução no registo de informação acerca da identidade da pessoa idosa, por parte da equipa de enfermagem (Gráfico 14).

Gráfico14 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Identidade da Pessoa Idosa Hospitalizada” - fase de avaliação



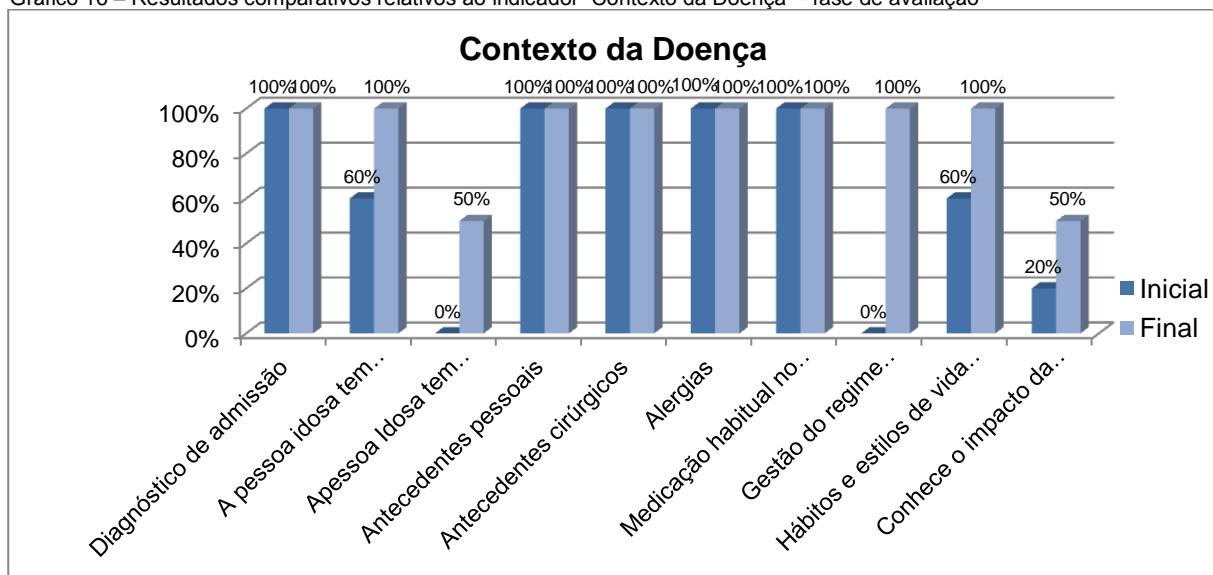
O conhecimento do **contexto de vida** foi outro indicador observado, tendo-se verificado em todos os itens abrangidos na grelha de análise uma evolução significativa na informação registada pelos enfermeiros relativamente à fase de diagnóstico (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Contexto de Vida” - fase de avaliação



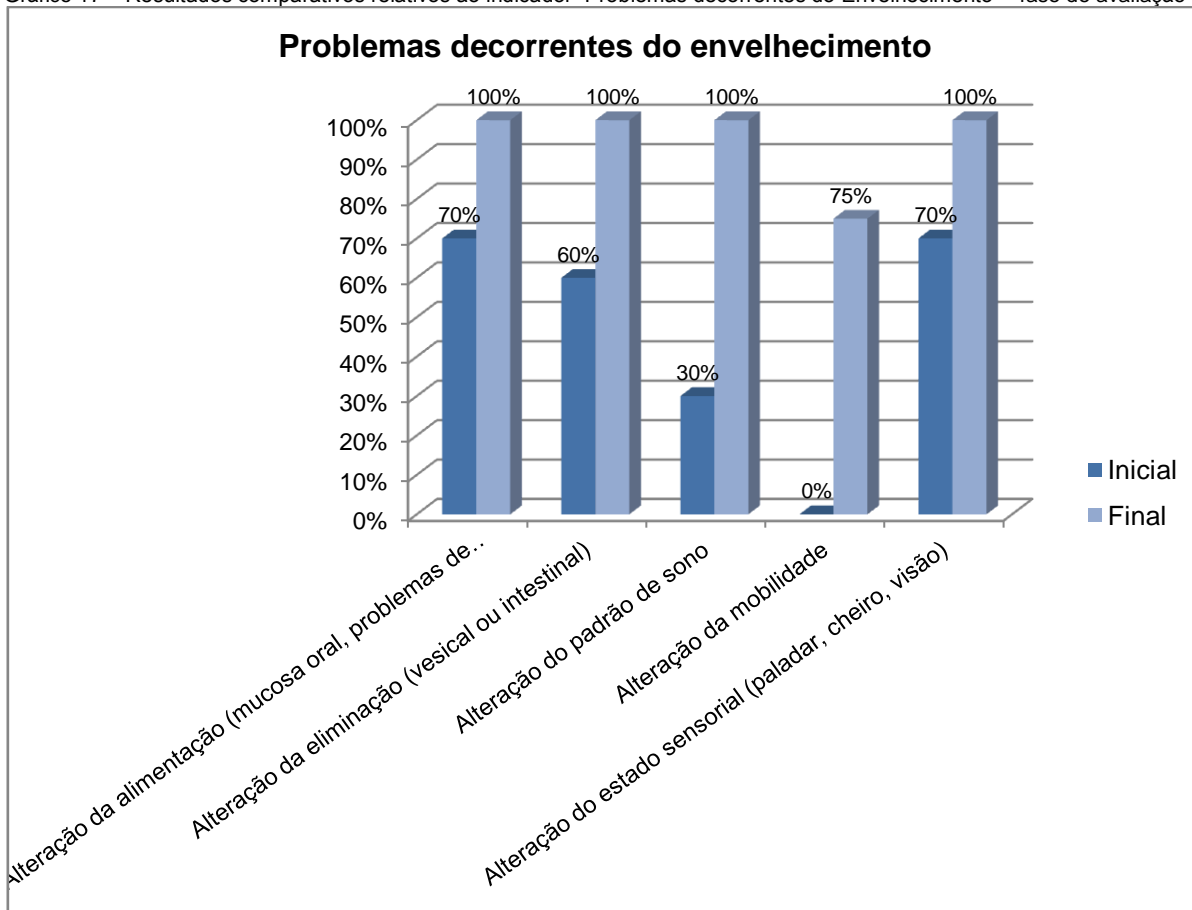
Relativamente ao indicador **contexto da doença** verificou-se o registo dos dados referentes a esta dimensão na totalidade dos processos, excetuando os dados relativos ao conhecimento do prognóstico e do impacto da doença/tratamento na vida da pessoa idosa (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Contexto da Doença” - fase de avaliação



No que refere ao registo de **problemas decorrentes do envelhecimento**, constatou-se que apenas os dados relativos à alteração da mobilidade não foram registados na totalidade dos processos, verificando-se uma evolução muito positiva dos registos de enfermagem, em relação à avaliação inicial (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Problemas decorrentes do Envelhecimento” - fase de avaliação



No que concerne ao **conhecimento dos hábitos/atividades da pessoa idosa**, verificou-se também um progresso ao nível do registo da informação na quase totalidade dos processos, à exceção do registo dos dados relativos à alimentação, nomeadamente o horário das refeições e com quem faz as refeições habitualmente, e dos dados referentes às características e frequência da eliminação e características do sono (Gráficos 18 e 19).

Gráfico 18 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Conhece os hábitos/atividades da Pessoa Idosa: Alimentação” - fase de avaliação

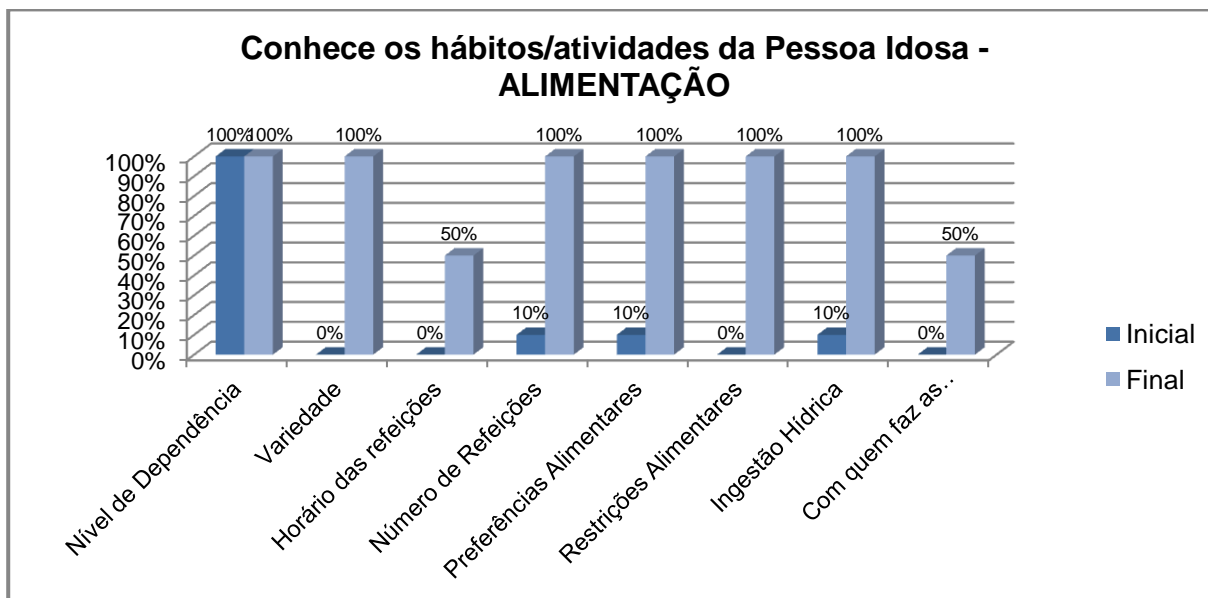
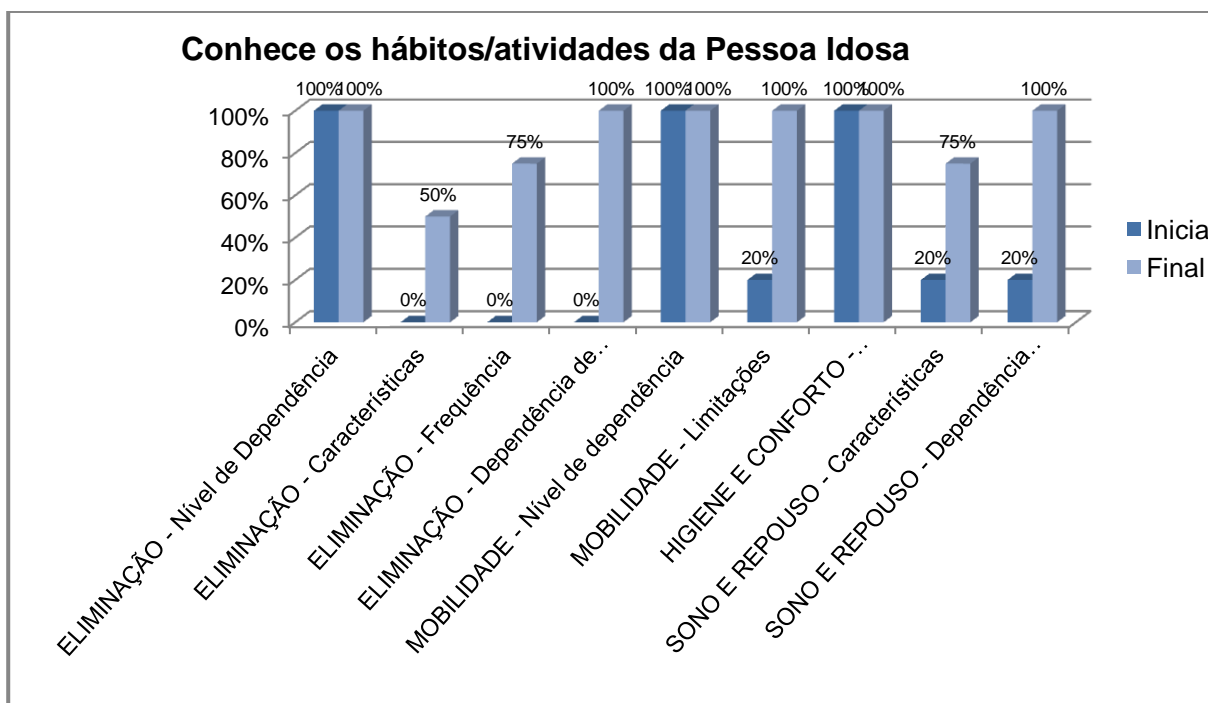


Gráfico 19 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Conhece os hábitos/atividades da Pessoa Idosa” - fase de avaliação



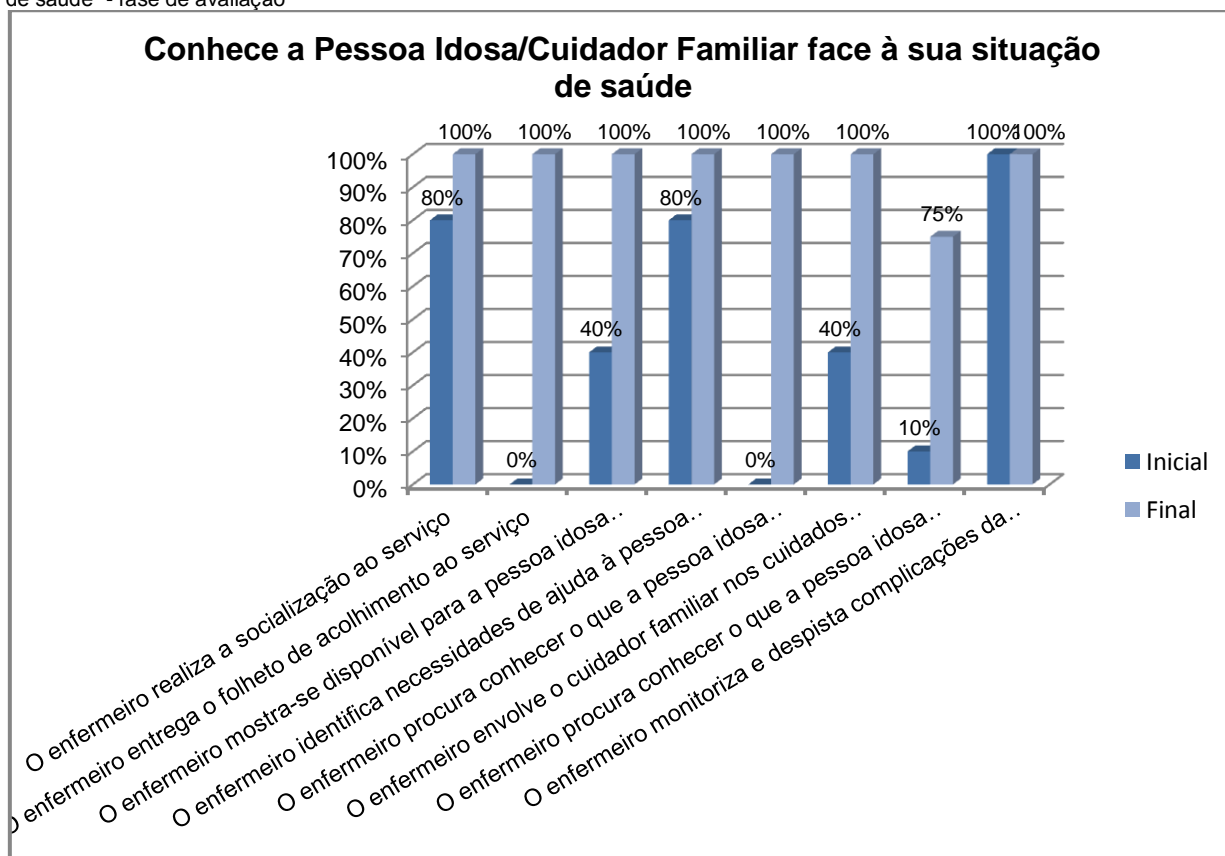
A evolução verificada no conhecimento da pessoa (do enfermeiro e da pessoa idosa) e nos registos de enfermagem relativos aos indicadores da primeira fase do processo de parceria – **Revelar-se** – refletem o empenho dos enfermeiros em procurar conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa para conseguir delinear estratégias negociadas em conjunto com a pessoa idosa/cuidador familiar,

definindo objetivos comuns para assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de vida e saúde e a realização de Si.

2ª Fase do Modelo de Parceria – Envolver-se (Gomes, 2009, 2013)

Na segunda fase do modelo de parceria procurou verificar-se a existência de informação nos registos relativamente ao **conhecimento da pessoa idosa/cuidador familiar face à sua situação de saúde**. Constatou-se que todos os itens da grelha de análise relativos a este indicador encontravam-se registados na totalidade dos processos, à exceção do item referente ao conhecimento do enfermeiro sobre o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso. O que significou uma evolução considerável na obtenção e registo de informação essencial para conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa/cuidador familiar e desenvolver o processo de parceria em conjunto com a mesma (Gráfico 20).

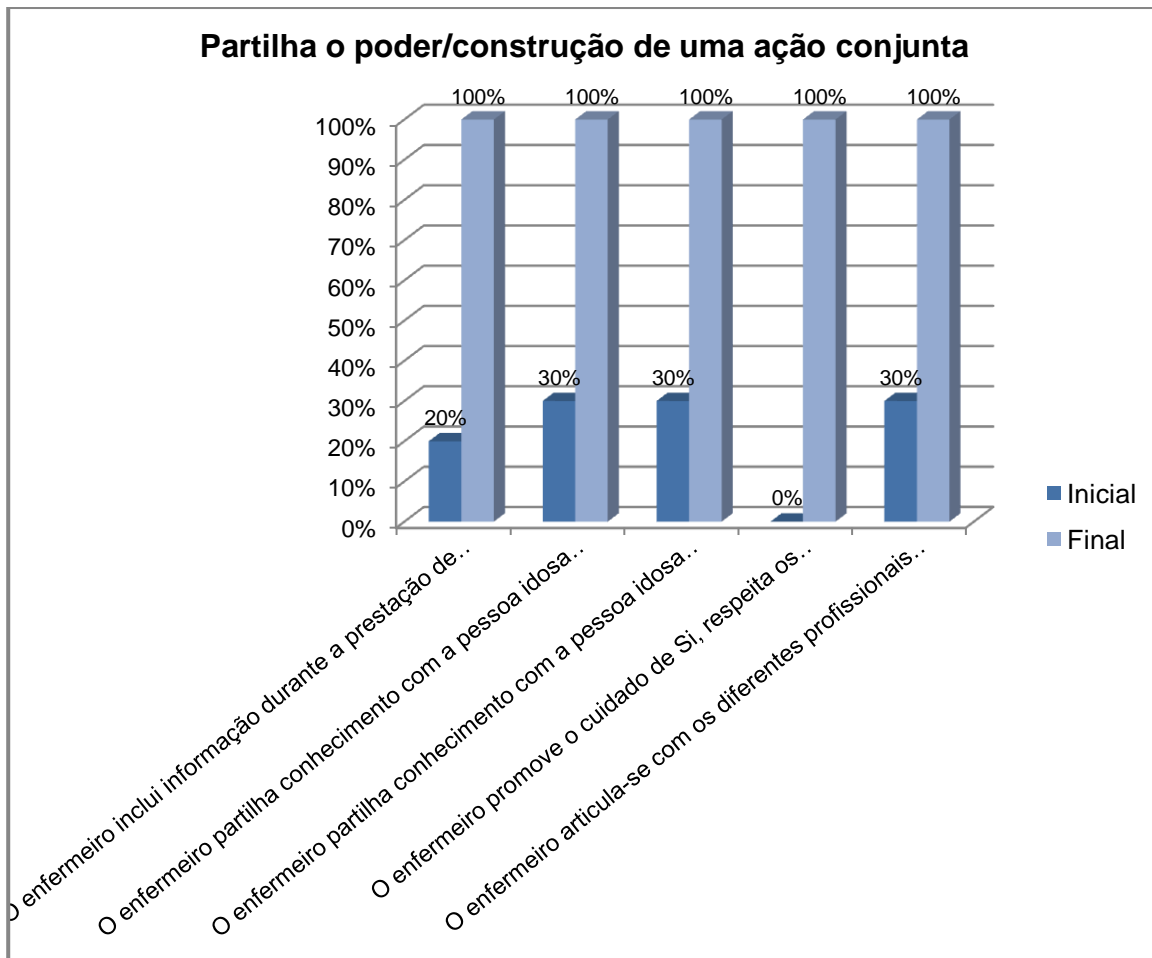
Gráfico 20 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Conhece a Pessoa Idosa/Cuidador Familiar face à sua situação de saúde” - fase de avaliação



3ª Fase do modelo de Parceria – Possibilitar/Capacitar (Gomes, 2009, 2013)

Em relação à terceira fase do modelo de parceria verificou-se que na totalidade dos processos de enfermagem se encontrava informação registada acerca do indicador **partilha o poder/construção de uma ação conjunta**. Denotou-se assim um progresso significativo em termos de registos de enfermagem em comparação com a primeira avaliação. Evolução que reflete a construção de um trabalho em parceria, nomeadamente através da mobilização dos conhecimentos dos enfermeiros sobre a pessoa idosa adquiridos nas fases anteriores, e da promoção de um processo informado e negociado, com partilha de responsabilidade e poder, com o intuito de transformar as suas capacidades potenciais em reais, possibilitando à pessoa idosa a prossecução do seu projeto de vida e saúde, assumindo o cuidado de Si (Gráfico 21).

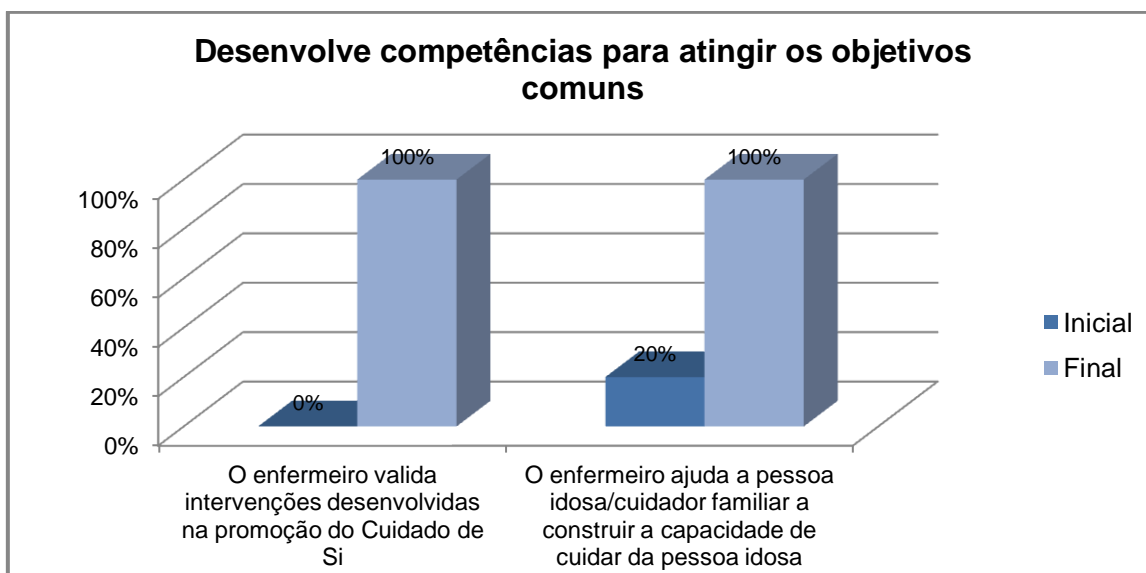
Gráfico 21 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Partilha o poder/construção de uma ação conjunta” - fase de avaliação



4ª Fase do Modelo de Parceria – Comprometer-se (Gomes, 2009, 2013)

No que refere à quarta fase do modelo de parceria, no indicador **desenvolve competências para atingir os objetivos comuns**, observou-se que na totalidade dos processos se encontrava informação registada sobre este indicador, verificando-se também relativamente a esta fase um avanço em comparação à avaliação inicial (Gráfico 22).

Gráfico 22 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Desenvolve competências para atingir os objetivos comuns” - fase de avaliação

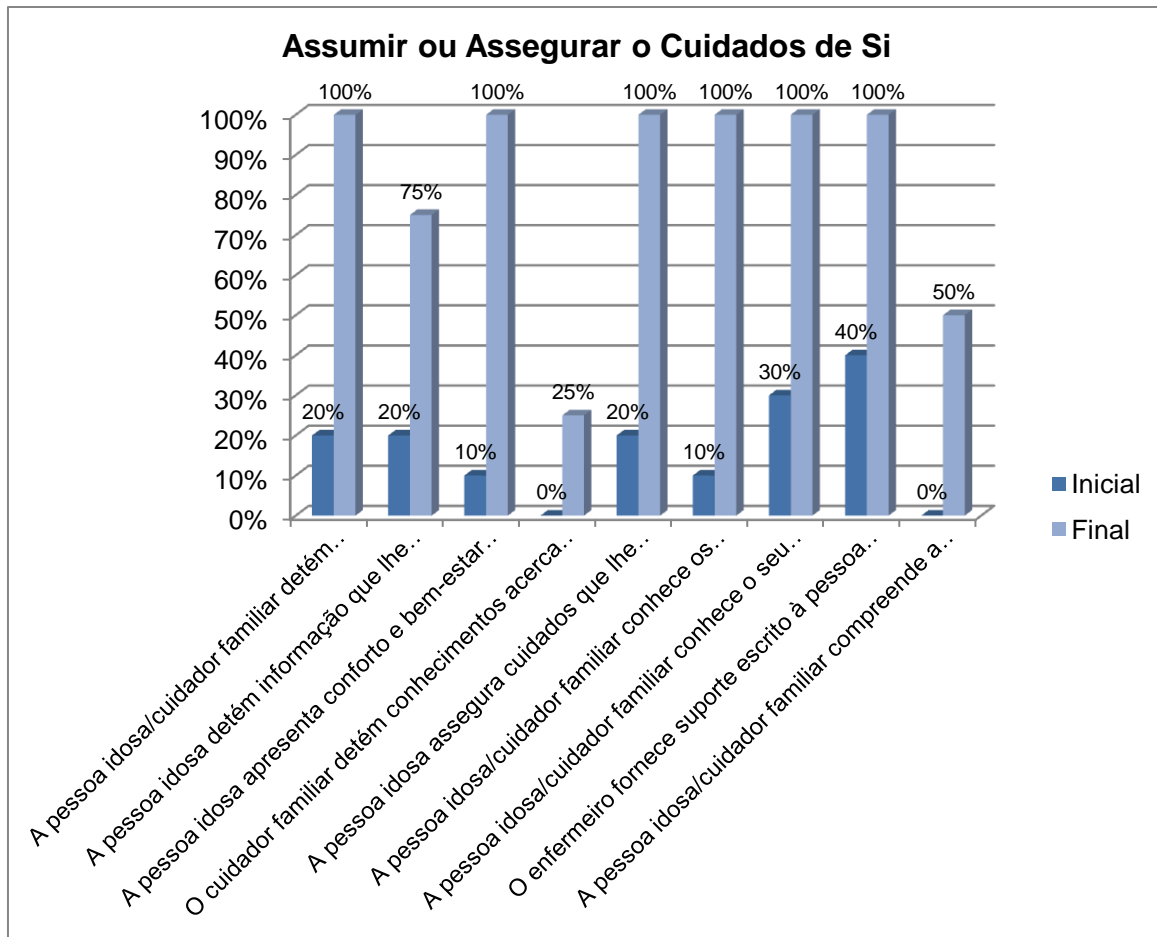


5ª Fase do Modelo de Parceria – Assumir o Controlo de Si/Assegurar o Cuidado do Outro (Gomes, 2009, 2013)

Na quinta fase do modelo de parceria, no indicador **assumir ou assegurar o cuidado de Si**, verificou-se a quase totalidade do registo de informação acerca dos itens relativos a este indicador, não aparecendo explicitamente nalguns registos, embora estivesse subentendido, informação de que o enfermeiro se assegurou que a pessoa idosa detinha informação que lhe permitisse prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde, nem de que o cuidador familiar detinha conhecimentos acerca das alternativas que lhe permitissem cuidar da pessoa idosa evitando situações de sobrecarga, bem como informação de que a pessoa idosa/cuidador familiar compreendeu a finalidade do suporte escrito fornecido. Ainda assim se

consegue verificar nesta fase uma evolução significativa na informação registada (Gráfico 23).

Gráfico 23 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Assumir ou Assegurar o Cuidado de Si” - fase de avaliação



Reflexão final

A avaliação final dos registos de enfermagem em comparação com a realizada na fase de diagnóstico, permitiu verificar uma evolução ao nível dos registos nos processos de enfermagem relativamente a todos os indicadores das diferentes fases do modelo de parceria. Penso que este progresso justifica-se, por um lado, pela reformulação do registo de monitorização das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva que, tendo por base as fases do modelo de parceria, facilitou a recolha de informação sobre a pessoa idosa e das suas necessidades individuais, contemplando informação sobre as intervenções realizadas e as estratégias definidas em conjunto para a promoção do seu projeto de vida e saúde, facilitando ainda a continuidade dos cuidados no seio da equipa. Por

outro lado, a sessão de formação realizada acerca do projeto, modelo de intervenção em parceria e avaliação multidimensional da pessoa idosa, aliada a momentos informais promovidos junto da equipa, salientado algumas das preocupações verbalizadas por estas pessoas idosas e as suas necessidades manifestas, criou alguns espaços de reflexão, que gradualmente foram dando lugar a mudança. Passou a haver uma maior preocupação com a colheita de dados, de forma a conhecer a pessoa idosa na sua globalidade, individualizar os cuidados, para posteriormente se definir objetivos comuns e delinear estratégias em conjunto, que permitam à pessoa idosa/cuidador familiar assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, ajudando-a assim a adaptar-se à sua nova condição de saúde e a prosseguir na sua trajetória de vida.

APENDICE XVIII – Guião de entrevista semi-estruturada realizada à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

Guião de entrevista semi-estruturada à pessoa idosa submetida a ostomia digestiva

Com o intuito de identificar as dificuldades sentidas pela pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar sobre os cuidados necessários para a transição para casa, e colher contributos para clarificação de estratégias no estabelecimento de uma relação de parceria com a mesma, recorreu-se à entrevista semi-estruturada, como método de colheita de dados.

Este é um método privilegiado na recolha de dados em profundidade. Segundo Fortin (1999) a entrevista semi-estruturada permite ao entrevistador elaborar perguntas principais, podendo introduzir novas questões e alterar a sua sequência, segundo a ordem que lhe convém. Permite ao entrevistador dialogar livremente, intercedendo somente para conduzir a entrevista no sentido que pretende. Permite ainda adaptar o instrumento ao nível de compreensão do entrevistado.

As questões da entrevista foram identificadas com a letra correspondente ao bloco em que se insere.

A opção metodológica para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo (Bardin, 2009). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que recorre a procedimentos sistemáticos, com a finalidade de descrever objetivamente o conteúdo das mensagens (Bardin, 2009). A análise das entrevistas é essencialmente temática (Bardin, 2009), deste modo, recorreu-se ao modelo de Parceria e às fases que o constituem (Gomes, 2009, 2013).

Assim, e de acordo com Bardin (2009) o processo de análise inicia-se com a leitura superficial, isto é, com a codificação dos dados. A organização da codificação compreende três escolhas: o recorte (referente à escolha das unidades); a enumeração (escolha das regras de contagem); a classificação e agregação (relativa à escolha das categorias).

As unidades de codificação ou de registo são as frases que indiciam uma ideia forte extraída do corpus, sendo entendidas como “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base” (Bardin, 2009, p.130).

Deste modo, após a recolha dos dados procedeu-se ao agrupamento das unidades de registo, definindo-se as categorias e as áreas temáticas tendo por base as fases do modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013). A codificação foi realizada correspondendo uma letra respeitante ao bloco da questão em análise e um número respeitante à questão (1 a 5).

Foi elaborado um guião da entrevista estruturado em três blocos:

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES FORMULADAS	OBSERVAÇÕES
<p><u>Bloco A</u></p> <p>Legitimação e motivação do entrevistado para realizar a entrevista</p>	<p>- Legitimar a entrevista</p> <p>- Motivar a participação do entrevistado para o tema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever de forma clara e sucinta os objetivos do trabalho e linhas orientadoras do mesmo; • Indagar a colaboração do entrevistado para a importância do seu contributo na prossecução do trabalho; • Requerer permissão para realizar a entrevista e para a gravação áudio integral da mesma; • Assegurar a confidencialidade das informações obtidas durante a entrevista; • Informar o cliente que, caso o deseje, ser-lhe-á fornecido o resultado do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a duração aproximada da entrevista (15 a 20 minutos). • Esclarecer todas as questões efetuadas pelo entrevistado, procurando evitar o desvio dos objetivos específicos.
<p><u>Bloco B</u></p> <p>Aquisição de dados sociodemográficos</p>	<p>- Caracterizar os sujeitos</p>	<p>Data de internamento</p> <p>Período de internamento</p> <p>Idade</p> <p>Sexo</p> <p>Escolaridade</p> <p>Estado civil</p> <p>Com quem reside</p> <p>Cuidador familiar</p>	
<p><u>Bloco C</u></p> <p>Abordar o tema da entrevista com a pessoa idosa e/ou seu cuidador</p>	<p>- Promover a reflexão da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar face aos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual o conhecimento que possui acerca da sua nova condição de saúde? 2. Qual o conhecimento que tem sobre a gestão da sua ostomia? 3. Foi-lhe oferecida a 	<ul style="list-style-type: none"> • Escutar a resposta do entrevistado, não permitindo desvios dos objetivos específicos;

familiar sobre os cuidados necessários após ser submetido a ostomia digestiva.	conhecimentos que possuem sobre os cuidados necessários com a ostomia, recursos que mobilizam e expectativas que possuem.	possibilidade de participar nos cuidados? 4. Tem conhecimento dos recursos disponíveis que pode utilizar caso necessite, quando regressar a casa? 5. Que outra informação gostaria de ter recebido?	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar questões orientadoras para a compreensão da situação.
---	---	---	--

QUESTÕES ORIENTADORAS

1) Qual o conhecimento que possui acerca da sua nova condição de saúde?

- a. Sabe que doença implicou a necessidade de ficar ostomizado?
- b. Que informação lhe foi dada acerca da sua nova condição de saúde?
- c. O conhecimento/informação trouxe algum contributo para a aceitação da sua ostomia?

2) Qual o conhecimento que tem sobre a gestão da sua ostomia?

- a. Sabe como proceder para efetuar os cuidados de higiene e de proteção da sua ostomia, e preparar/substituir os dispositivos?
- b. Teve oportunidade de experimentar a aplicação do dispositivo de ostomia e de efetuar os cuidados à mesma com os enfermeiros?
- c. Tem conhecimento dos vários tipos de dispositivos e material associado existente que se pode adequar à sua ostomia?
- d. Participou na escolha do dispositivo mais adequado à sua ostomia?
- e. Consegue identificar sinais e sintomas de complicações da ostomia e da pele peristomal?
- f. Sabe como prevenir essas complicações?
- g. Conhece os benefícios e a importância de uma alimentação equilibrada e variada e de uma hidratação adequada para a sua situação de saúde?
- h. Sabe dizer alguns alimentos que podem alterar a consistência, odor das fezes, provocar flatulência e irritação do estoma?

- i. Tem conhecimento de alguns medicamentos que podem causar alterações na consistência e cor das fezes?
- j. Tem conhecimento das comparticipações/benefícios fiscais na aquisição dos dispositivos e material associado?
- k. Sentiu que as indicações dadas acerca dos cuidados a ter foram de encontro às suas necessidades e que contribuíram para a adaptação à sua ostomia?

3) Foi-lhe oferecida a possibilidade de participar nos cuidados?

- a. Sente que lhe é dada a possibilidade de decidir sobre os seus cuidados?
- b. Sente-se envolvido nos cuidados?
- c. Considera importante a sua participação nos cuidados?

4) Tem conhecimento dos recursos disponíveis que pode utilizar, caso necessite, quando regressar a casa?

- a. Sabe a quem recorrer se tiver dúvidas?
- b. Que apoio (s) vai necessitar quando regressar a casa?

5) Que outra informação gostaria de ter recebido?

Referências Bibliográficas

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si - a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa.

Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M.A.P. Lopes. *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática* (pp.77-113). Loures: Lusociência.

APÊNDICE XIX – Corpo das respostas da entrevista realizada à pessoa idosa

Corpo das respostas da entrevista realizada à pessoa idosa

Questão 1

Sr. A – Desde que começou a ser a minha médica assistente, a doutora informou-nos, a mim e à minha filha de tudo o que se estava a passar. Depois de fazer os exames todos fui à consulta da doutora, e ela disse-me que eu tinha cancro do intestino e que era preciso ser operado. Disse-me que podia ficar com o saco ou não, que dependia da operação, mas não me explicou mais nada. Fiquei assustado, gostava que me tivesse explicado melhor aquilo que podia acontecer de menos bom. Pelo menos não teria ficado tão assustado e tão ansioso. Mas depois no dia em que fui internado aqui, vocês (enfermeiros) explicaram-me melhor as coisas e tentaram-me acalmar e eu fiquei um bocadinho menos assustado, e com as informações que nos foram dando, ajudou muito para eu conseguir lidar com a minha situação, para me adaptar ao saco e aos cuidados que agora tenho de ter.

Filha – Sabe Sra. enfermeira acho que é muito importante explicarem o que vai acontecer a família, o que é preciso nós sabermos para fazermos as coisas bem e assim sentirmo-nos mais tranquilos. E nesse aspeto os enfermeiros desde o início se preocuparam em que nós estivéssemos a par de tudo.

Questão 2

Sr. A – Sei fazer tudo quanto me foi ensinado pelos enfermeiros e a minha filha também sabe. Primeiro tenho que por o material que preciso para os cuidados tudo a mão, depois tirar o saco e a placa, ou só o saco consoante seja necessário, e lavar com água morna o estoma e a pele à volta e, secar bem, sempre sem esfregar para não sangrar. Sempre que troco o saco é muito importante olhar bem para o estoma e a pele em redor, porque podem aparecer complicações que têm de ser vistas de imediato pelo enfermeiro ou médico e por isso temos de estar sempre atentos. Sei que o estoma tem de ter uma cor rosada, porque se aparecerem pontos escuros é mau sinal, e se o estoma tiver muito inchado ou metido para dentro também. Disseram-me que posso por clara de ovo na pele, ou o spray que me mostraram se vir que está a ficar avermelhada e sensível, e deixar secar bem antes de colar a placa. Também sei que existe um pó, que também me mostraram que ajuda a pele a cicatrizar quando já está mais ferida.

Depois temos de medir o tamanho do estoma com o medidor próprio que nos deram, e com uma caneta desenhámos por cima da placa. Depois é só cortar consoante o desenho e colar a placa de baixo para cima. Explicaram-nos que se a placa fica muito larga as fezes entram em contacto com a pele e podem provocar feridas, e depois é um problema porque a placa vai descolar, mas se ficar muito apertado pode ferir o estoma. A enfermeira disse-nos também que agora nestes primeiros tempos o tamanho do estoma pode variar muito e que por isso é muito importante medir sempre antes de cortar a placa. Sei que as placas devem ser mudadas mais ou menos de três em três dias, e que o número de vezes que se troca o saco por dia pode variar, consoante a quantidade e a consistência das fezes. Aqui tenho mudado duas a três vezes por dia.

Ajudou terem-me falado sobre a minha alimentação. Disseram-me que posso comer de tudo, mas que tenho de fazer mais refeições e evitar alguns alimentos que tenho por hábito comer, porque provocam mais cheiro e mais gases e podem irritar o estoma. Também tenho de beber mais água para evitar a obstipação, e esta vai ser a parte mais difícil porque eu não gosto de água. O que me vale é que eu como muita sopa e aí também já estou a beber líquidos. Mas a minha senhora vai-me ajudar nisso, porque ela é que cozinha e como já sabemos que alimentos podem provocar diarreia ou obstipação, ou aumentar o cheiro e os gases, que estão escritos no livro que me deram e que até o leram comigo, vamos fazer como aqui aconselharam, experimentando um alimento novo de cada vez, para percebermos dia a dia o efeito que os alimentos vão ter no meu organismo e no funcionamento da minha colostomia.

Sei que existem outros sacos que se podem comprar e outros materiais para proteger a pele para além destes que me mostraram aqui. Deram-me para experimentar três sacos de diferentes firmas para eu ver com qual deles me sentia melhor, e depois passei a colocar só aquele que escolhi. Tenho conhecimento de várias firmas que vendem o material e aqui até já me deram os contactos. A enfermeira disse-me para não me preocupar que me dava alguns sacos e placas no dia que fosse para casa, mas a minha filha até já ligou para a firma que vende os sacos que escolhi e estou a usar aqui, para fazer a encomenda, assim quando chegar a casa já lá tenho o material que preciso. A enfermeira aconselhou-me a

quando sair de casa ou for viajar levar sempre comigo uma bolsa com os sacos e restante material necessário.

Fomos informados aqui das participações e benefícios fiscais e já sabemos como funciona com os reembolsos, mas quando a minha filha ligou para a firma explicaram-lhe tudo também.

Uma coisa que eu tenho em mente é que vou poder fazer a minha vida normal como fazia até aqui. Tudo o que aqui me ensinaram foi muito bom, senti que tiveram em atenção os meus hábitos para conseguirem ajudar-me a lidar e a adaptar-me à minha colostomia. E estou muito grato a todos por isso, foram formidáveis.

Questão 3

Sr. A – *Quando vim da cirurgia não me sentia bem, sentia-me abatido e depois os drenos todos que tinha provocavam-me dores e desconforto, não me conseguia mexer nem fazer nada, sentia-me mesmo em baixo. Nesses dias os enfermeiros é que cuidaram de mim e da minha colostomia, e à medida que iam fazendo iam explicando. Embora algumas vezes os enfermeiros com a pressa, por terem muito trabalho, faziam e não explicavam nem me perguntavam nada e eu aí também não perguntava para não os atrasar. Assim que me comecei a sentir melhor os enfermeiros deram-me um livro para eu ler sobre as ostomias e depois um folheto com imagens e explicação dos cuidados, e eu fiz questão de começar a tratar da minha colostomia. Dia após dia ensinaram-me, a mim e à minha filha, e incentivaram-me a participar nos cuidados até eu conseguir fazer sozinho, e procuraram saber sempre a minha opinião e a da minha filha e de como nos sentíamos, e decidiam com base naquilo que dizíamos. Nas primeiras vezes não foi fácil, tinha receio de estar a fazer mal, e fazia-me alguma impressão ver e limpar a colostomia, depois começavam a sair as fezes quando ainda estava a limpar e atrapalhava-me, e isso deixava-me triste. Mas foram-me ensinando alguns truques e agora é tudo muito mais fácil. Estou muito grato por tudo o que fizeram por mim, preocuparam-se comigo e com o meu bem-estar. Tudo o que me ensinaram eu vou cumprir e por em prática no meu dia-a-dia. Foi muito importante a minha participação nos cuidados, porque se assim não fosse, ficaria dependente de alguém para tratar de mim e o que eu mais quero é voltar a fazer a minha vida normalmente.*

Filha – *Aqui sempre se preocuparam em que o meu pai fizesse as coisas por ele, e não o tentaram substituir. Muitas vezes o incentivaram a caminhar pelo serviço ou a estar mais tempo sentado no cadeirão em vez de ir logo para a cama, ou então já na cama tentavam posicioná-lo melhor, mas incentivavam-no sempre a ser ele a colocar-se numa posição ou noutra. A medida que foi ficando sem os drenos e a sentir-se melhor começou a fazer as coisas por ele próprio, o que nos foi deixando mais satisfeitos de dia para dia. Depois começou a tratar também da colostomia, o que para nós foi uma enorme alegria, porque pensávamos que fosse mais complicado, que ele iria ter mais dificuldade, e até eu, mas não, conseguimos aprender e fazer bem. Quando me perguntaram se eu queria aprender para ajudar o meu pai eu disse logo que sim e a partir daí procuraram sempre que eu participasse nos cuidados ao meu pai. O tempo que a enfermeira nos disponibilizou, as explicações que nos deu, sempre com tempo e sem pressas, ajudou-nos muito e sei que vai ser mais fácil agora que o meu pai vai para casa. Eu gosto de estar informada e de saber o que devo fazer, e fui esclarecida em todas as minhas dúvidas pelos enfermeiros que foram incansáveis nos seus esclarecimentos. O facto de me terem dado a oportunidade de aprender e de participar nos cuidados do meu pai, facilitou muito a minha preparação para o ajudar no que ele precisar.*

Questão 4

Sr. A – *Se acontecer alguma coisa, se tiver dificuldades ou se nos parecer que o estoma ou a pele não estão bem, sei que para além de poder telefonar aqui para o serviço para esclarecer alguma dúvida, sei que posso ir minha médica de família e à enfermeira do meu centro de saúde ou posso ir ao hospital, ao serviço de urgência. Também nos informaram de outros sítios onde me poderão dar apoio em caso de necessidade, e deram-me os contactos que estão escritos neste folheto.*

Agora quando for para casa é a minha filha que me vai ajudar no que tiver mais dificuldade, porque a minha senhora com as dificuldades que tem também não pode, mas ela vai-me ajudar com a comida, com aqueles alimentos que agora vou ter de evitar para não me fazerem mal. Ainda me sinto um bocadinho cansado, mas não tenho dores e já me consigo orientar sozinho e fazer os cuidados, já os faço aqui, por isso não é difícil. Só preciso que a minha filha me corte as placas e veja se o

estoma e a pele estão bem, porque como já não vejo bem, depois não me ajeito a cortar as placas. Sra. enfermeira eu tenho uma família maravilhosa, ainda que às vezes haja intrigas entre nós, tanto irmãos como filhos, todos estão prontos a ajudar-me.

Questão 5

Sr. A – *Eu creio que não tenho necessidade de mais informação, nem eu nem a minha filha, isto é tanta coisa, mas acho que nos explicaram tudo o que é preciso saber. Já me tiraram os pontos e tudo por isso já não preciso de ir ao centro de saúde fazer penso nem nada. Só não percebi se devo colocar alguma pomada? Disseram-me só que tenho de ir vendo se a cicatriz está bem, e que se ficasse vermelha e quente teria de ir ao centro de saúde para observarem. Já me deixaram a consulta marcada e tudo. Vamos lá ver como vai correr. Mas também já sei, e fico mais descansado por isso, que se tiver alguma dúvida ou dificuldade posso telefonar aqui para o serviço para me ajudarem. Disseram-me que estão sempre à disposição e eu sinto-me mais seguro por isso.*

APÊNDICE XX – Análise de Conteúdo da entrevista realizada à pessoa idosa

Análise de conteúdo da entrevista realizada à pessoa idosa

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
CONHECIMENTO ACERCA DA SUA NOVA CONDIÇÃO DE SAÚDE	Demonstra conhecimento sobre o processo de saúde	<p>“ (...) disse-me que eu tinha cancro do intestino e que era preciso ser operado. Disse-me que podia ficar com o saco ou não, que dependia da operação (...)” (C1)</p> <p>“ (...) os enfermeiros desde o início se preocuparam em que nós estivéssemos a par de tudo.” (C1)</p>
	A informação recebida contribuiu para a aceitação da sua nova condição de saúde	<p>“ (...) com as informações que nos foram dando, ajudou muito para eu conseguir lidar com a minha situação, para me adaptar ao saco e aos cuidados que agora tenho de ter.” (C1)</p>
CONHECIMENTO SOBRE OS CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra conhecimento sobre os cuidados de higiene e de proteção do estoma e pele periestomal	<p>“Primeiro tenho que por o material que preciso para os cuidados tudo a mão, depois tirar o saco e a placa, ou só o saco consoante seja necessário, e lavar com água morna o estoma e a pele à volta e, secar bem, sempre sem esfregar para não sangrar.” (C2)</p> <p>“(...) posso por clara de ovo na pele, ou o spray que me mostraram se vir que está a ficar avermelhada e sensível, e deixar secar bem antes de colar a placa. Também sei que existe um pó, que também me mostraram que ajuda a pele a cicatrizar quando já está mais ferida.” (C2)</p>

	<p>Demonstra conhecimento sobre a aplicação do dispositivo de ostomia e diverso material existente</p>	<p>“Depois temos de medir o tamanho do estoma (...) com uma caneta desenhámos por cima da placa. Depois é só cortar consoante o desenho e colar a placa de baixo para cima. (...) se a placa fica muito larga as fezes entram em contacto com a pele e podem provocar feridas, e depois é um problema porque a placa vai descolar, mas se ficar muito apertado pode ferir o estoma.” (C2)</p> <p>“(...) as placas devem ser mudadas mais ou menos de três em três dias, e que o número de vezes que se troca o saco por dia pode variar, consoante a quantidade e a consistência das fezes.” (C2)</p> <p>“Sei que existem outros sacos que se podem comprar e outros materiais para proteger a pele para além destes que me mostraram aqui.” (C2)</p>
	<p>Participou na escolha do dispositivo mais adequado à sua ostomia</p>	<p>“Deram-me para experimentar três sacos de diferentes firmas para eu ver com qual deles me sentia melhor, e depois passei a colocar só aquele que escolhi.” (C2)</p>
	<p>Demonstra conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações associadas à ostomia</p>	<p>“Sempre que troco o saco é muito importante olhar bem para o estoma e a pele em redor, porque podem aparecer complicações que têm de ser vistas de imediato pelo enfermeiro ou médico (...)” (C2)</p> <p>“Sei que o estoma tem de ter uma cor rosada, porque se aparecerem pontos escuros é mau sinal, e se o estoma tiver muito inchado ou metido para dentro também.” (C2)</p>

	<p>Demonstra conhecimento sobre os cuidados com a alimentação e hidratação</p>	<p>“(...) posso comer de tudo, mas que tenho de fazer mais refeições e evitar alguns alimentos que tenho por hábito comer, porque provocam mais cheiro e mais gases e podem irritar o estoma. Também tenho de beber mais água para evitar a obstipação (...)” (C2)</p> <p>“(...) como já sabemos que alimentos podem provocar diarreia ou obstipação, ou aumentar o cheiro e os gases (...), vamos fazer como aqui aconselharam, experimentando um alimento novo de cada vez, para percebermos dia a dia o efeito que os alimentos vão ter no meu organismo e no funcionamento da minha colostomia.” (C2)</p>
	<p>Demonstra conhecimento sobre as participações/benefícios fiscais na aquisição dos dispositivos e material associado</p>	<p>“Fomos informados aqui das participações e benefícios fiscais e já sabemos como funciona com os reembolsos, mas quando a minha filha ligou para a firma explicaram-lhe tudo também.” (C2)</p>
	<p>Sentiu que as indicações dadas foram de encontro às suas necessidades</p>	<p>“Tudo o que aqui me ensinaram foi muito bom, senti que tiveram em atenção os meus hábitos para conseguirem ajudar-me a lidar e a adaptar-me à minha colostomia.” (C2)</p>

PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS	Foi fornecida informação sobre os cuidados	<p>“Nesses dias os enfermeiros é que cuidaram de mim e da minha colostomia, e à medida que iam fazendo iam explicando.” (C3)</p> <p>“ (...) foram-me ensinando alguns truques e agora é tudo muito mais fácil”. (C3)</p> <p>“Tudo o que me ensinaram eu vou cumprir e por em prática no meu dia-a-dia.” (C3)</p> <p>“Eu gosto de estar informada e de saber o que devo fazer, e fui esclarecida em todas as minhas dúvidas pelos enfermeiros (...)” (C3)</p>
	Decide sobre os cuidados	<p>“ (...) eu fiz questão de começar a tratar da minha colostomia.” (C3)</p> <p>“ (...) procuraram saber sempre a minha opinião e a da minha filha e de como nos sentíamos, e decidiam com base naquilo que dizíamos.” (C3)</p> <p>“Quando me perguntaram se eu queria aprender para ajudar o meu pai eu disse logo que sim (...)” (C3)</p>
	Sentiu-se incluído nos cuidados	<p>“Dia após dia ensinaram-me (...) e incentivaram-me a participar nos cuidados até eu conseguir fazer sozinho (...)” (C3)</p> <p>“(...) preocuparam-se comigo e com o meu bem-estar.” (C3)</p> <p>“Aqui sempre se preocuparam em que o meu pai fizesse as coisas por ele, e não o tentaram substituir.” (C3)</p> <p>“(...)procuraram sempre que eu participasse nos cuidados ao meu pai.” (C3)</p>
	Atitude Passiva	<p>“ (...) algumas vezes os enfermeiros (...) faziam e não explicavam nem me perguntavam nada e eu aí também não perguntava para não os</p>

		atrasar.” (C3)
ARTICULAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE	Demonstra conhecimentos sobre os recursos disponíveis para assegurar o Cuidado de Si	<p>“ (...) sei que para além de poder telefonar aqui para o serviço para esclarecer alguma dúvida, sei que posso ir minha médica de família e à enfermeira do meu centro de saúde ou posso ir ao hospital, ao serviço de urgência.” (C4)</p> <p>“Também nos informaram de outros sítios onde me poderão dar apoio em caso de necessidade, e deram-me os contactos que estão escritos neste folheto.” (C4)</p>
	Antecipa necessidades de articulação	<p>“ (...) é a minha filha que me vai ajudar no que tiver mais dificuldade, porque a minha senhora com as dificuldades que tem também não pode, mas ela vai-me ajudar com a comida(...)” (C4)</p> <p>“Só preciso que a minha filha me corte as placas e veja se o estoma e a pele estão bem (...)” (C4)</p> <p>“ (...) tenho uma família maravilhosa, (...) tanto irmãos como filhos, todos estão prontos a ajudar-me.” (C4)</p>
INFORMAÇÃO QUE A PESSOA IDOSA GOSTARIA DE TER RECEBIDO		<p>“Eu creio que não tenho necessidade de mais informação, nem eu nem a minha filha(...)” (C5)</p> <p>“Já me tiraram os pontos e tudo por isso já não preciso de ir ao centro de saúde fazer penso nem nada. Só não percebi se devo colocar alguma pomada?” (C5)</p>