



# **Analisar a adaptação da pessoa à ostomia de eliminação intestinal**

**Sílvia Marisa Gonçalves Bento**

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto  
Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica

Orientador científico:

Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Bragança, novembro 2023

Bento SMG. (2013). Analisar a adaptação da pessoa á ostomia de eliminação. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

# COMPROVATIVO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTFFICO

The screenshot displays a web interface for a journal submission system. The top navigation bar includes the 'SERVIR' logo, a 'Tarefas' (Tasks) section with a '0' indicator, and user information for 'silviabento'. The main content area shows the article title '33834 / Bento et al. / Analisar a Adaptação da Pessoa à Ostomia de Eliminação' and a 'Biblioteca Submissão' button. Below this, there are tabs for 'Fluxo de trabalho' and 'Publicação'. Under 'Publicação', there are sub-tabs for 'Submissão', 'Revisão', 'Edição de cópia', and 'Produção'. The 'Submissão' tab is active, showing a section titled 'Ficheiros Submissão' with a search icon and a list of files. One file is listed: '148255-2 silviabento, Analisar a adaptação da pessoa à ostomia de eliminação intestinal.docx (2)', dated 'Novembro 30, 2023', and categorized as 'Textos Originais'. A 'Download Todos Ficheiros' button is present. Below this is a 'Pré-Revisão Discussões' section with an 'Adicionar discussão' button and a table with columns for 'Nome', 'De', 'Última Resposta', 'Respostas', and 'Fechado'. The table currently shows 'Sem Itens'.

Servir

Tarefas 0

Português Ver Site silviabento

33834 / Bento et al. / Analisar a Adaptação da Pessoa à Ostomia de Eliminação

Biblioteca Submissão

Fluxo de trabalho Publicação

Submissão Revisão Edição de cópia Produção

Ficheiros Submissão Pesquisar

148255-2 silviabento, Analisar a adaptação da pessoa à ostomia de eliminação intestinal.docx (2) Novembro 30, 2023 Textos Originais

Download Todos Ficheiros

Pré-Revisão Discussões Adicionar discussão

Nome	De	Última Resposta	Respostas	Fechado
Sem Itens				

*“A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria.  
Não lhes proporcioneis apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração”*

Madre Teresa de Calcutá

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus da minha vida, Luís, Leonor e Pedro, pelos momentos suprimidos, mas não esquecidos. A ti, São pelas lutas que travaste...este trabalho foi por ti.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família pelo tempo dispensado, pelos valores transmitidos, apoio e compreensão.

Agradeço aos meus amigos, pela paciência em momentos de mais desalento e menos inspiração ... sempre lá com palavras de incentivo e motivação. Em especial à Luísa, pelo companheirismo desta batalha.

Agradeço à Unidade Local de Saúde e aos serviços colaborantes na realização deste trabalho, Cirurgia Homens, Consultas Externas e Medicina Intensiva, onde em todos eles construí caminho que facilitou esta pesquisa.

Agradeço à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, por me permitirem a conclusão deste percurso académico.

Agradeço à orientadora desta investigação, Professora Doutora Matilde Martins, pela dedicação e empenho na sua orientação.

Agradeço a quem direta e indiretamente, contribuíram para a conclusão desta etapa académica.

Obrigada...

## RESUMO

**Enquadramento:** A construção de uma ostomia de eliminação intestinal, confere à pessoa portadora, necessidades acrescidas e processos de transição, sendo obrigada a adaptações e transformações em todos os níveis.

**Objetivos:** Analisar os fatores que influenciam a adaptação da pessoa à ostomia de eliminação numa consulta de Estomaterapia de uma unidade local de saúde do norte de Portugal.

**Método:** Estudo analítico transversal, com 21 doentes portadores de ostomia de eliminação, seguidos em Consulta de Enfermagem de Estomaterapia, durante o mês de julho de 2023. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado a Escala de Adaptação à Ostomia de Eliminação, após autorização prévia da sua autora. Este teve o parecer favorável da Comissão de Ética.

**Resultados:** A maioria dos doentes são do sexo masculino (66,7%), com uma média de idades de 69,14 anos, casados ou em união de facto, com o ensino básico, sendo 66,7% reformados e vivem 61,9% com o companheiro. 85,7% possuem colostomia, definitivas 57,1%. O total da escala apresentou o valor médio de  $177,49 \pm 19,62$  pontos evidenciando boa adaptação à ostomia. As características sociodemográficas e clínicas, não se associaram com as dimensões e com o total da Escala de adaptação à ostomia de eliminação.

**Conclusão:** Registamos uma boa adaptação. Sugerimos a elaboração de um guia de cuidados ao doente ostomizado, de forma a serem apreendidos de forma uniforme, os ensinamentos ministrados assim como o reforço das práticas de enfermagem.

**Palavras-chave:** Ostomia; Adaptação; Dimensão em Enfermagem; Estomaterapia

## **ABSTRACT:**

**Theoretical framework:** The construction of an intestinal elimination ostomy gives the carrier increased needs and transition processes, being forced to adaptations and transformations at all levels.

**Objectives:** To analyze the factors that influence the person's adaptation to the elimination ostomy in a Stomatherapy consultation of a local health unit in the north of Portugal.

**Methodology:** This is a cross-sectional analytical study with 21 patients with elimination ostomy, followed in a Stomatherapy Nursing Consultation, during the month of July 2023. The Elimination Ostomy Adaptation Scale was used as a data collection instrument, after prior authorization from the author. This was approved by the Ethics Committee.

**Results:** The majority of patients are male (66.7%), with an average age of 69.14 years, married or in a non-marital relationship, with basic education, 66.7% are retired and 61.9% live with their partner. 85.7% had a colostomy, 57.1% had a permanent colony. The total of the scale presented a mean value of  $177.49 \pm 19.62$  points, showing good adaptation to the ostomy. Sociodemographic and clinical characteristics were not associated with the dimensions and total of the Elimination Ostomy Adaptation Scale.

**Conclusive** We have adapted well. We suggest the elaboration of a care guide for ostomized patients, in order to be apprehended in a uniform way, the teachings given as well as the reinforcement of nursing practices.

**Keywords:** Ostomy; Adaptation; Nursing Dimension; Stomatherapy

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APECE – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia

CE – Comissão de Ética

CEE - Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EAOE – Escala de Adaptação a Ostomia de Eliminação

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOA – *International Ostomy Association*

IPO – Instituto Português de Oncologia

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OdE – Ostomia de Eliminação

OEI – Ostomia de Eliminação Intestinal

OMS – Organização Mundial de Saúde

QdV – Qualidade de Vida

UE – União Europeia

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ULSNE - Unidade Local de Saúde no Nordeste

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO .....	17
1. Ostomias de eliminação intestinal .....	17
1.1 Pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal .....	20
2. Capacitação e autocuidado.....	22
2.1 Qualidade de vida do doente ostomizado.....	27
3. Consulta de Enfermagem de Estomaterapia .....	28
3.1 Intervenção do enfermeiro .....	30
II – ESTUDO EMPÍRICO.....	34
1. Metodologia.....	34
1.1 Tipo de Estudo .....	34
1.2 População e Amostra.....	34
1.3 Instrumento de Recolha de Dados.....	35
1.4 Procedimentos Éticos e de Recolha de Dados .....	36
1.5 Variáveis de estudo e Operacionalização.....	36
1.6 Procedimentos de análise dos Dados .....	37
2. Apresentação e Análise dos Resultados.....	39
3. Discussão dos Resultados .....	46
CONCLUSÃO .....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	55
ANEXO I.....	63
Escalas de Normalidade.....	63
ANEXO II.....	68
Consentimento Informado .....	68
ANEXO III .....	70
Instrumento de recolha de dados .....	70
ANEXO IV .....	76
Parecer da Comissão de Ética e Autorização do Conselho de Administração .....	76
ANEXO V.....	78

Pedido e Autorização da para aplicação da EAOE.....	78
ANEXO VI .....	80
Escala de adaptação á ostomia de eliminação .....	80
ANEXO VII.....	84
Relatório Final de Estágio Profissional apresentado á Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	84

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> – Diagramas de Extremos e Quartis das Dimensões da Escala .....	45
<b>Tabela 1</b> – Caracterização Sociodemográfica da Amostra .....	39
<b>Tabela 2</b> – Caracterização Clínica da Amostra .....	39
<b>Tabela 3</b> – Caracterização da Constituição das Dimensões da escala e Consistência....	40
<b>Tabela 4</b> – Correlação de <i>Spearman</i> Entre as Dimensões e o Toral EAOE, Medidas Descritivas .....	43
<b>Tabela 5</b> – Relação Entre as Dimensões e Total EAOE com As Variáveis Sociodemográficas e Clínicas .....	45

## INTRODUÇÃO

A Saúde tem-se tornando, ao longo dos tempos um bem cada vez mais precioso, devendo ser por isso, cuidado e mantido, em que os promotores são o próprio doente, a família/cuidador, os profissionais de saúde e sociedade em geral, Costa (2016). Sendo um dos grandes objetivos de os profissionais de saúde promover a saúde, cuidar da doença e prevenir as complicações. Para uma promoção da saúde, a intervenção do enfermeiro é fundamental, capacitando o doente e a sua família e/ou cuidador com habilidades de autocuidado, ajudando-os a adotar estratégias e conhecimentos, para a aquisição de bem-estar, Antunes (2016). Para o mesmo autor, a capacitação só pode ser adquirida, quanto maior for a literacia em Saúde, que temporalmente, tem ocupado um papel crescente nos sistemas de saúde. Para Galvão et al. (2021, pp. 9-10), os sistemas de saúde são influenciados pelas transformações sociais, direcionando-se para um modelo de Saúde mais colaborativo e participativo, possibilitando assim, o acesso à informação por parte das pessoas, podendo estas fazer melhor escolhas, de forma livre e esclarecida. Os mesmos defendem que, esta capacidade de tomada de decisão são desafiantes para os enfermeiros, levando a que haja da sua parte investigação, levantamento de dificuldades, delimitação de estratégias e o aprofundar de conhecimentos ao longo do processo de interação com o doente, de forma a ser ajustável e transformável, mediante a capacidade de aquisição de informação da parte do doente e da família/cuidador.

A par desta evolução e transformação social, segundo Monteiro (2017), a vida do indivíduo sofre alterações do seu estado de saúde, que o levam à necessidade de adquirir competências, face às novas transformações que daí advêm. Uma das causas apontadas para tal, é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), já desde 2008, o cancro e por consequente, as suas elevadas taxas de morbilidade, e até mesmo de mortalidade. Segundo dados apresentados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em (2023), em Portugal é a segunda causa de morte, embora seja das incidências mais baixas, quando comparado com os seus homólogos da União Europeia. O carcinoma colorretal, é em Portugal, segundo dados de 2018 referidos por Santiago e Paiva (2021), o principal diagnóstico de neoplasia, com 17,6% dos casos diagnosticados. A ostomia de eliminação surge, muitas das vezes, como consequência deste tumor maligno, não sendo mais que uma abertura criada na parede abdominal, através da superfície

da pele, funcionando como porta de eliminação do produto a excretar, substituindo o sistema normal de eliminação, Reis (2015).

As mudanças ocorridas, geram então, necessidade os doentes estarem capacitados para tomadas de decisões, tendo o enfermeiro, um papel importante na aquisição e desenvolvimento de competências da pessoa portadora de ostomia de eliminação, centrando-se na ajuda à adaptação às mudanças em diferentes níveis, tendo como objetivo proporcionar uma melhor qualidade de cuidados e assistência, que são traduzindo em ganhos em saúde e qualidade de vida. Esta ideia, é corroborada por autores como Silva (2018), que na sua prática diária como enfermeiro, refere a valorização da relação enfermeiro/doente, como determinante na certificação de qualidade de um serviço, sendo um bom indicador de qualidade dos cuidados, obtendo ganhos em saúde. O mesmo autor, defende que, a base da assimilação, da acomodação e desenvolvimento de competências, é a comunicação.

Este processo de adaptação à nova condição física, vai desde uma condição de vida estável para uma mudança, que desencadeiam oportunidades de melhoria ou vulnerabilidade, segundo Leite (2020). Torna-se cada vez mais necessária, a prática e divulgação de uma linguagem universal, sendo clara e concisa, captando a atenção do utente, replicando os ensinamentos apreendidos, na perspectiva de Falkenberg et al., (2014). Deve ser estabelecida uma relação terapêutica, entre o enfermeiro e a sua equipa, com o doente, ajudando em muito, na diminuição de sentimentos de incertezas e angústias, causadas pela hospitalização, na construção da ostomia, Campos (2017).

Segundo Neves (2017), para Meleis o padrão de resposta da pessoa face às diversas transições a que está sujeita, podem ser condições facilitadoras ou inibidoras na sua aquisição. Estas condições podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro tendo por base a teoria das transições, estabelecendo intervenções, de forma a poder proporcionar transições saudáveis no processo de adaptação à nova condição de vida, ser portador de uma ostomia. Assim, e segundo Costa (2016), a enfermagem deve atuar holisticamente em todas as dimensões do cuidar de forma a que o seu exercício seja orientado num contexto de mudanças, pressupondo a transição como um processo dinâmico. Esta afirmação é corroborada por Peixoto et al. (2021) que defende a existência por parte do enfermeiro, de compreensão face ao aparecimento de complicações na pessoa ostomizada, como sendo fundamental para a sua prevenção e tratamento, onde, o

enfermeiro de Estomaterapia a assume uma intervenção relevante e imprescindível ao longo da vida do doente ostomizado. Este processo deve ser iniciado desde a pré confecção do estoma, durante e no pós-cirúrgico, na consulta de enfermagem de Estomaterapia (CEE), funcionando, muitas das vezes como elo de ligação entre o doente/família, e a restante equipa multidisciplinar, Peixoto et al. (2021).

A CEE, pretende ser um instrumento de aconselhamento de forma a promover a autonomização do doente e seus familiares/cuidadores, ou seja, consigam ter transições saudáveis, minimizando as transições insalubres ou ineficazes. Ao longo do acompanhamento, tanto durante o internamento, como posteriormente em ambulatório, na CEE, são explanados procedimentos de como realizar uma boa limpeza local, da importância de uma boa aderência da placa à pele, da correta medição do estoma e seu recorte, periodicidade de troca dos dispositivos e manutenção, segundo Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE)(2012). Simões (2002) e Silva e Amorim (2017), defendem também, que este momento de consulta deve ter como temas a qualidade de vida, cuidados alimentares a adotar, aspetos relacionados com a autoimagem, com a vida social, familiar e até mesmo sexual do ostomizados, são, também alguns aspetos a abordar, assim como onde o ostomizado e família/cuidador são alertados para os sinais de complicações que poderão surgir ideias complementadas.

Tendo por base os modelos conceptuais de Enfermagem, a teoria das transformações de Meleis, a teoria do autocuidado de Orem e a escala de adaptação a ostomia de eliminação, onde são estudadas categorias como o autocuidado, o autoconceito, a aceitação positiva, a interação sexual e a aceitação negativa, foram definidos o objetivo geral e os seguintes objetivos específicos deste estudo.

Definiu-se como objetivo geral:

- Analisar os fatores que influenciam a adaptação à ostomia de eliminação em pessoas seguidas numa consulta de Estomaterapia de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal.

E como objetivos específicos:

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos participantes;
- Identificar os fatores de adaptação à ostomia de eliminação;

- Identificar as principais categorias de adaptação à ostomia de eliminação;
- Analisar a associação entre a adaptação à ostomia de eliminação e as características sociodemográficas e clínicas dos participantes;
- Correlacionar as categorias de adaptação à ostomia de eliminação.

Este estudo, surge como resposta a uma exigência curricular no âmbito do Relatório Final de estágio (ANEXO VII), do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente de Pessoa em Situação Crítica, foi-nos proposta a realização de um trabalho de dissertação. Encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira o Enquadramento Teórico do Estudo, onde são explanados conceitos e temas considerados pertinentes para o enquadramento da temática em questão, divididos por 3 capítulos. A segunda parte, diz respeito ao Estudo Empírico, onde está contemplada a metodologia utilizada, apresentação e análise dos resultados, e a sua discussão.

## I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

Neste capítulo serão abordados teoricamente os conceitos em causa, de forma a sustentar a metodologia posteriormente utilizada, tendo por base o objetivo principal deste estudo.

A presença de uma ostomia, ou seja, realização cirúrgica de um estoma, seja de que origem for, pode desencadear no seu portador, sentimentos de angústia, revolta, negação, isolamento social, segundo autores como Miranda (2013) e Reis (2015). Neste contexto, Pinho et al. (2018), considera que a vivência deste processo de transição saúde/doença por parte da pessoa ostomizada, determina significativamente a capacidade de autocuidado da pessoa, tendo repercussões ao nível motor, cognitivo e afetivo. Para Meleis, citado por estes mesmo autores, os enfermeiros têm uma ação importante na preparação da pessoa para as transições eminentes, facilitando o processo de aprendizagem e capacitação que advêm das experiências de saúde/doença.

### 1. Ostomias de eliminação intestinal

Para abordar esta temática, torna-se imperativo a distinção entre dois grandes conceitos, estoma e ostomia. O termo “estoma” sobejamente conhecido na área de Estomaterapia, é referido por diversos autores, como Miranda (2013) e corresponde à tradução do termo grego *stóma*, que significa “boca”. Existem diferentes tipos de estomas, de acordo com o órgão que cirurgicamente é derivado. Para (Carvalho, Cubas, & Nóbrega, 2016) estoma significa “(...) uma abertura visceral através da pele, realizada por meio de um ato cirúrgico, com a finalidade de promover respiração, alimentação ou eliminação.” Por outro lado, o termo “ostomia” designa a abertura realizada cirurgicamente, por forma a criar um novo trajeto para a saída das fezes, através da parede abdominal.

Os estomas têm diferentes nomes, consoante a vísceras exteriorizada e a função a que se destina, e podem ser divididos, mediante a função, como de eliminação intestinal, eliminação urinária, respiratório e de alimentação, como mencionado por Janeiro (2019). Sendo a realização de uma ostomia, independentemente da sua função, algo que altera ao ostomizado a sua autoestima, a sua imagem corporal e o seu dia-a-dia, torna-se importante

um acompanhamento diferenciado e personalizado o mais precoce quanto possível, na visão de Cruz et al., (2020). Já em 2002, Simões (2002) referia que a resposta personalizada às necessidades do ostomizado, deve ser de forma a lhe devolver uma vida o mais normal possível, isenta de estigmas e marginalizações, sendo, portanto, umas das principais funções a enfermagem, ajudar as pessoas a viverem o melhor possível com a sua doença.

Segundo Carvalho et al. (2016), uma ostomia de eliminação intestinal é, portanto, realizada quando de forma temporária ou definitiva, o intestino está impedido de realizar as suas funções, havendo uma exteriorização dessa parte do intestino, quer grosso ou delgado, para a superfície da parede abdominal. No presente estudo irei apenas abordar os estomas de eliminação intestinal. Para (Miranda L. , 2013) as ostomias de eliminação intestinal “(...) apresentam especificidades próprias no que se refere à consistência das fezes, cuidados específicos, material de recolha, complicações e requisitos especiais de adaptação aos estilos de vida.” Na norma (DGS, 015/2016), a realização “(...) de ostomias de eliminação intestinal (cumprem funções de desvio, descompressão ou acesso ao lúmen intestinal) deve ser considerada, de acordo com a situação clínica e contexto individual (...)”. Este mesmo documento preconiza que as indicações para realização de ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto. Um estoma íntegro e com boa evolução, tem por norma o seguinte aspeto: coloração rosa forte ou vermelho vivo, brilhante o com formato regular, sem edemas, ulceração ou nódulos na mucosa ou sinais de hemorragia e pele perístoma limpa, refere Silva (2022).

Idealmente, preconiza-se, como refere Real (2017), que a confeção de uma ostomia, eletiva ou de urgência, implique a marcação do local provável do estoma, tendo em conta diversos fatores, como a fácil visualização do doente, o músculo reto abdominal, linha da cintura, cicatrizes prévias e pregas cutâneas, devem ser evitadas. Estes fatores são importantes na aquisição da autonomia do cuidado e melhor adesão ao sistema coletor. Segundo Real (2017), torna-se este momento primordial e condicionante na qualidade de vida do ostomizado, prevenindo grande número de complicações pós-cirúrgicas.

Embora em Portugal não existam dados que evidenciem a realidade do número de pessoas com ostomia, sabe-se, no entanto, segundo dados apresentados pela APECE (2023) no Congresso Nacional de Estomaterapia, existam cerca de 22 000 pessoas com ostomias em Portugal, sendo 90% portadores de ostomias de eliminação.

É referido por Antunes (2016), que o cancro colorretal, em pessoas com mais de 65 anos, está em crescimento, prevendo-se, portanto, um aumento na realização de colostomia, em consequência disso. As ostomias de eliminação intestinal estão afetas às ostomias do aparelho digestivo, onde um segmento intestinal, colon ou íleo, é exteriorizado à face da parede abdominal, Miranda (2013), e APECE (2012), referem que, mediante a sua localização a ostomia de eliminação intestinal (OdE) ser classificadas de:

- *Ileostomia*: realizada cirurgicamente por forma a trazer o íleo à superfície da parede abdominal, onde o seu efluente é líquido, continuo e de constituição altamente irritante para a pele;
- *Colostomia*: ostomia realizada no colon, podendo ser no cego, no colon ascendente, colon transverso, colona descendente ou no sigmóide. Mediante a posição anatómica, assim também a consistência e características das fezes será diferente. As fezes passam a ser mais líquidas se for Cecostomia, semilíquidas se falamos de colostomia ascendente, pastosas e semissólidas, se forem colostomia do transverso e descendente, respetivamente. Por fim quando se trata de uma colostomia sigmóidea, as fezes têm uma consistência sólida.

Todas as ostomias de eliminação podem ser classificadas mediante a sua duração, ou tempo de permanência, como sendo temporárias ou definitivas, segundo Consensus Paper – Ostomias de Eliminação (2023). Em que as ostomias temporárias são realizadas com permanência limitada, existindo a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal. Sendo que as ostomias definitivas ou permanentes, que por norma estão associadas a situações patológicas mais graves, são realizadas de forma irreversível, não havendo reconstrução do trânsito intestinal, como refere Miranda (2013).

Quanto à etiologia das ostomias de eliminação intestinal, segundo APECE (2012) as ileostomias podem resultar de intervenções cirúrgicas relacionadas com casos graves de colite ulcerosa, no tratamento de doenças inflamatórias intestinais, na doença de Crohn, na derivação do trânsito para proteção das anastomoses, tumores colorretais, doença diverticular e traumatismos. As colostomias são construídas geralmente no tratamento de obstruções graves, agudas e irreversíveis do colon, proteção de anastomoses coloanal ou colorretal, neoplasias colon e reto, perfurações intestinais e traumatismo. Embora seja, o cancro colorretal o principal motivo que pode levar à confeção de uma ostomia de

eliminação intestinal (OEI) tem, segundo Krouse et al, (2016) citado por Silva et al. (2016).

A deteção precoce ou rastreio do cancro colorretal, nomeadamente através da colonoscopia, é referido por Monteiro (2017), como sendo um fator determinante, quando realizado de forma eficaz, para a redução da sua taxa de incidência e mortalidade. Em Portugal, o rastreio do cancro colorretal, faz parte dos programas de base financiado por políticas publicas, embora a sua taxa de adesão seja inferior à média da União Europeia (UE), demonstrando, segundo dados da OCDE (2023), a necessidade de investimento de forma a aumentar a cobertura geográfica.

A localização anatômica do tumor, a escolha do tratamento, da técnica cirúrgica, o estadio da doença, são alguns dos fatores determinantes para a decisão do restabelecimento do transito intestinal, assim como prevenção de complicações, segundo Monteiro (2017).

### **1.1 Pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal**

A construção de estoma, seja de que etiologia for, implica alterações a vários níveis na pessoa portadora. Sendo estas transformações tanto de ordem física, como emocional e social, familiar e afetiva, podendo mesmo a gerar sentimentos de repulsa em relação a si próprios, como refere Nascimento et al. (2011). Viver com uma ostomia, requer da parte do doente ostomizado mudanças no seu estilo de vida, na sua autoimagem e adaptações no seu papel na sociedade, que terão impacto na sua saúde e na sua qualidade de vida, Monteiro (2017), Neves (2017) e Real (2017). Para Neves (2017), as alterações físicas que mais estão presentes na vida do doente ostomizado, são a mudança da imagem corporal, a incontinência de gases e fezes, o odor, a alimentação, alterações no vestuário, assim como a necessidade de planeamento das saídas de casa e das viagens, a utilização de dispositivos coletores e as complicações associadas ao estoma. Um dos símbolos da socialização, que se torna diferenciador do comportamento animal, é a continência, condição suprimida com a presença do estoma, que pode levar à ausência de controlo esfinteriano, Silva et al. (2016), sendo muitas das vezes esta incontinência, tida como um processo de regressão. Esta perda abrupta do controlo fecal, pela presença da OEI, é vivenciada muitas vezes como uma mutilação física, dificultando a sua integração sociocultural, como refere Monteiro (2017). Para a mesma autora, esta mutilação

representada pelo uso do saco coletor, que influencia diretamente o seu papel na sociedade e família, sendo por vezes alvo de estigma social.

O estigma sofrido, está muitas vezes associado ao autocuidado, momento este que pode ser adulterado, passando de ser um momento privado, para muitas das vezes ser um ato público, Monteiro (2017). Sentimentos de rejeição, choque, desgosto, vergonha, insegurança e revolta, são gerados aquando da construção do estoma, pois apesar de esta característica não serem visíveis, são o alvo de um estigma discriminatório para com a pessoa portadora de OEI. São sentimentos potenciados pela existência de ruídos e odores, libertados pelo estoma, e também pela sua cicatrização e adaptação ao dispositivo coletor, como referem Paula e Takahashi (2015), citados por Neves (2017). Para Monteiro (2017), o uso dos dispositivos coletores, pode ser um fator dificultador do convívio social, do retomar à sua vida profissional, comprometendo a sua qualidade de vida, levando ao isolamento e distanciamento social.

Este impacto na vida do ostomizado, também ocorre ao nível da sua vida sexual, variando consoante o género, já que, segundo Monteiro (2017), nos homens pode haver lesão de estruturas nervosas que levem à disfunção erétil. Enquanto que, nas mulheres a função sexual mantém-se anatomicamente preservada, sendo influenciada apenas pelos aspetos psicológicos, na vivência plena da sua sexualidade, Monteiro (2017). Estas emoções vivenciadas, são o reflexo de que mais de 40% dos doentes ostomizados, atravessam por dificuldades sexuais, gerando sentimentos de ansiedade e depressão, originados por sentimentos negativos face ao seu corpo e a si, enquanto ser sexual, Santos (2019).

Para que haja uma boa recuperação, os cuidados devem ser adequados e direcionados para cada ocasião, pois cada estoma é um estoma e cada pessoa é uma pessoa diferente. Segundo Antunes (2016), só se consegue uma transição saudável nesta nova condição física, se dotarmos os doentes de mestrias e habilidades, tendo por base uma intervenção promotora com base na educação e no cuidar. Assim, segundo a *United Ostomy Association* citada por Peixoto (2013) “A adaptação à condição de portador de estoma e de bolsa coletora é um processo longo e contínuo e está relacionado com a doença de base e o grau de incapacidade da pessoa.” Para Pinho (2018), a forma de melhorar a prática clínica, prende-se com conhecer os seres humanos, percebendo-os no seu ambiente sociocultural, definido assim, intervenções com vista o melhoramento da sua saúde e seu bem-estar.

## 2. Capacitação e autocuidado

Dois dos modelos teóricos de Enfermagem que abordam o Autocuidado e a capacitação para o realizar, são o modelo do autocuidado de Orem e o modelo das transições de Meleis.

Para Orem, a grande impulsionadora do autocuidado em 1991, criadora da teoria do Autocuidado de Orem, baseada em três grandes conceitos: o autocuidado, o déficit de autocuidado e sistema de enfermagem. Considerou a ação do autocuidado como as atividades desempenhadas pelos indivíduos, de forma deliberada, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, Queirós et al. (2014) e Santos et al. (2017). Sendo, por isso, um fenómeno ativo, voluntário e intencional que envolve a tomada de decisão. O desenvolvimento das práticas do autocuidado, é assim um processo pelo qual as atividades são aprendidas, sendo determinadas pelas crenças, hábitos, costumes e práticas culturais do grupo, ao qual pertence, Queirós et al. (2014). Estes mesmos, referem de que este processo de autocuidado é adquirido ao longo da vida, com a aquisição de competências que permitem autonomização do indivíduo, Queirós et al. (2014). No segundo conceito, tido como déficit de autocuidado, o ostomizado é incapaz de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, quer seja por limitações de ordem física, emocional ou mental, Queirós et al. (2014) e Santos et al. (2017), sendo nesta limitação, o enfermeiro o promotor principal desta aquisição de habilidades. O terceiro conceito desta teoria é referente ao sistema de enfermagem, em que Orem propõe a implementação de três sistemas, de forma a colmatar os défices do autocuidado, tendo em conta o doente ostomizado e as suas necessidades específicas, Queirós et al. (2014) e Santos et al. (2017). Os três sistemas são: sistema de apoio educacional, sistema de apoio parcialmente compensatório e sistema de apoio totalmente compensatório Santos et al. (2017). Esta teoria promove o incentivo à independência no autocuidado, numa parceria entre enfermeiro/ostomizado, criando planos de intervenção individualizados, de forma a suprirem as necessidades de cada indivíduo. Santos et al. (2017), refere que esta teoria, em contrapartida, é considerada uma teoria onde os fatores sociais, económicos e políticos, a comunicação terapêutica, são descurados, pois tem o indivíduo foco central da sua adaptação.

Outro modelo teórico que suporte a adaptação a uma OEI, é a Teoria das Transições de Meleis. Nesta teoria, Meleis (2010) olha para a pessoa como um todo, na sua totalidade, tendo em conta os processos de transição pelos quais a pessoa está sujeita ao longo da vida, tendo em conta a natureza das transições, as suas condicionantes e os seus padrões de resposta. Define, também, ser neste momento essencial a intervenção do enfermeiro no alcance da estabilidade no processo de transição. A expressão “transição”, é definida por (Reis, 2015) como sendo “(...) um acontecimento que desencadeia um processo de mudança, que ocorre como um resultado subsequente.”, em que o seu resultado pode ser negativo ou positivo. Sendo, portanto, a transição um processo de passagem, mudança de um estado para outro, o seu acontecimento pode decorrer em vários níveis, tanto ao nível individual, como familiar, inserido numa comunidade. Esta etapa é de tal forma transformadora que faz com que o doente vivencie constrangimentos, que irão moldar as suas atitudes e comportamentos, de forma a gerarem diferentes emoções relativas à sua nova condição, Reis (2015).

Segundo Leite (2020), Meleis em 2010, define transição como a passagem entre estados desencadeados por uma mudança, que potencia oportunidades de melhoria ou vulnerabilidade. Na teoria das transições, Meleis explica as transições mediante a sua natureza, em que podem ser do tipo desenvolvimental, estando associada a mudanças no ciclo de vida (ex: adolescência, gravidez ou maternidade); do tipo situacional, onde existem alteração de papéis; do tipo organizacional, relacionadas com alterações ao nível das organizações, que podem ser alterações sociais, políticas, económicas ou intraorganizacionais; ou tipo relacionadas com a saúde/doença, como sendo uma alteração entre um estado de saúde e um estado de doença, que pode ser crónica ou aguda.

Para Pinho et al. (2018), este processo de transição entre a saúde/doença, gera nas pessoas diversos sentimentos, oriundos da alteração da sua imagem corporal, tais como medo e sofrimentos, obrigando-as a se dotarem de respostas para fazer frente à sua nova condição de vida.

“Ao serem confrontadas com estas mudanças, as pessoas tentam lidar com a situação aceitando-a como um desafio e experimentando sentimentos de autodomínio, ou adotam comportamentos de negação recorrendo à fuga ou minimização do problema, como forma de se protegerem, ou então simplesmente

sentem-se impotentes perante um acontecimento tão devastador.” (Pinho, et al., 2018)

Este processo de transição saúde/doença, por envolver alterações da imagem corporal, imprime na pessoa sensações de medo e angústia, Pinho et al. (2018). Para Cruz et al. (2020), a teoria das transições, funciona no sentido de estabelecer orientações na prestação de cuidados de enfermagem, de forma adequada num entendimento abrangente, durante o processo adaptativo. No sentido de que, o doente portador de ostomia de eliminação desenvolva competências de autocuidado é necessário que já tenha iniciado o processo de transição, de forma a obter a aprendizagem das mesmas, Cruz et al. (2020). Segundo Pinho et al. (2018), os enfermeiros devem estar recetivos de forma a conseguirem identificar precocemente as reais necessidades da pessoa portadora de ostomias, colmatando-as com a implementação de atitudes terapêuticas de enfermagem adequadas.

Qualquer um dos fatores pode ter um papel facilitador ou inibidor no processo de transição, sendo por exemplo, o estado emocional, as condições sociais e a sociedade no geral, inibidores e ao mesmo tempo, facilitadores da adaptação, Pinho et al. (2018). Meleis, define as propriedades da natureza das transições como se interrelacionando entre si, não sendo elementos isolados, sendo parte de um processo complexo, definindo-as como sendo a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença entre espaço de tempo, e os pontos críticos e eventos. Leite (2020), refere ainda, que a natureza das transições, podem ser de padrão simples ou múltiplos, sequencial ou simultâneas, podendo ou não estar relacionadas. No decorrer do processo de transição a pessoa portadora de ostomia terá de considerar que só ela será a principal condutora do seu projeto de saúde e de vida, independentemente de todas as especificidades e dimensões, como a capacidade de autocuidado e o entendimento acerca da sua autoimagem, segundo Antunes (2016). O mesmo autor, referencia que as propriedades de uma transição podem ser o ponto de partida para a sustentação de uma intervenção de enfermagem, baseada num plano de cuidados holístico, de forma a por vezes dar lugar à interpretação e desconstrução de sentimentos verbalizados pela pessoa. Nesta perspetiva, demarca-se a importância da comunicação eficaz, relatada inclusive por diversos autores, como sendo o meio facilitador da transição da transição, desde a avaliação das características da transição, até à intervenção em qualquer momento da mesma, defende Antunes (2016).

A capacitação para a aquisição de mecanismos de adaptação, conhecimentos e habilidades, estão também influenciados pelo apoio familiar, segundo Monteiro (2017) e Queirós et al. (2017). Ao longo deste processo de adaptação, a família deve fazer parte integrante, envolvendo-a na reabilitação e adaptação do doente com OEI, à sua nova condição, pois, é ela a principal conhecedora dos hábitos e gostos da pessoa, diz Monteiro (2017). A estabilidade emocional conseguida pelo aporte familiar, pode ser demonstrada de forma positiva, transmitindo carinho e afetividade para com o ostomizado, ou muito pelo contrário, ter um papel negativo na aquisição da autoestima e autocuidado, se adotarem posturas demasiado protetoras, refere Monteiro (2017). Esta capacitação do doente ostomizado, pode era, para Alves et al. (2016) e Queirós et al. (2017), influenciada pelo aparecimento de complicações, quer precoces, quer tardias, tanto da ostomia, como da pele periestoma. A intervenção de enfermagem possibilita a capacitação em saúde, de modo a que os seus intervenientes, enfermeiro e doente/família/cuidador, sejam dotados de conhecimentos e conjunto de práticas no sentido de aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado, a fim de serem colmatadas as necessidades, Falkenberg et al., (2014).

O Autocuidado é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (OE, 2011) como “(...) sendo uma atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas, e as atividades de vida diária.”

A CIPE®, segundo Carvalho et al. (2016), estabelece padrões na linguagem de enfermagem, de forma a que os enfermeiros realizem intervenções de enfermagem, relativamente a diagnósticos de enfermagem, para produzirem resultados de enfermagem. Neste contexto, Carvalho, (2017) refere a necessidade de sistematizar a linguagem CIPE®, adequando-a à assistência de enfermagem à pessoa portadora de ostomia de eliminação (OdE), com a identificação e criação de documentos que estabeleçam padrões de cuidados. Assim, e baseada nesta Teoria do Autocuidado, foi desenvolvido um subconjunto terminológico, voltados para o autocuidado do ostomizado, promovendo a tomada de decisão do enfermeiro e sistematização da assistência de enfermagem, Carvalho (2017). Para Carvalho (2017), neste domínio existe uma grande incipiência de artigos científicos, que descrevam a designação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, centradas no indivíduo portador de OdE intestinal. A linguagem CIPE, apesar das várias versões a que vem vindo a ser sujeita, assenta sempre em sete eixos – Foco, Julgamento, Meios, Ação, Cliente, Localização e Tempo, (OE, 2015). Para os mesmos autores a

CIPE® 2013 contempla dois termos, mediante o eixo em questão. “Estoma” significando como “abertura corporal”, encontrando-se no eixo Localização, e “Ostomia” definida como “Cirurgia”, inserida no eixo Meios, segundo Carvalho et al (2016) e (2017).

A adoção de estratégias de *coping* adaptativas adequadas, por parte do enfermeiro de Estomaterapia, de forma sistemática, promove uma melhor aquisição de conhecimentos e habilidades, aumentando a qualidade de vida do ostomizado (2023). Podemos encontrar esta estratégia no *Foco* assimilação, tratando-se de uma aérea de atenção relevante, onde o processo de *Coping* é designado como sendo um “Processo de receber novos factos, responder a novas situações, ou de incorporar novas informações percebidas e experiências na sua realidade.” (CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2011). Autores, como Carvalho et al., (2016), consideram necessário sistematizar a assistência de enfermagem à pessoa portadora de ostomia, com a utilização de terminologias de enfermagem, de forma a permitir uma mais rápida e eficiente identificação e posterior documentação de padrões de cuidados. A Enfermagem assume um papel preponderante no processo de reabilitação da pessoa portadora de uma ostomia, Carvalho et al. (2016) Estes mesmos autores designam pessoa ostomizada como sendo alguém em que a sua autonomia e funções fisiológicas foram alteradas, exigindo, portanto, da parte de Enfermagem intervenções específicas. A “reabilitação” na saúde da pessoa ostomizada é considerada por vários autores, como sendo a principal meta a alcançar. Encontra-se inserida no eixo *Foco* e “deve visar o incentivo ao autocuidado com a ostomia e a pele perístoma, a fim de promover sua independência física e reinserção social” segundo (Carvalho, Cubas, & Nóbrega, Termos da linguagem especializada de enfermagem, 2016). Será neste seguimento que surge o termo “autocuidado”, que na CIPE está inserido no eixo *Foco* e definido na classificação como “Executar atividade, por si próprio, cuidar do que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com necessidades básicas, individuais e íntimas e atividades de vida diária”, (CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2011)

A evolução da indústria farmacêutica, permitiu a melhoria de material acessório para o doente ostomizado, de modo a evitar complicações tanto ao nível do estoma, como na pele peri estoma, Akkari et al. (2016). Os termos utilizados para os acessórios, não existem em linguagem CIPE®, por se tratarem de conceitos particulares de domínio específico da prática de enfermagem, e classificados como sem concordância com termos de classificação. Cabe ao enfermeiro de Estomaterapia, orientar o doente na escolha do

melhor sistema coletor, o material com o qual se sente mais confortável e que melhor responde às suas necessidades, Carvalho (2017) e (2016).

## **2.1 Qualidade de vida do doente ostomizado**

Segundo Alves et al. (2016), a qualidade de vida do doente ostomizado, é consequência da alteração da sua autonomia, autocontrolo, com efeitos na autoestima, sexualidade e socialização. A OMS (2020), definiu Qualidade de Vida (QdV) como sendo a percepção que um indivíduo tem da sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Para Real (2017), a QdV é um conceito influenciado pela interação entre vários fatores e ligações entre diversos domínios, como o físico, psicológico, social e espiritual, de forma dinâmica, multidimensional, individual e subjetiva. Alves (2016) considera que a presença de uma ostomia provoca na pessoa portadora, uma situação de elevado *stress*, que pode ser resultante de vários fatores entre o decorrer do diagnóstico, até à intervenção cirúrgica, provocando alterações na sua qualidade de vida. A QdV da pessoa portadora de OdE intestinal, está, como defende Pinho et al. (2018) influenciada pela atuação dos enfermeiros, portadores de competências científicas, técnicas e relacionais específicas, que asseguram ao longo deste processo de transição e adaptação à sua nova condição, os cuidados adequados. Em paralelo com as alterações físicas e psicológicas desenvolvidas, surgem as carências económicas, derivadas, muitas vezes, aos gastos associados aos dispositivos e materiais acessórios para o cuidado da ostomia, como refere Silva et al. (2016). Assim, segundo Diniz et al. (2020), o crescente populacional de doentes ostomizados, levou a que houvesse um maior investimento em políticas públicas, facilitando o acesso dos doentes aos serviços, profissionais de saúde especializados e matérias adequados, de forma transversal. Em vários países foi criada legislação nesse sentido, tendo sido em Portugal uniformizado o acesso a estes cuidados, pela NORMA (015/2016). Nesta mesma norma é referido que a intervenção nestes doentes, deve ser feita por um enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de Estomaterapia, desde das fases pré até pós ostomia, NORMA (015/2016). Segundo autores como, Monteiro (2017) e Real (2017), o acompanhamento por este profissional de saúde é extremamente

importante para a capacitação da pessoa com OdE. Para estes mesmos autores, uma avaliação inicial, é fundamental e determinante para que o doente inicie o processo de adaptação, estando à vontade para questionar sobre as situações que poderão ocorrer.

Celebra-se a 6 de outubro o “Dia Mundial do Ostimizado”, que nacional e mundialmente, tem vindo a ganhar mais importância com a realização de várias iniciativas, de sensibilização da temática, por forma a desmitificar o que é viver com uma ostomia.

### **3. Consulta de Enfermagem de Estomaterapia**

Em Portugal, a atividade assistencial de enfermagem em Estomaterapia, iniciou-se em 1999, em número reduzido, pois havia ainda uma grande lacuna de formação na área de Estomaterapia, Silva (2022). Esta nova área de intervenção, surge da extrema necessidade de cuidados e conhecimentos sentidos por profissionais, doentes e famílias, aliada à pressão exercida pelos contextos hospitalares, após intervenção cirúrgica do doente, e seu acompanhamento posterior. Uma consulta de enfermagem com potencial próprio, com conhecimentos que confluem em intervenções específicas à pessoa, através da adoção de estratégias eficazes, com vista ao bem-estar das pessoas e à sua qualidade de vida, de forma a colmatar desvios de saúde e acompanhamento após alta hospitalar, como menciona Antunes (2016).

A CEE pretende ser um instrumento de aconselhamento de forma a promover a automização do doente e seus familiares/cuidadores. Segundo Neves (2017), a forma como o paciente é recebido e tratado durante a hospitalização, vai determinar a evolução da sua recuperação. Cabe por isso ao enfermeiro estabelecer uma relação de forma a diminuir a ansiedade da pessoa doente, pois a fragilidade física, faz com que a pessoa se sinta emocionalmente fragilizado e solitário, como refere Gonçalves et al. (2011). Antunes (2016) menciona fatores como a comunicação, o espaço físico e a capacitação do profissional de saúde, são fundamentais para o desenvolvimento da consulta de enfermagem.

A QdV do doente com estoma, depende de muitos aspetos, mas o primordial é o acompanhamento de um profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro de

Estomaterapia, disponível e atento, que o acompanhe em todas as fases do processo, colmatando dúvidas e atenuando anseios, segundo Real (2017). O acompanhamento destes doentes, deve ser o mais precocemente possível, no internamento e antes mesmo o ato cirúrgico, na perspetiva de Couto et al. (2021). Durante o internamento o doente deve ser incentivado a mexer, olhar, tocar no seu estoma, a cuidar, manuseando todos os acessórios e dispositivos disponíveis, do ponto de vista de Sousa (2016). São também importantes momentos, para a exposição das dúvidas e dificuldades. Quanto mais estes momentos, tanto durante o internamento, como posteriormente na CEE, forem frequentes, mais rápida e eficazmente o doente vai atingir as competências e adquirir as habilidades necessárias, para Sousa (2016). Deve ser sempre tida em conta a vontade de o doente quer saber, de o que quer saber e quando quer saber. A informação só será importante se o doente assim a considerar no momento. Os temas a debater e expor em consulta dizem respeito a cuidados a ter com estoma, dispositivos coletores e acessórios, prevenção de complicações, aquisição de competências e habilidades, do doente e família/cuidador, Carvalho et al. (2016). Ao longo do acompanhamento, tanto durante o internamento, como posteriormente em ambulatório, na CEE, são explanados procedimentos de como realizar uma boa limpeza local, da importância de uma boa aderência da placa à pele, da correta medição do estoma e seu recorte, periodicidade de troca dos dispositivos e manutenção, Mendonça et al. (2007) Sousa (2016) e Neves (2017). A qualidade de vida, cuidados alimentares a adotar, aspetos relacionados com a autoimagem, com a vida social, familiar e até mesmo sexual do ostomizados, são, também alguns aspetos a abordar, Sousa e Santos (2019). O ostomizado e família/cuidador são alertados para os sinais de complicações que poderão surgir.

Para além da comunicação utilizada, torna-se importante a existência de um espaço físico calmo, adequado aos cuidados e ensinamentos, dotado de componentes físicas adaptadas à condição do doente ostomizado. Antunes (2016), refere que o espaço físico isento de ruídos, interrupções e com privacidade, favorecem a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, potenciando a relação terapêutica entre o profissional de saúde e a pessoa doente. A comunicação estabelecida pelo enfermeiro, seja de forma verbal ou não-verbal, possui um papel determinante, e cabe ao profissional de saúde interagir em conformidade, tendo em conta as emoções, sentimentos e expectativas dos doentes, Antunes (2016), Neves (2017) e Couto et al. (2021). O enfermeiro de Estomaterapia, deve, no decorrer da consulta descentrar a atenção nas características da

doença e focarmo-nos na pessoa, de forma individualizada, percebendo o seu comportamento e definir estratégias que promovam a sua adaptação ao regime terapêutico, estratégias de *coping*, Sousa e Santos (2019). Antunes (2016), refere que a importância da consulta de Estomaterapia encontra-se sobejamente documentada em vários estudos, com a finalidade de prevenir e minimizar complicações, de forma a otimizar a qualidade de vida do doente ostomizado.

### **3.1 Intervenção do enfermeiro**

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão, tem sido ao longo dos anos alvo de várias mudanças, adaptações, tendo emergido como uma disciplina científica com características próprias, dotada de um pensamento teórico com uma grande riqueza conceptual, segundo Fronteira et al. (2019). Para Neves (2017), os enfermeiros são os promotores principais para a aquisição de habilidades que desenvolvam o autocuidado terapêutico, com o objetivo de promover a independência e autonomia do ostomizado. Os enfermeiros de Estomaterapia, quando prestam cuidados a doentes portadores de ostomias de eliminação, procuram em geral, focar-se nos dispositivos e material de ostomia necessários para o autocuidado. Pois a correta aquisição dos mesmos, facilita à pessoa uma melhor otimização do tempo, conforto e segurança, reduzindo o risco de complicações, Stolberg e Marins (2023).

A circular Normativa nº 015/2016, (015/2016), preconiza que a intervenção de enfermagem à pessoa a ser submetida a ostomia de eliminação intestinal deve ser efetuada nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiros com experiência e formação específica em cuidados de estomaterapia, a nível dos cuidados hospitalares (consulta de enfermagem de estomaterapia e unidade de internamentos), dos cuidados domiciliários, das unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos e dos cuidados de saúde primários. O papel do enfermeiro na linguagem CIPE<sup>®</sup>, pode ser caracterizado no mesmo *Foco* do papel do prestador de cuidados, pois o conceito é definido como sendo o papel do indivíduo:

Interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos

apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados (...). (OE, 2011, p. 65)

Neste momento de transição, torna-se essencial a intervenção do enfermeiro no alcance da estabilidade no processo de transição, Meleis (2010). Este processo de transição pode ser condicionado pela representação social que os enfermeiros atribuem às pessoas portadoras de ostomia de eliminação intestinal, Pinho et al. (2018). Antunes (2016), consigna a intervenção enfermeiro como facilitador das transições vividas pelas pessoas no sentido de potenciarem a sensação de conforto, bem-estar e equilíbrio. As intervenções de enfermagem devem ser centradas na pessoa e nas necessidades descritas. No modelo de cuidados na doença crónica proposto pela OE, pretende-se que os enfermeiros usem de forma sistemática os instrumentos de avaliação e diagnóstico, ponham em prática protocolos baseados na evidência, delineando intervenções para a prática clínica, e consequentemente, partilhá-las com os doentes, Neves (2017). Esta intervenção continua, é tanto mais importante, quando se refere que as ostomias, em algumas situações podem ser comparáveis a uma doença crónica, pelo seu carácter de exigências de cuidados, que pode levar anos, Neves (2017). Segundo Pinho et al. (2018), a aprendizagem de conhecimentos no processo de transição saúde/doença saudável, passa pela aquisição de competências por parte do ostomizado e sua família/cuidador, tendo como elemento facilitador o enfermeiro. Isto porque, desempenha um contributo fundamental, orientando de forma especializada, suporte emocional e prático, facilitando, a reabilitação do ostomizado, proporcionando uma melhoria na sua qualidade de vida, Stolberg e Martins (2023). Pinho et al (2018), referem a importância da intervenção do enfermeiro como fundamental para a preparação da pessoa face às transições, de forma a facilitar o processo de aprendizagem e capacitação da experiência saúde/doença. Para Pinho et al. (2018), é necessário que, exista na área de enfermagem um crescente desenvolvimento de conhecimentos, para poderem ser uma ajuda profissional e diferenciada, respondendo às necessidades evidenciadas na população em causa. Antunes (2016), defende que a construção de uma colostomia na pessoa idosa, é, em conjunto com o envelhecimento, considerado um processo de transição, que deve ser ultrapassado com intervenções de enfermagem possibilitando a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências no autocuidado, adequando as intervenções e a prática, às suas limitações físicas e motoras, por exemplo. Stolberg e Martins (2023) relatam a importância do acompanhamento do

enfermeiro à pessoa portadora de OdE intestinal fundamental em todas as etapas de transição, desde o diagnóstico até à autonomização dos cuidados.

Baseado num evidente défice de autocuidado derivado à sua nova condição física, pela alteração da imagem corporal e pela incerteza do seu futuro, que a educação é fundamental, devendo favorecer a obtenção de conhecimentos e aquisição de competências para o autocuidado com o estoma, funcionante, Antunes (2016). Para este autor (2016), a comunicação funciona como que um alicerce na elevação dos cuidados à pessoa ostomizada, em que pode prevenir ou até mesmo retardar, o aparecimento de complicações relativas à doença, traduzidos em melhorias na qualidade de vida.

Segundo Carvalho et al (2016) o autocuidado trata-se de uma componente essencial para a sustentabilidade do serviço de saúde público, pois proporciona uma redução do tempo de internamento hospitalar, e redução consequente, dos gastos em enfermarias, evitando assim, o colapso dos sistemas sociais e de saúde. As intervenções de enfermagem neste contexto, visam desenvolver uma relação de comunicação, estabelecendo uma parceria entre o ostomizado, família/cuidador e enfermeiro, de forma a possibilitar, essencial para adaptação do indivíduo à sua nova condição, e consequentemente prevenir complicações, Stolberg e Martins (2023).

No que diz respeito à reabilitação do doente ostomizado é deveras importante a atenção dada à prevenção de complicações tanto do estoma, como da pele circundante, denominada de pele periestomal. Segundo (Carvalho, Cubas, & Nóbrega, Termos da linguagem especializada de enfermagem, 2016) o termo “complicação” foi identificado pela CIPE e incluído no eixo Foco, sendo mencionado na Classificação como o termo “Complicação no Estoma”. Surgem então na CIPE, termos referentes a complicações no estoma, como prolapso, retração e isquemia, assim como os termos referentes às complicações na pele periestomal, dermatite e edema. Existem outros termos que apesar da baixa frequência de utilização, são importantes para os cuidados da pessoa portadora de ostomia. Um desses termos é “gases”, presente em linguagem CIPE como “Flato”, inserido no eixo Foco. O papel do enfermeiro CEE torna-se imprescindível, na medida em que a emissão de gases, ruídos e cheiros, não é de todo controlada pelo ostomizado, podendo provocar constrangimentos, isolamento social e alterações psíquicas. As pessoas portadoras de ostomia como um todo, numa visão holística, deram lugar a preocupações relativamente aos aspetos sociais, psicológicos, sexuais e espirituais. Segundo (Carvalho, Cubas, & Nóbrega, Termos da linguagem especializada de enfermagem, 2016) estes adjetivos não constam

na CIPE, mas são termos que se tornam visíveis como “Processo Social”, “Processo Psicológico”, “Processo Sexual” e “Processo Espiritual “, incluídos no eixo Foco.

Considera-se, portanto, ser determinante a prática da Enfermagem em Estomaterapia no acompanhamento e suporte integral à pessoa, com indicação para ostomia, ao longo de todo o processo de transição de saúde, até à sua autonomia e integração na sociedade. A supervisão e regulamentação da prática do enfermeiro em Estomaterapia, foi desde 2019, acautelada no Regulamento n.º 398/2019 (OE, 398/2019). Este regulamento tem como principal objetivo a definição do perfil e certificação em termos de competência acrescida diferenciada e avançada em Estomaterapia. Regulamenta a obtenção de competências, tendo em conta as habilidades, conhecimentos técnico-científico, a sua perícia e processo formativo. As competências acrescidas dizem respeito a Competência do Domínio Prática Profissional Ética e Legal, e Competência do Domínio Prestação e Gestão de Cuidados em Estomaterapia, (OE, 398/2019).

## **II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **1. Metodologia**

Tendo em conta a problemática do estudo e respetiva fundamentação, a metodologia aplicada foi selecionada em função dos objetivos que se pretendem analisar, considerando a variável dependente e independentes apropriadas.

Serão também, descritas as opções metodológicas, feita a descrição do contexto e seleção dos participantes do estudo, e a aplicação da Escala de Adaptação á Ostomia de Eliminação (EAOE) Sousa et al. (2015).

#### **1.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo analítico transversal, pois foca-se num grupo representativo da população, de 67 doentes da CEE de uma ULS do Norte de Portugal, durante o mês de junho de 2023.

#### **1.2 População e Amostra**

A população alvo foram todos os 67 doentes seguidos na CEE da ULS, que frequentaram a consulta durante o mês de julho de 2023.

Para obtenção da amostra foram seguidos os seguinte inclusão:

- portadores de ostomia de eliminação intestinal;
- maiores de 18 anos;
- com autonomia para o autocuidado, através da observação em consulta.

Após colocados em práticas os critérios de inclusão definidos, obteve-se uma amostra final de 21 doentes portadores de ostomia de eliminação intestinal, dos 67 doentes seguidos até então em CEE.

Foram excluídos:

- 21 doentes por não serem portadores de uma ostomia de eliminação intestinal;
- 0 com idade inferior a 18 anos;
- 25 por não se observar serem autónomos nos cuidados à sua ostomia.

### **1.3 Instrumento de Recolha de Dados**

Como instrumento de recolha de dados foi elaborado um formulário, utilizando a EAOE de Sousa et al. (2015) (ANEXO III). O formulário divide-se em três secções, em que a secção 1 é respeitante à caracterização sociodemográfica dos participantes, constituído por 6 questões sobre a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, com quem vive e situação profissional; secção 2, composta por questões relacionadas com as características clínicas do utente, com 3 questões relativas ao tipo de estoma, temporalidade da ostomia e tempo da ostomia. Segue-se a secção 3, EAOE, constituída por 35 questões, em que 33 delas são expostas numa escala de Likert de 7 pontos, onde existem 7 opções de respostas, que vão desde *discordo totalmente* a *concordo totalmente*. E ainda 2 questões relativas ao autocuidado do estoma, que são expostas também, numa escala de Likert, mas de 6 pontos de avaliação, desde *nunca* a *sempre*. A escala utilizada é dividida em 6 subescalas, denominadas de Autoconceito com 9 itens a avaliar, Aceitação positiva com 8 itens, Suporte Social/Religioso com 5 itens, Interação Sexual, composta por 5 itens, Autocuidado por 4 itens e Aceitação Negativa, com 4 itens. De salientar que, não foi considerado um item da dimensão Autoconceito, pois originalmente, esta é composta por 9 itens, mas em contrapartida houve duplicação de uma questão no domínio Aceitação positiva, por lapso, perfazendo no total os 35 itens a serem avaliados.

Por fim, e após a devida organização dos resultados obtidos, proceder-se-á ao tratamento dos resultados e sua análise. A EAOE de Sousa et al (2015), foram atribuídos os itens a cada dimensão e inverteram-se aqueles que tinham indicação para tal, ou seja, os que consistiam em afirmações que representam comportamentos/sentimentos negativos.

#### 1.4 Procedimentos Éticos e de Recolha de Dados

A aplicação dos formulários teve lugar durante a realização das CEE no mês de julho de 2023, no serviço de consultas externas de uma ULS do Norte do país. O estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Administração (CA) da ULS e da Comissão de Ética (CE) da respetiva unidade. Após aprovação e autorização deste, no período de realização das CEE, terças feiras, entre 8h30' e as 16h30', no fim da consulta, foram abordados, individualmente, cada utente, explicado o objetivo do estudo e solicitada a sua participação. Após a anuência do mesmo, foi preenchido o consentimento informado e colocado num envelope próprio. De seguida foi aplicada a escala de adaptação, pela autora do estudo, codificada sequencialmente por um número e colocados num outro envelope para este fim. Posteriormente os dados foram inseridos e analisados, em base de dados de programa informático SPSS, pelo número de codificação, não sendo possível identificar os participantes ao longo de todo o processo. Respeitando assim os princípios da Declaração de Helsínquia. A informação durante todo este processo, foi de acesso reservado à autora do estudo através de uma palavra passe de acesso aos dados informáticos e a informação em formato de papel foi mantida num local seguro sob a sua responsabilidade.

#### 1.5 Variáveis de estudo e Operacionalização

Foi definida para o presente estudo como **variável dependente** a adaptação à ostomia de eliminação.

A EAOE utilizada tem como *score* mínimo 35 pontos e máximo 243 pontos, em que usando como referência o valor médio esperado de 135 pontos, todas as pontuações obtidas abaixo desse valor, até ao valor mínimo, evidenciam não adaptação à ostomia de eliminação, em oposto às pontuações igual ou superiores, até o máximo de 243 pontos, refletem adaptação à ostomia.

- os doentes estão no geral adaptados, quando o valor total da escala atingir pontuação igual ou superior a 135 pontos, até ao *score* máximo;

- os doentes não adaptados à ostomia de eliminação, quando o valor total da escala atingir valores inferiores a 135 pontos, até ao *score* mínimo de 35 pontos.

Foram consideradas **variáveis independentes** as seguintes características:

- **sociodemográficas:** idade em anos; sexo, feminino e masculino; estado civil, solteiro, casado/união de facto, separado/divorciado e viúvo; escolaridade, até à 4<sup>a</sup> classe, entre o 5<sup>o</sup> e o 10<sup>o</sup> ano (antigo 1<sup>o</sup> e 5<sup>o</sup> ano), 11<sup>o</sup> - 12<sup>o</sup> ano (antigo 6<sup>o</sup> e 7<sup>o</sup> ano), ensino superior; com quem vive, marido/mulher, família (cônjuge, filhos, netos, pais, irmãos, etc); situação profissional, empregado, desempregado e reformado.

- **clínicas:** tipo de estoma, podendo ser colostomia ou ileostomia; temporalidade da ostomia, como definitiva ou temporária; e tempo da ostomia, variável entre até 1 mês, de 1 mês até 1 ano, e superior a 1 ano.

## 1.6 Procedimentos de análise dos Dados

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva, recorrendo a frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, medidas de tendência central (médias) e dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas.

Posteriormente realizaram-se análises inferenciais com o objetivo de validar as hipóteses de investigação. Utilizaram-se testes paramétricos, sempre que as condições de normalidade de homogeneidade das variâncias se verificaram. Para testar a normalidade utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Para avaliar as diferenças entre dois grupos independentes, utilizou-se o teste paramétrico *t*, e na impossibilidade deste o não paramétrico Mann-Whitney. Para comparar três ou mais grupos independentes recorreu-se ao teste paramétrico anova, e quando não se verificaram os pressupostos da mesma utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Determinou-se os coeficientes de correlação de Spearman entre as dimensões e total da escala e também se recorreu ao coeficiente alfa de Cronbach para medir a consistência interna das dimensões e escala utilizada.

Para todos os testes utilizados opta-se pela rejeição da hipótese nula, quando a probabilidade de significância foi inferior ou igual a 0,05.

Todos os dados foram inseridos numa base de dados em Microsoft Office Excel 2007, criada para o efeito, e trabalhada em software SPSS, Chicago, Illinois, (USA) versão 26.0.

## 2. Apresentação e Análise dos Resultados

Observa-se, que a maioria dos participantes, 66,7% (n=14) é do sexo masculino, a média de idades é de 69,14  $\pm$ 9,53 anos, cerca de metade tem idade inferior a 70 anos, casado/união de facto, 71,4% (n=15), concluiu a instrução primária 52,4% (n=11), a maioria, 61,9% (n=13) coabitava com o conjugue e 66,7% (n=14) é reformado (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Caraterização Sociodemográfica Da Amostra*

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	7	33,3
	Masculino	14	66,7
<b>Idade</b>	Inferior a 70 anos	11	52,4
	Pelo menos 70 anos	10	47,6
	Mínimo=51; Máximo= 84; Média=69,14; Desvio padrão=9,53		
<b>Estado civil</b>	Solteiro	2	9,5
	Casado/União de facto	15	71,4
	Viúvo	4	19,0
<b>Habilitações literárias</b>	Até 4ª classe	11	52,4
	Entre 5º e 10º ano	5	23,8
	11º e 12º anos	3	14,3
	Ensino superior	2	9,5
<b>Com quem vive</b>	Marido/ mulher	13	61,9
	Família	5	23,8
	Lar	1	4,8
	Sozinho	2	9,5
<b>Situação profissional</b>	Empregado	6	28,6
	Desempregado	1	4,8
	Reformado	14	66,7

Observa-se que 85,7% (n=18) possui colostomia, destas 57,1% (n=12) são definitivas e 47,6% (n=10) realizou a ostomia há mais de um ano (tabela 2).

**Tabela 2**

*Distribuição dos participantes por tipo de ostomia, temporalidade da ostomia e tempo de ostomia.*

Variáveis	n	%	
<b>Tipo de Estoma</b>	Colostomia	18	85,7
	Ileostomia	2	9,5
	Dupla	1	4,8
<b>Temporalidade do estoma</b>	Definitiva	12	57,1
	Temporária	9	42,9
<b>Tempo da Ostomia</b>	Até 1 mês	1	4,8
	De 1 mês a 1 ano	10	47,6
	Superior a 1 ano	10	47,6

Verificamos que a pontuação em cada dimensão e também da escala, é obtida pela soma das pontuações dos itens, do item 1 ao 33, a pontuação varia entre discordo totalmente (1) a concordo totalmente (7), e nos itens 34 e 35, varia entre nunca (1) a sempre (6). As pontuações mínimas, máximas e médias por dimensão e escala global teoricamente esperadas. De salientar que, as pontuações abaixo da média esperada são representativas de comportamentos/desempenho/sentimentos negativos. Obtivemos um *alfa de Cronbach* de 0,727, o que revela uma consistência razoável. De modo geral, nas dimensões consideradas, a consistência interna é razoável, com exceção das dimensões: Autocuidado e Aceitação negativa, em que a consistência obtida foi inadmissível. Contudo, mantiveram-se estas dimensões assim constituídas atendendo ao sugerido por (Sousa, Santos, & Graça, 2015) e ao facto da dimensão da amostra em estudo não ser suficientemente grande para uma análise fatorial (tabela 3).

**Tabela 3***Caraterização da Constituição das Dimensões da Escala e Consistência Interna*

Dimensões da escala	Itens	Alfa de Cronbach	Pontuação teórica	
			Mínimo - Máximo	Média
<b>Autoconceito (8 itens)</b>	2*; 3*; 4*; 12*; 14*; 16*; 17*; 19*	0,734	8 – 56	32
<b>Aceitação Positiva (8 itens)</b>	1; 5*; 10; 20; 22; 23; 24; 26	0,625	8 – 56	32
<b>Suporte Social/Religioso (5 itens)</b>	7; 8; 13; 21; 29;	0,769	5 – 35	20
<b>Interação Sexual (5 itens)</b>	9; 15; 25*; 30*; 31	0,554	5 – 35	20
<b>Autocuidado (4 itens)</b>	11; 33*; 34; 35	0,390	4 – 26	15
<b>Aceitação negativa (4 itens)</b>	6*; 18*; 27*; 28*	0,169	4 – 28	16
<b>Global EAOE (34 itens)</b>	todos	0,727	34 – 236	135

\*- inverter

Na tabela 4, apresentam-se as medidas descritivas: mínimo, máximo, média e desvio padrão de cada dimensão e total da EAOE, assim como os coeficientes de correlação de *Spearman*. Foi utilizada esta medida não paramétrica de correlação, porque nem todas as distribuições das dimensões tinham distribuição aproximadamente normal, verificado pelo teste *Shapiro-Wilk* (anexo I).

Atendendo à dimensão Autoconceito, observa-se que esta apresentou pontuação entre mínimo de 14 ao máximo de 51, com valor médio de  $35,76 \pm 10,92$  pontos. A média obtida pela amostra nesta dimensão sugere ligeiramente a média esperada, o que demonstra que a confiança e a autoestima dos doentes inquiridos, são aceitáveis, embora possa melhorar. A dimensão Autoconceito apresenta correlação estatisticamente significativa e no sentido direto com a Aceitação negativa ( $r=0,473$ ) de intensidade moderada e com total EAOE ( $r=0,816$ ) de forte intensidade. Por seu lado, a dimensão Aceitação positiva, apresentou pontuação média de  $44,76, \pm 6,56$  pontos, consideravelmente superior à média teoricamente esperada (32). Podemos com isto afirmar que, em termos médios a amostra manifesta uma boa aceitação do problema. Esta dimensão apresenta correlação estatisticamente significativa no sentido direto e moderada com o Autocuidado e com o total EAOE.

Quanto ao Suporte Social/Religioso, obteve-se média de  $30,19 \pm 5,06$  pontos, o que supera o esperado (20), o que realça a importância do “outro” na superação do problema. Esta dimensão não apresenta correlações estatísticas significativas. Relativamente à Interação Sexual obteve-se valor médio de  $23,86 \pm 4,92$  pontos, resultado muito próximo do teoricamente esperado (20), o que permite afirmar que nesta dimensão os inquiridos não manifestaram um elevado bem-estar. Na dimensão Autocuidado e Aceitação Negativa os resultados, em termos médios, foram:  $21,95 \pm 3,84$  e  $20,95 \pm 4,46$ , respetivamente. Ambos acima dos valores teoricamente esperados, manifestando a boa relação dos doentes com o cuidado do estoma e com a Aceitação Negativa da doença. Ambas as dimensões apresentam correlação significativa no sentido direto e moderada intensidade com o total EAOE. Por último, o total EAOE apresentou o valor médio de  $177,49 \pm 19,62$  pontos, resultado acima do esperado (135), indicando assim, que os inquiridos estavam, em termos médios, adaptados à doença e conseqüentemente à sua ostomia.

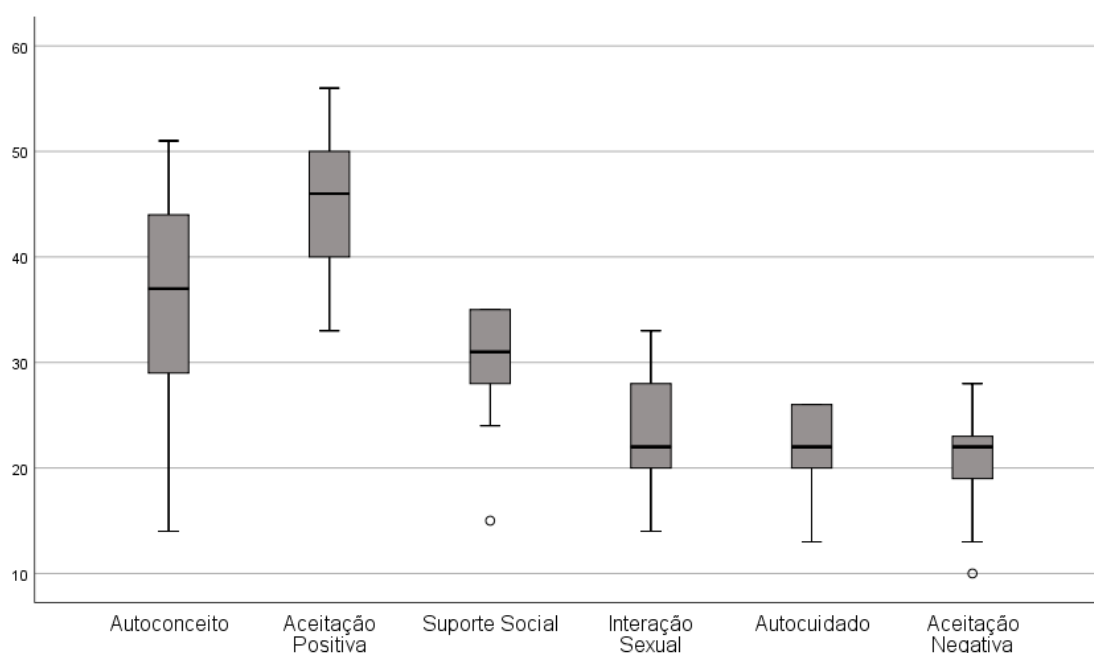
**Tabela 4**

*Correlação de Spearman Entre as Dimensões e o Total EAOE, Medidas Descritivas*

Dimensões	Medidas descritivas		Dimensões					
	Min-Max	$\bar{X} \pm s$	Aceitação positiva	Suporte social	Interação sexual	Autocuidado	Aceitação negativa	Global EAOE
Autoconceito	14-51	$35,76 \pm 10,92$	0,247	-0,168	0,006	0,428	0,473*	0,816**
Aceitação positiva	33-56	$44,76 \pm 6,56$	1	0,375	0,299	0,440*	0,159	0,648**
Suporte social	15-35	$30,19 \pm 5,06$		1	0,075	0,135	0,047	0,195
Interação sexual	14-33	$23,86 \pm 4,92$			1	-0,227	0,211	0,231
Autocuidado	13-26	$21,95 \pm 3,84$				1	0,246	0,560**
Aceitação negativa	10-28	$20,95 \pm 4,46$					1	0,622**
Global EAOE	144-212	$177,48 \pm 19,62$						1

Min-Max – Mínimo – Máximo;  $\bar{X} \pm s$  – média  $\pm$  desvio padrão

Na figura 1, apresentam-se os diagramas de extremos e quartis das dimensões da escala utilizada, para uma melhor percepção das distribuições. De referir, que a variação mínimo-máximo não é a mesma para todas as dimensões. Observa-se que cerca de 75% dos inquiridos teve pontuação de aproximadamente 30 pontos em Autoconceito, 40 pontos em Aceitação Positiva, 27 pontos no Suporte Social e cerca de 20 pontos nas restantes dimensões.



**Figura 1** – Diagramas de Extremos e Quartis das Dimensões da Escala

Na tabela 5 apresentam-se os resultados das dimensões e total da EAOE por variáveis sociodemográficas e clínicas. Ou seja, é possível observar a média e desvio padrão para cada dimensão e total EAOE por sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, temporalidade do estoma e tempo do estoma, assim como, os resultados dos testes para amostras independentes.

Tendo em atenção a variável sexo, observa-se que as mulheres apresentam, em média, resultados mais elevados em todas as dimensões e total EAOE, com exceção da Aceitação Positiva e Autocuidado. Contudo, constata-se que os resultados são relativamente próximos entre homens e mulheres, o que é confirmado pelo teste paramétrico *t* e também o teste não paramétrico *Mann-Whitney* na dimensão Autocuidado, pois não detetaram diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à idade, tem-se que os doentes com pelo menos 70 anos registaram valores médios mais elevados nas dimensões: Aceitação Positiva, Suporte Social e Interação Sexual. Nas

outras dimensões e total EAOE, foram os doentes com idade inferior a 70 anos, que registaram os valores mais elevados. Pela aplicação do teste não paramétrico *Mann-Whitney*, conclui-se que na dimensão Aceitação Negativa, os resultados são significativamente diferentes entre os doentes com idade inferior a 70 anos e doentes com pelo menos 70 anos. Nas outras dimensões e total EAOE, as diferenças não apresentam significância estatística.

Relativamente ao estado civil, observa-se que os resultados obtidos em cada dimensão são muito próximos entre os inquiridos casados/união de facto e os que se encontravam noutras situações. Pela aplicação do teste mais adequado, conclui-se que as pequenas diferenças observadas, não apresentavam significância estatística.

No que trata as habilitações literárias, tem-se que os doentes com mais estudos apresentaram, em média, resultados mais elevados nas dimensões: Autocuidado, Aceitação Negativa e total EAOE. Por sua vez, os doentes com a 4ª classe, registaram valores médios mais elevados na Aceitação Positiva e Suporte Social. Conclui-se pela aplicação do teste Anova e/ou a alternativa não paramétrica *Kruskal-Wallis* que as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Quanto à situação profissional tem-se que os doentes reformados apresentam melhores resultados nas dimensões: Aceitação Positiva, Suporte Social e Interação Sexual. Na dimensão Autocuidado, conclui-se que as diferenças observadas apresentavam significância estatística, ou seja, o resultado dos inquiridos ativos é significativamente superior ao resultado dos reformados.

No que trata à temporalidade do estoma, verifica-se que os doentes em situação definitiva, apresentam resultados ligeiramente mais elevados em todas as dimensões com exceção da Aceitação Negativa. Pela aplicação do teste mais adequado, conclui-se que as pequenas diferenças observadas, não apresentam significância estatística.

Relativamente ao tempo do estoma, também se conclui que as diferenças observadas entre os doentes com tempo até um ano e os doentes com tempo superior a um ano, não apresentam significância estatística.

**Tabela 5**

*Relação Entre as Dimensões e Total EAOE com as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas*

Variáveis	Categorias	Autoconceito $\bar{X} \pm s$	Aceitação positiva $\bar{X} \pm s$	Suporte social $\bar{X} \pm s$	Interação sexual $\bar{X} \pm s$	Autocui- dado $\bar{X} \pm s$	Aceitação negativa $\bar{X} \pm s$	Global EAOE $\bar{X} \pm s$
Sexo	Feminino	37,43±8,50	41,86±6,04	31,86±3,53	24,86±4,91	20,57±4,16	21,86±3,53	178,43±18,25
	Masculino	34,93±12,16	46,21±6,53	29,36±5,60	23,36±5,03	22,64±3,63	20,50±4,91	177,00±20,92
	T(p)	0,485 (0,633)	-1,475 (0,156)	1,072 (0,297)	0,649 (0,524)	-0,301* (0,799)	0,648 (0,524)	0,153 (0,880)
Idade	< 70 anos	37,27±10,71	43,82±4,19	28,73±5,73	23,45±4,93	22,55±4,06	22,55±4,52	178,36±16,73
	≥ 70 anos	34,10±11,46	45,80±8,60	31,80±3,85	24,30±5,14	21,30±3,68	19,20±3,85	176,50±23,29
	T(p)	0,656 (0,520)	-0,661 (0,520)	-1,178* (0,251)	-0,214* (0,863)	-0,822* (0,426)	-2,199* (0,029)	0,212 (0,834)
Estado civil	Casado	35,07±10,55	44,47±6,85	29,47±5,54	24,27±5,51	21,40±4,22	21,40±3,99	176,07±19,00
	Outros	37,50±12,66	45,50±6,32	32,00±3,29	22,83±3,19	23,33±2,42	19,83±5,71	181,00±22,54
	T(p)	-0,452 (0,656)	-0,665* (0,519)	-0,947* (0,381)	0,593 (0,560)	-1,045 (0,309)	0,719 (0,481)	-0,511 (0,615)
Habilitações literárias	4ª Classe	34,73±11,57	46,36±7,41	31,91±3,51	23,64±4,72	21,91±3,56	20,27±4,54	178,82±20,89
	Entre 5º e 10º ano	34,80±10,52	41,80±6,34	28,80±3,96	24,20±4,76	19,40±4,51	20,20±5,89	169,20±19,25
	Pelo menos 11º ano	39,00±11,55	44,20±4,44	27,80±7,98	24,00±6,52	24,60±2,19	23,20±2,17	182,80±18,35
	F(p)	0,268 (0,768)	0,841 (0,447)	2,409** (0,300)	0,269** (0,874)	5,074** (0,079)	1,888** (0,389)	0,630 (0,544)
Situação profissional	Ativo	40,71±10,01	44,71±3,55	27,57±6,78	22,57±5,06	24,71±1,80	22,86±3,67	183,14±14,45
	Reformado	33,29±10,83	44,79±7,78	31,50±3,55	24,50±4,91	20,57±3,88	20,00±4,62	174,64±21,68
	T(p)	1,517 (0,146)	-0,029 (0,977)	-0,840 (0,411)	-0,151* (0,913)	-2,234* (0,025)	1,420 (0,172)	0,933 (0,363)
Temporalidade do estoma	Definitiva	37,33±9,68	45,42±7,37	30,33±3,52	24,17±4,24	23,50±3,15	20,42±3,85	181,17±21,40
	Temporária	33,67±12,67	43,89±5,62	30,00±6,84	23,44±5,96	19,89±3,86	21,67±5,32	172,56±16,88
	T(p)	0,753 (0,460)	0,518 (0,610)	-0,576* (0,602)	0,325 (0,749)	-1,839* (0,069)	-0,627 (0,538)	0,995 (0,332)
Tempo de estoma	≤ 1 ano	34,01±13,01	44,09±5,26	30,91±5,94	24,45±5,54	21,09±3,70	20,64±5,52	175,27±19,31
	> 1 ano	37,60±8,34	45,50±7,99	29,40±4,03	23,20±4,34	22,90±3,96	21,30±3,16	179,90±20,70
	T(p)	-0,727 (0,476)	-0,482 (0,635)	-1,285* (0,223)	-0,571* (0,605)	-1,072* (0,314)	-0,333 (0,743)	-0,530 (0,602)

Legenda:  $\bar{X} \pm s$  – Média ± desvio padrão; T (p) – estatística teste paramétrico *t* para duas amostras independentes (nível de significância); \* - estatística teste *Mann-Whitney*, teste não paramétrico para duas amostras independentes (não se verificou a normalidade) ; F(p) – estatística teste Anova para três ou mais amostras independentes (nível de significância); \*\* - estatística teste *Kruskal-Wallis*, teste não paramétrico para três ou mais amostras independentes.

### 3. Discussão dos Resultados

Após a explanação dos resultados anteriores, tem lugar a sua discussão, onde serão revistos e enquadrados teoricamente. Apesar de a área da Estomaterapia ser uma área com alguns anos de intervenção, a EAOE, ainda não foi devidamente replicada em Portugal, daí ser difícil uma comparação oportuna de estudos e resultados.

A amostra obtida é constituída por 21 utentes portadores de ostomia de eliminação, equivalendo a 14,07% da população (n=67) da CEE. Estes resultados prendem-se com o facto de a CEE ter como público alvo, para além de doentes portadores de OEI, também doentes com outro tipo de ostomia de eliminação, como urinária, ostomia respiratórias e de alimentação, pois o objetivo principal de uma CEE é o acompanhamento pré e pós-operatório do ostomizado, Miranda (2013), até à sua autonomia.

Começamos o estudo por perceber as características sociodemográficas, onde se pode constatar que uma grande parcela dos utentes da CEE é do sexo masculino, traduzindo o dobro em relação à frequência de utentes do sexo feminino. Esta realidade é corroborada também no artigo para validação da EAOE de Sousa et al. (2015), assim como no estudo realizado por Alves (2016), onde a maioria dos inquiridos em ambos, foi do sexo masculino. Esta predominância do sexo masculino é também validada por Oliveira et al. (2018), concluindo que independentemente da etiologia da ostomia de eliminação (OdE), os homens continuam a ser os mais predispostos à sua confeção. Estes mesmos autores, referem como sendo as neoplasias a principal causa para a realização de OdE. Este aspeto, remetemos para os hábitos de vida diferenciados entre os dois géneros, sendo evidente que o estilo de vida nos homens, como uma alimentação rica em carnes vermelhas, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a obesidade e o maior sedentarismo face ao sexo oposto, sejam determinantes nesta prevalência, dados da OCDE (2023), onde um terço das mortes em Portugal foi atribuída a fatores de risco comportamentais.

Percebemos pelos dados obtidos, que a média de idades dos doentes em consulta é de 69,14 anos, sendo que metade têm mais de 70 anos, o que vai de encontro à tendência mundial do envelhecimento da população, como refere Antunes (2016). Estes dados vão de encontro aos dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021), em que 71,4% da população que referiu ter doença crónica ou problema de saúde prolon-

gado, apresenta média de idades superior a 65 anos. Torna-se, portanto, um fator importante a ter em conta, acrescido pelas diminuições das faculdades inerentes ao envelhecimento Silva et al. (2016), pelo facto de a idade ser também um fator de risco para toda a patologia oncológica, e associado ao isolamento geográfico a que estas pessoas estão sujeitas. Este fenómeno é perceptivo *in loco* na minha experiência diária como enfermeira na CEE, sendo as distâncias geográficas um fator importante na protelação e consequente, adesão limitada ao regime terapêutico. Isto é corroborado por Diniz et al. (2020), que revela a sensação de segurança no surgimento de complicações é influenciada pela proximidade do local de residência.

A habilitação literária predominante foi a 4ª classe, o que pode estar associado ao envelhecimento população, sendo esta a escolaridade obrigatória na sua época, encontrando-se já aposentados. Resultados similares obtidos por Silva et al. (2016), em que a maior percentagem foi pessoas que frequentam o 1º ciclo.

Maioritariamente vivem com o conjugue, 61,9%, seguindo-se outros elementos da família. Semelhantes dados que suportem este apoio familiar, importante para esta fase de transição, são obtidos por Silva et al. (2016). Tendo, portanto, um papel importante e de impacto positivo, o papel da família e conjugue no restabelecimento da saúde, pois “(...) contribui para o enfrentamento das dificuldades que surgem com a ostomia, assim como para a realização dos cuidados e a melhoria da autoestima.” segundo (Diniz I. V., et al., 2020).

Uma frequência elevada de participantes está reformada, dados, semelhantes ao estudo de Diniz et al. (2020) e que se associa, também, à idade avançada da amostra.

No que diz respeito às características clínicas da amostra, denota-se um elevado número de doentes colostomizados de carácter definitivo. O período pandémico, segundo OCDE em 2022, referente aos anos de 2019 a 2021, o principal causador do aumento da dificuldade do acesso aos cuidados de saúde, potenciando situações limite para a necessidade de confecção de ostomia de eliminação, de carácter definitivo. Mas, em relação ao tempo de confecção da colostomia, podemos encontrar que são a mesma percentagem de doentes que realizaram a ostomia há mais de 1 ano, e os que realizaram há mais de 1 mês e menos de 1 anos, 47,6%.

Quando falamos da dimensão **Autoconceito**, definida como sendo a capacidade de que o doente tem se perceber e definir a si próprio, verificamos que se obteve uma pontuação média de 35,76 pontos, num intervalo de 14 a 51 pontos que o total dos itens poderiam

alcançar. Este valor atingido revelou-se ainda um pouco da média esperada, 32 pontos. Neste domínio, os participantes revelaram, assim, possuir autoestima e confiança, consideráveis, face à nova condição de vida, não sendo difícil para eles socializar, assumindo, dentro do meio envolvente, o estoma de que são portadores. Em oposição, sendo aspetos em constante mudança, cabe ao enfermeiro intervir no fortalecimento destas valências. No geral, podemos afirmar, que neste domínio, o portador de OEI, se encontra adaptado à sua condição, não sendo impeditiva uma continuidade de fortalecimento dos conteúdos por arte do enfermeiro de Estomaterapia, no seu acompanhamento. Este propósito é evidenciado por Solberg e Martins (2023) referindo ser o enfermeiro estomaterapeuta, aquele que desempenha uma ação determinante, orientando de forma especializada, tanto no contexto emocional, como na prática, o doente portador de estoma, para uma continua melhoria da sua condição de vida.

No que diz respeito à dimensão **Aceitação Positiva**, na qual a intervenção do enfermeiro é fundamental, pois trata-se de um processo consideravelmente moroso. Este processo de Aceitação é diferente em todos os pacientes, nuns mais demorado que outros, dependendo muito da personalidade de cada um. No estudo realizado, verificou-se uma pontuação média de 44,76, revelando existir por parte dos utentes um processo adaptativo com boa evolução, pois a média teoricamente esperada era de 32. Esta dimensão apresenta uma correlação significativa bastante evidente, tanto com o Autocuidado, como com a o geral da EAOE. Estas duas dimensões, em sintonia revelam a importância do Autocuidado, como sendo um processo de aquisição de habilidades de forma a participar diretamente no processo de reabilitação, na Aceitação Positiva da sua nova condição, como corrobora o estudo de Oliveira et al. (2018). Indicando que, quanto melhor for a sua capacidade de lidar com o estoma, a sua autonomia face aos cuidados com a OdI, mais elevada é a sua autoconfiança, segurança e adesão ao processo terapêutico, levando a uma aceitação e convivência harmoniosa, como relata o estudo de Oliveira et al. (2018). Outros estudos, como Santos (2019), revelam que quanto mais autónomos os ostomizados são face aos seus cuidados, de forma a que menos pessoas interfiram nos mesmos, tornando-se por isso menos vulneráveis, e facilitando a uma melhor aceitação da sua nova condição. Torna-se por isso muito importante o vínculo estabelecido entre o doente/família e o profissional de saúde, desde o internamento até ao *follow-up*, pois as ações concertadas de forma humanizada ao autocuidado, diminuem em grande número, as complicações de

saúde, tanto físicas, como emocionais, associadas à ostomia, como referido por Nascimento et al. (2011).

Relativamente ao **Suporte Social/Religioso**, foi obtida uma média de 30,19 pontos revelando a importância dada à família e amigos, assim como na crença em algo divino, durante este processo de adaptação, apesar de estatisticamente, não terem sido encontradas correlações significativas. Estes resultados vão de encontro ao defendido em Oliveira et al. (2018) onde é revelado que, apesar dos participantes manifestarem dificuldade no retorno à vida social, no início, elas são colmatadas e superadas com o passar do tempo. Não são, no entanto, resultados corroborados por Stolberg e Martins (2023), que defendem que as preocupações inerentes ao estoma, seu funcionamento, odores e manutenção, causa nos ostomizados, ansiedade e diminuição da participação social, levando muitas vezes, ao aumento do isolamento social e medo da estigmatização, algo não verificado nesta amostra. Os resultados obtidos, podem ser interpretados à luz da carta dos direitos dos ostomizados, mencionada pela *International Ostomy Association* (IOA) (2007), onde se evidencia o direito de a família, cuidadores pessoais e amigos, receberem informação em benefício dos cuidados prestados. Esta posição revela o aumento da compreensão face à situação, assim como o alcance dos ajustes necessários, de forma a promover um padrão de vida satisfatório.

A importância de envolver a família, mas principalmente o parceiro no processo de reabilitação, remete-nos para os resultados obtidos na dimensão **Interação Sexual**. Obteve-se o valor médio de 23,86 pontos, sendo um resultado próximo do teoricamente esperado, 20 pontos, sendo resultado do pouco à vontade manifestado neste tema. A sexualidade é sempre um tema bastante sensível, que toma proporções mais desconfortantes, quando se trata de doentes ostomizados, onde a sua autoimagem é tida como adulterada e mutilada. Estes resultados são concordantes com Santos (2019), onde revela que 40% dos doentes ostomizados, passam por dificuldades sexuais, inerentes à repulsa e vergonha, sentidas logo após a cirurgia. O mesmo autor, defende que esta vergonha sentida num relacionamento íntimo, é causada pela impossibilidade de esconder o sistema coletor de fezes, causando situações desconfortantes e embaraçosas. No mesmo estudo, Santos (2019), verifica um declive de 70% da atividade sexual nos doentes portadores de OdE, relativamente ao que acontecia previamente à cirurgia. Verificou-se também neste estudo, que a correlação da interação sexual com a escala, é pouco significativa.

Na dimensão **Autocuidado** a média obtida, 21,95 pontos, revela, portanto, por parte dos participantes do estudo, uma boa relação relativamente aos cuidados prestados à sua ostomia. Esta dimensão obtém também uma boa correlação com a escala em geral, evidenciando uma boa adaptação do doente aos cuidados relativos ao estoma, resultados corroborados por Peixoto et al. (2021). Estes resultados são suportados por bibliografia encontrada, como Oliveira (2018), onde menciona que as ações de enfermagem voltadas para um eficiente autocuidado, reduzem as complicações e morbidades, traduzidas num bem-estar e qualidade de vida do doente ostomizado. No estudo Stolberg e Martins (2023), o papel do enfermeiro na orientação e ensino do autocuidado da ostomia, é essencial, aliado à orientação acerca dos materiais disponíveis e seu funcionamento, tendo em conta as condições de vida do utente e família, fazendo ajustes necessários ao dia a dia. Segundo Santos (2019), envolver o doente nos cuidados ao estoma, ensinando-o a identificar possíveis alterações, desmitificando o contacto com o mesmo, descortinando o manuseamento dos dispositivos, contribui para uma melhor adaptação.

Por último, a dimensão **Aceitação Negativa** obteve como resultados médios 20,95 pontos. Já relativamente à escala global, obteve-se uma correlação bastante significativa. De realçar, que nesta dimensão houve inversão do sentido das questões, sendo que a obtenção de estas valores elevados, revelando uma boa aceitação dos itens negativos que possam advir da realização da OdE. Estes resultados revelaram-se opostos aos resultados obtidos por Santos (2019) em que 20% das pessoas portadoras de ostomia revelam ter depressão e ansiedade, face à sua nova condição. Peixoto et al. (2021), também obtiveram resultados que revelaram uma baixa adaptação da população neste domínio. Também segundo Stolberg e Martins (2023) a presença de uma ostomia pode acarretar para o individuo diversos desafios tanto psicológicos, como sociais.

Por fim, no que diz respeito à relação entre as dimensões e total da EAOE com as variáveis sociodemográficas e clínicas. No que concerne à variável independente sexo, podemos verificar que o sexo feminino obteve médias no geral mais elevadas, quer em relação às diferentes dimensões, quer em relação ao total da EAOE. Foi exceção, nas dimensões aceitação positiva e autocuidado, onde as médias mais elevadas foram obtidas no sexo masculino. Podemos então concluir, que na generalidade as mulheres, encontram-se mais adaptadas à ostomia de eliminação, do que os homens, à semelhança do estudo de Silva et al. (2016), referindo que embora as mulheres manifestem mais ansiedade e medo no pré-operatório, reincorporam mais rapidamente as atividades diárias.

Relativamente à variável idade conseguimos, através dos resultados obtidos, perceber que os doentes com idade inferior a 70 anos obtiveram valores médios mais elevados nas dimensões de autoconceito, autocuidado e aceitação negativa, em oposição aos doentes com 70 anos ou mais, em que os resultados mais elevados foram nas dimensões de aceitação positiva, suporte social e interação sexual. Demonstra-se assim, que as faculdades de destreza manual, por exemplo, para uma melhor manipulação do estoma e seus acessórios, o incentivo ao autocuidado, vão diminuindo com a idade, ideias corroboradas por (Antunes, 2016). Com aplicação do teste ANOVA, deparamo-nos que na dimensão aceitação negativa, obtiveram-se valores diferentes para ambos os grupos etários, onde a idade influencia na forma como os doentes encaram as situações negativas que podem ocorrer com a presença de uma OdE. Denota-se que em todas as dimensões e total da EA OE, as diferenças não são estatisticamente significantes, no geral a idade não se associa com a adaptação à ostomia de eliminação.

Quando no deparamos com os valores relativos ao estado civil, em que foram agrupados os doentes solteiros, separados e viúvos, e com o os casados/união de facto, fizeram dois grupos, sendo os casados em maior percentagem 71,4%. Estes valores são cimentados por outros estudos, nomeadamente (Silva, Santos, & Brito, 2016), onde foram obtidas percentagens mais elevadas nos doentes casados/união de facto. Realça-se o autocuidado com valores ligeiramente mais elevados, nos doentes em outro estado civil, em oposição aos valores obtidos nas outras dimensões. Muitas vezes, e embora seja importante o apoio do companheiro, as funções do autocuidado ficam proteladas, pois a autonomia demora mais a ser atingida, no sentido em que é repartido pelo casal, os cuidados ao estoma. Em contrapartida, os casados na dimensão aceitação negativa, conseguem obter valores mais elevados, pois o apoio emocional obtido pela presença do companheiro, impõe um impacto positivo na recuperação da saúde, encarando melhor as dificuldades surgidas, dados também corroborados por Diniz (2020).

Em relação às habilitações literárias, podemos perceber que os doentes com mais estudos, apresentam em média, resultados mais elevados, nas dimensões Autoconceito, Autocuidado e Aceitação Negativa. Estes resultados levam consequentemente, a que doentes com pelo menos o 11º ano, possuam uma melhor adaptação na generalidade das dimensões. Segundo dados de Diniz (2020), o nível de escolaridade influencia de forma positiva a aprendizagem de cuidados, desenvolvendo mais precocemente as habilidades de adaptação. Estes resultados vão de encontra aos obtidos pelo INE, que revelam que em 2022, a

qualidade de saúde está relacionada com o grau académico, quanto maior este for, melhor avaliam o seu estado de saúde.

No que diz respeito à situação profissional, podemos auferir, que os reformados apresentam melhores resultados no que dizem respeito às dimensões Aceitação Positiva, Suporte Social e Interação Sexual. Em contrapartida, percebemos que a dimensão do Autocuidado obteve melhores resultados nos doentes ainda ativos profissionalmente, sendo substancialmente superiores, pois segundo Diniz (2020), algumas pessoas continuam a ser capazes de trabalhar, fazendo, sim os adequados ajustes ao seu dia a dia.

No que respeitos às variáveis clínicas, como a temporalidade do estoma, podemos perceber que se apresentam apenas valores significativos nas dimensões do Autoconceito e Autocuidado, onde as pessoas portadoras de OdE definitiva, obtém valores mais elevados. No geral da EAOE, verifica-se que em ambas as situações de temporalidade, as pessoas possuem uma boa adaptação à sua condição. O mesmo acontece com a variável do tempo de confecção do estoma, onde se verifica que as diferentes dimensões não se apresentam de forma significativa. Obtém-se valores similares, independentemente de serem ostomizados há mais de um ano, ou menos tempo. Esta similaridade de resultados, é também obtida por Oliveira (2018), defendendo que independentemente o tempo de confecção, o período de adaptação varia de pessoa para pessoa. Embora autores como Stolberg e Martins (2023), defendem que um doente com ostomia definitiva precisa continuamente dos cuidados da equipa de enfermagem, de forma a resolver ao longo da sua vida, os problemas com os quais se vai deparando.

No geral, podemos concluir, que a maioria dos indivíduos de encontra bem-adaptado à sua ostomia, pois tendo como valor médio esperado o de 135 pontos, verificamos que o valor médio total da EAOE é de 177,48 pontos, sendo por isso pontuação maior ou igual ao esperados.

## CONCLUSÃO

A confecção de uma OdI incorre transformações na vida do doente ostomizado e sua família. Com a laboração deste trabalho podemos verificar que, apesar das diversas variáveis a que o doente ostomizado está sujeito, no geral a população da CEE da ULSN estudada, encontra-se adaptada à sua nova condição.

Através das características sociodemográficas analisadas podemos perceber tratar-se de uma população envelhecida, com média de idades de 70 anos, maioritariamente com o 1º ciclo concluído, uma grande percentagem vive com o companheiro e são em grande parte população reformada. Relativamente às características clínicas, podemos observar que são grande parte portadores de colostomia, sendo a temporalidade da ostomia, definitiva, num grande número de casos, em que estão igualmente distribuídos os números no que diz respeito ao tempo de confecção da ostomia.

No que concerne às categorias ou dimensões de enfermagem estudadas, verificamos que a Aceitação Positiva foi a que obteve de todas uma maior pontuação, demonstrando por parte dos utentes uma boa relação face à sua situação clínica. Seguida da dimensão do Autoconceito, onde podemos denotar que a imagem que têm de si próprios, a sua autoestima e confiança, não foram, no geral afetados, pela confecção da ostomia. Relativamente à Interação sexual, verificou-se que os indivíduos manifestam um elevado desconforto. As dimensões Autocuidado e Aceitação Negativa, apesar de serem as que obtiveram menores pontuações, obtiveram valores acima do esperado, demonstrando elevados níveis de autocuidado e autoconfiança.

As mulheres de uma forma geral, e os doentes com idade inferior a 70 anos, estão mais adaptados à sua ostomia. Concluimos, que no geral existe uma boa correlação entre dimensões e as variáveis estudadas, com exceção das correlações entre a idade e a aceitação negativa, e entre a situação profissional e o autocuidado, não apresentam significância estatística.

Face aos resultados obtidos, sugerimos a elaboração de um guia de cuidados ao doente ostomizado, de forma a serem apreendidos de forma uniforme, os ensinamentos ministrados assim como o reforço das práticas de enfermagem.

Como limitações do estudo consideramos o facto de a amostra ser muito reduzida e a escala utilizada, ainda ter sido pouco replicada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (2023). Obtido de Sou Enfermagem: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/teoria-do-autocuidado-de-dorotheaorem/#:~:text=Autocuidado%3A%20Orem%20define%20autocuidado%20como%20a%20capacidade%20do,descanso%20e%20sono%2C%20e%20atividades%20sociais%20e%20recreativas>.
- AESOP, A. d. (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.
- Akkari, A. C., Munhoz, I. P., Santos, J. T., & Santos, R. F. (2016). Inovação tecnológica na indústria farmacêutica: diferenças entre a Europa, os EUA e os países farmaemergentes. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. Obtido de <https://doi.org/10.1590/0104-530X2150-15>
- Alves, P., Miranda, L., Paiva, C., Teixeira, C., Honório, M., Magalhães, H., . . . Paula, L. (2016). Caracterização da Pessoa com ostomia de eliminação intestinal em Portugal. *Artigos Originais*, pp. 8-11. Obtido de [https://www.chtmad.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/25/2020/01/ostomia\\_eliminacao\\_portugal.pdf](https://www.chtmad.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/25/2020/01/ostomia_eliminacao_portugal.pdf)
- Antunes, E. S. (2016). *Cuidar em parceria: o enfermeiro, a pessoa idosa e sua família, na fase pré e pós colostomia*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- APECE. (2012). *Estomaterapia; o saber e o cuidar*. LIDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Araújo, M. G., carvalho, J. B., Cassiano, A. d., & Lopes, h. R. (s.d.). Fatores que influenciam na qualidade de vida de homens com neoplasias malignas: uma revisão integrativa. *Revista Online de Pesquisa: Cuidar é Fundamental*. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.875-881>
- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. *Revista Fafibe On ine*, 1-5.
- Broca, P. V., & Ferreira, M. A. (Jan/Fev de 2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1-9.
- Camargo, C. P., Jacob, E. S., Araújo, I. M., Ferreira, J. S., Pereira, S. A., & Maia, L. F. (2018). Comunicação Terapêutica entre paciente e enfermagem no período Perioperatório. *Revista REMECS*, 38-42.
- Camargo, C. P., Jacob, E. S., Araújo, I. M., Pereira, S. A., & Maia, L. F. (2018). Comunicação Terapêutica entre Paciente e Enfermagem no Período Perioperatório. *Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos REMECS*, 38-7.

- Campos, C. (junho de 2017). A Comunicação Terapêutica enquanto ferramenta profissional nos Cuidados de Enfermagem. *PsiLogos*, 91-101.
- Carvalho, C. M. (2017). *Subconjunto terminológico da CIPE, Estruturado em ontologia, para o autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal*. Universidade Federal da Paraíba. Obtido de <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9479/2/arquivototal.pdf>
- Carvalho, C. M., Cubas, M. R., & Nóbrega, M. M. (19 de setembro de 2016). Termos da linguagem especializada de enfermagem.
- Coelho, M. T., & Serqueira, C. (Junho de 2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 31-38.
- Costa, L. G. (outubro de 2016). Visitando a teoria das transformações de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Visitando a teoria das transformações de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem*, pp. 137-145. Obtido de <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1538>
- Couto, J., Sá, T. d., Silva, K. d., & Nunes, M. R. (2021). Orientações de enfermagem a pacientes ostomizados: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. doi:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18086>
- Cruz, D. J., Melo, T. F., & Paiva, I. C. (10 de 2020). O doente com ostomia de eliminação: papel do enfermeiro na transição. *Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa*. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Dantas, M. M. (Abril de 2014). A Visita Pré-Operatória de Enfermagem; contributos para a sua implementação.
- DGS. (28 de outubro de 015/2016). Indicações Clínicas e Intervenções nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto. (D. G. Saúde, Ed.) Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-eliminacao-intestinal-em-idade-pediatica-e-no-adulto.pdf>
- Diego, J. D. (2019). Curso de Coloproctologia básica para médicos de atenção primária..
- Diniz, I. V., Barra, I. P., Silva, M. A., Oliveira, S. H., Mendonça, A. E., & Soares, M. J. (2020). Perfil epidemiológico de pessoas com estomias intestinais de um centro de referência. *ESTIMA Brazilian Journal of Enterostomal Therapy* . Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/347075680>

- Diniz, I., Barra, I., Silva, M. A., & Oliveira, S. H. (novembro de 2020). Perfil epidemiológico de pessoas com estomias intestinais de um centro de referência. *ESTIMA Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/347075680>
- Electrónico, D. d. (1 de junho de 2015). Criação do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/97-2015-67356991>
- Enfermeiros, C. d. (13 de janeiro de 2021). Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. *Parecer do Conselho de Enfermagem sobre Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. d., Moraes, E. P., & Souza, E. M. (maio de 2014). *Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde colectiva*. Obtido de Scielo Scientific Electronic Library Online: [www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?format=pdf&lang=pt)
- Fronteira, I., Jesus, É. H., & Dussault, G. (2019). A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>
- Galvão, A., Ferreira, A., Gonçalves, A., Martins, A., Silva, A., Pina, A., . . . João. (2021). *Literacia em Saúde e Autocuidados - evidências que projetam a prática clínica*. Euromedicine, Edições Médicasa, Lda.
- Gonçalves, M. D., Pereira, M. E., Pedrosa, L. A., Silva, Q. C., & Abreu, R. M. (Janeiro/Março de 2011). A Comunicação Verbal Enfermeiro-Paciente no Perioperatório de Cirurgia Cardíaca. *Cienc Cuid Saude*, 27-34.
- Groulx, L. H. (2012). Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. Em J. D. J. Poupard, *A Pesquisa Qualitativa, Enfoques epistemológicos e metodológicos* (3ª ed., pp. 95-124). Editora Vozes.
- INE, I. N. (2021). *Estatísticas da Saúde*.
- IOA, C. C. (2007). Charter of ostomates rights. *World Connvil 2007*. Obtido de <https://ostomyeurope.org/ostomates-rights/>
- Janeiro, V. C. (2019). *A pessoa com ostomia de eliminação intestinal: a resposta dos cuidados de saúde primários*. Escola Superior de Saúde de Lisboa.
- Leite, A. S. (2020). *Comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa com entubação orotraqueal - Teoria das Transições de Afaf Meleis*. Portalegre: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Obtido de <https://1library.org/article/teoria-das-transi%C3%A7%C3%B5es-de-afaf-meleis-fonte-pr%C3%B3prio.y9n643wz>

- Limongi-França, A. C. (2006). *comportamento organizacional conceitos e práticas*. Editora Saraiva.
- Medeiros, C. E. (20156). *Adaptação do doente oncológico à ostomia de eliminação intestinal: a intervenção educativa do enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Pennsylvania: Pennsylvania: Wolters Kluwer Health .
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E. O., Messias, H. D., & Schumacher, K. L. (2000). *Experirncing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science*.
- Mendonça, R. d., Valadão, M., Castro, L., & Camargo, T. C. (2007). A importância da Consulta de Enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*.
- Miranda, L. (2013). *A Importância da Consulta de Estomaterapia na Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada na Comunidade*. Tese de Mestrado, Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.
- Miranda, L. S., Carvahó, A. A., & Paz, E. P. (Junho de 2018). Qualidade de vida da pessoa estomizada: relação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem de estomaterapia. *scielo.br*, pp. 1-9.
- Miranda, R. J. (s.d.). [repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5489/9/ulfc096328\\_3\\_metodologia.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5489/9/ulfc096328_3_metodologia.pdf).
- Monteiro, A. M. (2017). *As práticas de cuidados com a pessoa com estoma de eliminação intestinal*. Escola Superior de Saúde de Coimbra.
- Morais, G. S., Costa, S. F., Fontes, W. D., & Carneiro, A. D. (dezembro de 2008). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ap paciente hospitalizado. *ACTA*, 323-327.
- Nascimento, C. d., Trindade, G. L., Luz, M. H., & Santiago, R. F. (2011). Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *SciELO Brasil*. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300018>
- Neves, D. C. (dezembro de 2017). Capacitação para o autocuidado Terapêutica da pessoa com Ostomia de Eliminação.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_e\\_dicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf).

- Nurses, I. C. (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
- OCDE. (2023). *Perfil sobre cancro por país*. Obtido de European Cancer Inequalities Registry: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/40186a6b-pt.pdf?expires=1700822742&id=id&accname=guest&checksum=3DDA4E4F64590BE18562E93EDCDFC91B>
- OE. (2011). *CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Estúdio Lusodidacta, Lda.
- OE. (2015). Enfermagem Comunitária: um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia -Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE. Em OE.
- OE. (maio de 398/2019). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Estomaterapia. *Diário da República*.
- Oliveira, I. V., Silva, M. C., Silva, E. L., Freitas, V. F., Rodrigues, F. R., & Caldeira, L. M. (2018). Cuidado e saúde em doentes estomizados. *Revista Nrasileira em Promoção da Saúde*. doi:10.5020/18061230.2018.7223
- OMS. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Obtido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organization, W. H. (s.d.). Obtido de <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-100-guidelines/translation-methodology>
- Peixoto, H. d., Silva, P. M., Souza, P. A., Guimarães, N. d., & Preto, A. C. (dezembro de 2021). Adaptação pós-operatória de pessoas com estomia com e sem complicação: estudo comparativo. *Revista de Enfermagem UERJ*.
- Peixoto, P. M. (2013). *A pessoa portadora de ostomia: uma perspetiva sobre a qualidade de vida*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Pinho, J., Jesus, T., Leal, D., Nogueira, C., Felisberto, F., & Mota, L. (2018). A pessoa com ostomia de eliminação intestinal: representação social dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, pp. 23-36.
- Portugueses, O. d. (2017). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Lisboa: Ordem do Enfermeiros Portugueses. Obtido de [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Carta\\_dos\\_Direitos\\_e\\_Deверes\\_dos\\_Utentes.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Carta_dos_Direitos_e_Deверes_dos_Utentes.pdf)

- Prado, B. B. (2014). Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. *Sociedade Brasileira para o progresso da ciência SBPC*, 66, pp. 21-24. Obtido de <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252014000100011>
- Queirós, P. J. (s.d.). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de investigação*, 21.
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (Dezembro de 2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, pp. 157-164.
- Queirós, S. M., Santos, C. S., Brito, M. A., & Pinto, I. E. (2017). Fatores condicionadores do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV17010>
- Real, L. M. (2017). *Qualidade de Vida nos ostomizados*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Reis, F. F. (2015). *Transição para a vivência com uma ostomia: intervenções de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Legis Editora.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Legis Editora/Livpsic.
- Santiago, L. M., & Paiva, J. M. (julho de 2021). Carcinoma colorretal nos cuidados de saúde primários em Portugal: indicadores de rastreio e frequência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. doi:10.32385/rpmgf.v37i3.12790
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging and Innovation*. Obtido de <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Santos, G. (2019). Mais de 40% das pessoas portadoras de ostomias passam por dificuldades sexuais. (I. Freire, Entrevistador)
- Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de. *Revista de Enfermagem Referência*. doi:2182.2883

- Silva, A. L. (2022). *Intervenções do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Silva, C. R. (2022). A intervenção de Enfermeiros de Estomaterapia no cuidado à pessoa com ostomia. *Perspectiva Atual*. Obtido de <http://perspetivaatual.pt/index.php/2022/12/23/apece/>
- Silva, C., Santos, C., & Brito, M. A. (2016). Perfil da pessoa que será submetida a ostomia de eliminação intestinal a ostomia de eliminação intestinal. *Onc.News*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36241/1/A.Brito-07.pdf>
- Silva, K. C., & Amorim, M. A. (2017). Consulta Pré-operatória de Enfermagem e a Percepção do Paciente frente à Cirurgia.
- Silva, P. (março de 2018). Comunicar- "Uma Arte". *Nursing*, 29-39.
- Silva, P. M. (2018). Comunicar - «Uma Arte». *Nursing*.
- Simões, I. (2002). Cuidados de Enfermagem ao doente Ostomizado. *Referência - Revista de Enfermagem*, 75-80. Obtido de [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2071&id\\_revista=5&id\\_edicao=13](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2071&id_revista=5&id_edicao=13)
- Sousa, C. d. (2016). *Criação e Avaliação de um programa de intervenção em Enfermagem de Estomaterapia: Contributos na adaptação à ostomia e qualidade de vida*. Universidade Católica Portuguesa.
- Sousa, C. F., & Santos, C. B. (2019). O cuidado de enfermagem em estomaterapia: desenvolvimento de um programa de intervenção. *Enferm.Foco*.
- Sousa, C. F., Santos, C., & Graça, L. C. (2015). Construção e validação de uma escala de adaptação a ostomia de eliminação. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 21-30.
- Stolberg, J. T., & Martins, W. (junho de 2023). A importância do enfermeiro estomaterapeuta na assistência integral ao ostomizado: uma revisão integrativa da literatura. *RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR*. Obtido de <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i7.3470>
- Tuckman, B. W. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian.

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

## **Escalas de Normalidade**

## Verificação da normalidade das distribuições das dimensões

### Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Autoconceito	,139	21	,200*	,938	21	,195
AceitaçãoPositiva	,118	21	,200*	,958	21	,474
SuporteSocial	,171	21	,112	,855	21	,005
InteraçãoSexual	,188	21	,051	,920	21	,087
Autocuidado	,167	21	,129	,894	21	,027
AceitaçãoNegativa	,171	21	,111	,945	21	,274
Global_EAOE	,116	21	,200*	,966	21	,638

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## Verificação da normalidade das distribuições das dimensões por sexo

### Testes de Normalidade

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Autoconceito	Feminino	,187	7	,200*	,945	7	,683
	Masculino	,211	14	,093	,913	14	,176
AceitaçãoPositiva	Feminino	,131	7	,200*	,954	7	,770
	Masculino	,138	14	,200*	,958	14	,690
SuporteSocial	Feminino	,230	7	,200*	,857	7	,143
	Masculino	,157	14	,200*	,876	14	,051
InteraçãoSexual	Feminino	,267	7	,141	,837	7	,094
	Masculino	,243	14	,025	,922	14	,234
Autocuidado	Feminino	,210	7	,200*	,945	7	,680
	Masculino	,242	14	,026	,861	14	,032
AceitaçãoNegativa	Feminino	,261	7	,161	,904	7	,353
	Masculino	,191	14	,175	,941	14	,432
Global_EAOE	Feminino	,161	7	,200*	,977	7	,946
	Masculino	,110	14	,200*	,962	14	,760

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## Verificação da normalidade das distribuições das dimensões por idade

### Testes de Normalidade

	Classedade	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Autoconceito	Inferior a 70 anos	,180	11	,200*	,929	11	,402
	Pelo menos 70 anos	,162	10	,200*	,948	10	,648
AceitaçãoPositiva	Inferior a 70 anos	,204	11	,200*	,921	11	,329
	Pelo menos 70 anos	,201	10	,200*	,875	10	,113
SuporteSocial	Inferior a 70 anos	,200	11	,200*	,855	11	,049
	Pelo menos 70 anos	,222	10	,176	,806	10	,017
InteraçãoSexual	Inferior a 70 anos	,173	11	,200*	,930	11	,408
	Pelo menos 70 anos	,298	10	,012	,797	10	,014
Autocuidado	Inferior a 70 anos	,197	11	,200*	,831	11	,024
	Pelo menos 70 anos	,238	10	,115	,879	10	,127
AceitaçãoNegativa	Inferior a 70 anos	,270	11	,024	,893	11	,151
	Pelo menos 70 anos	,182	10	,200*	,837	10	,041
Global_EAOE	Inferior a 70 anos	,171	11	,200*	,960	11	,770
	Pelo menos 70 anos	,147	10	,200*	,927	10	,422

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## Verificação da normalidade das distribuições das dimensões por estado civil

### Testes de Normalidade

	NovoEstadoCivil	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Autoconceito	Casado/ União de facto	,135	15	,200*	,946	15	,461
	Outros	,255	6	,200*	,858	6	,183
AceitaçãoPositiva	Casado/ União de facto	,103	15	,200*	,964	15	,760
	Outros	,321	6	,054	,754	6	,022
SuporteSocial	Casado/ União de facto	,159	15	,200*	,877	15	,043
	Outros	,229	6	,200*	,817	6	,083
InteraçãoSexual	Casado/ União de facto	,193	15	,138	,918	15	,177
	Outros	,217	6	,200*	,889	6	,315
Autocuidado	Casado/ União de facto	,203	15	,097	,899	15	,093
	Outros	,209	6	,200*	,907	6	,415
AceitaçãoNegativa	Casado/ União de facto	,174	15	,200*	,966	15	,798
	Outros	,315	6	,064	,840	6	,131
Global_EAOE	Casado/ União de facto	,144	15	,200*	,955	15	,608
	Outros	,180	6	,200*	,940	6	,662

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## Verificação da normalidade das distribuições das dimensões por habilitações

### Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
NovaEscolaridade		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Autoconceito	Até 4ª classe	,146	11	,200*	,944	11	,573
	Entre 5º e 10º ano	,232	5	,200*	,914	5	,492
	Pelo menos 0 11º ano	,266	5	,200*	,916	5	,502
AceitaçãoPositiva	Até 4ª classe	,224	11	,130	,922	11	,334
	Entre 5º e 10º ano	,150	5	,200*	,982	5	,944
	Pelo menos 0 11º ano	,165	5	,200*	,974	5	,898
SuporteSocial	Até 4ª classe	,189	11	,200*	,855	11	,050
	Entre 5º e 10º ano	,181	5	,200*	,923	5	,547
	Pelo menos 0 11º ano	,260	5	,200*	,881	5	,314
InteraçãoSexual	Até 4ª classe	,281	11	,015	,775	11	,004
	Entre 5º e 10º ano	,211	5	,200*	,892	5	,368
	Pelo menos 0 11º ano	,180	5	,200*	,956	5	,779
Autocuidado	Até 4ª classe	,171	11	,200*	,901	11	,190
	Entre 5º e 10º ano	,178	5	,200*	,985	5	,957
	Pelo menos 0 11º ano	,339	5	,062	,754	5	,033
AceitaçãoNegativa	Até 4ª classe	,127	11	,200*	,933	11	,442
	Entre 5º e 10º ano	,162	5	,200*	,979	5	,931
	Pelo menos 0 11º ano	,337	5	,066	,676	5	,005
Global_EAOE	Até 4ª classe	,158	11	,200*	,967	11	,859
	Entre 5º e 10º ano	,313	5	,124	,814	5	,104
	Pelo menos 0 11º ano	,182	5	,200*	,985	5	,961

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## Verificação da normalidade das distribuições das dimensões por situação profissional

### Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
NovaSituaçãoProf		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Autoconceito	Ativo	,250	7	,200*	,881	7	,229
	Reformado	,134	14	,200*	,957	14	,678
AceitaçãoPositiva	Ativo	,213	7	,200*	,881	7	,232
	Reformado	,177	14	,200*	,924	14	,249
SuporteSocial	Ativo	,209	7	,200*	,886	7	,257
	Reformado	,164	14	,200*	,888	14	,076
InteraçãoSexual	Ativo	,235	7	,200*	,928	7	,537
	Reformado	,249	14	,019	,825	14	,010
Autocuidado	Ativo	,277	7	,111	,768	7	,019
	Reformado	,142	14	,200*	,933	14	,333
AceitaçãoNegativa	Ativo	,265	7	,148	,891	7	,282
	Reformado	,157	14	,200*	,949	14	,543
Global_EAOE	Ativo	,168	7	,200*	,962	7	,839
	Reformado	,127	14	,200*	,951	14	,577

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## Verificação da normalidade das distribuições das dimensões por temporalidade

### Testes de Normalidade

	Temporalidade Estoma	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Autoconceito	Definitiva	,161	12	,200*	,898	12	,148
	Temporária	,129	9	,200*	,964	9	,843
Aceitação Positiva	Definitiva	,141	12	,200*	,940	12	,498
	Temporária	,154	9	,200*	,915	9	,349
Suporte Social	Definitiva	,163	12	,200*	,935	12	,435
	Temporária	,232	9	,176	,791	9	,016
Interação Sexual	Definitiva	,195	12	,200*	,888	12	,110
	Temporária	,198	9	,200*	,883	9	,169
Autocuidado	Definitiva	,266	12	,018	,771	12	,005
	Temporária	,289	9	,029	,912	9	,332
Aceitação Negativa	Definitiva	,160	12	,200*	,950	12	,643
	Temporária	,228	9	,196	,893	9	,213
Global_EAOE	Definitiva	,137	12	,200*	,962	12	,811
	Temporária	,196	9	,200*	,912	9	,330

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## Verificação da normalidade das distribuições das dimensões por tempo do estoma

### Testes de Normalidade

	No Vo Tempo Ostomia	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Autoconceito	Até 1 ano	,164	11	,200*	,929	11	,403
	Superior a 1 ano	,171	10	,200*	,955	10	,731
Aceitação Positiva	Até 1 ano	,176	11	,200*	,893	11	,152
	Superior a 1 ano	,126	10	,200*	,933	10	,475
Suporte Social	Até 1 ano	,246	11	,063	,722	11	,001
	Superior a 1 ano	,136	10	,200*	,931	10	,454
Interação Sexual	Até 1 ano	,153	11	,200*	,926	11	,371
	Superior a 1 ano	,318	10	,005	,738	10	,003
Autocuidado	Até 1 ano	,202	11	,200*	,926	11	,376
	Superior a 1 ano	,302	10	,010	,798	10	,014
Aceitação Negativa	Até 1 ano	,254	11	,047	,904	11	,205
	Superior a 1 ano	,112	10	,200*	,980	10	,966
Global_EAOE	Até 1 ano	,151	11	,200*	,968	11	,871
	Superior a 1 ano	,106	10	,200*	,975	10	,930

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

# **ANEXO II**

## **Consentimento Informado**

# Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Relatório de Estágio

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Sílvia Marisa Gonçalves Bento, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Bragança, do Instituto Politécnico de Bragança, encontra-me a realizar um estudo para **“Analisar a adaptação da pessoa à ostomia de eliminação intestinal”**.

Neste contexto, solicito a vossa excelência a colaboração para o preenchimento do seguinte formulário, agradecendo desde já a sua disponibilidade.

A finalidade deste trabalho visa analisar a adaptação do doente à ostomia de eliminação intestinal, na aquisição de autoconhecimento, autocuidado, aceitação da sua imagem, da sua alteração corporal.

Solicito que responda com a máxima sinceridade todas as questões e de acordo com a sua realidade. Não há respostas certas ou erradas, apenas existe a sua vivência pessoal, sendo distinta de todos os outros.

Este formulário é anónimo e todas as respostas dadas por si serão tratadas de forma confidencial. O tratamento e análise dos dados são efetuados de uma forma global, não sendo sujeito a nenhuma abordagem individualizada.

Obrigada pela sua colaboração.

Assinale com um **X** a sua resposta.

NOME: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(o utente)

\_\_\_\_\_  
(Sílvia Bento)

# **ANEXO III**

**Instrumento de recolha de dados  
(EAOE)**

Por favor, leia o seguinte formulário com atenção e responda a todas as questões, assinalando apenas uma resposta.

### Características Sociodemográficas

1. Idade: \_\_\_\_ anos

2. Sexo:

<input type="checkbox"/>	Feminino
<input type="checkbox"/>	Masculino

3. Estado Civil:

<input type="checkbox"/>	Solteiro
<input type="checkbox"/>	Casado / União de facto
<input type="checkbox"/>	Separado / Divorciado
<input type="checkbox"/>	Viúvo

4. Escolaridade:

<input type="checkbox"/>	Até à 4ª classe
<input type="checkbox"/>	Entre o 5º - 10º ano (antigo 1º e 5º ano)
<input type="checkbox"/>	11º - 12º ano (antigo 6º - 7º ano)
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior

5. Com quem vive:

<input type="checkbox"/>	Marido / mulher
<input type="checkbox"/>	Família (cônjuge, filhos, netos, pais, irmãos, etc...)
<input type="checkbox"/>	Lar / família de acolhimento
<input type="checkbox"/>	Sozinho

6. Situação profissional:

	Empregado
	Desempregado
	Reformado

### **Características Clínicas**

7. Tipo de Estoma:

	Colostomia
	Ileostomia
	Dupla (ileostomia e colostomia)

8. Temporalidade da ostomia:

	Definitiva
	Temporária

9. Tempo da ostomia

	Até 1 mês
	De 1 mês até 1 ano
	> de 1 ano

### **Adaptação da pessoa à ostomia de eliminação intestinal**

Por favor responda às seguintes questões, tendo como escala de 1 a 7, em que:

1 – Discordo totalmente

2 – Discordo muito

3 – Discordo

4 – Não concordo, nem discordo

5 – Concordo

6 – Concordo muito

7 – Concordo totalmente

QUESTÃO	1	2	3	4	5	6	7
1 – Estou satisfeito com a aparência do meu corpo							
2 – Estar ou sair com os meus vizinhos, amigos e /ou colegas de trabalho é para mim difícil							
3 – O meu estoma impede-me de usar a roupa de que gosto							
4 – Procuro esconder que tenho uma ostomia							
5 – Tento não pensar na minha situação							
6 – Descarrego nas outras pessoas a minha revolta							
7 – Acreditar em alguém divino dá-me forças e ajuda-me a viver							
8 – Faz-me bem falar dos meus sentimentos e preocupações com familiares e amigos							
9 – Estou satisfeito(a) com a minha vida sexual							
10 – Sinto orgulho em mim							
11 – Identifico alterações do estoma, pele em redor e fezes							
12 – Sinto-me diminuído devido ao meu estoma							
13 – Procuro ajuda de familiares, amigos e profissionais, quando necessito							

14 – Participar nos divertimentos que aprecio (convívios, festas, atividades sociais) é para mim doloroso							
15– O meu cônjuge/companheiro (a) interessa-se sexualmente por mim							
16 – Tenho medo dos gases, cheiros ou que o saco descole, quando estou em público							
17 – Preocupa-me viajar devido ao meu estoma							
18 – Perdi o meu interesse sexual por causa da minha ostomia							
19 – O meu estoma interfere com o meu trabalho, a minha profissão ou a escola							
20 – Estou otimista em relação ao futuro							
21 – Acredito que as minhas orações vão-me ajudar							
22 – Tenho prazer de viver							
23 – A ostomia aumentou o meu bem estar							
24 – Aceito a minha ostomia							
25 – O meu relacionamento sexual piorou com a ostomia							
26 – Acredito que vou realizar os meus sonhos							
27 – Sinto-me culpado pela minha situação							
28 – Acho que os outros me olham como uma pessoa diminuída							
29 – O apoio da minha família e amigos é para mim importante							
30 – Evito intimidade sexual por causa do meu estoma							

31 – Sinto-me sexualmente atraente							
32 – Tenho prazer de viver							
33 – Tocar na minha ostomia é para mim difícil							

Por favor, responda às seguintes questões, tendo em conta uma escala de 1 a 6, em que:

- 1 – Nunca
- 2 – Quase nunca
- 3 – Raramente
- 4 – Às vezes
- 5 – Frequentemente
- 6 – Sempre

QUESTÃO	1	2	3	4	5	6
34 – Cuido da higiene da minha ostomia sozinho(a)						
35 – Mudo o saco da minha ostomia sozinho(a)						

## **ANEXO IV**

### **Parecer da Comissão de Ética e Autorização do Conselho de Administração**

Id.N.º 34/2023

Parecer da Comissão de Ética

Identificação do estudo:

AVALIAR A ADAPTAÇÃO DA PESSOA À OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO

Parecer da Comissão de Ética:

Em reunião de 21 de junho de 2023, a CF deliberou emitir parecer favorável considerando o interesse científico do estudo para a ULSNE e comunidade científica e geral.

Considera-se oportuno que finalizado o trabalho seja remetido ao CA e CC.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, L.P.E. presentes:

Maria de Jesus Machado Lopes

Carla Maria Perdigão Martins Grande

Ana Catarina Fernandes Pires

Maria Judite Ramos Marques

Maria Ângela Gonçalves Rocha Araújo

Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Evangelina da Natividade Carmelo Bonifácio Correia da Silva

Maria de Luz Macedo Guerra Santos

Reunião em 28-06-2023

  
  
Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente CC  
Comissão de Administração

Presidente da Comissão de Ética



Dra. Maria de Jesus Machado Lopes

Despacho em P.C.A.:

# **ANEXO V**

**Pedido e Autorização da para aplicação da EAOE**

RE: Pedido de autorização

CLEMENTINA SOUSA <clementinalongarito@ess.ipvc.pt>

ter, 20/06/2023 23:06

Para:silvia marisa gonçalves bento <smisabento@hotmail.com>

1 anexos (527 KB)

EAOE\_Final.pdf;

Estimada Silvia Marisa

Autorizo a utilização da EAOE e congratulo-me com a sua opção, sendo que é importante a sua replicação na população específica portuguesa.

Envio a versão final e qualquer dúvida, disponha.

Desejo muito êxito no seu trabalho.

Saudações cordiais

**Clementina Sousa**  
Núcleo da UICISA-E  
RN, Msc, PhD Nursing  
Professora Adjunta

Escola Superior de Saúde

Rua D. Moisés Alves de Pinho • 4900-314 Viana do Castelo • PORTUGAL

Tel. + 351 258 809 550 • Tlm +351 937 300 016 • Ext. 24124

[www.ess.ipvc.pt](http://www.ess.ipvc.pt) • [clementinasousa@ess.ipvc.pt](mailto:clementinasousa@ess.ipvc.pt)

 Escola Superior  
de Saúde

---

De: silvia marisa gonçalves bento [<mailto:smisabento@hotmail.com>]

Enviada: 15 de junho de 2023 11:28

Para: CLEMENTINA SOUSA <[clementinalongarito@ess.ipvc.pt](mailto:clementinalongarito@ess.ipvc.pt)>

Assunto: Pedido de autorização

Ex.<sup>ma</sup> Dra. Prof. Clementina Fernandes de Sousa

Eu, Silvia Marisa Gonçalves Bento, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Bragança, do Instituto Politécnico de Bragança, encontro-me a realizar um estudo para “Analisar a adaptação da pessoa à ostomia de eliminação intestinal”, tendo como orientador científico Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins, venho por este meio solicitar a sua excelência a permissão para utilização da escala de adaptação a ostomia de eliminação na construção do meu instrumento de recolha de dados.

O meu estudo tem como objetivo geral:

- Analisar os fatores que influenciam a adaptação da pessoa à ostomia de eliminação numa consulta de estomaterapia de uma unidade local de saúde do norte de Portugal.

# **ANEXO VI**

## **Escala de adaptação á ostomia de eliminação**

## ESCALA DE ADAPTAÇÃO A OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO (EAOE)

*Autores: Sousa, Clementina; Santos Célia; Graça, Luís Carlos (2015)*

Encontram-se neste documento algumas afirmações que podem corresponder a experiências vividas pelas pessoas portadoras de ostomia.

Por favor, indique até que ponto cada uma das afirmações corresponde ou não ao que verdadeiramente se passa consigo, assinalando com uma cruz (X) a coluna que corresponde à sua situação, sendo que **DISCORDO TOTALMENTE**, corresponde a estar completamente em desacordo e **CONCORDO TOTALMENTE** corresponde a estar completamente de acordo com a afirmação.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados, por isso, por favor não deixe nenhuma questão por assinalar.

Solicito o seu preenchimento, assegurando que todas as informações são absolutamente confidenciais.

Muito obrigada pela colaboração.

*Sousa, Clementina; Santos Célia; Graça, Luís Carlos (2015)*

	Discordo Total-Mente 1	Discor-do Bastante 2	Discor-do 3	Não concordo Nem discordo 4	Concor-do 5	Concor-do Bastante 6	Concordo Total-Mente 7
1. Estou satisfeito(a) com a aparência do meu corpo							
2. Estar ou sair com os meus vizinhos, amigos e/ou colegas de trabalho é para mim difícil							
3. O meu estoma impede-me usar a roupa que gosto							
4. Procuro esconder que tenho uma ostomia							
5. Tento não pensar na minha situação							
6. Descarrego nas outras pessoas a minha revolta							
7. Acreditar em alguém divino dá-me força e ajuda-me a viver							
8. Faz-me bem falar dos meus sentimentos e preocupações com familiares e amigos							
9. Estou satisfeito(a) com a minha vida sexual							
10. Sinto orgulho em mim							
11. Identifico alterações no estoma, pele em redor, fezes ou urina							
12. Sinto-me diminuído(a) devido ao meu estoma							
13. Procuro a ajuda de familiares, amigos ou profissionais, quando necessito							
14. Participar nos divertimentos que aprecio (convívios, festas, actividades sociais) é para mim doloroso							
15. O meu cônjuge/companheiro(a) interessa-se sexualmente por mim							
16. Tenho medo dos gases, cheiros ou que o saco descole, quando estou em público							
17. Preocupa-me viajar por causa do meu estoma							
18. Perdi o meu interesse sexual por causa da minha ostomia							
19. O meu estoma interfere com o meu trabalho, a minha profissão ou a escola							

Sousa, Clementina; Santos Célia; Graça, Luís Carlos (2015)

	Discordo Total-Mente 1	Discordo Bastante 2	Discordo 3	Não concordo Nem discordo 4	Concordo 5	Concordo Bastante 6	Concordo Total-Mente 7
20. Estou otimista em relação ao futuro							
21. Acredito que as minhas orações vão-me ajudar							
22. Tenho prazer de viver							
23. A ostomia aumentou o meu bem-estar							
24. Aceito a minha ostomia							
25. O meu relacionamento sexual piorou com a ostomia							
26. Acredito que vou realizar os meus sonhos							
27. Sinto-me culpado(a) pela minha situação							
28. Acho que os outros me olham como uma pessoa diminuída							
29. O apoio da minha família e amigos é para mim importante							
30. Evito intimidade sexual por causa do meu estoma							
31. Sinto-me sexualmente atraente							
32. Olhar para a minha ostomia é doloroso							
33. Tocar na minha ostomia é para mim difícil							

Em relação às seguintes afirmações, assinale com uma cruz (X) a coluna que corresponde à sua situação

	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
34. Cuido da higiene da minha ostomia sozinho(a)						
35. Mudo o saco da minha ostomia sozinho(a)						

Fórmula de cálculo da EAOE:  
 $EAOE = ((E - \text{min}) / (\text{máximo} - \text{min})) * 100$

$E$  - Soma global dos itens  
Mínimo – valor mínimo possível  
Máximo – valor máximo possível

Sousa, Clementina; Santos Célia; Graça, Luís Carlos (2015)

## **ANEXO VII**

**Relatório Final de Estágio Profissional apresentado á Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**



**Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de  
Saúde do Instituto Politécnico de Bragança**

Sílvia Marisa Gonçalves Bento

Bragança, julho de 2023

## **Abreviaturas e Siglas**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CFP – Conselho das Finanças Públicas

CVC – cateter venoso central

DR – Diário da República

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

PPCIAS – Programa e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação Hospitalar

p. - página

séc. – século

## Índice:

Introdução .....	88
1. Contextualização dos Ensaios Clínicos .....	90
Estágio 1 - Serviço de Medicina Intensiva .....	91
Estágio 2 – Bloco Operatório.....	94
Estágio 3 – Serviço de Urgência.....	96
2. Reflexão Sobre Desenvolvimento de Competências .....	100
Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	100
Domínio da Melhoria Continua da Qualidade .....	102
Domínio da Gestão de Cuidados .....	103
Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	104
Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.....	105
Conclusão.....	109
Bibliografia .....	110

## Introdução

No âmbito na realização do Mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica foi-nos proposta a realização do relatório de estágio, de forma a descrever e refletir sobre o percurso realizado no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018. Serão descritas as atividades decorridas nos três serviços de estágio: Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Bloco Operatório (BO) e Serviço de Urgência (SU) realizados na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), na unidade de Bragança. No total os estágios tiveram uma carga horária de 540 horas, em que cada campo de estágio foi composto por 168 horas. A passagem por estes três campos de estágio, visa a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, numa abordagem do doente crítico.

No sentido de introduzir esta explanação acerca dos momentos de aprendizagem, emerge a necessidade de uma contextualização acerca dos sistemas de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) um sistema de saúde é constituído por pessoas, instituições e recursos, estruturados por conjunto de políticas estabelecidas, que visam melhorar a saúde da população, respondendo às expectativas das pessoas na sua luta contra os custos da doença, em que cujo o principal objetivo é melhorar a saúde. (OMS, 2020)

Na economia dos países desenvolvidos, o setor da saúde tem vindo a ocupar uma parcela cada vez maior, tanto no que diz respeito ao consumo de recursos, quer na despesa publica. Esta situação, deve-se sobretudo, à grande complexidade dos sistemas de saúde, envolvendo objetivos distintos e tomadas de decisão em contextos geralmente assimétricos. (Braun & Centeno, 2018)

Com esta exigência e complexidade, emerge um vasto conjunto de profissionais de saúde, que fazem a progressão dos sistemas de saúde, da qual a enfermagem não é exceção. Desde o os finais do séc. XIX até aos dias de hoje, o ensino em enfermagem tem vindo a sofrer alterações, modificações resultantes das necessidades acrescidas a que as sociedades têm vindo a ser sujeitas. Esta evolução social, a par da evolução tecnológica refletiram-se também na evolução do ensino de enfermagem. Enquanto curso, a enfermagem desde há uns anos a esta parte, é composta por uma parte teórica e outra essencialmente prática. (Domingues, 2019)

A par da criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) em 1998, o Ensino da Enfermagem passou a integrar o sistema educativo nacional ao nível do ensino politécnico, passando em 1999, a licenciatura.

A componente prática do ensino de enfermagem, tem por parte da OE, uma importância significativa, no decorrer do ensino clínico enquanto especialização em enfermagem. O enfermeiro especialista, na definição da OE, trata-se de um enfermeiro em que o seu poder de tomada de decisão e de julgamento crítico adquirem um papel interventivo mais elevado e proactivo. (OE, Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista, 2010 a)

A abordagem de enfermagem relativamente ao doente crítico, exige por parte do enfermeiro especialista uma aquisição de competências e atitudes diferenciadas, avançadas e específicas, das quais o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem de ser detentor. (OE O. d., 2017)

Após a realização do estágio foi-nos proposta a realização do presente relatório crítico, explanando as vivências e reflexões pelas quais estive sujeita nos diferentes contextos clínicos. Foi usado para a sua elaboração o método descritivo, através do recurso a pesquisa bibliográfica, apontamentos realizados e reflexões obtidas no decurso do ensino prático. O presente relatório encontra-se organizado em três partes distintas e interligadas entre si: introdução, contextualização dos ensinamentos clínicos e reflexão relativa ao desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista na abordagem ao doente crítico. Os objetivos definidos para esta reflexão foram:

- Descrever as etapas do estágio clínico nos diferentes campos de estágios frequentados, tendo sempre como elemento fundamental o doente crítico;

- Dissecar de forma crítica a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Doente Crítico.

## 1. Contextualização dos Ensaio Clínicos

O ensino clínico de 540 horas, foi dividido em três períodos de 168 horas cada, nos seguintes serviços da ULSNE na Unidade de Bragança: SMI, BO e SU. Em cada um dos campos de estágio estive sob a orientação de um enfermeiro especialista.

Para tal foram definidos o seguinte conjunto de **objetivos gerais**:

- Aplicar, gerir e compreender de forma adequada os conhecimentos adquiridos, direcionando-os corretamente na resolução de problemas em situações da área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;

- Identificar e desenvolver competências baseadas em modelos de conhecimento que dizem respeito à área de enfermagem médico-cirúrgica;

- Analisar e refletir sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Para cada campo de estágio foram delineados os seguintes **objetivos específicos**:

### **Serviço de Medicina Intensiva**

- Analisar a dinâmica da prestação de cuidados de um SMI;

- Aprender e adequar os variados métodos de intervenção em situações críticas, inerentes ao SMI;

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente crítico em SMI;

- Ampliar conhecimentos no âmbito da prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica ou em falência multiorgânica, inerente à complexidade da situação e a emergência de respostas eficazes e eficientes.

### **Bloco Operatório**

- Analisar e compreender a dinâmica de um BO;

- Perceber a interação com os restantes serviços internamento;

- Desenvolver competências técnicas e científicas no cuidado ao doente crítico em contexto de BO.

## **Serviço de Urgência**

- Adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica ao doente crítico e família, numa situação de emergência;
- Adquirir e desenvolver competências de tomada de decisão devidamente fundamentada, com base em evidências científicas, sociais e éticas, baseadas nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

### **Estágio 1 - Serviço de Medicina Intensiva**

Ao longo dos tempos, houve um grande avanço tecnológico no que ao tratamento e abordagem ao doente crítico diz respeito. As unidades de Cuidados Intensivos surgiram na necessidade de “(...) responder a estes novos desafios, por meio contínuo de ações e procedimentos, humanos e instrumentais, de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, em função das necessidades do doente, com cariz contínuo.” (OE, OE Parecer nº15/2018, 2018)

No mesmo documento, determina-se que os enfermeiros destas unidades, são peça fundamental na qualidade e segurança de curar, tratar e cuidar, sendo por isso dotados de competências específicas e eficazes, demonstrando eficiência na organização e planeamento dos cuidados prestados.

O meu estágio no SMI decorreu no período de 3 de outubro de 2017 a 3 de novembro de 2017, na ULSNE. Foi um ensino clínico sob a orientação da senhora enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica Filomena Branco, com duração de 168 horas. Trata-se de um serviço que pertence ao departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULSNE.

Fisicamente encontra-se localizado no piso 0, junto ao serviço de exames de diagnósticos e do SU. Trata-se de um serviço composto por uma zona de prestação de cuidados, onde se encontram 10 camas, sendo 9 delas em estrutura aberta (mas no momento de estágio apenas 8 delas em funcionamento) e 1 em isolamento, dotada de pressão negativa, em relação ao meio envolvente. O restante serviço é suportado por uma área de apoio, com o carrinho de emergência, armazém, gabinetes, copa, zona de sujos, saída de emergência, sala da roupa e uma área stock de farmácia. Nesta área para além de soros variados,

nutrições parentéricas e entéricas, está também situado o sistema dispensador de medicação, Pyxis medStation System®. Possui ainda uma sala para receção dos familiares, uma sala de espera e uma casa de banho de apoio a pessoal não colaborador.

A área onde se localizam as camas, área de prestação de cuidados, é uma zona ampla e sem barreiras físicas, possibilitando uma maior proximidade de cuidados, no que diz respeito à observação, monitorização e vigilância dos doentes, tornando os cuidados mais eficazes e eficientes. Cada unidade do doente é composta por cama elétrica, muitas delas com colchão de pressão alternada, mediante as condições clínicas do doente que a alberga. Todas elas possuem um carro de apoio para material consumível, como seringas, agulhas, compressas, luvas, aventais, entre outros, e também, o auxílio na preparação da medicação individual. Estão presentes em cada unidade, um monitor, permitindo uma vigilância e registo contínuo dos parâmetros vitais, ventilador, seringas perfusoras e bombas infusoras.

Compõem este serviço uma equipa multidisciplinar, constituída por equipa de enfermagem, equipa médica, equipa de assistentes técnicos, administrativa, 2 fisioterapeutas e 1 farmacêutico. A equipa de enfermagem trabalha em regime de horário de *rollman*, composto por três turnos diários, de 8 horas cada um. O rácio de enfermeiro/doente, encontra-se dentro do recomendado, sendo 1:2 em camas de nível III e de 1:3 em camas de nível II (OE, OE Parecer nº15/2018, 2018). Esta classificação por níveis II e III, é feita mediante o nível de cuidados prestados ao doente em situação crítica. Ambas as situações são geridas pela equipa de medicina intensiva, nos doentes com necessidade de cuidados de nível II, vulgarmente designados de doentes com necessidade de cuidados intermédios, que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, sem necessidade de ventilação invasiva. Por outro lado, os doentes considerados de nível III, ou também designados de intensivos, necessitam de duas mais formas de suporte orgânico, pela falência de dois ou mais órgãos vitais, ameaçando a própria vida. (Paiva, et al., 2016). A equipa de enfermagem trabalha utilizando o método individual de trabalho.

A origem dos doentes pode ser variada, desde o SU, dos serviços de internamento de qualquer uma das unidades hospitalares, de outros serviços da ULSNE, assim como de outra unidade hospitalar, por transferência para a continuidade de cuidados na área de residência e que ainda não reúna condições de transferência para um serviço de

internamento. São, portanto, doentes do foro crítico e com falência multiorgânica, ou seja cuja a eminência de falência de uma ou mais funções vitais, ponham em risco a própria vida. O internamento de doentes em situação crítica, neste contexto clínico, é também conduzido pela dependência da sua sobrevivência, face a meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Trata-se sempre de internamento transitório. Por esta crescente complexidade de cuidados, a prestação dos mesmo pela equipa de enfermagem, requer por parte do enfermeiro em cuidados intensivos, uma diferenciação de conhecimentos, altamente especializados, tanto ao nível de técnicas, como no manuseamento dos diferentes equipamentos.

No decorrer do meu estágio tive a oportunidade, de apesar da especificidade dos cuidados, aprender, manusear e por em prática técnicas específicas de cuidados ao doente crítico, adquirindo novos conhecimentos e competências. Desde a admissão do doente, com a preparação da unidade, da terapêutica necessária, da execução do processo clínico e anamnese, realização do rastreio séptico protocolar, procurei ter um papel interventivo. Pude lidar com situações completamente novas para mim, como cuidados a doentes com manutenção das vias aéreas através de suporte ventilatório mecânico invasivo, quer através de entubação orotraqueal, como por traqueostomia percutânea ou cirúrgica. Assim como, manutenção da via aérea com aporte de ventilação não invasiva, com variados métodos (máscaras, capacetes, high-flow therapy). Em todas as situações tive a oportunidade de auxiliar na montagem e testagem do ventilador e preparação do material. outras das técnicas invasivas muito comuns em contexto de cuidados intensivos, diz respeito à colocação de vários tipos de cateteres, como cateter venoso central (CVC), linha arterial, cateter de diálise, para doentes com necessidade de técnicas de substituição renal ou hemofiltração, contínuas ou intermitentes. A manipulação e manutenção corretas do CVC e da linha arterial (utilizados para uma monitorização hemodinâmica contínua do doente), seguindo as *guidelines* instituídas, eram dos procedimentos por mim mais praticado. No decorrer dos procedimentos, tive também oportunidade, quando assim o era exigido, de envolver o doente nos seus cuidados, como por exemplo pedir a sua colaboração aquando a instituição da “janela de sedação”, conseqüentemente desmame ventilatório e extubação. Foi também enriquecedor para mim, o contacto com terapêuticas novas, nomeadamente no que diz respeito a sedativos e analgésicos utilizados com frequência, assim como diferentes diluições e manipulações de fármacos. Todos os

procedimentos por mim adotados, tinham como referências os protocolos instituídos no serviço.

## **Estágio 2 – Bloco Operatório**

Este campo de decorreu no período compreendido entre o 6 de novembro de 2017 e o 5 de janeiro de 2018, no BO da unidade hospitalar de Bragança, da ULSNE. Foi um estágio orientado pela senhora enfermeira especialista em médico-cirúrgica Cláudia Miranda, com a duração de 168 horas.

Sendo eu enfermeira a exercer funções no serviço de cirurgia homens, da mesma unidade hospitalar, e que fisicamente, se encontravam ambos os serviços no mesmo andar do edifício, 1º andar, foi para mim um campo de estágio que me suscitava bastante interesse curiosidade. Este interesse prendia-se com o facto de quer perceber a dinâmica dos doentes no intraoperatório, pois já era estabelecido por mim o contacto e preparação no pré-operatório, e no pós-operatório. Este foi o principal motivo pelo qual escolhi este campo de estágio, dentro os blocos de opcionais.

São quatro as áreas de intervenção do enfermeiro de perioperatório do BO, sendo elas: enfermeiro circulante, enfermeiro de apoio à anestesia, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de apoio à unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA).

O BO da unidade de Bragança faz parte da Unidade Cirúrgica, localizado no 1º piso, a par do serviço de Cirurgia Mulheres, do serviço de Cirurgia Homens e do serviço de Esterilização. As especialidades cirúrgicas que no BO são trabalhadas são cirurgia geral, urologia, nefrologia, obstetrícia e ginecologia, em contexto de cirurgia programada. Trabalha também com cirurgias não programadas e em regime de ambulatório, nas seguintes especialidades: cirurgia geral, ortopedia, obstetrícia, urologia, nefrologia, ginecologia também otorrinolaringologia (ORL). Trata-se de uma unidade específica, de uma elevada exigência técnica e humana, transversal a diversos procedimentos cirúrgicos, um leque complexo de material, onde é vivenciado momentos de grande stress e ansiedade por parte do doente cirúrgico. (Manual de Boas Práticas do Bloco Operatório, 2015)

Estruturalmente é composto por uma área de recepção do doente, 2 salas cirúrgicas, uma sala com duas macas, com monitorização própria, rampas de oxigénio e um carro de emergência, destinada ao UCAP, dois armazéns de apoio às salas cirúrgicas, com material cirúrgico, soros e outro material de uso clínico. O serviço de esterilização fica adjacente, não havendo, no entanto, um circuito definido de sujos e limpos. Constituído por uma equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, que estão escalados alternadamente em duas equipas, a equipa das cirurgias programadas e a equipa de cirurgias urgentes. Todas as equipas trabalham em regime de horário *rollman*, com três turnos.

Neste serviço estão em vigor vários protocolos, que regem os procedimentos realizados, nomeadamente no que à Cirurgia Segura diz respeito.

A admissão do doente nesta unidade é realizada pelo enfermeiro de anestesia, que faz no momento do acolhimento, também a verificação da *check list*, feita a transferência de macas, o encaminha para a sala cirúrgica. Neste momento, instala o doente e monitoriza-o.

Das diversas funções do enfermeiro do BO, tive a oportunidade de perceber que as funções do enfermeiro instrumentista ou circulante são as de garantir a segurança do doente e restante equipa, fazer o planeamento do trabalho, no que diz respeito a consultar o plano operativo, preparar o material necessário para o ato cirúrgico. Nesta fase, deve proceder à correta verificação da segurança e funcionalidade do material cirúrgico. Tem de ter em conta as condições físicas do espaço, nomeadamente no que diz respeito à limpeza das superfícies, às condições térmicas da sala, por forma a garantir a estabilidade térmica do próprio utente. No decorrer do ato cirúrgico, fica ainda responsável de fazer cumprir as regras asséticas da técnica cirúrgica, colaborar com a restante equipa na colocação de roupa estéril, colaborar na colocação das mesas cirúrgicas, auxiliar na desinfeção da pele e colocação dos respetivos campos estéreis. Deve estar atento à necessidade de dispositivos médicos, fornecendo-os e promover um local seguro, no que diz respeito à promoção de um ambiente calmo e seguro, mantendo também as portas fechadas. No final do ato cirúrgico, cabe-lhe também auxiliar o enfermeiro instrumentista na contagem das compressas, instrumentos cirúrgicos e material perfurante. É também da sua competência acondicionar, rotular e registar todas as peças que serão encaminhadas para anatomia patológica. Por fim deve fazer registos de enfermagem, auxiliar no transporte do doente para a UCAP e supervisiona o protocolo de higienização da sala

cirúrgica, de forma a 7iniciar o procedimento seguinte. Muitas destas funções são também do enfermeiro instrumentista, pois estes dois enfermeiros trabalham sempre em colaboração mútua. Mas cabe ao enfermeiro instrumentista ser dotado de conhecimentos relativamente aos procedimentos e técnicas cirúrgicas, habilitado de uma elevada destreza técnica, manual, resistência física e psicológica. Outras das habilidades que lhes é exigida dizem respeito ao seu elevado sentido de responsabilidade, rigor, organização e antecipação, pois deve antever, gerir e controlar a necessidade de instrumentos cirúrgicos no decorrer da cirurgia. É também da sua responsabilidade no final do ato cirúrgica, colaborar no encerramento da ferida operatória e realização do penso oclusivo.

Foram várias as oportunidades de ensinios das quais tive o privilégio de participar, colaborando sempre de forma a manter um ambiente seguro. Pude colaborar na preparação da sala cirúrgica, do material necessário para os atos cirúrgicos, no acolhimento do doente, acondicionamento e rotulagem das peças anatómicas. Consegui também colaborar na instrumentação de uma fistulectomia, o que para mim pessoalmente foi muito gratificante.

A integração do enfermeiro do BO é bastante longa, demorada e gradual, devido ao grau de exigência técnica e humana. Tratou-se de um campo de estágio muito enriquecedor ao nível pessoal e profissional.

### **Estágio 3 – Serviço de Urgência**

Este campo de estágio foi realizado no SU da ULSNE, e decorreu entre os dias 8 de janeiro de 2018 e 19 de fevereiro de 2018, com a duração de 168 horas. Foi um ensino clínico orientado pela senhora enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica Sandra Afonso.

O SU é considerado por muitos a “porta” de entrada para ao SNS, sendo por ele que grande parte dos utentes acede aos cuidados de Saúde. No relatório (SNS, 2019) é referido que Portugal, segundo Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), é o país europeu com maior número de episódios de SU, e que uma grande parcela deles, dizem respeito a situações não urgentes.

O SU da ULSNE encontra-se integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos, da unidade hospitalar de Bragança, pertencendo ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. Trata-se de um serviço onde são recebidos doentes não urgentes, doentes urgentes e doentes emergentes, das várias áreas de cuidados: medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, pediatria, patologia clínica, anestesiologia, entre outras, que necessitem de avaliação e intervenção em curto espaço de tempo. Recebe doentes de todo o distrito de Bragança, tanto acompanhados pelos bombeiros, como pelos próprios meios, ou também através da referência pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Entram na área de admissão, onde é efetuada a ficha do utente e a sua identificação, passando para a sala de triagem, onde ocorre o primeiro contacto com o enfermeiro e é atribuída uma prioridade, permitindo a seleção de prioridades de utentes.

A avaliação dos doentes a serem observados em SU, começa com aplicação de um sistema de triagem, sistema de Triagem de Manchester. Este sistema permite o estabelecimento de prioridades clínicas para o atendimento, e não administrativa. Através da avaliação inicial do doente, mediante as queixas e sintomatologias apresentadas, identificam-se os critérios de gravidade, e através da colocação em prática de um fluxograma que possibilita estabelecer um nível de prioridade clínica, atribuindo um tempo de espera para o atendimento médico. Com a atribuição de 5 cores, categorizadas, mediante uma ordem crescente de gravidade: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.

Arquiteticamente, este serviço situa-se no piso 0 da ULSNE, rodeado pelo SMI, Patologia Clínica e Imagiologia, entre todos um fácil e rápido acesso para uma melhor cooperação dinâmica entre todos. Possui entrada independente para o exterior do recinto hospitalar, permitindo um melhor acesso e independente da restante unidade hospitalar. A estrutura física do serviço é composta pela área de admissão, onde se encontra o administrativo, sala de espera, sala de triagem, isto externamente. Internamente, possui uma área de cadeirões e de tratamentos, gabinetes médicos, sala laranja, sala de emergência, área de macas, sala de pequena cirurgia, sala de ortotraumatologia, gabinete de registos de enfermagem, gabinete de medicina interna, stock de farmácia, também com o sistema de sistema dispensador de medicação, Pyxis medStation System®, sala de observações, sala de pediatria, zona de lixos, armazém, gabinete enfermeiro responsável e copa do pessoal, assim como casas de banho de doentes e dos colaboradores.

No despacho normativo nº 11 de 2002, (D.R., Despacho normativo nº 11/2002, 11/2002), o SU é considerado de ação hospitalar, sendo um serviço estruturado por equipas multidisciplinares e multiprofissionais, tendo como objetivo prestar cuidados de saúde nas variadas situações de emergência e de urgência médicas. No que diz respeito aos recursos humanos, o SU dispõe de uma alargada equipa multidisciplinar, constituída por vários médicos de diversas especialidades, enfermeiros e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem em cada turno, está dividida por áreas de trabalho: 1 enfermeiro na triagem, 1 responsável pela urgência pediátrica e urgência intra-hospitalar, 1 na sala de emergência e sala laranja, 1 que dá apoio à zona de macas e cadeirões. E ainda, 2 afetos à sala de observações, com capacidade para 8 doentes/camas, em que todas as unidades estão equipadas por equipamento de urgência/emergência.

No que diz respeito à equipa médica, no período das 8 horas às 20 horas é composta por três médicos de Medicina geral e familiar e dois no período das 20 horas às 8 horas, durante as 24 horas em presença física existem dois especialistas de Ortopedia, dois especialistas de Medicina Interna, dois especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, dois especialistas de Cirurgia Geral, dois de Anestesiologia, um especialista em Psiquiatra e um de Pediatra. Existem as especialidades de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Urologia, Neurologia e Nefrologia que dão apoio em horário útil.

Os utentes de carácter urgente e que necessitem de tratamento e vigilância mais complexa, são encaminhados para a sala laranja. Esta sala é composta por quatro macas e monitores de monitorização cardíaca, eletrocardiógrafo, armário com material variado, como material para punções venosas, máscaras de oxigénio e nebulizações, material para entubações e algaliações, entre outros.

Situações de emergência ou críticas, são encaminhados para a sala de emergência, que se encontra dotada de duas macas, com ventiladores, rampas de oxigénio e ar, plano duro e todo o tipo de material e medicação de emergência médica. A área das macas contém seis macas divididas apenas por cortinas e é uma zona normalmente para utentes acamados ou para realização de alguns tratamentos mais complexos, com necessidade de privacidade, enquanto aguardam decisões médicas.

Está também, afeto a este serviço, uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação Hospitalar (VMER) em gestão integrada com o, composto por uma equipa de 1 médico e 1 enfermeiro. Esta equipa da VMER possui formação específica ministrada pelo INEM.

Existem ainda no SU 3 Vias Verdes em funcionamento: Via Verde Trauma, Via Verde de Sepsis e Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), com o objetivo de permitir um fácil, rápido e livre atendimento de determinadas patologias. Tratam-se de formas rápidas de abordagem, que vão permitir tratamentos precoces e mais eficazes, pois nestas situações, o fator tempo, entre o início dos sintomas, o diagnóstico e tratamento, é crucial para a diminuição da mortalidade e morbidade. A cada uma das vias verdes, são atribuídos critérios específicos de ativação.

No decorrer deste ensino clínico, pude contactar diariamente com diversas realidades clínicas, abordagens distintas, depreendendo a grande complexidade funcional, organizacional, a que este serviço está sujeito 24 horas por dia. Percebe-se também a importância da multidisciplinaridade na ação doente/doença, requerendo uma constante atualização de conhecimentos por parte da equipa, nomeadamente enfermeiro especialista, de forma a responder às exigências requeridas.

## **2. Reflexão Sobre Desenvolvimento de Competências**

Com o decorrer do tempo, por exigência dos cuidados de saúde, os cuidados de Enfermagem, revelam ter um maior peso, tendo por consequência uma evolução técnica e científica, despoletando uma maior diferenciação e especialização dos profissionais de saúde. Segundo o regulamento (D.R., 140/2019), a atribuição do título de especialista, presume que os enfermeiros repartam de um conjunto de competências comuns, na prestação de cuidados de saúde, enunciadas por cada regulamento que concerne à Especialidade.

Segundo a OE no regulamento emitido 2019 (D.R., 140/2019), as competências comuns do enfermeiro especialista, acrescem ao enfermeiro de cuidados gerais, um domínio de conhecimentos específicos de enfermagem. Essas competências dividem-se em 4 domínios:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Domínio da melhoria continua da qualidade dos cuidados;
- Domínio da gestão de cuidados;
- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com base neste pressuposto, farei uma análise descritiva das competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que foram por mim aplicadas e desenvolvidas ao longo dos 3 campos de estágios.

### **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Nesta competência, o enfermeiro, segundo (D.R., 140/2019) deve desenvolver, na área da especialidade, uma prática profissional ética e legal, agindo sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos. Este processo de tomada de decisão está presente na atividade diária do enfermeiro, para a obtenção de diferentes resoluções complexas, após uma análise sensata, perante os constantes dilemas éticos com os quais

se depara. Segundo (OE, 2010 a) neste domínio, deve-se promover a prática dos cuidados que respeitem os direitos humanos, lado a lado com as responsabilidades profissionais. Ao longo dos meus 3 campos de estágios, embora em ambientes muito distintos, sendo que o BO em ambiente muito restrito, até ao SU, uma “porta” aberta 24 horas por dia, procurei sempre tomar decisões regidas segundo os princípios, valores e normas deontológicas.

Procurei, dentro dos limites que como aluna de mestrado possuía, participar na construção de estratégias de resolução de problemas, em parceria com o doente/família e com a restante equipa. Procurei sempre, e procuro, ser criteriosa na escolha das respostas adequadas, orientando a tomada de decisão em função da deontologia profissional, de acordo com as diferentes equipas onde estava inserido, e os seus diferentes contextos.

A aquisição desta competência, exigiu da minha parte, recolha criteriosa de fundamentos, de forma a refletir das tomadas de decisão, que eram tomadas maioritariamente em equipa multidisciplinar.

O doente, como ser holístico, inserido em diferentes contextos sociais e familiares, requeriu da minha parte um desafio, no sentido de estabelecer uma boa relação com o doente/família, de forma a que os seus direitos, suscetibilidades e dignidade, fossem sempre enaltecidos e tidos em conta. Esta universalidade de culturas e formas de estar, têm de ser sempre entendidos e protegidos pelo sigilo profissional, artigo 106º (OE, 156/2015), guardando sigilo de todo o conhecimento obtido no exercício da profissão de enfermagem.

No que diz respeito aos 3 campos de estágio, o SMI por se tratar de uma área de estrutura ampla e sem divisões, era mais difícil que o sigilo fosse preservado, mas era contornado com a passagem de turno junto à unidade do doente e os horários de visita não se sobrepunham a este momento. A privacidade era também uma preocupação, pois, apesar do estilo “open space”, utilizava sempre as características do espaço, como cortinas, para a prestação de cuidados ou realização de procedimentos mais invasivos e que eventualmente expusessem o doente.

A minha prestação no decurso dos ensaios clínicos, foi feita sempre com um grau de exigência pessoal, transmitindo sempre um total e absoluto respeito pelo doente, pela proteção e promoção dos seus direitos, acautelando sempre, a segurança e privacidade na prestação dos cuidados.

## **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

A exigência dos tempos e tecnológicos, impuseram à enfermagem a procura por novas formas de diferenciação face à equipa multidisciplinar onde se encontra inserida. Com a criação da OE em julho de 1998, um dos domínios com necessidade de desenvolvimento, foi a definição e implementação de padrões de qualidade. Estes procurando refletir de que forma proporcionar melhoria nos cuidados de enfermagem e sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Este espírito crítico e reflexivo, é pertinente como enfermeira especialista, de forma a trabalhar e aprofundar conhecimentos na área da qualidade dos cuidados de enfermagem. A integração, em equipas multidisciplinares, nos últimos anos, têm exigido dos enfermeiros um grau de diferenciação, de especialização cada vez mais profundo, em diversas áreas, tanto ao nível social, nível ético, a nível profissional, e a nível económico.

Segundo (OE, 2010 b) o profissional de enfermagem, deve desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, no qua diz respeito à governação clínica, esforçando-se sempre para a obtenção de qualidade.

A importância internacionalmente assumida para a implementação de sistemas de qualidade, não deve ser apenas uma preocupação da enfermagem, mas sim também das instituições de saúde, gerindo recursos e criando estruturas que promovam um bom desempenho profissional de qualidade. É defendida pela OE, que as organizações implementem as condições necessárias aos enfermeiros, para o desempenho da melhoria de qualidade, (OE, 2010 b). O enfermeiro deve procurar sempre, conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, (OE, Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista, 2010 b). esta melhoria contínua deve ser sempre centrada, num ambiente terapêutico seguro.

Ao longo do meu percurso nos campos de estágios frequentados, procurei como aluna de mestrado, tive como preocupação a pesquisa e cumprimento dos protocolos estabelecidos nos serviços e instituição, procurando atuar em conformidade com os mesmos. O acesso a esta documentação estava sempre disponível em suporte de papel, em sítios definidos, ou na intranet, sempre disponível em qualquer computador. Esta prática contínua, permite uma uniformização dos cuidados, importante para a prestação segura de normas e procedimentos, de forma a uma responsabilização dos profissionais envolvidos. O

cumprimento de normas e protocolos estabelecidos, é assegurado na prestação de cuidados, pela consulta de guias de auditoria.

Procurei sempre, mediante as condições clínicas, físicas e dinâmicas de cada campo de estágio, promover um ambiente terapêutico seguro, na prestação de cuidados. Procurei em todos eles, realizar uma aprendizagem diferenciada, ajustada ao doente e seu perfil clínico, por meio de cumprimento de protocolos e normas instituídas, em cada um dos serviços. Apesar da especificidade de cada um dos serviços por onde passei, a uniformização de normas e protocolos, permite o cuidar, a observação e a colaboração na execução de técnicas invasivas, diferenciadas, com graus de complexidades também distintos, minimizando o erro e promovendo uma qualidade e segurança nos cuidados.

A gestão de qualidade é uma área transversal a toda a prática dos cuidados, dentro da instituição, que pode ir desde a avaliação inicial, o reconhecimento dos diagnósticos, a planificação das intervenções, implementação e cumprimento das mesmas. O seguimento de todas estas etapas do processo de enfermagem, é central para a avaliação da qualidade dos cuidados.

### **Domínio da Gestão de Cuidados**

Segundo (OE, 2010 c) o enfermeiro especialista no domínio da gestão de cuidados, deve gerir os seus cuidados, tendo em conta a otimização da resposta da enfermagem na articulação com a equipa multidisciplinar. Cabe também ao especialista, ajustar a liderança e gestão dos recursos existentes, atendendo à otimização da qualidade dos cuidados.

Temas como liderança de equipas e gestão de cuidados de enfermagem, foram matérias lecionadas na unidade curricular, Gestão em Enfermagem, que direcionaram a aquisição desta competência neste domínio.

Segundo (OE, 2010 c), cabe ao enfermeiro especialista gerir e otimizar os cuidados, por forma assegurar a segurança e qualidade nas tarefas delegadas. É lhes exigido racionalidade, competência e consciência, nas tomadas de decisão.

Procurei, ao longo dos diferentes campos de estágio, desenvolver individualmente habilidades e competências, de forma a obter uma visão mais abrangente e eficaz, na gestão cuidados, tendo sempre em conta a inclusão da equipa de enfermagem em contexto multidisciplinar. Esta forma de atuar, deve ser sempre baseada e fundamentada, com evidência científica, algo que procurei sempre ter em conta. A multidisciplinaridade do enfermeiro especialista, é tida como competência essencial na qualidade dos cuidados, e foi por mim observada a sua existência em ao longo de todo o estágio, nas diferentes equipas onde estive inserida. Esta integração, revelou-se motivadora e facilitadora, pois foi permitida por parte dos vários profissionais de saúde, uma partilha abrangente e diferenciada, possibilitando uma avaliação coletiva do doente e situação. enfermeiro especialista, deve assumir no seio da equipa funções como, responsável de turno, onde está inerente a gestão de cuidados globais, questões burocráticas, gestão de recursos humanos e matérias. Estas funções foram por mim desenvolvidas durante os três campos de estágio.

### **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Cabe ao enfermeiro especialista, segundo (OE, 2010 d), demonstrar a capacidade de autoconhecimento, tendo uma elevada consciência de si próprio enquanto pessoa e enfermeiro, para cada situação. Esta postura revela-se central no domínio da prática de enfermagem, condicionando as relações terapêuticas e multiprofissionais, estabelecidas, de forma a assegurar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional. Procurei ao longo do mestrado, adquirir esta consciencialização e reflexão acerca de mim mesma.

Para esta consciencialização de Mim e do Outro, procurei desenvolver o autoconhecimento, identificando fatores que pudesse interferir no relacionamento com o doente, família e restante equipa multidisciplinar, como uma comunicação eficaz. Prende-se nesta competência, a capacidade de desenvolver reações face a situações imprevistas e complexas, de forma eficaz e metódica, continua e autonomamente. O mais complexo de gerir, tornou-se aguando lidar com situações de urgência e emergência, pois torna-se necessário objetivar a ação e reação, gerindo o stress profissional a que se fica sujeito. Compreendo que esta seja uma competência, de aquisição e melhoramento contínuo,

onde nos locais de estágio adquiri estratégias que me ajudaram no seu desenvolvimento. Estas experiências proporcionaram-me a aquisição de conhecimentos diferenciados para práticas seguras, de qualidade para um desenvolvimento pessoal e profissional.

### **Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica**

Segundo (OE, 2010), as competências específicas, permitem de forma dinâmica, dar resposta às necessidades inerentes aos cuidados de saúde da população, resultado da complexificação constante dos conhecimentos, práticas e contextos. São certificadas ao longo do percurso profissional especializado nos domínios da disciplina de Enfermagem.

A pessoa em situação crítica é definida como aquela em que a vida se encontra ameaçada, quer por falência ou mesmo pela eminência de falência de uma ou mais funções vitais, fazendo com que esta falha, dependa de meios mais avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. (OE, 2010 b). Neste mesmo regulamento, são definidas como competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa crítica, as seguintes: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, do planeamento à ação; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, tendo em conta a complexidade da situação, atendendo às necessidades de respostas em tempo útil e adequado.

#### Cuidar de Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

A condição de doença crítica, requer por parte do enfermeiro especialista, prestar cuidados altamente especializados, continuamente, com vista manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tem como objetivo a recuperação total da pessoa.

Tive oportunidade de, no decorrer dos diferentes campos de estágio, por em prática os conteúdos adquiridos durante as unidades curriculares do mestrado, aliados à minha experiência profissional, desenvolver competências na área do cuidar do doente crítico.

Pude experienciar os cuidados à pessoa em situação crítica, em diferentes contextos.

No SMI, por se tratar de um serviço de carácter complexo, tecnologicamente avançado, aliadas as complexidades das patologias evidenciadas, exigiu competências técnico-científicas muito diferenciadas. Tive a oportunidade contactar e desenvolver competências mais tecnológicas, como na manipulação de monitores de monitorização contínua e ventiladores, sendo estes os mais desafiantes para a minha aprendizagem. Aprofundei e sistematizei competências de leitura de meios complementares de diagnóstico, que me permitiram ter uma visão mais crítica do estado do doente.

Já no BO, tive a oportunidade assistir situações de cirurgias de *Lifesaving*, que exigiu por parte da equipa cuidados diferenciados e trabalho multidisciplinar coordenado e eficaz.

No SU, outro ambiente de características específicas e diferenciadas, estas competências foram essencialmente desenvolvidas em contexto de sala de emergência, com conseqüente transferência de helicóptero, para unidade de saúde mais diferenciada, tendo a oportunidade de colaborar nestes processos.

Estas experiências adquiridas, dotaram-me de uma maior autonomia e capacidade de decisão, na aquisição de competências nesta área de cuidado, na avaliação do doente crítico, planejando ações direcionadas, podendo prever complicações.

### Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofes ou Emergência Multi-vítima, da Conceção à Ação

Sendo as catástrofes, sendo fenómeno de ocorrência imprevisível, exige um planeamento prévio, de forma a antecipar as repostas na eventualidade da sua ocorrência. Cada instituição deve estar provida de um conjunto de procedimentos médicos de emergência, por forma a salvar e tratar o maior número de pessoas possível, com o recurso aos meios disponíveis. Cabe ao enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, pelas competências que lhe são atribuídas, exercer um papel fundamental na resposta e planeamento de situações de catástrofe ou emergência multi-vítima. Pois segundo, (OE, 2017), o enfermeiro especialista deve demonstrar competências na elaboração e articulação dos planos de emergência e catástrofe, planeando repostas consistentes e gerindo cuidados,

na presença de pessoas em situação de emergência multivítima e catástrofe. No SU pude perceber a existência de um Plano de Emergência e Catástrofe, disponível e acessível a todos os profissionais de saúde. Saliento, a lacuna de não haver este acesso e dinâmica de treino, ao Plano de Emergência e Catástrofe, aos restantes serviços.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Com a evolução tecnológica, aumentaram também os procedimentos e técnicas terapêuticas, de diagnóstico invasivas, que são considerados fatores do aumento da ocorrência de infeções a nível hospitalar. Este fator é uma das causas principais para a ocorrência de efeitos adversos nos cuidados de saúde, como o aumento da morbilidade e mortalidade em meio hospitalar, com consequência do aumento dos custos em saúde. Segundo (OE, 2010), o enfermeiro especialista tem como objetivo, atuar de forma rigorosa na prevenção e controlo da infeção, nos diversos contextos de atuação, nas múltiplas medidas invasivas.

(DGS, 2007), considera que o principal meio de transmissão são as mãos dos profissionais, sendo responsáveis por cerca de 40% das infeções provocadas por agentes resistentes, como resultado da colonização e infeção cruzada. Procurei e procuro, no meu percurso, participar de forma ativa na prevenção no decorrer dos ensaios clínicos, como a lavagem das mãos, nos 5 momentos e sempre que necessário., assim como a correta utilização de uso do equipamento de proteção individual e administração da terapêutica instituída.

A implementação do Programa e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (PPCIAS), teve como objetivos identificar e diminuir os riscos de transmissão de infeções cruzadas, de forma a diminuir as taxas de infeção e mante-las em níveis aceitáveis. Por consequente, foram implementadas as Comissões de Controlo de Infeção, em todas as unidades de saúde, por forma a abrangerem três vertentes do plano nacional de controlo de infeção: vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas e formação

dos profissionais. Durante os três campos de estágio, tive a oportunidade de por em prática protocolos existentes nos mesmos, relativamente ao controle de infecção, nomeadamente a realização de rastreios sépticos de forma criteriosa e respeitando os princípios de assepsia. Tomei consciência da minha responsabilidade no cumprimento destes procedimentos, de forma a que os cuidados prestados contribuam para a melhoria dos cuidados prestados ao doente em estado crítico.

## **Conclusão**

Ao longo dos três compôs de estágio, todos eles diferentes e com características específicas, pude adquirir novos conhecimentos, que me permitiram desenvolver competências e aperfeiçoar as já existentes. Este percurso foi também importante para desenvolver capacidades de investigação, planeamento e intervenção na área da enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa em situação crítica.

Todo este processo de reflexão, aquisição e desenvolvimento de competências, revelou-se ser extremamente enriquecedor, possibilitando a tomada de consciência do trabalho desenvolvido durante o mesmo. Cada passagem em seu serviço, foi para mim desafiante, por se tratarem de realidades novas, doentes com grau de complexidade distinto, que exigiram de mim, física e emocionalmente, constante adaptação e aquisição de estratégias novas.

A conclusão desta etapa do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi importante, tanto ao nível pessoal, como profissionalmente, contribuindo para um crescimento como enfermeira, elevando a prestação de cuidados com qualidade e segurança.

## Bibliografia

- Braun, G. T., & Centeno, L. G. (2018). *Sistemas de Saúde*. Publicação Ocasional. Obtido de [https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes\\_ficheiros/cfp-publicacao-ocasional-1-2018.pdf](https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes_ficheiros/cfp-publicacao-ocasional-1-2018.pdf)
- D.R., D. d. (11/2002). *Despacho normativo nº 11/2002*. Despacho. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- D.R., D. d. (140/2019). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- DGS. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Obtido de Direção Geral de Saúde .
- Domingues, M. E. (2019). *40 anos do SNS*. Lisboa: Edições Saída de Emergência.
- Manual de Boas Práticas do Bloco Operatório*. (2015). Obtido de Library: <https://1library.org/article/manual-de-boas-pr%C3%A1ticas-do-bloco-operat%C3%B3rio.zx27mowq>
- Médicos, O. d. (2018). DOCUMENTO ORIENTADOR DA FORMAÇÃO EM MEDICINA. *DOCUMENTO ORIENTADOR DA FORMAÇÃO EM MEDICINA*. Obtido de <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
- OE. (maio de 2010 d). *Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- OE. (156/2015). *Código Deontológico*. Estatuto da OE. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OE. (29 de maio de 2010 a). *Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido de

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

OE. (2010 b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* .

OE. (29 de maio de 2010 b). *Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

OE. (maio de 2010 c). *Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

OE. (maio de 2010). *Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

OE. (2017). *Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência* .

OE. (2018). *OE Parecer nº15/2018*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros OE: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)

OE, O. d. (1996). *REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

OE, O. d. (17 de outubro de 2017). *Regulamento n.º 555/2017, de 17 de outubro*. Obtido de Diário da República, DR: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/555-2017-108315074>

OMS. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Obtido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., . . . Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. SNS. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

SNS, G. d. (2019). *Relatório Grupo de Trabalho - Serviço de Urgência*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A2ncias.pdf>