



**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

# **“Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia na Unidade Local de Saúde Nordeste”**

Ana Margarida Pereira de Oliveira

Orientadores:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, setembro de 2016

# **“Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia na Unidade Local de Saúde Nordeste”**

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde pela licenciada Ana Margarida Pereira de Oliveira para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária orientado pelos Professores Doutores Adília Maria Pires da Silva Fernandes e Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, setembro de 2016

## **Resumo**

Uma ostomia de eliminação intestinal resulta de um procedimento cirúrgico que consiste na ligação de uma parte do intestino delgado ou grosso, a um orifício externo na cavidade abdominal designado de estoma. O utente portador de uma ostomia de eliminação intestinal, devido à sua situação clínica, manifesta um misto de emoções resultante do enorme impacto físico e emocional devido à doença e ao tratamento. A sua própria vida vai desencadear alterações profundas no seu *EU*, nos estilos de vida, nas relações familiares e sociais, na sua imagem corporal e na autoestima (Pinto, 2012). Foi objetivo deste estudo analisar a perceção que a pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal, seguida na Unidade Local de Saúde Nordeste (ULSNE), tem sobre a sua qualidade de vida (QV). A investigação enquadra-se no domínio da investigação observacional, optando-se pela realização de um estudo descritivo, analítico e transversal, de abordagem quantitativa. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um formulário com questões relativas às características sociodemográficas, a escala de Graffar e a escala de avaliação da qualidade de vida do utente ostomizado. Aceitaram participar no estudo 105 utentes portadores de eliminação intestinal. O sexo predominante é o masculino (50,5%). A classe etária mais representativa é a dos 65 aos 92 anos (78,1%) e o estado civil predominante antes (67,6%) e depois (55,2%) da cirurgia é o de casado. Quanto à atividade laboral, o abandono do trabalho a tempo inteiro, devido à nova situação clínica, foi referido por 94,3% dos inquiridos. Em relação às habilitações académicas, 46,7% sabe ler e escrever, enquadrando-se na classe social média (57,1%). A consulta de estomaterapia na ULSNE ainda não está implementada, mas os inquiridos consideram que a sua implementação seria pertinente (93,3%), facilitando principalmente a adaptação à nova realidade (40%), a ultrapassar dificuldades (28,6%), a evitar complicações/resolver os problemas (9,5%). A média da QV dos participantes neste estudo é de 279,92, superior à média teórica da escala (215), indicando os inquiridos evidenciam um bom nível de qualidade de vida. O enfermeiro estomaterapeuta é o profissional que melhor pode proporcionar toda a informação e suportes necessários, que permitam ultrapassar os problemas e as limitações sentidas pelo ostomizado e pelas pessoas significativas na sua vida.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, utente ostomizado, eliminação intestinal.

## **Abstract**

An ostomy intestinal elimination results from a surgical procedure consisting in linking a part of the small or large intestine, to an external opening in the abdominal cavity called the stoma. The user carries ostomy intestinal elimination, due to their clinical condition, shows a mixture of emotions resulting from the huge physical and emotional impact due to illness and treatment. Your life will trigger profound changes in its US, lifestyles, in family and social relationships, body image and self-esteem (Pinto, 2012). It was aim of this study to analyze the perception that the carrier person of intestinal elimination ostomy, then the Northeast Local Health Unit (ULSNE) has on their quality of life (QOL). The investigation falls within the field of observational research, opting up for carrying out the descriptive, analytical and cross-sectional study with a quantitative approach. As data collection instrument was used a form with questions concerning sociodemographic characteristics, Graffar of scale and the scale of assessment of the quality of life of stoma wearer. They agreed to participate in the study 105 patients users of bowel elimination. The predominant sex is male (50.5%). The most representative age group is from 65 to 92 years (78.1%) and the predominant marital status before (67.6%) and after (55.2%) surgery is married. As for labor activity, abandonment of full-time work due to new clinical situation was reported by 94.3% of respondents. Regarding academic qualifications, 46.7% can read and write and it fits in the middle class (57.1%). The stomatherapy query in ULSNE is not yet implemented, but the respondents consider that their implementation would be relevant (93.3%), mainly in facilitating adaptation to the new reality (40%), to overcome difficulties (28.6%), to avoid complications / solve problems (9.5%). The participants in this study obtained a high average of quality of life (279.92) higher than the theoretical average of the scale (215), indicating that respondents show a good level of quality of life. The stoma nurse is the professional who can best provide all the needed information and support that allow to overcome problems and limitations experienced by the patient and the significant people in his life.

**Keywords:** Quality of life, ostomy user, intestinal elimination.

## **Agradecimentos**

Em especial ao meu marido Telmo e ao meu filho Romeu. À restante família, pela força, apoio, palavras de incentivo e encorajamento e, pela confiança e amor que depositaram em mim.

Aos doentes, por terem permitido que este trabalho fosse possível e pelo carinho, disponibilidade e interesse em colaborar no mesmo e à equipa da UCC do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros, onde realizei estágio.

Aos Professores Doutores, Adília Fernandes e Manuel Brás, por terem aceitado serem meus orientadores, pela sua disponibilidade e orientação.

À Liliana Miranda, pela sua preciosa ajuda, disponibilidade e profissionalismo.

À ULSNE e ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, sobretudo aos meus superiores hierárquicos, por terem colaborado na consecução desta investigação e pela flexibilidade de horário para que a conclusão da mesma fosse possível.

## **Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas**

a.C.- antes de Cristo

BEE- Bem-Estar Espiritual

BEF- Bem-Estar Físico

BEP- Bem-Estar Psicológico

BES- Bem-Estar social

CHTMAD- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CS- Centro de Saúde

CSD- Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP- Cuidados de Saúde Primários

EPE- Entidade Publica Empresarial

EUA- Estados Unidos da América

ICN- International Council of Nurses

INCA- Instituto Nacional de Cancro

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

OWM- Ostomy Wound Management

p.- página

PEG- Gastrostomia Endoscópica Percutânea

QV- Qualidade de Vida

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

WCET- World Council of Enterostomal Therapists

## Índice

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
<b>1. A Contextualização e Incidência da Estomaterapia</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Ostomias</b> .....	<b>8</b>
2.1 Ostomias de Alimentação .....	9
2.2 Ostomias Respiratórias .....	9
2.3 Ostomias Urinárias .....	10
2.4 Ostomias de Eliminação Intestinal .....	10
2.5 Pré-operatório .....	12
2.6 Pós-operatório .....	13
<b>3. O Papel do Enfermeiro Estomaterapeuta</b> .....	<b>15</b>
<b>4. Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia</b> .....	<b>19</b>
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b> .....	<b>21</b>
<b>1. Metodologia</b> .....	<b>22</b>
1.1 Questões de Investigação e Objetivos do Estudo .....	22
1.2 Tipo de Estudo .....	23
1.3 População/Amostra .....	23
1.4 Operacionalização e Categorização das Variáveis .....	24
1.5 Hipóteses de Investigação.....	26
1.6 Instrumento de Recolha de Dados .....	26
1.7 Fiabilidade do Instrumento de Recolha de Dados .....	28
1.8 Tratamento Estatístico .....	31
1.9 Procedimentos de Colheita de Dados .....	31
1.10 Procedimentos Éticos.....	32
<b>2. Análise e Discussão dos Resultados</b> .....	<b>33</b>
2.1 Caracterização da Amostra.....	33
2.2 Impacto da ostomia no dia-a-dia da pessoa portadora.....	36
2.3 Autocuidado à ostomia .....	39
2.4 Apoio Social e Psicológico .....	40
2.5 Qualidade de Vida .....	42

<i>2.5.1 Caracterização da Amostra Relativamente à Ostomia</i> .....	42
<i>2.5.2 Análise da Relação Entre o Bem-estar Físico, as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas</i> .....	45
<i>2.5.3 Análise da Relação entre o Bem-Estar Psicológico e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas</i> .....	48
<i>2.5.4 Análise da Relação entre o Bem-Estar Social e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas</i> .....	51
<i>2.5.5 Análise da Relação Entre o Bem-estar Espiritual e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas</i> .....	54
<i>2.5.6 Análise da Relação entre a Qualidade de Vida e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas</i> .....	57
<i>2.5.7 Informação Sobre a Nova Situação Clínica</i> .....	62
<i>2.5.8 Complicações</i> .....	63
<i>2.5.9 Intervenções de Enfermagem na Comunidade</i> .....	64
<b>Conclusões e Perspetivas Futuras</b> .....	<b>69</b>
<b>Apêndices do Relatório Final de Estágio</b> .....	<b>80</b>
Apêndice 1- Pedidos de Autorização .....	81
Apêndice 2- Relatório de Estágio .....	86
<b>Anexos – Questionário</b> .....	<b>183</b>

## Índice Tabelas

<i>Tabela 1 - Categorização das variáveis independentes .....</i>	<i>25</i>
<i>Tabela 2 - Índice de classificação para o valor de Alpha de Cronbach.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabela 3 - Nível de Alpha de Cronbach para a escala de Graffar .....</i>	<i>29</i>
<i>Tabela 4 - Nível de Alpha de Cronbach para a escala de Qualidade de Vida .....</i>	<i>29</i>
<i>Tabela 5 - Índice para classificação de nível de significância associada a valor de prova.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica dos participantes .....</i>	<i>36</i>
<i>Tabela 7 - Impacto da ostomia na atividade laboral, sexual, vestuário e alimentação. 38</i>	
<i>Tabela 8 - Caracterização do auto cuidado à ostomia .....</i>	<i>40</i>
<i>Tabela 9 - Caracterização do apoio social e suporte psicológico dos doentes com ostomia .....</i>	<i>40</i>
<i>Tabela 10 - Distribuição das frequências relativas ao suporte psicológico.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabela 11 - Caracterização da ostomia dos participantes do estudo.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabela 12 - Medidas de tendência central e de dispersão das pontuações de subescalas e da qualidade de vida global .....</i>	<i>45</i>
<i>Tabela 13 - Teste t para detetar diferenças no bem-estar físico de dois grupos .....</i>	<i>46</i>
<i>Tabela 14 - Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar físico de dois grupos.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabela 15 - Teste Kruskal-Wallis para detetar diferenças no bem-estar físico em 3 ou mais grupos .....</i>	<i>47</i>
<i>Tabela 16 - Teste t para detetar diferenças no bem-estar físico de dois grupos .....</i>	<i>47</i>
<i>Tabela 17 - Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar físico de dois grupos.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabela 18 - Teste t para detetar diferenças no bem-estar psicológico de dois grupos..</i>	<i>49</i>
<i>Tabela 19 - Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar psicológico de dois grupos.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabela 20 - Teste Kruskal-Wallis para detetar diferenças no bem-estar psicológico em 3 ou mais grupos .....</i>	<i>50</i>
<i>Tabela 21 - Teste t para detetar diferenças no bem-estar psicológico de dois grupos..</i>	<i>50</i>
<i>Tabela 22 - Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar psicológico de dois grupos.....</i>	<i>51</i>
<i>Tabela 23 - Teste t para detetar diferenças no bem-estar social de dois grupos.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabela 24 - Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar social de dois grupos.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabela 25 - Teste Kruskal-Wallis para detetar diferenças no bem-estar social em 3 ou mais grupos .....</i>	<i>53</i>
<i>Tabela 26 - Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar social de dois grupos.....</i>	<i>54</i>
<i>Tabela 27 - Teste t para detetar diferenças no bem-estar espiritual de dois grupos.....</i>	<i>55</i>

<i>Tabela 28 - Análise ANOVA a um fator para o bem-estar espiritual .....</i>	<i>55</i>
<i>Tabela 29 - Testes Post-hoc para análise ANOVA.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabela 30 - Teste t para detetar diferenças no bem-estar espiritual de dois grupos.....</i>	<i>57</i>
<i>Tabela 31 - Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar espiritual de dois grupos.....</i>	<i>57</i>
<i>Tabela 32 - Teste t para detetar diferenças na qualidade de vida de dois grupos .....</i>	<i>58</i>
<i>Tabela 33 - Teste Mann-Whitney-U para as diferenças na qualidade de vida de dois grupos.....</i>	<i>59</i>
<i>Tabela 34 - Teste Kruskal-Wallis para detetar diferenças na qualidade de vida de 3 ou mais grupos .....</i>	<i>60</i>
<i>Tabela 35 - Teste t para detetar diferenças na qualidade de vida de dois grupos .....</i>	<i>60</i>
<i>Tabela 36 - Teste Mann-Whitney-U para as diferenças na qualidade de vida de dois grupos.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabela 37 - Informação sobre a nova situação clínica.....</i>	<i>62</i>
<i>Tabela 38 - Dados relativos às complicações no estoma e pele periestomal .....</i>	<i>64</i>
<i>Tabela 39 - Intervenções de enfermagem na comunidade .....</i>	<i>68</i>

## **Introdução**

A presença de uma ostomia gera na vida de um indivíduo um desequilíbrio a nível bio-psico-social, que depende da capacidade emocional, física, funcional, psíquica e social de cada indivíduo (Canavarro & Serra, 2010).

A Qualidade de Vida de um indivíduo portador de ostomia pode sofrer alterações a nível dinâmico, multidimensional e individual, que se pode refletir numa série de fatores e interações entre os domínios físico, psicológico, social e espiritual (Pinto, 2012).

Na perspetiva de Miranda (2013,p.2) “as ostomias determinam, para além de problemas físicos, repercussões psíquicas na pessoa e família, bem como na comunidade. Há alterações profundas do modo de vida do doente, e um esforço permanente de adaptação à sua nova realidade.”

Ao longo dos últimos anos foram lançados no mercado pela indústria farmacêutica novos materiais para o doente ostomizado, proporcionando-lhe uma maior variedade de escolha incentivando os profissionais de saúde a realizar formação contínua para que possam estar habilitados a transmitir a informação adequada. Assim torna-se necessário que haja por parte da equipa de enfermagem, formação dirigida à pessoa ostomizada na prestação de cuidados físicos, no auto cuidado e no apoio psicossocial, para que a situação que enfrentam não interfira na sua qualidade de vida (Miranda, 2013).

A área da estomaterapia mais especificamente os cuidados de enfermagem, começaram a ser reconhecidos em vários países, após se terem verificado as necessidades da pessoa portadora de uma ostomia (Cardoso, 2011). Com isto, o enfermeiro estomaterapeuta passou a ser o elemento primordial nos cuidados a ter com a pessoa portadora de ostomia. O enfermeiro para além do cuidado ao estoma, promove o autocuidado, presta apoio à pessoa ostomizada/família de quem se torna muitas vezes amigo e confidente, tornando-se um elo de ligação entre todos os elementos da equipa: médicos, enfermeiros, psicólogos e trabalhadores do serviço social (Miranda, 2013).

A enfermagem é delineada como uma disciplina que é desenvolvida mediante o conhecimento. Esse conhecimento baseia-se em teorias, conceitos, métodos de investigação e prática, através dos quais se organiza, alumia a prática clínica, melhora os cuidados prestados aos doentes e auxilia o avanço da ciência de enfermagem. Fornecem padrões que guiam o pensamento sobre o saber ser e saber fazer de enfermagem (Colley, 2003; Parker & Smith, 2010; Smith, 2008).

No parecer de Tomey (2004) a enfermagem é determinada como a área, que ajuda a pessoa no seu todo, atuando na promoção da saúde e na prevenção da doença. Para Swanson (1991) o enfermeiro é um ser que tem incutido na sua responsabilidade profissional, cuidar do outro como um todo, faze-lo acreditar e ajuda-lo a manter a confiança e a crença que vai conseguir ultrapassar os momentos menos bons da sua vida, sem omitir a verdade.

A Ordem dos Enfermeiros (2016) define o enfermeiro especialista como sendo um profissional conceituado, preparado para área de enfermagem e outorgado a praticar.

O enfermeiro especialista assume ainda funções de clínico, de administrativo e de consultoria. Benner (2001) descreve-o como um perito com capacidades de subjugar múltiplas dimensões deliberadas pelas teorias, tornando-se flexível às carências, raciocínio e experiências do doente, ou seja, introduz a subjetividade como uma das bases do cuidar em Enfermagem.

De acordo com Miranda (2013) o enfermeiro especialista pode ser considerado também um perito desde que tenha experiência, atue e compreenda cada situação de um modo global.

Como no nosso país a especialidade de Enfermagem de Estomaterapia ainda não é reconhecida pela ordem dos enfermeiros, muitos destes profissionais fizeram formação na área através de cursos ministrados por especialistas nacionais e internacionais.

Nos dias de hoje e com a experiência de lidar de perto com os doentes ostomizados na consulta de estomaterapia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) na unidade de Vila Real desde janeiro de 2013, constata-se que estes doentes após a alta hospitalar, para além do acompanhamento médico nas consultas de especialidade de cirurgia entre outras e do acompanhamento do enfermeiro

em estomaterapia, relativamente à sua condição de ostomizado, parte deles recebem poucos cuidados no domicílio.

No âmbito do estágio II/ Trabalho de Projeto do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, realizado no Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros, propusemo-nos realizar o diagnóstico da situação de saúde, no que concerne à qualidade de vida, da pessoa portadora de ostomia na Unidade Local de Saúde Nordeste.

Neste estudo apenas incluímos as pessoas portadora de ostomias de eliminação intestinal, pois quer a nível nacional quer mundial são os que existem em maior número (Miranda, 2013), sendo esta também a realidade das consultas de estomaterapia de referência do nosso país, inclusive no CHTMAD e ULSNE. Tal situação justifica a pertinência do desenvolvimento do presente trabalho no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Para o efeito foram elaboradas as seguintes perguntas de investigação: “Qual a qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia intestinal acompanhada na ULS Nordeste?” e “Quais as variáveis que interferem na qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia intestinal acompanhada na ULS Nordeste?”

Face ao exposto definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia intestinal acompanhada nos CSP;
- Conhecer a perceção da pessoa portadora de ostomia intestinal sobre a importância da consulta de enfermagem aos utentes ostomizados;
- Identificar o impacto da ostomia intestinal na vida da pessoa;

Com recurso da metodologia quantitativa desenvolvemos um estudo observacional, descritivo, analítico e transversal. Foi utilizado um formulário para avaliação da qualidade de vida. Obtivemos uma amostra acidental de 105 pessoas portadoras de uma ostomia de eliminação intestinal.

O presente trabalho está estruturado em duas partes. Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico do estudo, parte fundamental para a compreensão da problemática do estudo. Na segunda parte abordamos o estudo empírico, inclui a metodologia utilizada para a consecução desta investigação,

nomeadamente o tipo de estudo, a população/amostra, a operacionalização e categorização das variáveis, as questões e hipóteses de investigação, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos na recolha dos dados, o tratamento e análise estatística, constituída pela análise, discussão e apresentação dos resultados. Por último aludimos às principais conclusões.

## **PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. A Contextualização e Incidência da Estomaterapia**

Foi nos Estados Unidos da América (EUA) que surgiu na década de 50 a estomaterapia como sendo uma área de prestação de cuidados para doentes ostomizados e só em 1980, é que essa mesma área foi reconhecida pelo World Council of Enterostomal Therapistis (WCET) como especialidade exclusiva do enfermeiro (Miranda, 2013).

Na perspectiva de Winkler (1986) a intervenção realizada ao intestino já é feita há alguns anos, mais propriamente há décadas, constatando-se que essa mesma informação se perdeu no espaço e tempo. Contudo há provas de que Proxognoras de Kos (350 a.C.), já realizava ostomias quando surgiam traumatismos intestinais.

Em 1776 em França, Pilore realizou a primeira construção de um estoma. Luke em 1850 construiu a primeira colostomia abdominal e Baum 1879 na Alemanha, realizou a primeira ileostomia para o tratamento de um doente com tumor obstrutivo do cólon. Em 1973 Duret, médico francês, foi o primeiro a realizar uma colostomia num bebé de três dias, de seguida (Kretschmer, 1980).

A construção de uma ostomia provoca mudanças no estilo de vida das pessoas, mudanças que alteram padrões comportamentais, como é o caso da aprendizagem relativamente ao autocuidado, alterações no estilo de vida e sexuais (...) (Cardoso, 2011).

A palavra estoma ou ostomia provém do grego, *stóma*, que significa boca, pois a sua designação é determinada por qualquer abertura cirúrgica de uma víscera oca ao meio externo (Bekkers, Vanknippenberg, Van Den Borne e Van Berge-Henegouwen, 1996; Mohler *et al.*, 2008). Os mesmos autores descrevem a ostomia de eliminação intestinal como sendo um procedimento cirúrgico, no qual é feita exérese de parte do intestino, quando há alguma lesão, fazendo a ligação à parede abdominal, de forma a exteriorizar as secreções intestinais. Tal situação clínica, vai levar o portador de ostomia a adaptar-se à nova condição de vida e ao saco coletor, colocado na região periestomal.

Segundo Neves (2016) e de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) divulgados em 2015, morreram aproximadamente 4.000 portugueses com cancro colo-retal. Contudo, com o avançar da ciência e com a construção de uma ostomia em casos de cancro colo-retal o doente pode sobreviver e apresentar uma qualidade de vida, após uma adequada adaptação à nova realidade de vida. Ribeiro (2015) refere que o cancro do cólon e reto colo-retal está inserido no grupo dos cancros que mais matam em Portugal para além do cancro do pulmão, brônquios e estômago, em ambos os sexos; os da mama nas mulheres e próstata nos homens. Em 2010, segundo o Instituto Nacional de Estatística morreram 24.917 pessoas devido a doenças cancerosas. Segundo o relatório da Globocan (2012) o Cancro Colo-retal é a terceira causa de morte por cancro em todo o mundo, com cerca de 1,4 milhões de novos casos, em Portugal, foram verificados 7129 casos a nível de incidência do Cancro Colo-retal e quanto à mortalidade 3797 casos.

Em 2008 de acordo com Instituto Nacional de Cancro (INCA), o cancro intestinal era o segundo tipo de cancro que mais predominava no mundo, depois do cancro da mama, com uma estimativa de 2,4 milhões de utentes vivos e que foram diagnosticados nos últimos cinco anos. Já em 2007 na perspectiva de Cascais, Martini e Almeida, mundialmente, em cada ano ocorriam cerca de 945 mil casos novos casos de cancro do cólon e do reto, sendo o cancro do intestino o quarto tipo mais comum no mundo e o segundo em países desenvolvidos.

A Associação Portuguesa de Ostomizados (APO) refere que, em 2010 em Portugal existiam cerca de 10 a 12 mil pessoas portadoras de ostomias de todos os tipos em Portugal, o que dá uma incidência de população ostomizada de 0,12% ou seja, aproximadamente 1/1000. Reportando-nos à região do Nordeste onde realizamos o nosso estudo, existem aproximadamente 150 utentes com uma ostomia de eliminação intestinal, dos quais 36 são ou já foram acompanhados numa consulta de estomaterapia num outro hospital que não o da área de residência (ULSNE, 2015). Na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, o número atual de pessoas com uma ostomia intestinal é cerca de 200, das quais 189 são acompanhadas na consulta de enfermagem de estomaterapia do CHTMAD, Unidade de Vila Real (CHTMAD, 2015).

## **2. Ostomias**

A realização de ostomia acarreta alterações profundas nos modos de vida das pessoas. A pessoa submetida a este tipo de intervenção enfrenta várias modificações no seu dia-a-dia, as quais ocorrem não só ao nível fisiológico, mas também aos níveis psicológico, emocional e social. A presença de uma ostomia pode resultar assim, num primeiro momento, numa morbidade psicológica, contribuindo para uma diminuição/deterioração da sua qualidade de vida (...) (Cascais , Martini & Almeida, 2007).

A construção de uma ostomia resulta de uma cirurgia em que derivam parte ou totalidade do órgão interno para o exterior. Quando se trata de uma cirurgia na área intestinal surge a abertura do órgão denominado por estoma na região abdominal, com o intuito de, em primeiro lugar salvar uma vida e posteriormente proporcionar maior qualidade de vida. Essa construção pode ser de carácter temporário ou definitivo, dependendo da situação clínica. A cirurgia é mutilante para a pessoa e pode gerar alterações da imagem corporal e perturbações emocionais, bem como do estilo de vida, das relações sociais, familiares e laborais (Miranda, 2013).

A realização de uma ostomia implica a escolha e a marcação do local provável para o estoma. A marcação do estoma deve ser realizada pelo enfermeiro, se possível na presença do cirurgião, tendo como objetivo principal a escolha adequada do local do estoma para que o doente se torne autónomo e independente no seu cuidado, promovendo deste modo o autocuidado. Além de que uma boa localização do estoma permitirá uma boa aderência do dispositivo de recolha (Cardoso, 2011; Miranda, 2013).

A localização do estoma embora pareça de pouca importância, tem uma grande repercussão na futura qualidade de vida da pessoa ostomizada. O local do estoma deve ser visualizado pelo doente quando sentado e de pé, facilitando a sua manipulação, deve ficar afastado de proeminências ósseas, de cicatrizes e pregas cutâneas, situar-se no músculo reto-abdominal, funcionando como reforço e apoio para o estoma, evitando certas complicações como prolapso, deve ficar fora da linha da cintura e umbigo, para

não interferir com o vestuário nem com a atividade do doente, a religião e a prática de desporto (Miranda, 2013).

A família para além de ter um papel extremamente importante no acompanhamento e ajuda ao doente, também necessita de apoio e aconselhamento por parte do enfermeiro, só assim poderá ajudar eficazmente o doente. Além de todos os ensinamentos, cuidados e apoio do enfermeiro, também é importante que este ponha o doente em contacto com outros ostomizados que já passaram por este tipo de experiência. Contudo, não é fácil ultrapassar todo o sofrimento inerente, nem pode esperar-se que isso aconteça durante o internamento.

Existem três tipos de ostomias, de respiração, de alimentação e de eliminação. A sua construção é determinada pela necessidade de obter uma via alternativa com um determinado objetivo.

Cada uma destas ostomias tem as suas especificidades, quer em relação à complexidade do seu tratamento e reabilitação, quer no que respeita às alterações bio-psico-sociais por elas impostas (Miranda, 2013).

## 2.1 Ostomias de Alimentação

Dentro das ostomias de alimentação temos as Gastrostomias e as Jejunostomias. As primeiras consistem na criação cirúrgica de uma comunicação entre o estômago e o meio exterior, cuja finalidade é a alimentação do doente quando não é possível por outro meio. Podem ser de confecção cirúrgica, que consiste num acesso a cavidade abdominal por via laparoscópica, mini-laparoscopia ou por confecção endoscópica, também denominada gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). As Jejunostomias consistem na criação de uma comunicação entre o jejuno e o meio exterior, quando o doente não pode ser alimentado devido a uma obstrução gástrica e não é possível realizar uma gastrostomia (Gauderer, 2001).

## 2.2 Ostomias Respiratórias

As ostomias respiratórias podem ter carácter temporário, como a Traqueotomia, que consiste na abertura das vias aéreas normalmente entre o 3º e o 4º anel da traqueia,

na qual se insere uma cânula para que o doente respire eficazmente, ou de caráter definitivo que consiste na abertura da traqueia seguida da sutura dessa abertura ao orifício cutâneo subjacente, permitindo que o doente respire pela traqueostomia (Cahali, 2003).

### 2.3 Ostomias Urinárias

Consistem numa derivação urinária externa para eliminação de urina por um cateter através da pele. Quanto às técnicas de derivação urinárias podem designar-se de nefrostomia, ureterostomia, cistostomia, conduto ileal e conduto colónico, esta última nos dias de hoje já não é aplicada (Vinhas, 2010).

### 2.4 Ostomias de Eliminação Intestinal

A construção do estoma ou ostomia pode ser realizado em qualquer região do intestino delgado ou grosso. De acordo com o segmento exteriorizado, as ostomias recebem diferentes nomes, quando realizado no intestino delgado é designada por ileostomia e quando realizada no intestino grosso dá-se o nome de colostomia (Costa & Santos, 2006; Gemelli & Zago, 2002; Potter & Perry, 2006).

Dependendo do local de construção do estoma a consistência do conteúdo fecal é diferente, numa ileostomia as fezes são frequentemente líquidas, pois é realizado um *bypass* retirando todo o intestino grosso. Ao longo do trajeto do intestino grosso o conteúdo fecal também sofre algumas transformações na consistência das fezes, sendo mais semilíquidas no colo ascendente e com consistência mais firme no cólon descendente (Potter & Perry, 2006). Relativamente ao tempo de permanência de uma ostomia tudo depende da situação clínica pois podem ser de caráter temporário ou definitivo (Gutman, 2011).

Independentemente de ser temporária ou definitiva, toda essa situação clínica acarreta uma série de mudanças na vida do utente tais como a necessidade de realização do autocuidado com a ostomia, aquisição de material apropriado para a contenção do conteúdo fecal, adequação alimentar, convivência com a perda do controle da

continência intestinal, eliminação de odores, alteração da imagem corporal, bem como alteração das atividades sociais, sexuais e cotidiano. Alterações profundas são causadas no modo de vida das pessoas submetidas a construção de uma ostomia, onde altera a sua fisiologia gastrointestinal, auto estima, imagem corporal, entre outras (Maruyama & Costa, 2004).

Para Maruyama e Zago (2005) viver com um cancro, que vai desencadear uma colostomia e mudar permanentemente o dia-a-dia, constitui um dos momentos mais críticos da vida da pessoa, por implicar um sistema complexo de análise e reflexão da própria biografia, cujos significados foram construídos ao longo da sua experiência de vida.

A necessidade da realização de uma ostomia intestinal deve-se a várias condições clínicas, sendo um procedimento frequente, visando a redução da morbidade pós-operatória, sobretudo em situações de urgência, (Santos, Bezerra, Bezerra & Paraguassú, 2007). As patologias associadas podem ser benignas, ou malignas, no enquadramento das malignas o cancro colo-retal está entre as mais frequentes (Miranda, 2013).

Várias são as patologias que podem desencadear a construção de uma ostomia de eliminação intestinal das quais destacamos: neoplasias do cólon e reto (obstrução); diverticulite; perfuração intestinal; fístulas (anais, retovaginais e retouretrais); doenças inflamatórias intestinais (colite ulcerosa e doença de Crohn) e doenças congénitas (doença de Hirschsprung, polipose adenomatosa) (Gutman, 2011).

Após a construção de uma ostomia o doente requer cuidados/ensinos específicos que o vão amparar na integração à nova condição de vida. Pois a construção de uma ostomia pode desencadear varias complicações. Complicações essas que dependem de múltiplos fatores como: localização do estoma, características da pele, tipo de alimentação, tipo de dispositivo aplicado e cuidados de higiene (Miranda, 2013).

No parecer de Morais, Seiça e Pereira (2012) as complicações do foro periestomais, podem desencadear alterações psicológicas e emocionais na vida da pessoa portadora de uma ostomia, refletindo-se na sua qualidade de vida. E essas complicações podem ser: complicações imediatas (Deiscência da sutura mucocutânea, Isquemia, Necrose, Hemorragia, Retração, Abscesso, Oclusão, Edema); complicações

tardias (Prolapso, Ulceração, Estenose, Hérnia, Invaginação, Fístula, Granuloma, Dermatite, Odores).

Através da documentação de vários estudos têm-se verificado diversas complicações do estoma e pele periestomal tanto no pós-operatório imediato como a longo prazo. No estudo de Miranda (2013) as complicações do estoma e da pele periestomal mais frequentes foram: a hérnia e a dermatite periestomal, a retração, o prolapso e a necrose do estoma. De acordo com a mesma autora ainda existe pouca informação sobre os cuidados ao ostomizado que impeçam o surgir de complicações. É necessário transmitir ao doente, ao prestador de cuidados e/ou família informações acerca das complicações logo no primeiro encontro, para que as possam identificar, para as corrigir.

A relação de empatia e confiança, estabelecida entre o enfermeiro estomaterapeuta e o utente é fundamental, para minimizar o sofrimento relativamente à situação clínica e maximizar a reabilitação da pessoa portadora de ostomia. Para tal situação é conveniente que os cuidados de enfermagem recomecem no momento do diagnóstico e a partir do momento que é dada a indicação pelo cirurgião da possível construção de uma ostomia, pois quanto mais precocemente for estabelecido o primeiro contacto com a pessoa ostomizada, mais favoráveis serão os resultados (Fernandes, 2004; Gemelli & Zago, 2002).

## 2.5 Pré-operatório

No período pré-operatório é de extrema importância que se faça uma avaliação ao utente candidato a uma ostomia, de carácter mental e física, avaliar a sua autonomia, as condições de vida e os apoios de que dispõe, para que o enfermeiro possa ter conhecimento sobre as necessidades, isto é, aquilo que a pessoa tem *versus* aquilo que irá necessitar (Costa, 2009).

Neste seguimento o mesmo autor refere que devem também ser abordadas temáticas referentes ao dia-a-dia da pessoa que irá ser portadora de ostomia, como: a sexualidade, o trabalho e o lazer. Relaciona-se esta abordagem com o facto de se pretender uma preparação e informação adequada para a nova realidade da sua vida no sentido de uma melhor adaptação. Sendo também necessário ainda apresentar os

materiais, fazer os respetivos ensinamentos relativamente aos cuidados a ter com a ostomia e com os materiais a utilizar. Para que a pessoa que futuramente irá ser portadora de uma ostomia esteja disposta, tolerante e pacífica à assimilação da informação transmitida pelo enfermeiro. Ainda nesta fase é importante promover o contacto com outras pessoas ostomizadas, fornecer informação escrita e envolver a família.

Contudo com a experiência de lidar nesta fase com os doentes as ações referidas anteriormente irão permitir uma aprendizagem na manipulação do saco e de forma geral, irão contribuir para que a pessoa e a família comecem a lidar com a nova situação clínica. É essencial realizar adequadamente a preparação pré-operatória, assim como garantir um acompanhamento próximo no pós-operatório, por parte dos profissionais de saúde, promovendo uma rápida e eficaz recuperação física e psíquica da pessoa (Miranda, 2013).

Para que o doente possa aceitar melhor a sua nova imagem corporal, modificando pensamentos e comportamentos relativamente à sua nova condição de vida (Reis, 2002), a equipa de saúde deverá iniciar a transmissão da informação no pré-operatório com continuidade no pós-operatório (Doris, 2009).

## 2.6 Pós-operatório

O enfermeiro no período pós-operatório deve demonstrar, explicar e justificar constantemente as suas ações relativamente aos cuidados ao estoma à pessoa portadora de ostomia, à família e/ou ao prestador de cuidados. Sendo um dos aspetos importantes treinar o autocuidado para que a pessoa possa retomar a sua independência o mais precocemente possível (Medeiros & Couto, 2013). Neste período a pessoa portadora de ostomia depara-se com a presença de um estoma e com a consequência de ter que lidar com essa nova realidade, apresentando vários sentimentos, reações e comportamentos individuais “adversos” (Barnabe & Dell’Acqua, 2008).

Sendo esses sentimentos de tristeza, medo, incerteza, angústia, culpa (...), na fase de adaptação à ostomia as pessoas relataram também labilidade emocional, dificuldade na comunicação e fragilidade emocional geral (Silva, 2008).

Ainda durante esta fase, as pessoas podem experimentar estádios de negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. No que diz respeito à sexualidade, os

sentimentos que estão mais exacerbados são os de inferioridade, depressão e ansiedade, em consequência da baixa autoestima (Santos, Poggeto & Rodrigues, 2008).

Para enfrentar a nova situação clínica os utentes frequentemente expressam a sua fé através da espiritualidade, considerando-a como uma ferramenta importante (Sales, Violin, Waidman, Marcon, & Silva, 2010).

A alta hospitalar envolve vários fatores que influenciam de forma positiva ou negativa a continuidade dos cuidados no domicílio. O sucesso da transição do meio hospitalar para o meio familiar está dependente de um planeamento adequado e atempado que minimize a ansiedade inerente à nova condição de vida (Tavares, 2008).

Após a alta hospitalar o doente portador de ostomia é encaminhado para os CSP, onde lhe são prestados os cuidados necessários à ostomia. Como tal, são reforçados os ensinamentos e em situações de emergência cabe aos enfermeiros dos CSP resolver a situação, quando estes utentes não são acompanhados em nenhuma consulta de enfermagem estomaterapeuta.

### **3. O Papel do Enfermeiro Estomaterapeuta**

Considerando todos os problemas e complicações subjacentes à existência de uma ostomia de eliminação intestinal o papel do enfermeiro é extremamente importante. Gradualmente pode ajudar o doente a encarar a nova realidade, ajudando-o a familiarizar-se com o seu estoma, a tornar-se autónomo nos cuidados e a recuperar a qualidade de vida que tinha antes da doença (Miranda 2013).

Na consulta de estomaterapia transmite-se informação específica e esclarecem-se dúvidas, faz-se ensino e treino para o autocuidado, presta-se apoio físico e emocional, faz-se prevenção e tratamento de complicações, encaminha-se o ostomizado para outras áreas sempre que necessário, (...). O papel do enfermeiro estomaterapeuta é abrangente e não redutor (Pinto, 2012). Já em 1999, Santos referia que a consulta de estomaterapia podia proporcionar à pessoa portadora de uma ostomia, a obtenção de uma melhor qualidade de vida, tendo em conta a sua globalidade física, psíquica e social. Os cuidados prestados devem estar integrados na globalidade dos cuidados de enfermagem aos níveis primordial, primário, secundário, terciário e quaternário. Ao longo do internamento deve ser fornecida informação para a preparação da alta e quando exista consulta de enfermagem de estomaterapia estes doentes têm um acompanhamento contínuo desde o pré-operatório, onde a informação será fornecida e reforçada ao longo das etapas. Em muitos casos essa informação nem sempre é assimilada, pois a situação clínica abarca o campo do pensamento desorganizando, o campo das emoções.

A construção de uma ostomia tem várias repercussões na vida do doente: físicas, relacionadas com os materiais utilizados, com a pele periestomal e com o estoma; emocionais, como tristeza, depressão, negação da situação clínica; familiares, problemas relacionais, a falta de apoio e sexuais (...); sociais, o isolamento; laborais, sentir-se incapacitado para desempenhar funções, que já desempenhava antes da cirurgia. Por conseguinte, é pertinente a realização de uma avaliação complexa e o acompanhamento próximo e contínuo da pessoa portadora de ostomia sobretudo numa

fase inicial. A necessidade de cuidados específicos e a atenção que o ostomizado requer reside na problemática que este apresenta, sendo esses cuidados inseridos no âmbito da consulta de estomaterapia, desempenhados pelo enfermeiro estomaterapeuta (Miranda, 2013).

Após a preparação da alta, o enfermeiro com o qual o doente desenvolve laços de confiança, deverá continuar a segui-lo de perto, durante as consultas periódicas de estomaterapia, ajudando-o continuamente a adaptar-se à sua condição de ostomizado (Cardoso, 2011).

Os doentes ostomizados após alta hospitalar devido à nova condição de vida, sentem-se muitas das vezes desorientados, porque até aí tinham a equipa hospitalar.

Os enfermeiros portadores de formação em estomaterapia obtêm conhecimentos específicos neste domínio, com o principal objetivo de ajudar doentes portadores de ostomia, preparando-os para uma nova realidade que irá ou já surgiu nas suas vidas. As práticas sistemáticas a este nível serão um contributo para uma melhor aceitação das alterações causadas pela ostomia e para uma melhor qualidade de vida do ostomizado (Silva & Shimizu, 2006). No momento da aprendizagem das competências de autocuidado à ostomia, o enfermeiro assume um papel significativo, nomeadamente na identificação das suas necessidades (Dabirian, Yaghmaei, Rassouli & Tafreshi, 2010). O enfermeiro deve avaliar as competências de autocuidado à ostomia que a pessoa apresenta para que, a partir destas se estabeleçam prioridades e sejam planeadas as intervenções de enfermagem, fundamentadas na continuidade de cuidados.

Após a cirurgia o ostomizado confronta-se com variadíssimas alterações, sendo uma delas a imagem corporal, onde tem que proceder a alterações no seu estilo de vida e de se relacionar com os outros (Miranda, 2013). Na opinião de Reis (2002) a pessoa ostomizada desencadeia um misto de emoções, a aceitação de uma nova imagem corporal, a incerteza da possibilidade de um prognóstico menos bom, factos que resultam numa batalha de adaptação. Desta nova forma de viver, em que por vezes prevalece o isolamento e a falta de meios de informação, surge o papel do enfermeiro promovendo o seu acompanhamento, para que o processo de aprendizagem não sofra retrocessos indesejáveis. Da mesma forma, o profissional de enfermagem, deve assegurar a continuidade dos cuidados específicos, avaliando as necessidades da pessoa e da família desenvolvendo estratégias adequadas, para promover a qualidade de vida.

Ao longo do acompanhamento ao doente portador de colostomia o enfermeiro estomaterapeuta, algum tempo após a construção da ostomia, quando o doente apresenta condições clínicas e autorização médica, começa por instruir e incentivar a técnica da irrigação. Pois de acordo com Miranda (2013) a técnica de irrigação proporciona ao utente portador de ostomia de eliminação intestinal uma melhor qualidade de vida. Cabe ao enfermeiro estomaterapeuta ensinar e demonstrar a técnica de irrigação ao utente portador de colostomia, para que este possa desfrutar de uma melhor qualidade de vida.

A irrigação tem como finalidade estimular o esvaziamento intestinal e o peristaltismo, fazendo com que as fezes sejam eliminadas imediatamente após a lavagem, assegurando a limpeza do intestino impedindo a drenagem durante largas horas pela ostomia (Kerber, Hamada & Cardoso, 2007). O procedimento é apenas recomendado para as colostomias.

A técnica de irrigação permite ao doente um maior controlo da eliminação pelo estoma, o tempo de permanência varia de pessoa para pessoa e pode decorrer durante, 24 a 72 horas. Esse tempo vai depender do peristaltismos, dos hábitos alimentares e atividade de vida diária do indivíduo. Para a realização da técnica é imprescindível material adequado e conhecimentos especializados por parte do enfermeiro (Miranda, 2013).

De acordo com o estudo realizado por Nicastro (2003) verificamos que o intervalo livre de dejeções de 72 horas é obtido por 70% dos indivíduos que pratica irrigação. O mesmo autor defende que a execução desta técnica preconiza um maior controlo de eliminação pelo estoma, maior continência, diminui a criação de gases e o odor, a utilização de dispositivos mais pequenos, optando muitas das vezes por um pequeno penso só para sobrepor o estoma. Esta técnica facilita o relacionamento íntimo e sexualidade com o parceiro, proporciona também um decréscimo de consumo e dos gastos com o material, bem-estar, segurança e independência.

No estudo de Van Zeller (2008) 42 indivíduos que utilizavam a técnica de irrigação estavam satisfeitos com o controlo da eliminação de fezes e 90,4% estavam satisfeitos com o tempo gasto na realização desta técnica. No mesmo estudo verificou-se que, 97,6% dos indivíduos referiu que a prática da técnica de irrigação e o controlo do momento da eliminação de fezes conduziu à redução do consumo de dispositivos,

97% revelou sentimentos de segurança e de conforto e 75% dos inquiridos confirmou que com a irrigação obteve benefícios a nível pessoal, íntimo e social.

Essas vantagens vão proporcionar uma melhoria e ajustamento emocional, social e financeiro do doente ostomizado e família. A técnica de irrigação só pode ser praticada em doentes colostomizados no cólon descendente e sigmoide sem complicações clínicas (problemas cardíacos e renais) e quando têm autorização médica. O objetivo da irrigação é proporcionar ao doente ostomizado um maior controle no momento da eliminação fecal e intestino limpo durante algum espaço de tempo. Assim sendo, após consenso médico-cirurgião e a autorização do utente ostomizado para a realização da técnica de irrigação, é o enfermeiro estomaterapeuta quem prepara o utente, explicando-lhe os procedimentos, como e quando realizar e a forma mais adequada para a utilização do irrigador no domicílio.

O enfermeiro estomaterapeuta, graças à sua formação especializada, deverá proporcionar às pessoas portadoras de um estoma de eliminação intestinal um serviço completo e continuado, permitindo-lhes satisfazer as suas exigências e expetativas, contribuindo para uma melhoria da sua qualidade de vida (Miranda, 2013).

Contudo no regresso à comunidade Stanhope e Lancaster (2010), referem que a necessidade de intervenção, vem ao encontro dos focos da prática de Enfermagem Comunitária, que são a saúde das pessoas, famílias e grupos, assim como o efeito do seu estado de saúde no âmbito da saúde comunitária. O exercício orientado para a comunidade procura mudanças saudáveis para benefício de toda a comunidade, constituindo-se esta como o alvo da enfermagem, sendo o coletivo, o bem comum, não descurando a saúde individual. A existência de saúde na comunidade implica haver saúde a nível individual.

Com desenvolvimento desta prática, enquadra-se a temática da pessoa ostomizada, como um grupo com necessidades específicas, que precisa de acompanhamento, devendo ser assegurados cuidados de saúde eficazes, desenvolvendo-se programas e projetos de intervenção com vista à sua capacitação, a nível individual, familiar e na comunidade (Pinto, 2012).

#### **4. Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia**

A qualidade de vida é projetada como sendo um juízo individual e diligente, com o qual se pretende desenvolver atitudes a nível de saúde e da doença, isto é, ter em conta cada utente no seu todo para que se possa intervir na prevenção da doença e promoção da saúde, proporcionando-lhe uma boa qualidade de vida.

Para Pinto (2011), a qualidade de vida pode ser encarada como uma diversidade de condições que podem afetar a perceção do indivíduo, englobando os seus sentimentos e comportamentos impedindo a limitação à sua situação clínica. Na opinião de Silva (2001) a qualidade de vida é um juízo que altera de indivíduo para indivíduo, dependendo de classes sociais, de lugares, de ocasiões, de épocas e de culturas. Com enorme ponderação positiva no dia-a-dia das pessoas, da família, do trabalho, dos aspetos sociais e económicos, da religião, do lazer, do estado de saúde mental e físico. Na perspetiva de Ribeiro (2005) a qualidade de vida, depende do tempo de avaliação a que o doente é sujeito a um determinado tratamento e também da perceção própria da pessoa avaliada, pois está dependente dos valores, das convicções, escolhas, expectativas e perceções individuais.

A qualidade de vida destas pessoas depende, em grande medida, da atuação de enfermeiros, das suas competências científicas, técnicas e relacionais específicas, capazes de assegurarem, durante todo este ciclo, os cuidados que estas pessoas necessitam.

Miranda (2013, p.32) define a qualidade de vida como

o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, além do bom relacionamento social com a família e amigos, acesso à saúde, à educação, ter poder de compra, ter liberdade e independência, ou seja, estar bem consigo, com os outros e com tudo o que os rodeia.

Para Santos (1999), são várias as causas que condicionam a qualidade de vida do ostomizado e através de um acompanhamento próximo e contínuo é possível ajudar a superar os diferentes estádios do decurso de adaptação à nova condição de vida. De acordo com o mesmo autor, o utente portador de ostomia ao longo do seu dia-a-dia, sobretudo na fase inicial de adaptação passa por um ciclo de emoções na vertente bio-psico-social.

Miranda (2013) considera que o processo de transformação exige adaptação psicológica e social, devendo incluir os próprios recursos interiores, a aceitação e apoio das pessoas importantes nas suas vidas e da atuação de enfermeiros especializados em estomaterapia.

O cancro do intestino acarreta muitas mudanças na vida da pessoa. Em muitas situações clínicas é incontornável a construção de uma ostomia, que embora possa ser uma parte do tratamento e/ou cura, também pode desencadear uma forte ameaça à qualidade de vida (Miranda, 2013).

Sousa (1999) refere que a cirurgia ao intestino é mutiladora e que desencadeia alterações da imagem corporal do doente, na vertente física, psicológica e social, influenciando a qualidade de vida.

Muitas são as complicações físicas que surgem com a construção de uma ostomia (infecções, hemorragia, dermatites, entre outras), contudo o portador da mesma tem como função a gestão de transformações do foro psicológico (sexualidade, alteração da imagem corporal, saúde psicológica, perdas sociais e profissionais), do ponto de vista de relacionamento familiar e social, entre outras condicionantes inerentes à sua nova condição (Neves, 2016).

Na concordância de Sellschopp e Hornburg (1983) e Dudas (1992) por norma a reorganização psicológica e a aceitação da pessoa portadora de ostomia à sua nova condição de vida implica algum tempo, que pode decorrer entre meio ano até um ano, mas em muitos casos nunca há essa reorganização. Essa reorganização surtiria algum efeito se houvesse continuidade de cuidados/ensinos ao utente após a alta hospitalar, para que este se pudesse sentir confortável e capaz de se autocuidar, para tal é preciso perícia e conhecimentos do enfermeiro que prepara o doente para a nova realidade (Bulaitis a,b, 1996; Kelly, 1992; Metcalf, 1996; Salter, 1990).

## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## **1. Metodologia**

Neste capítulo serão descritas as etapas sistematizadas preconizadas num estudo de investigação.

Fortin, Côté e Fillion (2009) definem que cabe ao investigador definir a população em estudo, determinar a amostra, precisar os métodos de recolha de dados, assegurando a fidelidade e validade dos mesmos e, por último, determinar um plano de análise estatística dos dados.

### 1.1 Questões de Investigação e Objetivos do Estudo

Para Fortin e Fillion (2003), o problema de investigação é um fenómeno de estudo, que é orientado através de uma progressão lógica, de elemento, de relação, de argumentos e de factos, pelo que, no presente estudo se definiram as seguintes questões de investigação:

“Qual a qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia intestinal acompanhados na ULS Nordeste?”

“Quais as variáveis que interferem na qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia intestinal acompanhados na ULS Nordeste?”

Face às questões previamente formuladas, definimos os objetivos a seguir enumerados:

- Avaliar a qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia intestinal acompanhada nos CSP;
- Conhecer a perceção da pessoa portadora de ostomia intestinal sobre a importância da consulta de enfermagem aos utentes ostomizados;

- Identificar o impacto da ostomia intestinal na vida da pessoa;

## 1.2 Tipo de Estudo

Face aos objetivos delineados, optámos por desenvolver um estudo observacional, descritivo, analítico e transversal de carácter quantitativo.

Segundo Duhamel e Fortin (2003, p.163) a investigação quantitativa “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

A presente investigação inclui também o domínio analítico, para podermos estabelecer a relação entre variáveis, recorrendo à formulação e análise de hipóteses de investigação, explicando a forma como as variáveis estão ligadas entre si e, por conseguinte, a natureza dessa relação (Fortin, Côté & Vissandjée, 2003).

Trata-se de um estudo transversal, uma vez que, de acordo com Fortin, Côté e Fillion (2009) é o tipo de estudo que permite recolher informação relativa a problemas de saúde no momento da pesquisa.

## 1.3 População/Amostra

Marconi e Lakatos (1992) referem que na contextualização de um trabalho de investigação se torna imprescindível precisar a população sobre a qual se realizará o estudo, com o intuito de obter toda a informação ligada ao fenómeno a investigar.

A população do estudo é composta por 150 pessoas portadoras de ostomia de eliminação intestinal seguidos na ULSNE, no âmbito dos CSP e CSD. A seleção da área geografia tem por base de sustentação, critérios de conveniência nomeadamente a acessibilidade à população em estudo e o tempo disponível para realizar o mesmo.

Mattar (1996, p. 133) refere que

para a escolha do processo de amostragem, o pesquisador deve levar em conta o tipo de pesquisa, a acessibilidade aos elementos da população, a disponibilidade

ou, não ter os elementos da população, a representatividade desejada ou necessária, a oportunidade apresentada pela ocorrência de factos ou eventos, a disponibilidade de tempo, recursos financeiros e humanos (...).

Pretendemos estudar a população alvo, ou seja, a totalidade de pessoas com ostomia de eliminação intestinal, inscritas, no programa informático “Ostomizados” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem dos CSP, inseridas na área de abrangência da ULSNE. No entanto, devido aos critérios de exclusão abaixo definidos foram excluídos 45 utentes, tendo-se obtido uma amostra de 105 utentes.

### **Critérios de exclusão:**

- Uteses com ostomias que não fossem do tipo de eliminação intestinal;
- Uteses que obtivessem um *score* indicativo de leve, moderada e grave deterioração de acordo com a Escala de *Folstein*. De acordo com a aplicação da Escala e com as respostas dadas pelos inquiridos delimitou-se para pertencer a esta amostra os inquiridos que apresentassem, um nível cognitivo intacto (0 a 2);
- Pessoas que, apesar de cumprirem os critérios de inclusão, não aceitassem participarem no estudo.

### 1.4 Operacionalização e Categorização das Variáveis

“As Variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, Coté & Vissandjée, 2003, p.36).

Entendendo por variável dependente aquela que é afetada ou explicada pelas variáveis independentes, variando de acordo com a mudança destas, neste estudo a variável dependente é: *Qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia*. E as variáveis independentes são aquelas que afetam outras variáveis, sem necessitarem de estar relacionadas entre si. Sendo independentes afetam uma variável dependente específica ao mesmo tempo que caracterizam a amostra em termos sociodemográficos e clínicos (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin, Coté e Vissandjée, (2003, p.36) “as variáveis devem ser operacionalizadas, ou seja, traduzidas em conceitos mensuráveis. O processo de operacionalização de uma variável consiste na definição teórica descritiva da variável e a enumeração das suas dimensões.”

Assim sendo, a variável dependente vai ser categorizada através de quatro domínios (físico, psicológico, social e espiritual) incluídos na escala a utilizar para avaliação da qualidade de vida do doente ostomizado - Quality of life questionnaire for patients with na ostomy (Miranda, 2013).

As variáveis independentes vão ser categorizadas da seguinte forma:

Tabela 1  
*Categorização das variáveis independentes*

Variáveis		Operacionalização					
Idade		Classe Etária em duas classe: 34-64 e 65-92 anos					
Sexo		Masculino			Feminino		
Estado Civil		Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo	Separado	
		Posteriormente agrupados em casados ou não casados					
Habilitações académicas		Sabe ler e escrever	1ºciclo do ensino básico	2º Ciclo do ensino básico	3º Ciclo do ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior
		Sendo posteriormente agrupados os níveis de ensino 3º Ciclo do ensino básico, ensino secundário e superior					
Situação profissional		Empregado	Desempregado	Reformado	Baixa	Nunca trabalhou	
Nível socioeconómico		Através da escala de Graffar. Foram agrupados em classe média para a classe II e III, e classe baixa para as classes IV e V					
Seguimento na consulta de enfermagem de estomaterapia		Sim			Não		
Tempo da ostomia		Numero de meses					
Etiologia da ostomia		Neoplasia	Fístula	Perfuração intestinal	Diverticulite	Doença inflamatória intestinal	Outra
		Posteriormente agrupados em neoplasia e outras causas					
Tipo de ostomia		Jejunostomia		Ileostomia		Colostomia	
Preparação prévia para a presença de um estoma		Sim			Não		

## 1.5 Hipóteses de Investigação

A formulação das hipóteses de investigação é uma etapa fundamental em qualquer trabalho de investigação, deve acontecer antes de iniciar o estudo. As hipóteses ajudam a direcionar a colheita de dados e a interpretar os resultados.

Segundo Polit e Hungler (1995), uma hipótese é uma explicação de relação entre duas ou mais variáveis. As hipóteses surgem frequentemente de forma direta a partir de um marco teórico e podem validar uma teoria.

Deste modo, as hipóteses formuladas são:

Hipótese 1: O Bem-estar físico (BEF), o bem-estar psicológico (BEP), o bem-estar espiritual (BEE) e o bem-estar social (BES) da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Hipótese 2: A Qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas.

## 1.6 Instrumento de Recolha de Dados

Na escolha do instrumento de recolha de dados, o investigador deve ter em conta os objetivos do estudo, o seu nível de conhecimento sobre as variáveis e as hipóteses, a fidelidade e validade do instrumento, a natureza do problema e as características da população (Fortin, Grenier & Nadeau, 2003).

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um formulário (apêndice I), com questões relativas às características sociodemográficas e clínicas com o intuito de caracterizar a população em estudo.

Inclui ainda a escala de *Graffar* utilizada para avaliação do nível socioeconómico. Para estudar a QV do utente ostomizado inseriu-se também a escala de Avaliação da Qualidade de Vida (QV) do paciente ostomizado. Para avaliar o estado mental introduziram-se questões da Escala *Folstein*.

Desta feita, o formulário ficou constituído por cinco partes:

**Parte I** – Questões relativas às características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil antes da cirurgia e no momento de aplicação do instrumento, residência, habilitações académicas, situação profissional e profissão), com o intuito de caracterizar a população em estudo.

**Parte II** - Escala de *Graffar* para avaliação do nível socioeconómico, constituída por cinco grupos de questões fechadas: *i)* Profissão; *ii)* Nível de instrução; *iii)* Rendimento familiar; *iv)* Conforto e habitação; *v)* Aspeto do bairro habitado, cuja soma total dos pontos obtidos na classificação dos critérios que avalia, dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social que varia da classe I (5 a 9 pontos) sendo considerada a classe alta; classe II (10 a 13 pontos); classe III (14 a 17 pontos); classe IV (18 a 21 pontos) e a classe V (22 a 25 pontos) sendo considerada a classe baixa.

**Parte III** - Escala de *Folstein*, para avaliar o estado mental dos participantes, constituída por oito questões abertas (mês, dia do mês, dia da semana, sítio onde nos encontramos, nome da rua e freguesia, idade, data de nascimento e nome). Consoante as respostas, a pontuação pode variar de 0 a 8, considerando de 0 a 2, um nível cognitivo intacto, de 3 a 4, leve deterioração, de 4 a 6, moderada deterioração, e de 6 a 8, grave deterioração.

**Parte IV** - Para avaliarmos a QV da pessoa ostomizada, utilizamos a escala traduzida e validada para a população portuguesa por Miranda em 2013 que inclui 43 itens divididos em 4 domínios de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Numa primeira parte, a escala é constituída por 34 questões fechadas com três opções de resposta: sim, não e não se aplica, organizadas em vários temas (trabalho, apoio social, atividade sexual, suporte psicológico, vestuário, alimentação, implicações nutricionais, cuidados diários com o estoma e tipo de dispositivo de recolha de fezes usado) e cujo objetivo é avaliar o impacto da ostomia no estilo de vida da pessoa. A segunda parte desta escala, pretende avaliar o impacto da ostomia na QV da pessoa e inclui 43 itens, organizados em quatro domínios da seguinte forma: *i)* Domínio bem-estar físico (BEF) – itens 35 a 45; *ii)* Domínio bem-estar psicológico (BEP) – itens 46 a 58; *iii)* Domínio bem-estar social (BES) – itens 59 a 70; *iv)* Domínio bem-estar espiritual (BEE) – itens 71 a 77. As respostas a esta segunda parte da escala são codificadas numa pontuação de 0 a 10, em que 0 corresponde a péssima ou má QV e 10 a ótima ou excelente QV.

Procedeu-se à inversão das pontuações dos itens 1 a 12, 15, 18, 19, 22 a 30, 32 a 34 e 37, para que a bons indicadores fique associada pontuação elevada e os maus indicadores a pontuação baixa. Deste modo os bem-estares (BEs), como somatórios parciais e a QV como somatório total, podem ser avaliados de forma linear e positiva.

### 1.7 Fiabilidade do Instrumento de Recolha de Dados

Antes de avançarmos para a apresentação e discussão dos resultados, consideramos essencial determinar a fiabilidade do instrumento de recolha de dados. A fidelidade é a propriedade fundamental dos instrumentos e designa a precisão e constância dos resultados e indica até que ponto as diferenças encontradas são atribuíveis a verdadeiras diferenças entre os sujeitos. O nível de consciência é um dos parâmetros da avaliação da fidelidade de um instrumento. A técnica mais frequentemente utilizada para estimar o nível de consistência de um instrumento, quando existem várias opções de resposta como uma escala de avaliação em estudo, é o coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) (Santos, Ribeiro & Lopes, 2005). O valor de alpha de Cronbach é um número positivo entre zero e um, sendo que valores negativos invalidam a análise da fiabilidade.

Tabela 2  
*Índice de classificação para o valor de Alpha de Cronbach*

<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>Nível de Consistência</b>
Superior a 0,9	Muito bom
Entre 0,8 e 0,9	Bom
Entre 0,7 e 0,8	Razoável
Entre 0,6 e 0,7	Fraca
Inferior a 0,6	Inadmissível

(Pestana, Helena & Gageiro, 2008)

Procedeu-se à análise da fiabilidade e consistência dos instrumentos de recolha de dados tendo-se observado uma fraca consistência, com um alpha de Cronbach para a escala de *Graffar* (0,614) é considerada fraca (tabela3).

Tabela 3  
Nível de Alpha de Cronbach para a escala de Graffar

Escala	Item	$\alpha$ de Cronbach
Escala de Graffar para o nível socioeconómico	1. Profissão	0,614
	2. Rendimento Familiar	
	3. Residência	
	4. Conforto e Habitação	
	5. Aspeto do Bairro Habitado	

Quanto ao questionário sobre a qualidade de vida verifica-se um Alpha de Cronbach muito bom (0,929), indicativo de uma fiabilidade muito boa, validando a sua utilização (tabela4).

Tabela 4  
Nível de Alpha de Cronbach para a escala de Qualidade de Vida

Escala	Item	$\alpha$ de Cronbach
Avaliação da qualidade de vida do doente portador de uma ostomia	<b>Itens relacionados com o trabalho</b>	0,929
	1. Trabalha a tempo inteiro?	
	2. Trabalha em tempo parcial?	
	3. Está reformado?	
	4. Tem o mesmo trabalho que tinha antes da ostomia?	
	5. Se não tem o mesmo trabalho que tinha antes da ostomia, alterou devido à ostomia?	
	<b>Apoio Social</b>	
	6. Tem algum tipo de apoio social?	
	7. Teve dificuldade em obter o apoio social?	
	8. Teve dificuldade em justificar a manutenção do apoio social?	
	9. Os custos totais com a ostomia são suportados pelo apoio social?	
	10. Os custos totais com a ostomia são suportados apenas em parte pelo apoio social?	
	<b>Atividade sexual</b>	
	11. Era sexualmente ativo antes da ostomia?	
	12. Reduziu a sua atividade sexual depois de ter uma ostomia?	
	13. Está satisfeito com a sua atividade sexual?	
	14. Se é homem, tem problemas na ereção ou na manutenção da mesma	
	<b>Suporte psicológico</b>	
	15. Ficou deprimido após a ostomia?	
	16. Teve ideias suicidas ou tentou concretizar o suicídio após a ostomia?	
	17. Pertence a algum grupo de apoio ao ostomizado?	
	18. Pertence a outro tipo de associação?	
	19. Teve oportunidade de falar com algum ostomizado ou candidato a ostomizado?	
	<b>Vestuário</b>	
20. A localização da ostomia causa-lhe problemas?		
21. Teve que alterar o estilo do seu vestuário devido à ostomia?		
<b>Alimentação</b>		
22. Reajustou a sua alimentação por causa da ostomia?		
23. Alterou a sua dieta para prevenir a emissão de gases em público?		
<b>Autocuidado</b>		
24. Quanto tempo demorou a sentir-se confortável no autocuidado à sua ostomia?		

- 
25. Quanto tempo demorou a sentir-se confortável com a sua alimentação?
26. Quanto tempo demorou a ter apetite?
- Grupo de alimentos**
27. Evita bebidas com gás?
28. Evita comer produtos derivados de leite?
29. Evita comer frutos?
30. Evita comer petiscos?
31. Evita comer vegetais?
- Cuidado à ostomia
32. De um modo geral, quanto tempo (minutos) demora em média, por dia, a cuidar da sua ostomia?
33. Se usa um saco, diga o tipo e a marca?
34. Se usa saco e tem problemas com o mesmo, diga o tipo de problemas.
35. Capacidade física
36. Fadiga
37. Problemas na pele peri-estomal
38. Distúrbios do sono
39. Dores
40. Gases
41. Odores
42. Obstipação
43. Diarreia
44. Extravasamento de líquido do saco
45. Bem-estar físico geral
46. Teve dificuldade para se adaptar à ostomia?
47. Sente-se útil?
48. Sente-se satisfeito ou feliz?
49. Sente-se embaraçado com a sua ostomia?
50. De um modo geral sente que tem uma boa qualidade de vida?
52. Qual a sua dificuldade em olhar para a ostomia?
53. Quão difícil é para si cuidar da sua ostomia?
54. Sente que consegue autogerir a sua vida?
55. Quão satisfeito está com a sua aparência?
56. Qual o seu grau de ansiedade?
57. Qual o grau de depressão que sente?
58. Receia que a sua doença possa voltar?
59. Tem dificuldade em novos relacionamentos?
60. Qual a sobrecarga económica acarretada pelo seu estado de doença ou tratamentos?
61. Quais as consequências negativas que a doença provocou no seu meio familiar?
62. Até que ponto a ostomia interfere com a sua capacidade de viajar?
63. Até que ponto a ostomia interfere com as relações interpessoais?
64. Até que ponto a sua ostomia implica isolamento?
65. O apoio dado pelos familiares e amigos é suficiente para satisfazer as suas necessidades?
66. A sua ostomia interfere nas suas atividades recreativas/desportivas?
67. A sua ostomia interfere nas suas atividades sociais?
68. A sua ostomia interfere com a sua capacidade em privar?
69. Tem privacidade suficiente no seu domicílio para cuidar da sua ostomia?
70. Tem privacidade suficiente quando viaja para cuidar da sua ostomia?
71. Qual o grau de incerteza quanto ao seu futuro?
72. Sente que existe uma razão para estar vivo?
73. Tem um sentimento de paz interior?
74. Sente-se otimista quanto ao futuro?
75. Obtém, com as orações ou meditação, suporte suficiente para satisfazer as suas necessidades espirituais?
76. Obtém com as atividades religiosas suporte suficiente para satisfazer as suas necessidades espirituais?
77. O facto de ter uma ostomia trouxe mudanças positivas à sua vida?
-

## 1.8 Tratamento Estatístico

O tratamento dos dados foi efetuado através do programa informático *Statistic Package for the social Sciences (SPSS 20)*.

Para Marconi e Lakatos (1992, p.108-109), “os dados colhidos pela pesquisa apresentar-se-ão em bruto, necessitando da utilização da estatística para o seu arranjo, análise e compreensão (...). A estatística não é um fim em si mesma, mas um instrumento poderoso para a análise e interpretação de um grande número de dados”.

Foi utilizada a estatística descritiva recorrendo às frequências relativas e absolutas e às medidas de tendência central e de dispersão.

Para o tratamento estatístico inferencial, utilizaram-se os testes paramétricos *t de Student* e ANOVA, para comparação de médias entre grupos independentes. Quando os testes paramétricos não obedeceram aos pressupostos, recorremos aos testes não paramétricos *Kruskal Wallis* e *Mann Whitney* de U.

Para verificar a normalidade das variáveis utilizamos o teste de Kolmogorov-Smirnov.

O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%.

Quanto ao valor de prova e à tomada de decisão dos testes de hipóteses foram adotados os níveis de significância para as diferenças descritos na tabela 5.

Tabela 5

*Índice para classificação de nível de significância associada a valor de prova*

Valor de prova (p)	Nível de Significância
$p \geq 0,05$	Não significativo (n.s)
$p < 0,05^*$	Significativo
$p < 0,01^{**}$	Bastante significativo
$p < 0,001^{***}$	Altamente significativo

## 1.9 Procedimentos de Colheita de Dados

Para organização da recolha de dados, foi construída uma lista com o nome de todos os utentes portadores de ostomia dos CSP da ULSNE. Alguns dos dados foram recolhidos pela investigadora em outras situações particulares, como a inacessibilidade do utente, a recolha de dados foi feita pela enfermeira de família. Para que os dados pudessem ter sido recolhidos pela enfermeira de família a investigadora reuniu

previamente com a mesma, onde foram apresentados os objetivos da investigação e explicados os procedimentos necessários para a colheita dos dados.

A recolha de dados decorreu entre Novembro de 2015 e Janeiro de 2016 nos CS da ULSNE.

### 1.10 Procedimentos Éticos

O objetivo maior da avaliação ética de um trabalho de investigação é obedecer aos pressupostos implícitos na Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Para a elaboração deste estudo, cumprimos, através do rigor metodológico, as considerações éticas e legais supra mencionadas, pedindo autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULSNE (apêndice I) para aplicação dos formulários aos utentes ostomizados seguidos em CSP, garantindo o anonimato dos participantes, a garantia de liberdade e participação dos mesmos, a possibilidade destes abandonarem o estudo em qualquer momento, solicitando a todos o consentimento informado.

Solicitou-se também à Mestre Liliana Sofia Grilo Miranda autorização para aplicação do questionário validado e utilizado na sua dissertação de mestrado (apêndice 1).

## 2. Análise e Discussão dos Resultados

Nesta fase é feita a análise estatística dos dados, realizada por diferentes testes para obtenção dos resultados (Fortin, 2009) com o objetivo de investigar os fatores que podem interferir na qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia e de obter respostas para os objetivos e questões de investigação inicialmente propostos. Os resultados são apresentados através de tabelas e abordados conforme a ordem do questionário.

### 2.1 Caracterização da Amostra

A análise dos dados expressos na tabela 6 permite verificar que dos 105 indivíduos que constituem a amostra em estudo, 50,5% são do *sexo* masculino e 49,5% do *sexo* feminino, estando a amostra bastante equilibrada quanto ao sexo.

De acordo com os dados do INE em 2012 o sexo que mais predominava era o masculino.

No estudo realizado por Miranda (2013) e numa realidade bem próxima desta investigação, utilizando uma amostra de 100 participantes, a maioria era do sexo masculino (68%). Também um estudo português realizado por Pinto (2012), numa amostra de 197 portadores de ostomia de eliminação intestinal, 54,9% eram do sexo masculino. Na investigação de Gomboski (2011) numa amostra de 215 pessoas, também se denota um ligeiro predomínio do sexo masculino (51,6%).

Já no estudo de Youngberg (2010) com uma amostra de 140 indivíduos portadores de ostomias de eliminação intestinal, os resultados diferem do nosso estudo quanto ao sexo, sendo o feminino o predominante (59,3%). No estudo de Menezes, em 2008 realizado em Portugal, com 142 indivíduos ostomizados, o sexo masculino predominava (59,6%).

A idade dos nossos participantes variou entre os 34 anos e os 92 anos, a média de idades é de 72,70 anos com desvio padrão de 12,218 anos. A faixa etária mais representativa é a dos 65 aos 92 anos (78,1%).

O predomínio da classe etária entre os 65 e os 92 anos de idade era previsível, devido ao aumento da esperança média de vida, assim como ao facto de ser o grupo etário com maior incidência de cancro colo-retal, etiologia principal para a realização de uma ostomia de eliminação intestinal (Miranda, 2013). No estudo de Pinto (2012) a classe etária mais representada era a dos 66-80 anos de idade.

Relativamente às idades dos inquiridos no estudo de Gomboski (2011) a idade é superior a 50 anos (73%). No estudo efetuado por Youngberg (2010), as idades dos inquiridos abrangiam os 23 e os 89 anos, sendo a idade média 65,02 anos. E no estudo efetuado por Menezes (2008), os dados diferem, sendo a classe etária predominante inferior a 60 anos (50,7%), com uma média de idades de 57,13 anos.

Quanto ao estado civil antes da ostomia, há uma clara maioria de casados (67,6%), seguidos dos indivíduos viúvos (21,0%), em menor número encontramos os participantes solteiros ou separados (conjuntamente abaixo dos 11,5%), sem qualquer inquirido divorciado.

Após a ostomia, o estado civil sofre modificações, com um aumento de divorciados (3,8%) e viúvos (29,5%), mas continuando a larga maioria casada (55,2%), e inalterada para os participantes solteiros e separados.

O estado civil dos participantes do estudo de Miranda (2013) antes da cirurgia, era, na sua maioria de casado (75%), viúvo (18%) e separados (1%), após a cirurgia verificaram-se algumas alterações nesta variável, pois a maioria continua casada (66%), havendo 3% de divórcios, 23% viúvos e 2% separados. Também no estudo de Pinto (2012), grande parte da amostra encontrava-se casado (62,7%), sendo 9,6% viúvos. No estudo de Gomboski (2011), predominou o estado civil de casados (52,1%). Na investigação de Youngberg (2010) o estado civil é semelhante ao do nosso estudo, predominou o estado casado, antes da ostomia (69,3%) e depois (62,9%).

Atendendo às habilitações académicas dos inquiridos, 46,7% sabe ler e escrever e 38,1% concluiu o 1º ciclo do ensino básico. Acima do 1º ciclo existe uma representação de 15,3%.

Quanto às habilitações académicas dos participantes na investigação de Miranda (2013), 22% dos questionados sabia ler e escrever, sendo que mais de metade (54%) apresentava o 1º ciclo do ensino básico. No estudo de Pinto (2012), 35,3 % tinham o 1º ciclo. No estudo de Gomboski (2011), a maioria dos participantes frequentou o 1º ciclo do ensino básico (48,4%). Os inquiridos no estudo de Youngberg (2010), diferem das do nosso, pois verifica-se que 39,3% concluiu o ensino superior. Dos respondentes do estudo realizado por Menezes (2008), 51,8%, referiram ter frequentado o ensino básico.

Na situação profissional, e dada a avançada faixa etária dos participantes, verifica-se que 83,8% dos inquiridos pertence à população não ativa, estando já reformado, sendo as restantes fatias muito semelhantes, quer para os nunca empregados e baixa (ambos com 4,8%), quer para os empregados (3,8%) e desempregados (2,9%).

Relativamente à condição perante o trabalho nos inquiridos do estudo efetuado por Miranda (2013), 1% referiu estar empregado, encontrando-se a maioria na situação de reformado (78%), pertencendo à população não ativa. Os resultados obtidos no estudo efetuado por Pinto (2012) são semelhantes aos do nosso estudo, pois 86,3% estava inativo e 13,7% desenvolviam atividade. Na investigação realizada por Gomboski (2011) 80,9% não apresentava qualquer ocupação, tendo incluído também os reformados e as domésticas. No estudo de Menezes (2008) 64% dos indivíduos encontra-se na condição de inativo, incluindo nestes dados os reformados e domésticos.

O nível socioeconómico, avaliado através da escala de Graffar, revela que os inquiridos pertencem predominantemente à classe média (63,81%) e média baixa (31,4%). Na investigação efetuada por Miranda (2013) numa população com características idênticas à do nosso estudo, o nível socioeconómico predominante era o de classe média (83%).

Tabela 6  
*Caraterização sociodemográfica dos participantes*

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sexo	Masculino	53	50,5
	Feminino	52	49,5
Classe Etária	34-64 Anos	23	21,9
	65-92 Anos	82	78,1
Estado civil antes da ostomia	Solteiro	11	10,5
	Casado	71	67,6
	Divorciado	0	0,0
	Viúvo	22	21,0
	Separado	1	1,0
Estado civil depois da ostomia	Solteiro	11	10,5
	Casado	58	55,2
	Divorciado	4	3,8
	Viúvo	31	29,5
	Separado	1	1,0
Habilitações académicas	Sabe ler e escrever	49	46,7
	1º ciclo do ensino básico	40	38,1
	2º ciclo do ensino básico	7	6,7
	3º ciclo do ensino básico	6	5,7
	Ensino secundário	-	-
	Ensino superior	3	2,9
Situação profissional	Empregado	4	3,8
	Desempregado	3	2,9
	Reformado	88	83,8
	Baixa	5	4,8
	Nunca trabalhou	5	4,8
Nível socioeconómico	Classe I – Alta	0	0
	Classe II - Média Alta	3	2,9
	Classe III - Média	67	63,81
	Classe IV - Média Baixa	33	31,4
	Classe V – Baixa	2	1,9

## 2.2 Impacto da ostomia no dia-a-dia da pessoa portadora

Focamos a análise sobre o impacto da ostomia relativamente à atividade laboral, a atividade sexual, ao vestuário e à alimentação, para verificarmos se existem mudanças na vida da pessoa portadora de uma ostomia após a nova condição de vida (tabela 7).

Quanto à atividade laboral, é notório o abandono do trabalho a tempo inteiro (94,3%), especialmente quando comparado com os reformados (17,1%). Também a maioria dos indivíduos conseguiu laborar no mesmo trabalho que tinha antes da ostomia (54,3%), no entanto é elevado o número de pessoas que tiveram que mudar de atividade (40,0%) e destas, 26,7% afirmaram que a mudança teve ligação direta à ostomia.

Estas mudanças também foram evidentes no estudo de Miranda (2013) relativamente a atividade laboral, 99% dos indivíduos não exerce qualquer atividade laboral, sendo que destes 28% deixou de trabalhar devido à ostomia, sem menosprezar a elevada percentagem de reformados (78%), grande parte deles anteriormente à ostomia (72%). Dados previsíveis, dadas as circunstâncias e particularidades dos indivíduos em estudo.

No estudo de Youngberg (2010), 60,9% dos indivíduos manteve o mesmo trabalho que tinha antes da ostomia e 23,8% desses admitiu ter alterado, sendo o único e principal motivo a condição de ostomizado. Verificou-se na percentagem de ostomizados que 47,9%, exercia alguma atividade laboral após a construção da ostomia.

Quanto à *atividade sexual*, e tratando-se de uma mudança física evidente, a maioria dos inquiridos era sexualmente ativa antes da ostomia (62,9%), e a larga maioria não reduziu a atividade sexual após o procedimento (58,1%). Dos inquiridos, 49,5% revelam-se satisfeitos com a sua atividade sexual, 58,8% dos homens respondeu não ter dificuldade em ter e manter a ereção.

Miranda (2013) verificou no seu estudo que 48% dos indivíduos eram sexualmente ativos antes da ostomia e 88,7% dos homens referiu problemas na ereção ou manutenção da mesma, diferindo também dos resultados por nós obtidos. Os resultados obtidos no estudo realizado por Menezes (2008), não corroboram os do nosso estudo, uma vez que 58,2% da sua amostra apresentou alterações na qualidade da sua sexualidade após a ostomia, refletindo-se numa diminuição da satisfação conjugal, com a realização do estudo, a autora pôde concluir que a satisfação conjugal após a presença de uma ostomia intestinal diminui consideravelmente, fator estreitamente relacionado com a atividade sexual.

Quanto ao vestuário 80,0% dos inquiridos responderam que a localização da ostomia não é um problema e 72,4% afirmam que não tiveram que alterar o seu estilo de vestuário por causa da ostomia.

No estudo de Miranda (2013), para 62% dos inquiridos a localização do estoma não é considerada um problema e 56% não alterou o seu vestuário devido à ostomia. Youngberg (2010) concluiu com o seu estudo que 27,1% dos ostomizados reportou que a localização do estoma lhes acarretava problemas com o vestuário e que 51,4% teve que alterar o seu estilo de roupa.

Quanto à alimentação, quase metade teve que adaptar a sua dieta (44,8%), passando as maiores modificações pelo evitar bebidas gaseificadas (61,9%). Quanto a frutas e vegetais, a maioria não sentiu necessidade de as evitar (75,2% e 72,4% respetivamente).

Resultados semelhantes foram obtidos por Miranda (2013), uma vez que 43% dos indivíduos alterou os hábitos alimentares devido à presença da ostomia.

Tabela 7  
*Impacto da ostomia na atividade laboral, sexual, vestuário e alimentação*

Variáveis	Itens	Não		Sim		Não se aplica	
		n	%	n	%	n	%
Atividade laboral	Trabalha a tempo inteiro?	99	94,3	6	5,7	-	-
	Trabalha em tempo parcial?	75	71,4	30	28,6	-	-
	Está reformado?	18	17,1	87	82,9	-	-
	Tem o mesmo trabalho que tinha antes da ostomia?	42	40,0	57	54,3	6	5,7
	Se não tem o mesmo trabalho que tinha antes da ostomia, alterou devido à ostomia?	22	21,0	28	26,7	55	52,4
Atividade sexual	Era sexualmente ativo antes da cirurgia?	38	36,2	66	62,9	1	1,0
	Reduziu a sua atividade sexual depois de ter uma ostomia?	61	58,1	39	37,1	5	4,8
	Está satisfeito com a sua atividade sexual?	40	38,1	52	49,5	13	12,4
	Se é homem, tem problemas na ereção ou manutenção da mesma?	30	58,8	21	41,2	54	51,4
Vestuário	A localização da ostomia causa-lhe problemas?	84	80,0	21	20,0	-	-
	Teve que alterar o estilo do seu vestuário devido à ostomia?	76	72,4	29	27,6	-	-
Alimentação	Reajustou a sua alimentação por causa da ostomia?	58	55,2	47	44,8	-	-
	Alterou a sua dieta para prevenir a emissão de gases em público?	65	61,9	40	38,1	-	-
	Evita beber bebidas com gás?	38	36,2	65	61,9	2	1,9
	Evita comer produtos derivados de leite?	68	64,8	37	35,2	-	-
	Evita comer frutos?	76	75,2	26	24,8	-	-
	Evita comer petiscos?	64	61,0	40	38,1	1	1,0
	Evita comer vegetais?	76	72,4	29	27,6	-	-

### 2.3 Autocuidado à ostomia

Como qualquer procedimento invasivo e permanente, a ostomia requer por parte do utente um certo grau de autocuidado, que passa pelo conforto e hábito de executar, bem como aceitação de uma nova realidade (tabela 8).

Quando inquiridos sobre o tempo necessário à adaptação com o autocuidado à ostomia, ao ponto do tratamento se tornar confortável, a maioria revela ter demorado meses (68,6%) e 16,2% demorou anos. No entanto, há uma percentagem de inquiridos (15,2%) que afirma nunca ter conseguido sentir-se confortável no autocuidado.

No estudo de Miranda (2013) denotou-se que 64% dos indivíduos demorou meses a sentir-se confortável nos cuidados ao estoma.

Quanto ao tempo despendido no autocuidado, 38,1% demora entre 5 e 10 minutos e 18,1% afirma que 5 minutos bastam. Mas, de um modo geral, 34,2% dos inquiridos demora 10 ou mais minutos no autocuidado.

Relativamente à necessidade de apoio no autocuidado, a maioria revela ser independente (64,8%) e 21,9% dos inquiridos revelam ser parcialmente dependentes nesse autocuidado. Para 13,3% o autocuidado à ostomia é impossível, afirmando-se totalmente dependentes da ajuda de outros. Questionados sobre quem cuida do estoma, uma larga maioria afirma ser o próprio (75,2%), mas praticamente 24,8% dos pacientes admite não ser o cuidador do seu estoma.

O estudo de Miranda (2013) mostra que quando questionados sobre o autocuidado ao estoma, 38% dos inquiridos respondeu negativamente. É de referir que os participantes no estudo de Miranda são acompanhados na consulta de estomaterapia.

Tabela 8  
*Caracterização do autocuidado à ostomia*

Variável	Itens		n	%
Autocuidado	Quanto tempo demorou a sentir-se confortável no autocuidado à sua ostomia?	Meses	72	68,6
		Anos	17	16,2
Nunca		16	15,2	
	De um modo geral, quanto tempo demora, em média, por dia a cuidar da sua ostomia?	5 minutos	19	18,1
		5-10 minutos	40	38,1
		10-15 minutos	12	11,4
		15-20 minutos	12	11,4
		30 minutos	12	11,4
		1 hora	10	9,6
Grau de Autonomia		Independente	68	64,8
		Parcialmente dependente	23	21,9
		Totalmente dependente	14	13,3
É você que cuida do seu estoma?		Sim	79	75,2
		Não	26	24,8

## 2.4 Apoio Social e Psicológico

Quanto aos apoios sociais concedidos a doentes com ostomia, os números revelam que 85,7% não tem algum tipo de apoio social, os custos totais associados à manutenção a longo prazo não são totalmente suportados por 95,2% dos inquiridos (tabela 9).

O apoio social no estudo de Youngberg (2010) está presente em 95,7% dos indivíduos, contrariando os nossos resultados. Na investigação de Miranda (2013), 92% não teve dificuldade em obter o apoio social e 90% não teve dificuldade em justificar esse apoio.

Tabela 9  
*Caracterização do apoio social e suporte psicológico dos doentes com ostomia*

Variáveis	Itens	Não		Sim		Não se aplica	
		N	%	n	%	n	%
Apoio Social	Tem algum tipo de apoio social?	90	85,7	14	13,3	1	1,0
	Teve dificuldade para obter apoio social?	100	95,2	3	2,9	2	1,9
	Teve dificuldade em justificar a manutenção do apoio social?	99	94,3	4	3,8	2	1,9
	Os custos totais da ostomia são suportados pelo apoio social?	100	95,2	2	1,9	3	2,0

Relativamente a suporte psicológico (tabela 10), os números revelam que a maioria dos inquiridos ficou deprimida após a ostomia (80,0%) no entanto, 97,1% referiu não ter tido ideias suicidas nem tentar concretizar o suicídio após a ostomia. Noventa e oito virgula um por cento não integra nenhum grupo de apoio, nem qualquer outro tipo de associação e 81,9% referiu não ter tido oportunidade de falar com alguém na mesma situação.

Em relação ao suporte psicológico, o estudo de Miranda (2013) demonstra dados idênticos, em que 80% dos ostomizados relatou terem ficado deprimidos após a ostomia, no entanto, 16% admitiu ter tido ideias suicidas e quando questionados acerca dos grupos e associações de ostomizados existentes e se delas faziam parte, todos os questionados deram uma resposta negativa (100%) às duas questões, e 26% confessou ter tido oportunidade de falar com outros ostomizados.

No estudo de Youngberg (2010) os inquiridos apresentavam sentimentos depressivos, mas em menor percentagem (36,4%) que no nosso estudo. Por ser significativamente distinto o modo destas pessoas se posicionar face à sua nova condição de vida, uma grande percentagem de ostomizados confessou pertencer a grupos de apoio e associações (78,6%) e falar com outras pessoas na mesma situação (77,9%).

Tabela 10  
*Distribuição das frequências relativas ao suporte psicológico*

Variáveis	Itens	Não		Sim	
		n	%	n	%
Suporte Psicológico	Ficou deprimido após a ostomia?	21	20,0	84	80,0
	Teve ideias suicidas ou tentou concretizar o suicídio após a ostomia?	102	97,1	3	2,9
	Pertence a algum grupo de apoio ao ostomizado?	103	98,1	2	1,9
	Pertence a outro tipo de associação?	103	98,1	2	1,9
	Teve oportunidade de falar com algum ostomizado ou candidato a ostomizado?	86	81,9	19	18,1

## 2.5 Qualidade de Vida

### 2.5.1 *Caraterização da Amostra Relativamente à Ostomia*

A colostomia é o tipo de ostomia que predomina neste estudo com 92,4%, o tempo de permanência dominante é o permanente em 88,6% dos inquiridos. A construção da ostomia se deveu maioritariamente à neoplasia (79%), sendo a do reto a que mais predominou (59%). Tal como em outros estudos, nomeadamente na investigação de Miranda (2013), a etiologia mais prevalente é a neoplasia (73%) localizada no reto (72,6%) (tabela 11).

Relativamente ao tempo de ostomia referido pelos inquiridos do nosso estudo, este excede os 24 meses (74,3%) enquanto no estudo efetuado por Miranda o tempo de ostomia foi de menos 12 meses em 50% dos inquiridos.

Também no estudo de Pinto (2012) se verifica que o tipo de ostomia preponderante é a colostomia (96%), quanto à temporalidade do estoma, 90,2% dos inquiridos tem um estoma definitivo e relativamente à etiologia 74,5% foi provocada por uma neoplasia.

No estudo desenvolvido por Gomboski (2011), os resultados foram semelhantes pois 67,4% das ostomias intestinais correspondiam a colostomias, 63,7% de carácter definitivo, cuja causa predominante foi a neoplasia (59,1%), maior percentagem de inquiridos referiu possuir a ostomia há mais de 1 ano (71,1%). O estudo de Youngberg (2010) apresentava resultados em relação aos nossos parâmetros um pouco diferentes, nomeadamente no tipo de ostomia, em que o maior número eram as ileostomias (61,4%), todas permanentes (100%), dado justificado pela etiologia dominante para a presença de um estoma intestinal nestes doentes, a colite ulcerosa (39,3%), ainda que seguida da neoplasia (27,9%). Já em 1993 Cataldo referia que as doenças inflamatórias eram a principal causa para a construção de uma ileostomia.

Na nossa investigação concluiu-se que 69,5% dos inquiridos não tinha tido preparação prévia para a presença do estoma e 76,2% dos inquiridos não lhe foi marcado o local de construção do estoma, pelo facto de não existir consulta de estomaterapia nem acompanhamento por enfermeira especializada nesta área da ULSNE. Ainda assim, 23,8% dos inquiridos referiu ter-lhe sido marcado o local do

estoma, dado que é justificável pelo facto de terem sido intervencionados noutros centros hospitalares com consulta de estomaterapia em funcionamento, pois dos 23,8% inquiridos com marcação de estoma, 6,7% foram marcados pela enfermeira estomaterapeuta.

Miranda (2013) confirmou que a 55% dos inquiridos foi marcado o local de construção do estoma, tal facto verifica-se pela presença de consulta de enfermagem de estomaterapia no CHTMAD, que possibilita aos seus utentes acompanhamento pela enfermeira estomaterapeuta, desde o pré-operatório.

No estudo de Youngberg (2010) os resultados relativamente à marcação do estoma eram diferentes do nosso estudo pois 72,9% dos indivíduos inquiridos foi-lhe marcado previamente. Segundo Gutman (2011) estes resultados de Youngberg explicam-se como o facto de, nos EUA, a estomaterapia ser uma realidade antiga, desenvolvida desde a década 60 (Séc. XX) permitindo um acompanhamento contínuo aos portadores de ostomia ou candidatos a essa condição.

Relativamente à consulta prévia à cirurgia, 30,5% dos participantes respondeu afirmativamente (tabela 11). No estudo de Miranda (2013) denotou-se que 14% dos inquiridos teve consulta prévia à cirurgia dados que se coadunam com o facto de a consulta só ter iniciado em 2011 e na colheita dos seus dados em 2012, 50% dos inquiridos já era portador de uma ostomia entre os 13 e os 372 meses.

Tabela 11

*Caraterização da ostomia dos participantes do estudo*

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Tipo de Ostomia	Jejunostomia	8	7,6
	Ileostomia	-	-
	Colostomia	97	92,4
Tempo de Permanência	Permanente	93	88,6
	Temporário	12	11,4
Etiologia	Neoplasia	83	79,0
	Fístula	4	3,8
	Perfuração Intestinal	5	4,8
	Diverticulite	4	3,8
	Outra	7	6,7
	Aderência Intestinal	1	1,0
	Oclusão intestinal	1	1,0
Local da Neoplasia	Não é Neoplasia	21	20,0
	Reto	62	59,0
	Sigmoide	4	3,8
	Colo Transverso	1	1,0
	Colo Descendente	7	6,7
	Intestino Delgado	5	4,8
	Não sabe	5	4,8
Tempo de Ostomia	2-6 Meses	7	6,7
	7-12 Meses	8	7,6
	13-24 Meses	12	11,4
	Mais de 24 meses	78	74,3
Preparação prévia para a presença do estoma	Sim	32	30,5
	Não	73	69,5
Número de consultas de enfermagem de estomaterapia	Não aplicável	69	65,7
	1	1	1,0
	2	4	3,8
	3	9	8,6
	4	22	21,0
Seguimento na consulta de Enfermagem de Estomaterapia	Sim	36	34,3
	Não	69	65,7
Foi-lhe marcado previamente o local da construção do estoma	Sim	25	23,8
	Não	80	76,2
Marcação do estoma previamente à cirurgia	Ninguém marcou	80	76,2
	Medico Cirurgião	16	15,2
	Enfermeira estomaterapeuta	7	6,7
	Médico e Enfermeira	2	1,9

Analisando a pontuação média do BEF (76,90) observa-se um bem-estar acima do ponto médio (55) associado às 11 questões colocadas. Contudo, não é unânime este bem-estar físico, com os dados bastante dispersos em relação à média (DP de 20,083).

O BEP apresenta uma média de 78,49 mais próxima do ponto médio de 65 associado a 13 questões, mas ainda assim superior, e as pontuações encontram-se mais concentrados em torno da média (DP de 16.869).

Observa-se a maior média para as pontuações do BES (87,78), bem acima do ponto médio de 60 para as 12 questões colocadas. É a área onde alguns participantes sentem menos as consequências da deformação inerente à ostomia, apesar dos dados se encontrarem bastante dispersos (DP de 23,467), indicativo de perspectivas e sentimentos diferentes quanto à socialização dos participantes.

É na dimensão espiritual que mais se observa algum desânimo, sendo que as 7 questões do BEE teriam um ponto médio de 35, e a média obtida (38,66) está muito próxima desse valor. Com dados pouco dispersos (DP de 8,939). Globalmente, os participantes obtiveram uma média de 279,92 muito superior ao ponto médio teórico (215) do intervalo associado às 43 questões, indicando que a maioria dos inquiridos apresenta um bom nível de qualidade de vida (tabela 12). O estudo de Miranda (2013) apresenta resultados próximos do nosso, pois a média global da QV é de 257,81 pontos, permitindo-nos concluir que a maioria dos participantes do seu estudo têm também uma visão positiva acerca da sua QV.

Tabela 12

*Medidas de tendência central e de dispersão das pontuações de subescalas e da qualidade de vida global*

<b>Escalas de QV</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
BEF	105	15	108	76,90	20,083
BEP	105	28	116	78,49	16,869
BES	105	29	115	87,78	23,467
BEE	105	18	62	38,66	8,939
QV total	105	126	380	279,92	58,030

### ***2.5.2 Análise da Relação Entre o Bem-estar Físico, as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas***

Iremos seguidamente verificar as hipóteses do Bem-estar Físico, tendo em conta que a hipótese 1 se subdivide:

Hipótese 1: O Bem-Estar Físico da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: sexo, idade, habilitações literárias, nível socioeconómico, estado civil antes da ostomia, estado civil depois da ostomia e situação profissional.

Atendendo à variável sexo, não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas no BEF de homens e mulheres ( $p = 0,465$ ), não sendo o sexo um fator determinante.

Quanto ao nível socioeconómico foram detetadas diferenças estatísticas altamente significativas ( $p < 0,001$ ) no BEF dos indivíduos, indicativo que este é um fator determinante neste domínio da qualidade de vida (tabela 13).

Tabela 13

*Teste t para detetar diferenças no bem-estar físico de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Teste de homogeneidade das variâncias	Levene	-	Teste t – diferença entre médias para duas amostras independentes		
	Tipo	N	Estatística de teste (F)	Valor de prova (p)	de	Estatística do teste (t)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BEF x sexo	Masculino	53	0,072	0,789	-	0,733	103	0,465
	Feminino	52						
BEF x Nível Socioeconómico	Classe Média	70	1,202	0,275	-	4,358	103	<0,001
	Classe Baixa	35						

A idade também não se revelou determinante para o bem-estar físico, nomeadamente quando agrupada em duas faixas etárias, não existindo diferenças estatisticamente significativas no BEF de indivíduos com idades entre os 34 e 64 anos e os restantes com idades entre os 65 e os 92 anos ( $p=0,074$ ).

Quanto ao estado civil, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre inquiridos casados ou não casados, quer antes da realização do estoma ( $p = 0,415$ ), quer após a realização do estoma ( $p = 0,752$ ) (tabela 14).

Tabela 14

*Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar físico de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Estatística do teste (Z)	U	Valor de prova (p)
	Tipo	N			
BEF x Faixa etária	34-64 anos	23	-1,786	712,500	0,074
	65-92 anos	82			
BEF x Estado civil antes (Casado)	Sim	71	-0,815	1088,000	0,415
	Não	34			
BEF x Estado civil depois (Casado)	Sim	58	-0,316	1314,000	0,752
	Não	47			

Quando comparado o BEF segundo as habilitações académicas dos inquiridos, as diferenças não se revelam estatisticamente significativas ( $p=0,142$ ) entre os inquiridos que sabem apenas ler e escrever, os que completaram o primeiro ciclo ou o segundo ciclo do ensino básico, e os que possuem habilitação correspondente ao 9º ano ou superior (tabela 15).

Tabela 15

*Teste Kruskal-Wallis para detetar diferenças no bem-estar físico em 3 ou mais grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Kruskal-Wallis – diferenças entre distribuições de 3 ou mais populações		
	Tipo	N	Estatística do teste (Q)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BEF x Habilitações académicas	Sabe ler e escrever	49	5,445	3	0,142
	1º Ciclo do ensino básico	40			
	2º Ciclo do ensino básico	7			
	3º Ciclo, Secundário e Superior	9			

Hipótese 2: O Bem-Estar Físico da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: tipo de ostomia, tempo de ostomia, etiologia da ostomia, preparação prévia para a presença da ostomia e acompanhamento na consulta de estomaterapia.

Clinicamente, o tempo de permanência do estoma, ou seja quando se trata de um procedimento temporário ou permanente, não revela diferenças estatisticamente significativas no BEF ( $p = 0,164$ ), tal como a sua etiologia ( $p= 0,779$ ) (tabela16).

Tabela 16

*Teste t para detetar diferenças no bem-estar físico de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Levene – homogeneidade das variâncias		Teste t – diferença entre médias para duas amostras independentes			
	Tipo	N	Estatística de teste (F)	Valor de prova (p)	de	Estatística do teste (t)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BEF x Tempo de permanência	Temporária	93	1,109	0,295	de	-1,400	103	0,164
	Permanente	12						
BEF x Etiologia (A etiologia é uma neoplasia)	Sim	83	0,149	0,700	de	0,282	103	0,779
	Não	22						

Para o tipo de ostomia, não há diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,629$ ) no BEF entre pacientes a quem foi feita uma Ileostomia ou uma Colostomia.

Quando analisada a preparação prévia para a realização do estoma, os dados revelam ser estatisticamente bastante significativos nas diferenças no BEF entre os indivíduos que tiveram acesso a uma preparação prévia antes da realização do estoma dos que não tiveram qualquer tipo de preparação ( $p=0,002$ ).

No BEF segundo o tipo de marcação, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre casos marcados e urgentes ( $p=0,263$ ).

Para os doentes com consulta de enfermagem na Estomaterapia, quando comparados com os doentes que não dispõem da mesma, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,004$ ) no bem-estar físico (tabela 17).

Tabela 17

*Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar físico de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Estatística do teste U (Z)	U	Valor de prova (p)
	Tipo	n			
BEF x Tipo de ostomia	Ileostomia	8	-0,483	348,000	0,629
	Colostomia	97			
BEF x Preparação prévia	Sim	32	-3,074	726,500	0,002
	Não	73			
BEF x Tipo de marcação	Urgência	19	-1,120	682,500	0,263
	Programada	86			
BEF x Consulta de seguimento	Sim	36	-2,857	819,000	0,004
	Não	69			

### ***2.5.3 Análise da Relação entre o Bem-Estar Psicológico e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas***

Iremos seguidamente verificar as seguintes hipóteses relativamente ao Bem-estar Psicológico que se subdividem:

Hipótese 1: O Bem-Estar Psicológico da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: sexo, idade, habilitações literárias, nível socioeconómico, estado civil antes da ostomia, estado civil depois da ostomia e situação profissional.

Detetaram-se diferenças significativas ( $p=0,012$ ), para o BEP entre as duas faixas etárias, 34 a 64 anos e 65 a 92 anos, sugerindo que a idade afeta o estado mental e emocional dos pacientes em relação ao estoma, sugerindo o valor da estatística do teste ( $t = 2,568$ ) que o bem-estar psicológico é maior nas idades inferiores.

Quanto ao nível socioeconómico, as diferenças entre a classe média e a classe baixa, são estatisticamente altamente significativas ( $p < 0,001$ ), e a estatística do teste aponta para um bem-estar psicológico maior na classe média (agrupamento das classes de Graffar II e III).

Não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas no BEP entre casados ou não depois do procedimento ( $p = 0,662$ ) (tabela 18).

Tabela 18

*Teste t para detetar diferenças no bem-estar psicológico de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Levene	– Teste t – diferença entre médias para duas amostras independentes			
	Tipo	n	estatística de teste (F)	Valor de prova (p)	Estatística do teste (t)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BEP x Faixa etária	34-64 anos	23	0,134	0,716	2,568	103	0,012
	65-92 anos	82					
BEP x Nível Socioeconómico	Classe Média	70	0,189	0,665	3,765	103	<0,001
	Classe Baixa	35					
BEP x Estado civil depois (Casado)	Sim	58	0,052	0,820	0,438	103	0,662
	Não	47					

Não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas no BEP entre homens e mulheres ( $p = 0,08$ ), nem no facto de ser casado ou não antes do procedimento ( $p = 0,763$ ) (tabela 19), e depois do procedimento ( $p = 0,662$ ) (tabela 18).

Tabela 19

*Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar psicológico de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Estatística do teste (Z)	U	Valor de prova (p)
	Tipo	n			
BEP x sexo	Masculino	53	-1,753	1104,500	0,080
	Feminino	52			
BEP x Estado civil antes (Casado)	Sim	71	-0,301	1163,000	0,763
	Não	34			

Quando comparadas as habilitações académicas dos inquiridos, as diferenças revelam-se bastante significativas ( $p = 0,001$ ) entre o BE dos inquiridos que sabem apenas ler e escrever, os que completaram o primeiro ciclo ou o segundo ciclo do ensino básico, e os que possuem habilitação correspondente ao 9º ano ou superior (tabela 20).

Tabela 20

*Teste Kruskal-Wallis para detetar diferenças no bem-estar psicológico em 3 ou mais grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Kruskal-Wallis – diferenças entre distribuições de 3 ou mais populações		
	Tipo	N	Estatística do teste (Q)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BEP x Habilitações académicas	Sabe ler e escrever	49	17,068	3	0,001
	1º Ciclo do ensino básico	40			
	2º Ciclo do ensino básico	7			
	3º Ciclo, Secundário e Superior	9			

Hipótese 2: O Bem-Estar Psicológico da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: tipo de ostomia, tempo de ostomia, etiologia da ostomia, preparação prévia para a presença da ostomia e acompanhamento na consulta de estomaterapia.

Quanto às variáveis tempo de permanência, tipo de marcação e etiologia não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,301$ ;  $0,861$  e  $0,847$  respetivamente) (tabela 21).

Tabela 21

*Teste t para detetar diferenças no bem-estar psicológico de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Levene – Teste t – diferença entre médias das variâncias		Teste t – diferença entre médias para duas amostras independentes		
	Tipo	n	Estatística de teste (F)	Valor de prova (p)	de Estatística do teste (t)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BEP x Tempo de permanência	Temporária	93	2,732	0,101	-1,040	103	0,301
	Permanente	12					
BEP x Tipo de marcação	Urgência	19	0,201	0,655	0,176	103	0,861
	Programada	86					
BEP x Etiologia (A etiologia é uma neoplasia)	Sim	83	0,129	0,721	0,194	103	0,847
	Não	22					

O tipo de ostomia, nomeadamente entre ileostomia e colostomia não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,629$ ) no domínio do BEP.

A preparação prévia não apresentou diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,574$ ).

Quanto ao seguimento do paciente, não se revelaram estatisticamente significativas as diferenças ( $p=0,404$ ) entre pacientes com e sem consulta de Enfermagem de Estomaterapia (tabela 22).

Tabela 22

*Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar psicológico de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Estatística do teste (Z)	U	Valor de prova (p)
	Tipo	n			
BEP x Tipo de ostomia	Ileostomia	8	-0,483	348,000	0,629
	Colostomia	97			
BEP x Preparação prévia	Sim	32	-0,562	341,500	0,574
	Não	73			
BEP x Consulta de seguimento	Sim	36	-0,834	1118,500	0,404
	Não	69			

#### **2.5.4 Análise da Relação entre o Bem-Estar Social e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas**

Iremos seguidamente verificar as hipóteses do bem-estar social que se subdividem:

Hipótese 1: O Bem-Estar Social da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: sexo, idade, habilitações literárias, nível socioeconómico, estado civil antes da ostomia, estado civil depois da ostomia e situação profissional.

No âmbito das variáveis sociodemográficas, não há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo masculino e feminino ( $p=0,167$ ), sugerindo que o domínio BES não é afetado pelo sexo da pessoa portadora de ostomia.

Quanto ao estado civil, agrupado em casado ou não, antes da cirurgia o estar casado não apresenta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,545$ ). Este fator não aparenta afetar o bem-estar social dos pacientes, antes da construção do estoma (tabela 23).

Tabela 23

*Teste t para detetar diferenças no bem-estar social de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Teste de Levene – das variâncias	–	Teste t – diferença entre médias para duas amostras independentes		
	Tipo	n	Estatística de teste (F)	Valor de prova (p)	Estatística do teste (t)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BES x sexo	Masculino	53	0,387	0,535	1,392	103	0,167
	Feminino	52					
BES x Estado civil antes (Casado)	Sim	71	1,425	0,235	0,607	103	0,545
	Não	34					

A idade também segue a mesma tendência, não sendo estatisticamente significativas as diferenças ( $p=0,082$ ) entre os mais novos (32 a 64 anos) e os mais velhos (65 a 92 anos).

É no nível sociodemográfico, agrupado em classe baixa (classes Graffar IV e V), média (classes Graffar II e III) que as diferenças são estatisticamente altamente significativas ( $p<0,001$ ) (tabela 24).

Quanto ao estado civil, agrupado em casado ou não, depois da cirurgia não é estatisticamente significativa a diferença (Teste Mann-Whitney-U-  $p=0,256$ ) (tabela 24). Este fator não aparenta afetar o bem-estar social dos pacientes, nem antes do estoma, nem depois.

Tabela 24

*Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar social de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Estatística do teste (Z)	U	Valor de prova (p)
	Tipo	N			
BES x Faixa etária	34-64 anos	23	-1,738	719,000	0,082
	65-92 anos	82			
BES x Nível Socioeconómico	Classe Média	70	-4,288	595,000	<0,001
	Classe Baixa	35			
BES x Estado civil depois (Casado)	Sim	58	-1,136	1187,000	0,256
	Não	47			

Quando comparadas as habilitações académicas dos inquiridos, não se revelam estatisticamente significativas as diferenças ( $p=0,059$ ) entre o BE dos inquiridos que sabem apenas ler e escrever, os que completaram o primeiro ciclo ou o segundo ciclo do ensino básico, e os que possuem habilitação correspondente ao 9º ano ou superior (tabela 25).

Tabela 25

*Teste Kruskal-Wallis para detetar diferenças no bem-estar social em 3 ou mais grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Kruskal-Wallis – diferenças entre distribuições de 3 ou mais populações		
	Tipo	n	Estatística do teste (Q)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BES x Habilitações académicas	Sabe ler e escrever	49	7,460	3	0,059
	1º Ciclo do ensino básico	40			
	2º Ciclo do ensino básico	7			
	3º Ciclo, Secundário e Superior	9			

Hipótese 2: O Bem-Estar Social da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: tipo de ostomia, tempo de ostomia, etiologia da ostomia, preparação prévia para a presença da ostomia e acompanhamento na consulta de estomaterapia.

Clinicamente, o tipo de ostomia, considerando a ileostomia e a colostomia não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,282$ ) no domínio considerado, a etiologia agrupada em neoplasia ou não também não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,937$ ) para o BES, ou seja, a localização e o tipo de ostomia não parecem afetar o bem-estar social dos pacientes.

Finalmente, em termos da cirurgia, uma preparação prévia ou não ( $p=0,062$ ), e o facto de ter sido uma marcação ou feito de urgência ( $p=0,301$ ), não representam diferenças estatisticamente significativas no BES dos inquiridos.

Contudo, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,016$ ) no bem-estar social dos pacientes quando comparado o tempo de permanência do estoma.

Foram também detetadas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,036$ ) entre os inquiridos com consulta de enfermagem na Estomaterapia e os sem consulta, sugerindo que este fator tem influência no BES (tabela 26).

Tabela 26

*Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar social de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Estatística do teste U (Z)	U	Valor de prova (p)
	Tipo	n			
BES x Tipo de ostomia	Ileostomia	8	-1,076	299,000	0,282
	Colostomia	97			
BES x Etiologia (A etiologia é uma neoplasia)	Sim	83	-0,079	903,000	0,937
	Não	22			
BES x Tempo de permanência	Temporária	93	-2,415	318,500	0,016
	Permanente	12			
BES x Preparação prévia	Sim	32	-1,868	900,000	0,062
	Não	73			
BES x Tipo de marcação	Urgência	19	-1,033	693,000	0,301
	Programada	86			
BES x Consulta de seguimento	Sim	36	-2,099	931,500	0,036
	Não	69			

### ***2.5.5 Análise da Relação Entre o Bem-estar Espiritual e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas***

Iremos seguidamente verificar as hipóteses do bem-estar espiritual que se subdividem:

Hipótese 1: O Bem-Estar Espiritual da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: sexo, idade, habilitações literárias, nível socioeconómico, estado civil antes da ostomia, estado civil depois da ostomia e situação profissional.

O BEE revelou-se um domínio bastante simétrico nos fatores em análise, com amostras com distribuição normal, possibilitando um maior número de testes paramétricos.

A única diferença estatisticamente significativa ( $p=0,012$ ) surge no BEE de inquiridos casados e não casados após a cirurgia, com a estatística do teste (2,543)

indicativa de um maior nível de qualidade neste domínio para pacientes casados (tabela 27).

As restantes variáveis sociodemográficas, sexo, faixa etária, nível socioeconómico, estado civil antes da cirurgia e habilitações académicas não revelam qualquer relação entre a dimensão espiritual da qualidade de vida.

Tabela 27

*Teste t para detetar diferenças no bem-estar espiritual de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Levene – homogeneidade das variâncias		Teste t – diferença entre médias para duas amostras independentes		
	Tipo	n	Estatística de teste (F)	Valor de prova (p)	Estatística do teste (t)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BEE x sexo	Masculino	53	0,214	0,644	-0,628	103	0,532
	Feminino	52					
BEE x Faixa etária	34-64 Anos	23	0,027	0,870	1,187	103	0,238
	65-92 Anos	82					
BEE x Nível Socioeconómico	Classe Média	70	0,304	0,582	0,508	103	0,613
	Classe Baixa	35					
BEE x Estado civil antes(Casado)	Sim	71	0,776	0,380	1,583	103	0,117
	Não	34					
BEE x Estado civil depois(Casado)	Sim	58	0,585	0,446	2,543	103	0,012
	Não	47					

Quando comparadas as habilitações académicas dos inquiridos, não se revelam estatisticamente significativas as diferenças ( $p=0,127$ ) entre o BE dos inquiridos que sabem ler e escrever, os que completaram o primeiro ciclo ou o segundo ciclo do ensino básico, e os que possuem habilitação correspondente ao 9º ano ou superior (tabela 28).

Tabela 28

*Análise ANOVA a um fator para o bem-estar espiritual*

Variáveis	Amostras		ANOVA		
	Tipo	n	Estatística do teste (F)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BEE x Habilitações académicas	Sabe ler e escrever	49	1,948	3	0,127
	1º Ciclo do ensino básico	40			
	2º Ciclo do ensino básico	7			
	3º Ciclo, Secundário e Superior	9			

Da comparação do BEE entre grupos, dois a dois, através de testes post-hoc conclui-se que não são significativas as diferenças entre indivíduos que apenas sabem ler e escrever com os que completaram o 1º Ciclo ( $p=0,103$ ), o 2º Ciclo ( $p=0,938$ ) e 3º Ciclo ou mais ( $p=0,565$ ). O mesmo se confirma entre 1º Ciclo quando comparado com os de 2º Ciclo ( $p=0,922$ ) e 3º Ciclo, Secundário e Superior ( $p=1,000$ ), bem como entre os de 2º Ciclo e 3º Ciclo ( $p=0,965$ ) (tabela 29).

Tabela 29  
*Testes Post-hoc para análise ANOVA*

Variáveis	Amostras		Tukey		
	Tipo	n	Diferença das Médias	Erro Padrão	Valor de prova (p)
BEE x Sabe ler e escrever	1º Ciclo do ensino básico	40	-4,340	1,875	0,103
	2º Ciclo do ensino básico	7	-2,061	3,563	0,938
	3º Ciclo, Secundário e Superior	9	-4,156	3,188	0,565
BEE x 1º Ciclo do ensino básico	2º Ciclo do ensino básico	7	2,279	3,613	0,922
	3º Ciclo, Secundário e Superior	9	0,183	3,254	1,000
	3º Ciclo, Secundário e Superior	7	-2,095	4,444	0,965

Hipótese 2: O Bem-Estar Espiritual da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: tipo de ostomia, tempo de ostomia, etiologia da ostomia, preparação prévia para a presença da ostomia e acompanhamento na consulta de estomaterapia.

Atendendo às especificidades da cirurgia, nomeadamente a existência ou não de preparação prévia, o carácter temporário ou permanente, por marcação ou de urgência, o BEE não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

Finalmente, no seguimento do doente, a existência ou não de consulta de enfermagem de estomaterapia também não apresentou diferenças estatisticamente significativas no domínio espiritual.

Tabela 30

*Teste t para detetar diferenças no bem-estar espiritual de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Levene de homogeneidade das variâncias		Teste t – diferença entre médias para duas amostras independentes		
	Tipo	n	Estatística de teste (F)	Valor de prova (p)	de Estatística do teste (t)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
BEE x Tempo de permanência	Temporária	93	1,799	0,183	-0,792	103	0,430
	Permanente	12					
BEE x Preparação prévia	Sim	32	0,157	0,693	1,600	103	0,113
	Não	73					
BEE x Tipo de marcação	Urgência	19	0,123	0,726	-1,208	103	0,230
	Programada	86					
BEE x Etiologia (A etiologia é uma neoplasia)	Sim	83	0,006	0,940	-0,041	103	0,967
	Não	22					
BEE x Nível Socioeconómico	Classe Média	70	0,304	0,582	0,508	103	0,613
	Classe Baixa	35					
BEE x Consulta de seguimento	Sim	36	0,002	0,965	1,441	103	0,153
	Não	69					

O mesmo se verifica para as variáveis clínicas, tipo de ostomia (tabela 31) e etiologia, (tabela 30) sem diferenças a registar significância.

Tabela 31

*Teste Mann-Whitney-U para as diferenças no bem-estar espiritual de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Estatística do teste (Z)	U	Valor de prova (p)
	Tipo	n			
BEE x Tipo de ostomia	Ileostomia	8	-1,471	266,500	0,141
	Colostomia	97			

### **2.5.6 Análise da Relação entre a Qualidade de Vida e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas**

Iremos seguidamente verificar as hipóteses da qualidade de vida que se subdividem:

Hipótese 1 A qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: sexo, idade, habilitações literárias, nível socioeconómico, estado civil antes da ostomia, estado civil depois da ostomia e situação profissional.

Considerando a qualidade de vida, como o somatório total dos domínios BEF, BEP, BES e BEE, procedeu-se à análise por grupos independentes, à semelhança dos itens precedentes.

Nas variáveis sociodemográficas, não se revelam significativas as diferenças ( $p=0,265$ ) no score de qualidade de vida para o sexo masculino e feminino, sendo este um fator não determinante estatisticamente.

O nível sociodemográfico apresenta diferenças estatísticas altamente significativas ( $p<0,001$ ), entre as classes Média (agrupamento das classes Graffar II e III) e a classe Baixa (agrupamento das classes de Graffar IV e V). A estatística do teste (0,217) é indicativa de uma melhor qualidade de vida na classe média.

O estado civil antes do procedimento ( $p=0,946$ ) não revela diferenças estatisticamente significativas para a qualidade de vida nos grupos considerados para as variáveis em estudo (tabela 32).

Tabela 32

*Teste t para detetar diferenças na qualidade de vida de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Levene – Teste t – diferença entre médias		Teste t – diferença entre médias para duas amostras independentes			
	Tipo	n	Estatística de teste (F)	Valor de prova (p)	de	Estatística do teste (t)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
QV x sexo	Masculino	53	0,006	0,938	de	1,120	103	0,265
	Feminino	52						
QV x Nível Socioeconómico	Classe Média	70	1,541	0,217	de	4,654	103	<0,001
	Classe Baixa	35						
QV x Estado civil antes (Casado)	Sim	71	0,718	0,399	de	0,067	103	0,946
	Não	34						

A faixa etária revelou diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,023$ ) para as faixas de idades compreendidas entre os 34 e os 64 anos e 65 e 92 anos.

O estado civil após o procedimento (Teste Mann-Whitney-U –  $p=0,652$ ) não revelou diferenças estatisticamente significativas para a qualidade de vida nos grupos considerados para as variáveis em estudo (tabela 33).

Gomboski (2011) no seu estudo encontrou diferenças estatisticamente significativas quando cruzou a pontuação das 4 subescalas e a pontuação da escala da QV total com a situação conjugal, concluindo que os indivíduos com companheiros apresentavam melhor QV, comparados com os demais, para os domínios BES, BEE e QV total. Também encontrou diferenças estatisticamente significativas quando relacionou o domínio BEP e BES e a pontuação da QV total com o tempo de permanência da ostomia, apresentando melhor QV os portadores de ostomias definitivas.

Tabela 33

*Teste Mann-Whitney-U para as diferenças na qualidade de vida de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Estatística do teste (Z)	U	Valor de prova (p)
	Tipo	N			
QV x Faixa etária	34-64 anos	23	-2,266	650,500	0,023
	65-92 anos	82			
QV x Estado civil depois (Casado)	Sim	58	-0,451	291,500	0,652
	Não	47			

As habilitações académicas ( $p=0,010$ ) revelaram diferenças estatisticamente bastante significativas para a qualidade de vida nos grupos considerados para as variáveis em estudo (tabela 34).

Quanto ao nível de escolaridade Pinheiro (2011) salienta no seu estudo que, quanto menor é o nível de escolaridade, maior é o comprometimento da imagem corporal.

Tabela 34

*Teste Kruskal-Wallis para detetar diferenças na qualidade de vida de 3 ou mais grupos*

Variáveis	Amostras		Teste Kruskal-Wallis – diferenças entre distribuições de 3 ou mais populações		
	Tipo	n	Estatística do teste (Q)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
QV x Habilitações académicas	Sabe ler e escrever	49	11,376	3	0,010
	1º Ciclo do ensino básico	40			
	2º Ciclo do ensino básico	7			
	3º Ciclo, Secundário e Superior	9			

Hipótese 2: A Qualidade de Vida da pessoa portadora de ostomia é diferente segundo: tipo de ostomia, tempo de ostomia, etiologia da ostomia, preparação prévia para a presença da ostomia e acompanhamento na consulta de estomaterapia.

A qualidade de vida não aparenta distinção entre os fatores, não havendo diferenças estatisticamente significativas na etiologia ( $p=0,915$ ) entre as neoplasias e outras etiologias (tabela 35).

Tabela 35

*Teste t para detetar diferenças na qualidade de vida de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Teste de Levene – Teste t – diferença entre médias para duas amostras independentes				
	Tipo	n	Estatística de teste (F)	Valor de prova (p)	Estatística do teste (t)	Graus de liberdade (df)	Valor de prova (p)
QV x Etiologia (A etiologia é uma neoplasia)	Sim	83	0,007	0,933	0,107	103	0,915
	Não	22					

A qualidade de vida não aparenta distinção quanto ao tipo de ostomia, não havendo diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,454$ ) para a ileostomia e colostomia.

No procedimento, a existência de preparação prévia para a cirurgia apresenta diferenças estatisticamente bastante significativas ( $p=0,002$ ) quando comparada com a ausência da mesma.

Mas não são estatisticamente significativas as diferenças quando analisado o caráter temporário ou permanente do estoma ( $p=0,101$ ), o mesmo se verificando para a urgência ou marcação de cirurgia ( $p=0,459$ ).

No estudo de Pinto (2012) podemos verificar que as pessoas ostomizadas há mais tempo, tendem demonstrar pior qualidade de vida na dimensão saúde geral. Por outro lado, apresentam uma menor degradação do estado de saúde durante o último ano.

No mesmo estudo constatou-se, que a qualidade de vida dos inquiridos com ostomia temporária era melhor nas dimensões função física ( $p=0.011$ ), desempenho emocional ( $p=0.039$ ) e saúde mental ( $p=0.031$ ).

No nosso estudo isto não se verificou, talvez pelo número reduzido de participantes no estudo, e pelo elevado volume de ostomias definitivas na nossa população comparativamente às temporárias, grande parte delas com tempo de existência superior a 12 meses, período de tempo considerado pelos autores necessário para aceitação da condição de ostomizado, constituindo o momento de viragem no que diz respeito à QV.

No seguimento do utente, comparando o score de qualidade de vida para os indivíduos com acesso a consulta de enfermagem de Estomaterapia com aqueles sem acesso, as diferenças revelaram-se não estatisticamente significativas ( $p=0,057$  (tabela 36).

Tabela 36

*Teste Mann-Whitney-U para as diferenças na qualidade de vida de dois grupos*

Variáveis	Amostras		Estatística do teste (Z)	U	Valor de prova (p)
	Tipo	N			
QV x Tipo de ostomia	Ileostomia	8	-0,794	326,000	0,454
	Colostomia	97			
QV x Tempo de permanência	Temporária	93	-1,642	395,000	0,101
	Permanente	12			
QV x Preparação prévia	Sim	32	-1,642	395,000	0,002
	Não	73			
QV x Tipo de marcação	Urgência	19	-0,741	728,000	0,459
	Programada	86			
QV x Consulta de seguimento	Sim	36	-1,901	960,500	0,057
	Não	69			

### 2.5.7 Informação Sobre a Nova Situação Clínica

Dos inquiridos desta investigação 95,2% foram informados acerca da nova situação, ou seja, que iriam ser portadores de uma ostomia de eliminação intestinal. 67,6% foram informados pelo médico-cirurgião, 1% pela enfermeira estomaterapeuta e 19% por ambos, mas 4,8% não foram informados nem no pré-operatório nem no pós-operatório. 70,5% dos inquiridos foram informados antes da cirurgia (tabela 37).

No estudo de Miranda (2013) verifica-se semelhanças ao nosso estudo, relativamente a informação transmitida ao doente sobre a nova condição de vida, em que 100% dos seus inquiridos foram informados, sendo que 79% referiu como fonte da informação o médico-cirurgião e 21% a enfermeira estomaterapeuta.

Amorim, Ferreira e Gabriel (1997) referem que a pessoa submetida a uma colostomia deve ser informada em que consiste a intervenção cirúrgica e como fica após a sua realização, o que, sem dúvida, contribuirá para uma melhor perceção da qualidade de vida. Morais, Seiça e Pereira (2012) sugerem que o ostomizado com pior adaptação à ostomia é o que tem menor informação.

Youngberg (2010) salienta baseado na sua investigação que o acompanhamento prévio ao doente ostomizado desde o pré-operatório, incluindo a marcação do estoma, contribui para uma redução do reaparecimento das complicações do estoma imediatas, tardias e da pele periestomal e também permite uma continuidade dos cuidados às pessoas que futuramente vão ser portadoras de ostomia de eliminação intestinal.

Tabela 37  
*Informação sobre a Nova Situação Clínica*

<b>Informação</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Foi informado acerca da situação	Sim	100	95,2
	Não	5	4,8
Quem informou	Médico cirurgião	71	67,6
	Enfermeira estomaterapeuta	1	1
	Médico e enfermeira estomaterapeuta	20	19
	Enfermeiro do internamento	6	5,7
	Enfermeiro do C.S.	1	1
	Cirurgião e enfermeiro de família	1	1
	Ninguém	5	4,8
Quando informaram	Antes da cirurgia	74	70,5
	Depois da cirurgia	24	22,9
	Na véspera da alta	2	1,9
	Nunca	5	4,8

### **2.5.8 Complicações**

No que diz respeito às complicações após a construção do estoma podemos dizer que 41% desenvolveu complicações, sendo a hérnia (15,2%) e dermatite (9,5%) as mais referidas.

Os inquiridos mencionaram que 11,4% das complicações acima mencionadas foram corrigidas/resolvidas pelo médico-cirurgião e 2,9% foram resolvidas pela enfermeira estomaterapeuta de outro hospital, visto que na ULSNE não existe consulta de enfermagem de estomaterapia e 14,3% das complicações não foram resolvidas por ninguém, o doente ainda vive o seu dia-a-dia com essas complicações (Tabela 38).

Também no recente estudo realizado por Miranda (2013), e numa realidade bem próxima, podemos verificar que os resultados relativos às complicações no estoma e pele periestomal são similares, sendo a complicação major a dermatite (50,8%), seguida do prolapso (11,5%) e hérnia (11,5%), estenose (6,6%) e retração (4,9%).

Pinto (2012) faz referência no seu estudo que 68,6% dos inquiridos, refere não ter complicações da ostomia. Mas dos que afirmam ter tido complicações mais de metade afirma ter irritações cutâneas (56,2%) e 25,0% afirma ter hérnias, corroborando os resultados do nosso estudo.

Na perspectiva de Van Zeller (2008) a consulta de estomaterapia é a única onde é possível perceber as principais necessidades da pessoa ostomizada no que diz respeito ao apoio, à aprendizagem, segurança, conforto, descrição e treino da técnica de irrigação. Concluindo que a qualidade dos cuidados de enfermagem na consulta de estomaterapia passa pela informação detalhada e sistemática da técnica, efetuada pela enfermeira estomaterapeuta em 91,25% dos casos.

Tabela 38

*Dados relativos às complicações no estoma e pele periestomal*

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Complicações pós-ostomia	Sim	43	41
	Não	62	59
Tipo de complicações	Sem complicação	62	59
	Estenose	2	1,9
	Prolapso	4	3,8
	Dermatite	10	9,5
	Hérnia	16	15,2
	Outra	7	6,7
	Hérnia e prolapso	3	2,9
	Hérnia e dermatite	1	1,0
Como foi resolvida a situação?	Não tem complicação	62	59
	Médico cirurgião	12	11,4
	Enfermeira estomaterapeuta	3	2,9
	Médico e enfermeira estomaterapeuta	1	1,0
	Enfermeiro do CS	3	2,9
	Utente	8	7,6
	Ninguém	15	14,3
	Utente e enfermeira do CS	1	1,0

### ***2.5.9 Intervenções de Enfermagem na Comunidade***

Relativamente ao último grupo de questões do formulário e tendo por base a análise de conteúdo realizada por Miranda (2013) na sua investigação, numa realidade próxima da do nosso estudo mas com consulta se estomaterapia em funcionamento. Os nossos resultados reforçam as imensas dificuldades sentidas pela pessoa ostomizada após alta hospitalar em contexto comunitário bem como as alterações sentidas e a falta de apoio e ausência de articulação entre os CSD e os CSP, refletindo-se em carências físicas, psicológicas e sociais por parte do doente e prestador de cuidados.

No que diz respeito ao tipo de apoio que os CSP transmitem/fornecem ao doente portador de uma ostomia, deparamo-nos que dos 98,1% que referem receber apoio, 80% se limita ao fornecimento de sacos. Em muitos casos devido a escassez deste material o doente tem que ir à farmácia comprá-los, informação obtida através dos utentes e enfermeiros de família dos CS (tabela 39).

Santos (1999) refere no seu estudo que as maiores dificuldades sentidas por estas pessoas após a alta hospitalar foram: a dificuldade em lidar com as complicações, a ausência de auto eficácia no cuidado ao estoma e pele; as alterações da autoestima; as

alterações do foro sexual; o medo de socializar; a dificuldade de adaptação psicológica às alterações sofridas na imagem corporal, refletindo-se em ansiedade, *stress*, medo, vergonha e isolamento social, que são situações que se refletem na QV da pessoa.

Num outro estudo realizado por Van Zeller (2008), as maiores preocupações na vida dos doentes ostomizados referem-se às profundas alterações físicas, da auto imagem, da auto estima, do auto conceito, do relacionamento pessoal, familiar, social e sexual, com impacto nos hábitos de vida da pessoa, interferindo com a satisfação das necessidades humanas básicas e, conseqüentemente, com o processo de socialização.

Na ULSNE a consulta de estomaterapia ainda não está implementada, mas os inquiridos consideram que a sua implementação seria pertinente (93,3%), facilitando na adaptação a nova realidade (40%), a ultrapassar dificuldades (28,6%), a evitar complicações /resolver os problemas (9,5%), a dar apoio ao doente, família/prestador de cuidados (4,8%), na aquisição de informação (3,8%), relativamente aos materiais adequados, na utilização dos mesmos nos cuidados no dia-a-dia, a ajudar na adaptação e apoio psicológico, permitindo o acompanhamento continuo desde o pré-operatório (2,9%). Contudo 7,6% não acham pertinente o acompanhamento através da consulta de estomaterapia por diversos motivos: *i*) encontram-se numa faixa etária acima dos 70 anos; *ii*) são portadores de uma ostomia há muito tempo (vários anos) e já aprenderam a lidar com a situação; *iii*) eles próprios/prestadores de cuidados arranjam estratégias para corrigir as dificuldades e as complicações que iam surgindo; *iv*) baixo poder económico, pois o deslocamento a uma consulta de enfermagem de estomaterapia acarretava despesas aos utentes com dificuldades de mobilização e sem retaguarda familiar.

Santos (1999) através do seu estudo concluiu que 93,36% dos ostomizados considerava importante o acompanhamento nesta consulta, manifestando interesse em se manter ligado à mesma, não só pelos cuidados prestados pela enfermeira estomaterapeuta, mas também pela disponibilidade incondicional na oferta de apoio.

Van Zeller (2008) concluiu que em 91,25% dos casos a qualidade dos cuidados de enfermagem na consulta de estomaterapia passava pela informação detalhada e sistemática da técnica, efetuada pela enfermeira estomaterapeuta.

Para justificar a falta de acompanhamento destes doentes temos o testemunho dos mesmos que, após questionados, 61% referiram que quem lhes prestou apoio e

quem os ajudou no momento da alta, visto não existir a consulta de estomaterapia, foram os familiares, sem que estes tenham tido qualquer tipo de formação sobre a forma de cuidar ou ajudar a cuidar o doente ostomizado (tabela 39).

O processo de aceitação do estado de saúde é um dos pressupostos essenciais para a adaptação equilibrada a uma nova condição, neste caso a presença de uma ostomia e relativamente a adaptação podemos ver através da tabela 39 que 14,3% dos inquiridos ainda não está adaptado à condição de ostomizado por diversas razões que já foram descritas anteriormente e 24,8% não tem autonomia para cuidar da sua ostomia, uns devido a idade e falta de destreza manual inerente à mesma, e outros por opção própria pois nunca tiveram incentivo, ensinamentos suficientes para autocuidado à sua ostomia (Cardoso, 2011).

Em relação ao prestador de cuidados ao nível do estoma no estudo de Pinto (2012), a maioria dos inquiridos presta cuidados a si próprio (68,6%), dados que contrapõem os do nosso estudo. No nosso estudo, 31,4% dos inquiridos recorre a outras pessoas para o fazer, incluindo nestas o cônjuge (9,8%), ajudantes lares (7,9%), filhos (5,9%), auxiliares (3,9%) e enfermeiros (3,9%).

Uma situação que denota a falta de acompanhamento por um profissional especialista na área da estomaterapia, é a falta de informação para o uso do irrigador, que promove aos doentes colostomizados uma melhor qualidade de vida, no nosso estudo, observou-se que 95,2 % não usa o irrigador por desconhecimento.

No estudo de Miranda (2013), constatou-se que 29% da população questionada utiliza a técnica de irrigação no seu quotidiano, implementada e instruída pela enfermeira na consulta de estomaterapia.

O regresso a casa com esta nova condição de vida que é ser ostomizado pode desencadear preocupações que afetam profundamente a adaptação à ostomia (Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007). A nossa investigação vai de encontro aos resultados obtidos pelo autor supracitado pois 74% dos doentes sentiu dificuldade na adaptação a esta realidade.

No estudo de Richbourg, Thorpe e Rapp (2007) podemos verificar que as dificuldades sentidas pelos inquiridos relativamente à adaptação à nova condição de vida, destacam-se as capacidades de autocuidado, na imagem corporal, no tempo de cirurgia, na presença de suporte social e no *status* socioeconómico, não considerando,

na generalidade, diferenças significativas entre homens e mulheres durante o processo adaptativo. Na perspectiva do mesmo autor essas dificuldades seriam ultrapassadas, proporcionando uma adequada adaptação ao doente portador de ostomia, através de um desenvolvimento das mesmas, um adequado contributo e um contínuo acompanhamento pela enfermeira estomaterapeuta, facilitaria a sua adaptação à nova condição, proporcionando a este uma melhoria na qualidade de vida.

A pessoa ostomizada com suporte de informação e orientações para o seu dia-a-dia teria a base necessária para promover a aceitação e seria um passo importante na aquisição de competências para o seu autocuidado. O ostomizado que é capaz de integrar no autocuidado a segurança e o rigor, promove para si mesmo sentimentos positivos de autoestima que contribuem para a sua autonomia (Cardoso, 2011).

Já na opinião de Simmons, Smith, Bobb e Liles, (2007) o enfermeiro deveria criar estratégias para facilitarem a adaptação do ostomizado, no sentido de este aceitar a sua nova condição de vida, permitindo e facilitando a interação social com os seus pares.

Relativamente ao processo de adaptação à doença, O'Connor (2005) refere que a promoção antecipada de competências de autocuidado pode melhorar as capacidades de gestão do mesmo e reforçar o processo de adaptação psicológica da pessoa à nova condição.

Tabela 39  
Intervenções de enfermagem na comunidade

Variável		n	%
Tem recebido algum apoio/cuidado dos enfermeiros do CS	Sim	103	98,1
	Não	2	1,9
Tipo de apoio fornecido pelo enfermeiro do CS	Fornecimento de sacos	84	80
	Esclarecimento de dúvidas e fornecimento de saco.	10	9,5
	Acompanhamento pela enfermeira de família e fornecimento de material	9	8,6
	Não necessita de nada	2	1,9
Acha importante ser seguido numa consulta de enfermagem de estomaterapia	Sim	98	93,3
	Não	7	6,7
Motivo porque acha importante ser seguido numa consulta de enfermagem de estomaterapia	Ajudar na adaptação	42	40
	Ultrapassar nas dificuldades	30	28,6
	Ajudar na adaptação e psicologicamente	3	2,9
	Dar apoio	5	4,8
	Evitar complicações /resolver problemas	10	9,5
	Aquisição de informação	4	3,8
	Acompanhamento	3	2,9
	Não aplicável, porque não acham útil o seguimento na consulta	8	7,6
Quando teve alta o que foi mais difícil	Adaptação a realidade	78	74,3
	Incomodo devido cirurgia	2	1,9
	Desanimado com a situação	4	3,8
	Falta de acompanhamento	5	4,8
	Falta de autonomia	9	8,6
	Medo de vir para o domicílio	3	2,9
	Nada foi difícil	2	1,9
	Da sua aparência	2	1,9
Quem ajudou após alta hospitalar	Medico cirurgião e enfermeira estomaterapeuta	4	3,8
	Medico cirurgião	4	3,8
	Enfermeira estomaterapeuta	4	3,8
	Família	64	61
	Amigos	2	1,9
	Vizinhos	2	1,9
	Outro	1	1,9
	Medico cirurgião e família	8	7,6
	Enf. estomaterapeuta e família	8	7,6
	Enf. Família, cirurgião e família	2	1,9
	Família e Funcionário Do lar	2	1,9
	Assistente social	1	1
	Enf. família	1	1
	Ninguém	1	1
Família e amigos	1	1	
Quanto tempo adaptação a ostomia	1 Mês	32	30,5
	2-4 Meses	22	21
	4-6 Meses	17	16,2
	6-12 Meses	15	14,3
	Mais de 12 Meses	4	3,8
	Nunca se adaptou	15	14,3

## **Conclusões e Perspetivas Futuras**

A construção de uma ostomia implica à pessoa portadora da mesma, uma alteração no nível da vida, uma alteração fisiológica gastrointestinal, e alterações ao nível da autoestima e da imagem corporal, podendo, causar mudanças nas relações familiares, sociais e afetivas. Com a presença destes sentimentos multifatoriais torna-se importante um acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, no sentido da adequada promoção da adaptação da pessoa à sua nova condição de vida (Albuquerque, Agostinho, Freitas, Machado, & Silva, 2009).

O enfermeiro estomaterapeuta desempenha uma função de enorme importância para a pessoa portadora de ostomia, pois possuem competências para prestar cuidados específicos a estes doentes e resolução de complicações. É em muitos casos confidente do ostomizado e família, pois transmite-lhe segurança, confiança e esperança para um futuro melhor (Rust, 2009).

Na perspetiva de Santos (2006) O enfermeiro estomaterapeuta é o profissional que melhor pode proporcionar toda a informação e suportes necessários, que permitam ultrapassar os problemas e as limitações sentidas pelo ostomizado e pelas pessoas significativas na sua vida. Contudo, cabe ao enfermeiro estomaterapeuta proporcionar ao ostomizado e família um ambiente favorável à expressão de sentimentos e verbalização de receios, dúvidas, inquietações para que, em conjunto, possam identificar problemas, necessidades e assim encontrarem as soluções mais adequadas.

Das pessoas portadoras de ostomia de eliminação intestinal que participaram no estudo, o perfil mais comum é o de um indivíduo do sexo masculino, idoso, casado, que sabe ler e escrever, reformado e da classe social média. É um indivíduo portador de colostomia permanente, cuja etiologia foi a neoplasia, sem preparação prévia do estoma e sem consulta de enfermagem de estomaterapia.

Relativamente ao impacto da ostomia nos estilos de vida, salientamos que parte dos doentes ostomizados estudados, alteraram o tipo de trabalho devido à ostomia,

reduziram a sua atividade sexual por desconforto e no contexto da atividade sexual alguns homens referiam mesmo problemas na ereção. Relativamente ao vestuário, os inquiridos não sentiram necessidade de ajustar o seu vestuário, pois segundo o testemunho dos doentes, no seu dia-a-dia já usavam roupas mais largas para se sentirem mais confortáveis, logo ajudou para a ostomia não se fazer notar. No que diz respeito à alimentação, constatamos que quase metade dos doentes ostomizados do estudo alterou a sua alimentação devido à ostomia, para manterem um trânsito intestinal dentro dos parâmetros normais, no sentido de prevenir a emissão de gases e odores em público.

No que diz respeito à idade, esta afeta o BEP e a QV dos inquiridos, pois com o passar dos anos os doentes sentem mais dificuldades em assimilar novas informações, em encontrar estratégias para cuidar da sua ostomia, ficando mais afetados emocional e mentalmente, levando a modificações na sua qualidade de vida.

Relativamente à preparação prévia do utente para a nova condição de vida esta causa alterações a nível do BEF e da QV, pois com uma adequada preparação o doente sentir-se-ia mais integrado na condição do ostomizado para se auto cuidar, evitando complicações e proporcionando-lhe uma qualidade de vida mais significativa.

No entanto verifica-se que os doentes ostomizados, os que não são acompanhados em consulta de estomaterapia apresentam alterações a nível do BEF, pois não são preparados prévia nem posteriormente para a sua nova condição de vida, demonstrando alterações a nível do BES, muitos deles no decorrer da entrevista verbalizaram que devido à nova situação clínica acabam por se isolar, com medo que a sociedade os rejeite, medo que o saco descole em público, medo de libertação de odores, vergonha da sua aparência (...). Pensamos que com preparação prévia e acompanhamento por parte de enfermeiro especializado na área do doente ostomizado, a ULSNE poderia proporcionar à pessoa portadora de ostomia (e família) uma melhor qualidade de cuidados e os consequentes ganhos em saúde e qualidade de vida.

São notórias, as alterações do BEF, do BES e da QV a nível da caracterização sociodemográfica da amostra em estudo, assim como o BEE é afetado pelo estado civil, pois os inquiridos casados sofrem mais alterações e adaptações na sua vida conjugal, talvez por acreditarem mais em crenças e na religião.

Perante o testemunho dos inquiridos as necessidades sentidas pelos mesmos no regresso à comunidade foram particularmente: adaptação a nova realidade, incómodo

devido à cirurgia, desânimo com a situação que enfrentam, falta de acompanhamento, falta de autonomia, medo de vir para o domicílio e a nova aparência. Apesar de todos estes medos e incertezas, os inquiridos revelaram uma boa qualidade de vida visto que a sua preocupação estava em retomar as suas atividades, para tal criaram estratégias de readaptação.

Se os inquiridos tivessem apoio de uma consulta de enfermagem de estomaterapia, o número dos doentes parcial e totalmente dependentes poderia ser menor o que nos sugere, haver maior números de pessoas com autonomia.

Os indivíduos ostomizados que integraram este estudo são de opinião que a consulta de enfermagem de estomaterapia contribui para aumentar os conhecimentos relacionados com a sua condição, ultrapassar dificuldades, proporcionar apoio, evitar complicações e resolver os problemas, promovendo a sua adaptação à nova realidade.

A consulta de enfermagem de estomaterapia na ULSNE, a existir, seria para os utentes de ostomia uma mais-valia na prevenção de complicações no pós-operatório imediato ou tardio.

Pretendemos divulgar os resultados do estudo ao Conselho de Administração da ULSNE, para que em conjunto possamos iniciar diligências no sentido da implementação da consulta de enfermagem de estomaterapia para que os doentes possam ter uma preparação prévia antes da construção do estoma, no pós-operatório e ao longo das suas vidas.

Parece-nos pertinente a criação de protocolos entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários, bem como planos formativos dirigidos profissionais de saúde de modo a proporcionar continuidade de cuidados à pessoa ostomizada (família) no regresso à comunidade. Miranda, 2013, p.77 refere que

os cuidados de enfermagem visam a prevenção da doença e a promoção da saúde, e que o principal objetivo de uma intervenção em saúde é maximizar a saúde e melhorar a QV dos indivíduos, considerando as dificuldades sentidas pelo ostomizado após a alta hospitalar, que se coadunam com a bibliografia existente, é fundamental uma articulação eficaz e eficiente entre os cuidados de

saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários para que exista continuidade na qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas na comunidade.

O papel do enfermeiro é de extrema importância no processo de adaptação da pessoa ostomizada ao longo das suas vidas e necessita de um conhecimento rigoroso para uma atuação correta. Pela discussão dos resultados já apresentados anteriormente e pelos dados recolhidos no estudo é perceptível, por parte das equipas de enfermagem dos CSP a necessidade de formação face às particularidades dos cuidados ao ostomizado.

Na perspetiva Bossom e Beard (2009), a formação da equipa de enfermagem é crucial para a prestação de cuidados de qualidade à pessoa ostomizada, inclusive todo o profissional que investe na educação para a saúde pode distinguir-se pelo impacto positivo que provoca no doente.

Já no ponto de vista de Gemmill, Kravits, Ortiz, Anderson e Grant (2011) a formação dos enfermeiros na área da estomaterapia deveria ser um processo dinâmico, no qual o enfermeiro estomaterapeuta proporciona aos colegas a capacitação relativamente ao processo de avaliação das necessidades de aprendizagem do doente e a sua adaptação para o autocuidado.

## Referências Bibliográficas

- Albuquerque, M.I.N, Agostinho, A.C.H, Freitas, C.C, Machado, M.L.C., & Silva, C.G.S. (2009). O domínio de Si- A experiencia vivida nas palavras de uma ostomizada, *Revista Referência*, II Série, (9), p. 27-33.
- Amorim, A.P., Ferreira, J. & Gabriel. M. (1997). O doente Ostomizado-Papel do Enfermeiro, *Revista Enfermagem*, 2ª série, (5), 7 -10.
- Bekkers, M. J. T. M., Vanknippenberg, C. E., Van Den Borne, H. W. & Van Berge-Henegouwen, G. P. (1996). *Prospective Evaluation of Psychosocial Adaptation to Stoma Surgery: The Role of Self-Efficacy*. Psychosomatic Medicine, America.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernabe, N. C., & Dell'Acqua, M. C. Q. (2008). Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. *Rev. Latino-americano Enfermagem*, 16(4), 712-9
- Bossom, C. & Beard, J.(2009). Two Approaches to Sharing Stoma Care Expertise with Non-Specialist Nursing Staff. *Gastrointestinal Nursing*, 7, 42-47.
- Bulaitis, L. (1996 a.) Stoma: treatment and appliances. *Nursing Times*, 92(4), 31-35.
- Bulaitis, L. (1996 b.) Stoma care: patient support. *Nursing Times*, 92(24), 48-50.
- Cahali, M. B.(2003). Traqueostomia, Curso de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço para Residentes e Estagiários de 1º ano. São Paulo: APM.
- Canavarro, M.C. & Serra, A.V. (coord.) (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cardoso, T.M.S. (2011). Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Cascais, A. F. M., Martini, J. G., & Almeida, P.J.S. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1), 163-167.

- Cataldo, P. (1993). History of stomas. In P. Cataldo & J.M. Mackeigan (Eds.), *Intestinal stomas: Principles, techniques, and management* (pp. 21-38). St. Louis: Quality Medical Publishing.
- Colley, S. (2003). Nursing Theory: its importance to practice. *Nursing Standart*, 17 (46), 33-37.
- Costa, C. E. C. & Santos, R. S. (2006). *Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de estomias intestinais*. S. Paulo: Centro Universitário Claretiano.
- Costa, M. V. (2009). *A educação para a saúde e a sua importância para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados*. Monografia no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M., & Tafreshi, M. (2010). Quality Of Life In Ostomy Patients – A Qualitative Study. *Patient Preference and Adherence*, 5, 1-5.
- Doris, G. (2009). *Ostomy Care and Management, Clinical Best, Practice Guidelines*, Clinical, Registered Nurses Association of Ontario. Acedido em Setembro de 2015 em [www.rao.org/bestpractices](http://www.rao.org/bestpractices).
- Dudas, S. (1992). Altered body image and sexuality. In S.L. Gorenwald & M.H. Frogge (Eds.), *Cancer Nursing : Principles and Practice* (3.ª Ed.). London: Press.
- Duhamel, F., & Fortin, M-F. (2003). Os estudos do tipo descritivo. In M-F. Fortin, *O processo da investigação da concepção à realização* (Cap.12). Londres: Press.
- Fernandes, D. (2004). Ostomia e amanhã? *Revista Sinais Vitais*, 54(5), 42-43.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos E Etapas Do Processo De Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M.-F., Vissandjée, B. & Côté, J. (2003). Escolher um problema de investigação. In M. -F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 47 - 60). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., & Fillion, F. (2003). *Formulação de um problema de investigação*. Loures: Lusociência.

- Fortin, M-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 17). Loures: Lusociência.
- Gauderer MWL (2001). Percutaneous Endoscopic Gastrostomy-20 years later. A historical Perspective. *J. Perd Surg*, 36:217-219.
- Gemelli, L. M. G. & Zago, M. M. F. (2002). A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto*, 10(1), 34-40.
- Gemmill, R., Kravits, K., Ortiz, M., Anderson, C. & Grant, M. (2011). What Do Surgical Oncology Staff Nurses Know About Colorectal Cancer Ostomy Care? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(2), 81-88.
- Globocan (2012). Relatório da Agência Internacional de Investigação do Câncer. Portugal.
- Gomboski, G. (2011). *Adaptação cultural e validação do city of hope - quality of life – ostomy questionnaire para a língua portuguesa*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Gutman, N. (2011). *Colostomy guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.
- INCA (2008). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço* (3ªed.). Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: Autor.
- Kelly, M.P. (1992). Self, identity and radical surgery. *Sociology of Health & Illness*, 14, 391-415.
- Kerber, A. C. O., Hamada, K. A., Cardoso, T. H. M. (2007). A pessoa ostomizada, seus familiares e a enfermagem: um caminho para a aceitação. Dissertação de mestrado. Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Kretschmer, K. P. (1980). *Estomas intestinais*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (1992). *Metodologias do trabalho científico*. São Paulo: Atlas.

- Maruyama, S. & Costa, I. (2004). Implementação e Avaliação de um Plano de Ensino para a Auto-Irrigação de Colostomia: Estudo de Caso. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(3), 557-563.
- Maruyama, S.A.T., & Zago, M.M.F. (2005). O processo de adoecer do portador de colestomia por câncer. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(2), 216-22.
- Mattar, F. (1996). *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Ed. Atlas.
- Medeiros, S. & Couto, P. (2013). *Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal – uma visão holística*. Monografia final do curso de enfermagem da Universidade Atlântica, Barcarena.
- Menezes, M. (2008). *Satisfação conjugal, autoestima e imagem corporal em indivíduos ostomizados*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Metcalf, C. (1999). Stoma Care: Empowering Patients Through Teaching Practical Skills. *British Journal of Nursing*, 8(9), 593-600.
- Miranda, L. S. G. (2013). *A importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade*. Tese de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Mohler, M. J., Coons, S. C., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J., Wendel, C. S., Grant, M., & Krouse, R. S. (2008). The Health-Related Quality of Life in Long-Term Colorectal Cancer Survivors Study: objectives, methods, and patient sample. *Current Medical Research and Opinion, Artigo PMC*, 24, 7.
- Morais, I., Seça, A., & Pereira, M. (2012). A pessoa submetida a ostomia de eliminação. Complicações em ostomias de eliminação. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp. 40-47). Lisboa: Lidel.
- Neves, V. (2016), Importância da formação dos profissionais na adaptação do doente ostomizado. Newsfarma Myoncologia Artigo publicado a 23 de Fevereiro. Lisboa.
- Nicastro, A. (2003). *En contacto com vosotros*. Roma: Casa Editrice Scientifica Internazionale.
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320-324.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem. Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros. Porto, em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

- Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida*. Lisboa, Edições Sílabo, 527-528.
- Pinheiro, L.R.L. (2011). *O impacto da marcação da ostomia no autocuidado ao estoma e qualidade de vida*, dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade Porto.
- Pinto, M. I. A. C. (2012). *A Pessoa Ostomizada: Um estudo sobre qualidade de vida*. Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico da Guarda. Guarda.
- Polit, D. F., & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3.<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Reis, M.L.L. (2002). Ostomizados: a enfermagem na comunidade. *Revista Nursing*, 162(14), 16 – 19.
- Ribeiro, A.M. (2015). Cancro, o imperador de todos os males. *Revista Publico n.º2*,
- Ribeiro, P. (2005). *Saúde e Qualidade de vida*. Livro de Atas, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, Porto.
- Richbourg, L., Thorpe, J. & Rapp, C. (2007). Difficulties Experienced by the Ostomate after Hospital Discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), 70-79.
- Rust, J. (2009). Care of patients with stomas: the pouch change procedure. *Nursing Standard*, 22(6), 43-47.
- Sales, C. A., Violin, M. R., Waidman, M. A. P., Marcon, S. S., & Silva, M. A. P. (2010). Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*, 44(1), 215-21.
- Salter, M. (1990). Stoma care: overcoming the stigma. *Nursing Times*, 86(18), 61-71.
- Santos, C. H. M., Bezerra, M. M., Bezerra, F. M. & Paraguassú, B. R. (2007). Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. *Revista Brasileira de Colo proctologia*, 27(1), 16-18.

- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2005). Estudo De Adaptação Da Escala De Qualidade De Vida Do Familiar/Cuidador Do Doente Oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 105-118.
- Santos, C.S.V.B (1999). Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de Eliminação. Dissertação de mestrado em psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Santos, F. S., Poggeto, M. T. D., & Rodrigues, L. R. (2008). A percepção da mulher portadora de ostomia intestinal acerca de sua sexualidade. *Revista Mineira de Enfermagem (REME)*, 12(3), 346-355.
- Santos, V. (2006). *Cuidando do estomizado: Análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão*. Tese de doutoramento não publicada, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Santos, V.L.C.G. (1996). A bolsa na mediação estar ostomizado - estar profissional: análise de uma estratégia pedagógica. [tese de doutoramento]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP.
- Sellschopp, A. & Homburg, E. (1983). Psychosocial aspects in the care of stoma patients. *Rehabilitation*, 22(1), 197-204.
- Silva, A. L. & Shimizu, H. E. (2006). O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 483-490.
- Silva, J. V. (2001). Qualidade de vida. *Nursing*, 4, 10-12.
- Silva, M. M. C. V. Z. N. (2008). *Irrigação Uma opção de vida do colostomizado*. Disponível on-line em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7191>.
- Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K. A., & Liles, L. L. M. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 627-635.
- Smith, M. & Parker, M. (2010). Nursing Theory and the Discipline of Nursing. In M. Parker & M. Smith (Eds.). *Nursing Theories & Nursing Practice*, 3ª edição, 3-15).
- Smith, M. (2008). Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory. In M. Smith. & P. Liehr (Eds.). *Middle Range Theory for Nursing* (pp. 1-12). New York: Springer Publishing Company.
- Sousa, S. de M. A. (1999). Qualidade de vida em clientes ostomizados. *Revista texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 8,(3), 162-187.

- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2010). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Loures: Lusociência.
- Swanson, K. M. (1991)- Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161 - 166.
- Tavares, H. M. C. V. (2008). *Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centros de Saúde no âmbito dos cuidados Continuados*. Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. Porto
- Tomey, A. M. (2004). Os Elementos da Enfermagem: um modelo de enfermagem baseado num modelo de vida. In M. R. Alligood, & A.M. Tomey, (5.ª ed.), *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 406-417). Loures: Lusociência.
- Van Zeller, M. (2008). *Factores que influenciam a decisão da pessoa com colostomia descendente ou sigmoide a optar ou não pela prática da técnica de irrigação*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Vinhais, M.F.A. (2010). *Complicações das ostomias urinárias e digestivas*. Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina, universidade do Porto.
- Winkler, R. (1986). *Ostomias*. Barcelona: Doyma.
- Youngberg, D. (2010). *Individuals with a permanent ostomy: Quality of life, preoperative stoma site marking by an ostomy nurse, six peristomal complications, and out-of-pocket financial costs for ostomy management*. Tese de doutoramento não publicada, Teachers College, Columbia University, Colombia.

## **Apêndices do Relatório Final de Estágio**

## **Apêndice 1- Pedidos de Autorização**

## 1.1 Pedido de autorização ao conselho de administração da ULS do Nordeste

**Exmo. Senhor**

**Presidente do Conselho de Administração da ULS do Nordeste**

**Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de recolha de dados de natureza académica.**

*Ana Margarida Pereira de Oliveira*, enfermeira a exercer funções no CHTMAD, E.P.E. – Unidade de Vila Real, e a frequentar o *Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de saúde do IPB de Bragança*, vem por este meio solicitar a vossa Excelência, bem como à Comissão de ética da instituição, a autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados necessário ao estudo que pretende desenvolver para o projeto de Investigação de natureza aplicada, alusiva ao tema: “ A qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia na ULS Nordeste”.

O estudo decorrerá entre Novembro 2015 e Fevereiro de 2016, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adília Fernandes e do Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Manuel Brás.

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal tipo diagnóstico de situação, de carácter quantitativo, pretendendo-se com o mesmo atingir os seguintes objetivos:

- Caracterizar da qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia na ULS Nordeste;
- Conhecer a perceção da pessoa portadora de uma ostomia sobre a importância de apoio aos utentes ostomizados;
- Identificar o impacto da ostomia na vida da pessoa portadora de uma ostomia;
- Implementar a consulta de apoio à pessoa portadora de uma ostomia;

Para a concretização do presente estudo será necessário aplicar um instrumento de recolha de dados durante o mês de Novembro de 2015 e o mês de Janeiro de 2016, aos doentes portadores de uma ostomia acompanhados no ULS do Nordeste, a nível de consulta de cirurgia e consulta médica/enfermeira de família.

O instrumento de colheita de dados será constituído por 5 partes (conforme exemplar em anexo):

1ª parte – Dados sociodemográficos

2ª parte – Avaliação do nível socioeconómico

3ª parte – Avaliação do nível cognitivo

4ª parte – Escala para avaliar a qualidade de vida do doente portador de uma ostomia

5ª parte – Seguimento dos doentes na consulta de enfermagem de estomaterapia.

No estudo serão sempre garantidos aos doentes o anonimato, confidencialidade dos dados e uso exclusivo dos mesmos para fins académicos. Será ainda garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusarem participar no estudo, podendo interromper a participação sem qualquer tipo de consequências.

Agradeço toda atenção dispensada a este pedido, manifestando a minha inteira disponibilidade para o fornecimento de outras informações que considere pertinentes.

Com os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

Macedo de Cavaleiros, Outubro de 2015

## 1.2 Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

#### De acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

Ana Margarida Pereira Oliveira, aluna do *Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Bragança / IPB*, solicita a vossa preciosa colaboração no estudo que pretende desenvolver para o âmbito da unidade curricular de natureza aplicada, no que diz respeito à aplicação do instrumento de recolha de dados, conforme explicação em baixo.

**Título do estudo:** *A Qualidade de vida da Pessoa portadora de uma ostomia na ULS Nordeste.*

**Enquadramento:** O estudo decorrerá entre o mês de Novembro de 2015 e o mês de Fevereiro de 2016 sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adília Fernandes e do Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Manuel Brás.

**Explicação do estudo:** Pretende-se com este estudo avaliar a qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia; Melhorar os cuidados prestados à pessoa portadora de uma ostomia; Fundamentar a pertinência da criação da consulta apoio à pessoa portadora de uma ostomia; Propor um plano de Intervenção para a saúde dirigido à pessoa ostomizada.

Para a concretização deste estudo será necessário aplicar um instrumento de recolha de dados durante o mês de Setembro de 2015 e o mês de Janeiro de 2016 aos utentes seguidos nos CSD e nos CSP.

O instrumento de colheita de dados será constituído por 5 partes:

1ª parte – Dados sociodemográficos.

2ª parte – Avaliação do nível socioeconómico (Escala de Graffar).

3ª parte - Avaliação do nível cognitivo (Escala de Folstein).

4ª parte – Escala para avaliar a qualidade de vida do doente portador de uma ostomia - *Quality of life questionnaire for a patient with an ostomy.*

5ª parte – Seguimento dos doentes na consulta de enfermagem de estomaterapia.

**Confidencialidade e anonimato:** Neste estudo serão sempre garantidos aos utentes o anonimato, confidencialidade dos dados e uso exclusivo dos mesmos para fins académicos comprometendo-nos a facilitar o acesso aos resultados deste estudo. Será também possibilitada a facilidade de desistência em qualquer momento do preenchimento do questionário.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... /..... /.....

[http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

### **1.3 Autorização para utilização da Escala do Quality of Life Questionnaire for a Patient with na Ostomy, traduzida.**

RE: LILIANA GRILO MIRANDA

Para: ANA MARGARIDA PEREIRA DE OLIVEIRA

#### **Boa noite Sra. Enfermeira,**

Autorizo e envio em anexo o instrumento de colheita de dados que construí no âmbito do meu trabalho de investigação, onde consta a tradução da escala para a língua portuguesa.

Alerto-a apenas para um pormenor, o instrumento de recolha de dados utilizado é constituído por 5 partes, sendo a 4ª parte do mesmo constituída por uma escala para avaliar a qualidade de vida do doente portador de uma ostomia - "Quality of life questionnaire for a patient with an ostomy". Esta escala de avaliação da QV do doente ostomizado, numa primeira parte, é constituída por 34 questões fechadas e na segunda parte é constituída por questões que pretendem avaliar o impacto da ostomia na QV da pessoa e inclui 43 itens, organizados em quatro domínios. As respostas a esta segunda parte da escala são codificadas numa pontuação de 0 a 10, em que 0 corresponde a péssima ou má QV e 10 a ótima ou excelente QV. Seguindo as diretrizes da autora original, a pontuação de alguns itens (1 a 12, 15, 18, 19, 22 a 30, 32 a 34 e 37) deve ser invertida, para se obterem resultados precisos.

Desejo-lhe uma boa utilização do instrumento de recolha de dados, bem como sucesso e boa sorte no trabalho de investigação a realizar.

Com os melhores cumprimentos,

*Liliana Sofia Grilo Miranda*

*Consulta de Estomaterapia*

*CHTMAD - Vila Real*

*Telef.: 259300500 Ext: 5598*

**De:** ANA MARGARIDA PEREIRA DE OLIVEIRA

**Enviado:** quarta-feira, 12 de Novembro de 2014 12:46

**Para:** LILIANA GRILO MIRANDA

**Assunto:** FW:

Bom Dia , Sr.ª enfermeira especialista em enfermagem comunitária, Liliana Grilo Miranda

Venho por este meio, pedi-lhe autorização para a utilização/aplicação do seu questionário aplicado por si no seu estudo de investigação em 2013 " A importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade", para o aplicar no âmbito curricular do mestrado de enfermagem comunitária que estou a realizar no IPB.

Atenciosamente

Margarida Oliveira

## 1.4 Autorização da Comissão de ética da ULS Nordeste para a realização da recolha de dados



**IPB - Escola Superior de Saude de Bragança**

A/c: Professora Doutora Helena Pimentel

Av. D. Afonso V

5300 - 121 Bragança

15 11-24 15:20 003945

Sua Referência  
Proc:2015/00097

Sua Comunicação de  
00300/15-10-2015

Nossa Referência

Data  
23-11-2015

**ASSUNTO: Colaboração em trabalho de investigação.**

Em resposta ao pedido efectuado por Vª Ex.ª, para um trabalho de investigação intitulado ao tema: "Qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia na ULSNE", informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULSNE, o mesmo é autorizado desde que os visados não se importem de participar no estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Desenvolvimento e Formação



Avenida Abade de Baçal · 5301-852 Bragança · Tel. 273 310 800 · Fax. 273 310 813  
secretariado@chne.min-saude.pt · www.chne.min-saude.pt

## **Apêndice 2- Relatório de Estágio**

## 2.1 Relatório de estágio



**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

# Relatório de Estágio II

Ana Margarida Pereira de Oliveira

Orientado: Enf.<sup>a</sup> Adelaide Batista

Supervisionado: Prof.º Dr.º Manuel Brás

Macedo de Cavaleiros, Junho de 2016

## **Relatório de Estágio II**

Ana Margarida Pereira de Oliveira

Orientado: Enf.<sup>a</sup> Adelaide Batista

Supervisionado: Prof.º Dr.º Manuel Brás

Macedo de Cavaleiros, Junho de 2016

## **Lista de Abreviaturas e acrónimos**

C.S.- Centro de Saúde

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

p. – página

UCC- Unidade de cuidados na comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

## Índice

1 - Introdução	1
2 - Caracterização da UCC	3
2.1 - Estrutura física	3
2.2 - Recursos humanos	3
2.3 -. Funcionamento da UCC	4
2.3.1 - Área de abrangência	4
2.3.2 - Carteira de serviços	7
3 - Análise crítico-reflexiva	9
4 - Conclusão	14
Referências Bibliográficas	16
Apêndices do Relatório de Estágio	17
1 - Cronograma de estágio	18
2 - Projeto de Intervenção Comunitária	20
3 - Relatório da Sessão de Educação para a saúde	37

## Índice de gráficos

**Gráfico 1-** Distribuição da população por freguesias .....5

**Gráfico 2** -Pirâmide etária dos inscritos no centro de saúde.....7

## **Índice de tabelas**

<b>Tabela 1 - Distribuição da população por Freguesia.....</b>	<b>6</b>
--	----------

## Índice de Figuras

<b>Figura 1-</b> Distribuição de freguesias.....	4
--	---

## 1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) da Escola Superior de Saúde, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Macedo de Cavaleiros no período de 21 de Setembro de 2015 a 12 de Fevereiro de 2016, com a duração de 420 horas, foi-nos proposto a realização de um relatório onde conste uma reflexão crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas.

Nos estágios os profissionais de saúde desenvolvem competências a nível do saber ser, saber estar e saber fazer, permitindo-lhes colocar na prática os conhecimentos adquiridos, no sentido de uma otimização dos cuidados.

Devido a uma especialização cada vez maior do conhecimento, todos os assuntos tendem a receber um tratamento elaborado e exaustivo, com vista à formação e melhoria contínua na execução das atividades. Assim sendo, torna-se necessário a elaboração e apresentação de trabalhos científicos, entre os quais relatórios, que se caracterizam por uma descrição e análise de fatos passados de uma forma clara, objetiva e concisa, numa sequência lógica.

As Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública de acordo com o Decreto-lei 128/2011 de 18 de Fevereiro são as seguintes:

- a)* Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b)* Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c)* Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d)* Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Um relatório deve ser visto não como um fim de um processo, mas como o início de um outro, deste modo, com este relatório pretende-se:

- Dar resposta ao objetivo 6 que consta no projeto de estágio I;

- Fazer uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento do estágio, estabelecendo uma comparação entre as atividades programadas no projeto e as desenvolvidas;

- Fornecer aos enfermeiros orientadores e professora supervisora um relato global, conciso e coerente das atividades desenvolvidas com vista à aquisição de competências;

- Fornecer ao enfermeiro orientador e supervisor um documento que sirva de instrumento de avaliação.

De acordo com a Grande Enciclopédia Universal (2004), relatório pode ser definido como uma narração escrita e circunstanciada de fatos ocorridos.

Na elaboração deste relatório, a metodologia a utilizar será baseada no método descritivo, analítico e crítico-reflexivo, utilizando como estratégias:

- Pesquisa bibliográfica;
- Consulta dos objetivos apresentados no projeto de estágio I;
- Registo sistemático e cronológico das atividades desenvolvidas;
- Reflexão e partilha de ideias com o grupo de colegas;
- Entrevistas informais com o enfermeiro orientador e supervisor;
- Consulta do regulamento do estágio do curso.

O presente documento encontra-se dividido em cinco partes, na primeira consta a introdução; na segunda a caracterização da UCC; a terceira parte reporta-se à análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio; a quarta parte é constituída pela conclusão; na quinta e última parte surge o cronograma de estágio.

Prevêem-se algumas dificuldades na elaboração deste documento devido à escassez de tempo para concretização do mesmo contudo, espera-se que essas dificuldades sejam ultrapassadas com empenho, dedicação, bem como com a exigência e profissionalismo que me caracterizam.

## **2. Caracterização da UCC**

As UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) consistem numa unidade funcional de saúde, constituída por uma equipa multidisciplinar pertencente ao Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros da Unidade Local de Saúde (ULS) Nordeste.

A UCC, é uma unidade de saúde onde foi desenvolvido grande parte do estágio, presta cuidados dirigidos à pessoa, família e grupos vulneráveis de uma dada comunidade, suscetíveis de representar dependência ou doença física/funcional necessitados de cuidados e acompanhamento mais próximo.

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão em que se integra.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

### **2.1. Estrutura física**

A UCC encontra-se sediada no piso 0 do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros, edifício de construção recente, situado numa área de fácil acesso e com um a grande cobertura de transportes públicos.

A UCC é constituída por 6 gabinetes de enfermagem, um ocupado pela equipa da saúde escolar, outro pela equipa da saúde materno-infantil, outro para o programa de narcóticos. Existe ainda o gabinete administrativo, o gabinete da enfermeira chefe, um gabinete da assistente social.

### **2.2. Recursos humanos**

A equipa da UCC é constituída por 5 enfermeiros (3 enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, 1 enfermeira especialista em reabilitação, 1 enfermeira





**Tabela nº 1 – Distribuição da população por Freguesia**

	<b>HM</b>	<b>H</b>	<b>M</b>
Ala	497	247	250
Amendoeira	490	239	251
Arcas	389	202	187
Bagueixe	190	94	96
Bornes	420	182	238
Burga	88	44	44
Carrapatas	225	114	111
Castelãos	395	180	215
Chacim	341	165	176
Cortiços	417	221	196
Corujas	213	113	100
Edroso	131	59	72
Espadanedo	194	98	96
Ferreira	222	104	118
Grijó	471	226	245
Lagoa	432	214	218
Lamalonga	475	232	243
Lamas	287	144	143
Lombo	379	192	187
Macedo de Cavaleiros	6087	2845	3242
Morais	704	365	339
Murçós	206	100	106
Olmos	247	117	130
Peredo	366	171	195
Podence	357	168	189
Salselas	480	235	245
Santa Combinha	72	38	34
Sezulfe	184	78	106
Soutelo Mourisco	60	35	25
Talhas	417	203	214
Talhinhas	244	124	120
Vale Benfeito	231	119	112
Vale da Porca	349	165	184
Vale de Prados	413	207	206
Vilar do Monte	142	72	70
Vilarinho de Agrochão	269	133	136
Vilarinho do Monte	72	37	35
Vinhas	293	149	144
Total	17449	8431	9018

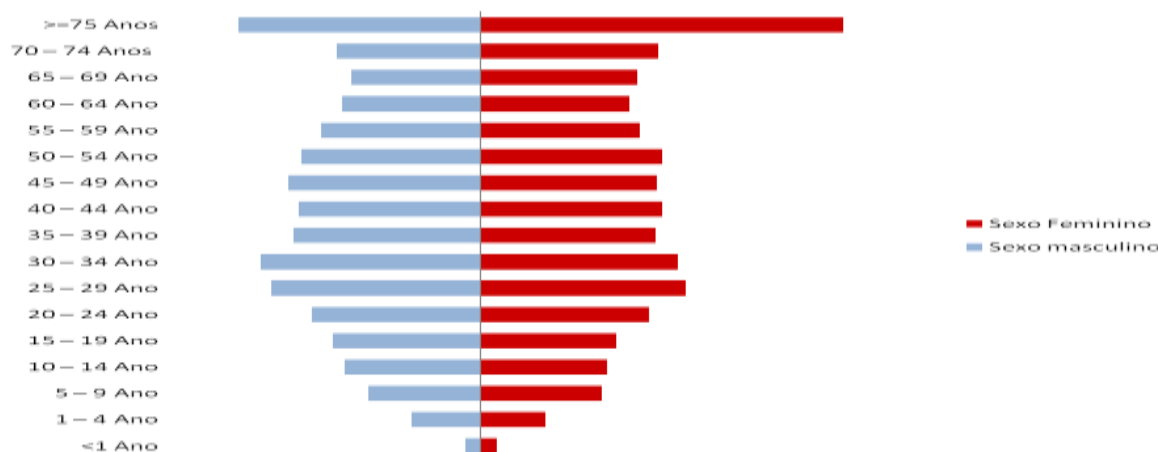
A presente caracterização visa possibilitar o conhecimento da situação atual do ponto de vista populacional e geográfico, no que respeita a distribuição das freguesias do Concelho de Macedo de Cavaleiros. Deste modo, serão apresentados alguns dos dados relativos ao levantamento Sociodemográfico (2011) e habitacional do Concelho.

O envelhecimento da população portuguesa tem vindo a acentuar-se quer pela base da pirâmide etária, com a diminuição da população jovem, quer pelo topo com o incremento da população idosa. O Concelho de Macedo de Cavaleiros não é exceção, assim a pirâmide de idades no Concelho deixou de ser triangular e apresenta um

estreitamento na base, como resultado da baixa da fecundidade e um alargamento no topo decorrente da maior longevidade. Assiste-se assim, ao fenómeno da "inversão" da pirâmide de idades.

A estrutura etária da população continuará a sofrer alterações nos próximos anos, sendo previsível que a população idosa ultrapasse em número a população jovem. Serão mantidas ou mesmo acentuar-se-ão as diferenças entre os sexos, com níveis de envelhecimento mais significativos nas mulheres. Como consequência, a população idosa reforçará a sua importância relativa e a sua tendência de envelhecimento e feminização.

**Gráfico 2 -pirâmide etária dos inscritos no centro de saúde**



### 2.3.2 Carteira de serviços

Os profissionais que integram a UCC de Macedo de Cavaleiros, desenvolvem atividades na comunidade, em resposta às necessidades da mesma, com o intuito de promover e proteger a saúde, prevenir a doença e tratar/reabilitar quando instalada.

Na carteira de serviços da UCC, fazem parte vários programas e projetos, nacionais e/ou locais, nomeadamente:

- Saúde Escolar;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);

- Intervenção Precoce;
- Rendimento Social de Inserção (RSI);
- Conselhos Locais de Ação Social (CLAS);
- Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
- Comissão de Proteção a Crianças e Jovens em Risco (CPCJ);
- Programa Nacional de Saúde Reprodutiva;

### **3. Análise crítico-reflexiva**

No início deste estágio, mais precisamente durante as primeiras seis semanas, devido ainda não possuir em mão a autorização da comissão de ética da ULS Nordeste para a recolha de dados da minha investigação, fui elaborando a minha revisão bibliográfica para a elaboração do meu diagnóstico de saúde.

Durante o estágio, foi elaborado um diagnóstico de saúde (apêndice 1) alusivo à temática: Cuidados com a Ostomia. Este diagnóstico de saúde começou a ser planeado antes do início do estágio para dar resposta a uma exigência académica, contudo foi no campo de estágio que se desenrolou e concretizou a sua conclusão.

Ao longo do tempo em que o instrumento de recolha de dados foi aplicado, fui reforçando a pesquisa bibliográfica referente à temática em estudo, para podermos obter um suporte teórico sustentado e sólido.

A lista dos doentes ostomizados em questão foi- nos fornecida pelos enfermeiros chefes de todos os C.S. pertencentes ao ULS Nordeste.

Não foi fácil controlar todas estas variáveis, uma vez que foram respeitadas todas as normas e regras que se impõem à aplicação de instrumentos de recolha de dados desta natureza. Todos os questionários foram aplicados aos doentes ostomizados de eliminação intestinal com estado cognitivo intato, avaliado através da escala de Flostein.

Dadas as limitações atrás referidas e, talvez um pouco de sorte, os dias em que fui a estágio, sobretudo a partir da 7<sup>a</sup> e restantes semanas, coincidiram quase sempre com marcações para aplicação de questionários, o que permitiu que aplicasse grande parte dos mesmos. Este facto agradou-nos, uma vez que nos permitiu ter uma visão em tempo real da condição de vida do portador de uma ostomia, conhecer a realidade de cada um em particular, bem como dos conhecimentos sobre a situação, facilitando de certo modo a análise e interpretação dos dados colhidos, além de que permitiu que me sentisse realmente um elemento ativo na consecução deste diagnóstico de saúde.

Depois de todos os questionários aplicados foi efetuada a análise dos dados e interpretação dos resultados.

Para facilitar o trabalho, e dado o pouco tempo disponível para o mesmo, aquando da aplicação dos questionários, foi construindo a tabela mestra no programa

SPSS versão 20, na qual se foram introduzindo os dados. Depois de todos os dados introduzidos e de todas as alterações inerentes e passíveis de acontecer, dado tratar-se de um momento de aprendizagem em constante crescimento e aperfeiçoamento, iniciou-se a análise.

Esta foi feita em grande parte fora das horas de estágio, uma vez que as mesmas foram maioritariamente ocupadas por outras atividades, incluindo a aplicação dos questionários que durou até à penúltima semana de estágio e, também devido à incompatibilidade de horários por parte dos inquiridos, um grande “obstáculo” que nos acompanhou ao longo dos dias de estágio, talvez a maior dificuldade a meu ver.

Para além de tudo o que já referi, e apesar das horas totais (420 horas) terem sido cumpridas na íntegra.

Como se pode imaginar, fazer um estágio desde nível, com a elaboração de um diagnóstico de saúde e participação em todas as outras atividades desenvolvidas pela UCC, tudo em 20 semanas, não é tarefa fácil. Foi um trabalho duro, pela intensidade e concentração do mesmo, o que fez com que a análise dos dados e interpretação dos resultados fosse realizada após as horas de estágio, até mesmo depois de ter terminado.

Apesar de tudo, foi uma atividade extremamente importante e gratificante, quer em termos pessoais, quer para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que constam no Decreto-lei 128/2011 de 18 de Fevereiro. E para este estágio delineamos os seguintes objetivos:

**Objetivo:** Adquirir as competências gerais do Enfermeiro Especialista.

**Competência:** Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro. Gerir os cuidados, otimizando resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade. Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

**Atividades**

Estas competências foram adquiridas ao longo de todo o estágio, quer no período destinado ao estágio desenvolvido na UCC.

Para tal contribuíram todas as atividades nas quais tive oportunidade de participar, as quais vou descrever e analisar pormenorizadamente mais à frente neste relatório. Atividades desenvolvidas com profissionalismo, segurança e responsabilidade, cumprindo e respeitando a ética e a deontologia, bem como os direitos humanos.

Uma das atividades para além da elaboração do diagnóstico foi a concessão e elaboração do projeto de intervenção comunitária, com sentido de liderança e tomada de decisão, otimizando uma correta gestão dos cuidados e recursos existentes, com intuito de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Durante todo o estágio demonstrei capacidade de resolução de problemas, adotando sempre uma atitude de maturidade e responsabilidade, recorrendo assiduamente à técnica de auto - reflexão crítica sobre a prática desenvolvida, com o intuito de melhorar continuamente o meu desempenho e avançar com segurança e estabilidade ao longo deste percurso.

Este estágio permitiu-me ainda aplicar na prática evidências científicas através de tomadas de decisão fundamentadas e aperfeiçoar habilidades comunicacionais/interativas através da apresentação/exposição/divulgação de trabalhos. Sendo um deles também a Sessão de Educação para a Saúde dirigida a enfermeiros e a utentes portadores de ostomia e aos respetivos prestadores de cuidados.

**Objetivo:** Participar na Sessão de Educação para a Saúde alusiva à temática “Cuidados com a Ostomia” para os enfermeiros, utentes e prestadores de cuidados de portadores de uma ostomia de eliminação intestinal na área abrangente do CS de Macedo de Cavaleiros;

**Competência:** Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

### **Atividades**

Planeou-se, concebeu-se e dinamizou-se, juntamente com os profissionais de saúde o Seminário “Cuidados com a Ostomia” que decorreu em 1 de Março de 2016 no CS de Macedo de Cavaleiros. Uma atividade muito interessante não só por se tratar de

uma sessão de prevenção, proteção e promoção da saúde, mas sobretudo por se tratar de um público-alvo muito específico e extremamente vulnerável. Terminada a análise e interpretação dos resultados, procedeu-se à construção do relatório da sessão (Apêndice 1).

Considero portanto que esta atividade foi cumprida relativamente à equipa de enfermagem do C.S. de Macedo de cavaleiros o que permitiu alcançar com êxito parte do objetivo delineado, bem como adquirir as competências inerentes ao mesmo. Futuramente pretende-se cumprir o objetivo na totalidade dirigindo o seminário aos utentes portadores de uma ostomia de eliminação intestinal e respetivos prestadores de cuidados. E também abrindo o leque de formação aos restantes CS da área abrangente da ULS Nordeste.

**Objetivo:** Construir o relatório final de estágio.

**Atividades:**

Para conseguir dar resposta a este objetivo, ao longo do estágio fui registando num bloco todas as atividades desenvolvidas de forma cronológica, para que nada me escapasse. Para tal contribuiu também o projeto de estágio que funcionou como um plano/agenda, uma vez que no mesmo, e após a primeira reunião com o enfermeiro orientador e supervisor, onde nos facultaram o agendamento possível das atividades a desenvolver no estágio, tive o cuidado de traçar os objetivos considerando as datas fornecidas na dita reunião inicial, facilitando de certo modo a organização do meu horário de estágio em função das mesmas, o que permitiu ainda localizar-me temporalmente ajudando na construção do relatório final.

Este relatório para além de um registo de todas as atividade desenvolvidas, pretende ser ainda um documento onde conste o relato crítico-reflexivo das mesmas, bem como todas as experiências partilhadas.

Considero que o definido neste objetivo foi cumprido, uma vez que julgo estar a construir um relatório de fácil leitura e interpretação que, para além de ser uma exigência curricular, está a dar-me um enorme prazer construí-lo pois, é um reviver de todos os momentos passados durante as semanas de estágio, momentos de trabalho mas também de prazer e construtivos, de enorme relevância para o futuro.

Considero portanto que esta atividade foi cumprida na íntegra o que permitiu alcançar com êxito os objetivos delineados para este estágio, bem como adquirir as competências inerentes ao mesmo.

#### 4. Conclusão

Terminando a redação deste relatório de estágio, chega a altura de concluir de forma resumida sobre todo este percurso iniciado a 21 de Setembro de 2015.

Ao longo do relatório fui refletindo de forma crítica acerca de todas as vivências, experiências e aprendizagens resultantes deste percurso, bem como das atividades desenvolvidas, dificuldades sentidas e modo como foram ultrapassadas. Neste capítulo que designa conclusão vou apenas focar os pontos mais marcantes do estágio e o que aprendi com o mesmo.

Assim sendo, quero registar que foi um estágio muito gratificante e enriquecedor, embora exaustivo, por tudo o que já disse ou não disse, por não ser pertinente, mas talvez tivesse transparecido algumas vezes na minha expressão facial o cansaço e o sacrifício que embora tentasse, não consegui esconder.

Não vou negar que me passou algumas vezes pela cabeça que não ia conseguir, pois cumprir um horário laboral de 40 horas semanais mais 420 horas de estágio, não é tarefa fácil. Contudo, considero-me uma pessoa muito forte, lutadora, trabalhadora, perseverante, e convicta das minhas capacidades pelo que “sobrevivi às intempéries”. Para tal, contribuiu também todo o apoio e palavras de incentivo dados pela minha família, bem como a compreensão e colaboração do enfermeiro orientador e restante equipa da UCC e da minha entidade patronal, por me terem facilitado um horário flexível e minimamente compatível com os objetivos a atingir.

Terminado o estágio, considero que levo a bagageira preenchida de novos conhecimentos, aprendizagens, competências, amizades e uma visão completamente diferente da que tinha antes do estágio relativamente ao que é a enfermagem comunitária.

É certo que durante o ensino teórico do curso foram-nos transmitidas pelos professores do curso informações acerca da enfermagem comunitária, do trabalho efetuado nas UCC contudo, e já no tempo do curso de licenciatura, se ouvia dizer que a teoria não mostra o que realmente se passa na prática. É um fato, não mostra mesmo, e de modo algum podia mostrar. É necessário observar, ver com os próprios olhos, sentir, vivenciar e participar no planeamento das atividades, na consecução dos projetos e programas, na avaliação dos mesmos, presenciar as atitudes e comportamentos das

peças (crianças ou adultos) após cada atividade desenvolvida pela equipa, sentir in loco o resultado de um trabalho feito muitas vezes pobre em recursos, e sem grandes apoios, mas rico em humanidade, em conhecimentos, em capacidades e em resultados.

Foi um estágio que me ensinou muito e redigir este documento fez-me refletir e olhar para trás com o sentimento de que valeu o esforço.

## **Referências Bibliográficas**

Decreto-Lei nº 128/2011. Aprova o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República. 35. Série II.

Le Boterf, G. (1994). Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: Cinco desafios a enfrentar. *Formar*, 10, 41-42.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Autor.

Relatório. (2004). In Grande Enciclopédia Universal (p. 11235). Lisboa: Durclub, S.A.

## **Apêndice do Relatório de Estágio**

## 1. Cronograma de estágio

Setembro 2015	25	28		
	8h	8h		
Outubro	1	2	8	9
	8h	8h	8h	8h
	16	17	23	24
	8h	8h	8h	8h
	30	31		
	8h	8h		
Novembro	5	6	9	10
	8h	8h	8h	8h
	11	12	13	14
	8h	8h	8h	8h
	16	17	18	19
	8h	8h	8h	8h
	20	23	24	25
	8h	8h	8h	8h

	26	27	30	
	8h	8h	8h	
Dezembro	3	4	10	11
	8h	8h	8h	8h
	14	15	16	17
	8h	8h	8h	8h
	18			
8h				
Janeiro 2016	7	8	14	15
	8h	8h	8h	8h
	21	22	28	
	8h	8h	2h	
Fevereiro	1	2	3	8
	10h	10h	10h	10h
	9	10		
	10h	10h	Total de Horas	420horas

## 2. Projeto de Intervenção Comunitária



**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

# **Projeto de Intervenção Comunitária**

## **“Cuidados com a Ostomia”**

Ana Margarida Pereira de Oliveira

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adília Fernandes

Prof. Dr. Manuel Brás

Bragança, Junho de 2016

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Projeto de Intervenção Comunitária**  
**“Cuidados com a Ostomia”**

Ana Margarida Pereira de Oliveira

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adília Fernandes

Prof. Dr. Manuel Brás

Bragança, Junho de 2016

## **Lista de Abreviaturas e Acrónimos**

C.S.- Centro de Saúde

CSP- Cuidados de saúde primários

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

p. – página

UCC- Unidade de cuidados na comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

## Índice

Introdução	1
1 - Justificação do Tema	4
1.1 - Enquadramento teórico	4
1.2 - Tipos de Ostomias	6
1.2.1 - Ostomias Intestinais	6
1.2.2 - Ostomias de Alimentação	8
1.2.3 - Ostomias Respiratórias	8
1.2.4 - Ostomias Urinárias	8
1.3 - Localização do Estoma	9
1.4 - Pré operatório	10
1.5 - Pós-operatório	10
1.6 - Dados epidemiológicos	11
1.7 - Qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia	13
1.8 - O papel do enfermeiro estomaterapeuta	14
2 - Finalidade do Projeto	16
3 - Desenho do projeto	17
3.1 - Diagnóstico e Prioridades	17
3.2 - Objetivos	18
3.2.1 - Objetivos operacionais/metast	18
3.3 - Parcerias comunitárias	19
3.4 - Previsão dos recursos	19
3.4.1 - Recursos humanos	19
3.4.2 - Recursos materiais	20
3.4.3 - Recursos económicos	20
3.5 - Estratégias de intervenção	20
3.5.1 - Atividades a desenvolver	21

3.5.2 - Áreas de intervenção	21
3.6 - Questões Éticas	22
3.7 - Validade e indicadores	22
3.7.1 - Indicadores de estrutura	22
3.7.2 - Indicadores de resultado ou de impacto	22
4 - Condicionantes futuras para à realização	23
5 - Considerações finais	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

## **Introdução**

Este trabalho surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e consiste na construção de um Projeto de Intervenção Comunitária alusivo ao tema: *Cuidados com a Ostomia*.

Entende-se intervenção comunitária como um trabalho social realizado com populações, cujo principal objetivo é a resolução de problemas e a promoção das potencialidades de uma comunidade através de uma ação concertada entre vários agentes e a própria comunidade local.

Em resposta a uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, para a qual se pretende criar, preparar, executar e avaliar uma intervenção com vista à resolução dos problemas identificados numa comunidade, neste caso os cuidados com a ostomia, mais especificamente as ostomias de eliminação intestinal aos Enfermeiros pertencentes à área de abrangência do Centro de Saúde (C.S.) de Macedo de Cavaleiros, no decorrer do projeto de investigação.

A intervenção comunitária realizada inclui-se no projeto designado “Qual a Qualidade de Vida do Doente Ostomizado na Unidade local de saúde (ULS) Nordeste ” que surgiu em resultado do diagnóstico de saúde realizado entre a realização do Estágio II e aplicação dos questionários aos utentes pertencentes a ULS Nordeste.

O presente documento constitui o relatório de avaliação da referida sessão, onde consta a exposição e a análise descritiva dos resultados obtidos na avaliação realizada pelos formandos e pelo formador.

Como no nosso país a especialidade de enfermagem de Estomaterapia ainda não é reconhecida pela ordem dos enfermeiros, muitos enfermeiros fizeram formação na área através de cursos organizados/ lecionados por enfermeiros estomaterapeutas e outros no estrangeiro.

Estomaterapia é a ciência dos conhecimentos técnicos e princípios de relação de ajuda que permite à pessoa portadora de uma ostomia reencontrar a sua autonomia o mais rápido possível após a cirurgia, de modo a retomar a sua vida pessoal, familiar, profissional e social.

Esta ciência tem como princípios básicos cuidar no presente sem ignorar o passado e o futuro, respeitar a singularidade inerente a cada pessoa e adequar o processo vivencial.

Com isto, o enfermeiro estomaterapeuta passou a ser o elemento primordial nos cuidados a ter com a pessoa portadora do estoma. O Enfermeiro para além do cuidado ao estoma, promove o auto cuidado, presta apoio à pessoa ostomizada/família de quem se torna muitas vezes amigo e confidente, tornando-se um elo de ligação entre todos os elementos da equipa como médicos, enfermeiros, psicólogos e trabalhadores do serviço Social.

Miranda (2013,p.2) salienta que “pela sua natureza as ostomias determinam, para além de problemas físicos, repercussões psíquicas na pessoa e família, bem como na comunidade. Há alterações profundas do modo de vida do doente, e um esforço permanente de adaptação à sua nova realidade.”

Com este projeto pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Fazer um diagnóstico de situação da população alvo;
- Criar um programa de Intervenção/Educação comunitária dirigido à pessoa ostomizada;
- Melhorar os cuidados prestados à pessoa portadora de uma ostomia;
- Promover a articulação da pessoa portadora de uma ostomia com CSP;

Uma intervenção não deve ser um ato isolado ou espontâneo, mas um trabalho de equipa, com um envolvimento ativo de todos os intervenientes, incluindo instituições (públicas ou privadas), para que a intervenção seja viável a longo prazo. Ou seja, num projeto de intervenção comunitária, têm que estar presentes os princípios do empowerment. Se isto se cumprir, dá-se um passo importante para a sustentabilidade do projeto tendo como consequência a sua concretização.

Numa intervenção comunitária a equipa é fundamental, não só na discussão dos problemas, mas também no diálogo e partilha de ideias e opiniões. O trabalho de equipa é a ferramenta necessária para que a intervenção comunitária seja um sucesso.

Para que este projeto de intervenção comunitária seja exequível compreende várias etapas, inicialmente far-se-á um diagnóstico de situação, com o intuito de se

detetarem e analisarem os problemas existentes na comunidade escolhida. Depois do diagnóstico feito, irá decidir-se quais as prioridades de ação, fazendo uma hierarquização dos problemas com base em critérios bem definidos. Tendo por base o diagnóstico e depois de estabelecidas as prioridades da ação, o grupo irá delinear os objetivos e definir as estratégias ou seja, as atividades a desenvolver para que o projeto de concretize e se crie um programa de intervenção comunitária.

O diagnóstico deste projeto será feito com base no relatório final de estágio na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) entre Novembro de 2015 e Fevereiro 2016. E para a realização do mesmo e avaliar a qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia em estudo será aplicado um instrumento de recolha de dados.

## 1. Justificação do Tema

### 1.1 Enquadramento teórico

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações de perda de autonomia e dependência.

A palavra estoma ou ostomia provém do grego, *stóma*, que significa boca, cujo a sua designação é determinada por qualquer abertura cirúrgica de uma víscera oca ao meio externo. (Bekkers *et al*, 1996; Mohler *et al*, 2008)

Os mesmos autores descrevem a ostomia de eliminação intestinal como sendo um procedimento cirúrgico, no qual é feita exerce de parte do intestino, quando há alguma lesão, fazendo a ligação à parede abdominal, de forma a exteriorizar as secreções intestinais Tal situação clínica, que vai levar o portador de uma ostomia a adaptar-se a nova condição de vida e ao saco denominado coletor, que vai colar na região periestomal.

Os cuidados de saúde primários assumem um papel muito importante no acompanhamento e vigilância periódica do utente ostomizado, com objetivo maioritário proporcionando a qualidade de vida do mesmo e a prevenção e correção de complicações.

É de extrema importância que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários contenham um leque de informação relativamente a esta temática, pois são eles que após a alta do utente dos cuidados diferenciados se encontram na sua retaguarda. Conhecer os tipos de ostomias, assim como a sua etiologia, o material a utilizar, os respetivos cuidados com o estoma, os ensinamentos e correção das complicações, de forma a melhorar e sem alarmismos, adotar as medidas de prevenção mais adequada. A palavra estoma ou ostomia provém do grego, *stóma*, que significa boca, cujo a sua designação é determinada por qualquer abertura cirúrgica de uma víscera oca ao meio externo. (Bekkers *et al*, 1996; Mohler *et al*, 2008)

Os mesmos autores descrevem a ostomia de eliminação intestinal como sendo um procedimento cirúrgico, no qual é feita a ligação de parte do intestino, quando há alguma lesão, fazendo a ligação à parede abdominal, de forma a exteriorizar as secreções intestinais. Tal situação clínica, que vai levar o portador de uma ostomia a adaptar-se a nova condição de vida e ao saco denominado coletor, que vai colar na região periestomal. “A história da cirurgia é muito antiga, torna-se portanto fundamental definir a altura exata em que o homem iniciou a abordagem do corpo humano para salvar vidas. A cirurgia como modalidade terapêutica foi evoluindo ao longo dos tempos, tornando-se mais ousada e obtendo melhores resultados na manutenção da vida e melhoria do estado de saúde” Miranda (2013, p.10). Sob o ponto de vista da mesma autora (p.5,10) “uma ostomia consiste na confecção cirúrgica de parte de um órgão interno na superfície cutânea, realizada com o objetivo primordial de salvar a vida de um doente que, sem tal procedimento, caminharia inexoravelmente para a morte. E a pessoa ostomizada é aquela que foi submetida a uma intervenção cirúrgica da qual resultou a construção de um estoma na parede abdominal, com o caráter temporário ou definitivo.” Assim sendo como esta cirurgia é mutilante para o utente, pode gerar alterações da imagem corporal do mesmo e consequentemente perturbações emocionais, do estilo de vida, das relações sociais, familiares e laborais.

Por conseguinte, é pertinente a realização de uma avaliação complexa e o acompanhamento próximo e contínuo da pessoa portadora de uma ostomia sobretudo numa fase inicial. A necessidade de cuidados específicos e a importância que o ostomizado requer reside na problemática que este apresenta, sendo esses cuidados inseridos no âmbito da consulta de estomaterapia, desempenhados pelo enfermeiro estomaterapeuta.

Assim sendo, a consulta de estomaterapia pode proporcionar à pessoa portadora de uma ostomia, a obtenção de uma melhor qualidade de vida, tendo em conta a sua globalidade física, psíquica e social. Os cuidados prestados devem estar integrados na globalidade dos cuidados de enfermagem aos níveis primário, secundário e terciário.

“Pode definir-se estomaterapia como a assistência de saúde específica que a pessoa portadora de um estoma ou candidata a ele requer. Esta assistência deve ser integral e estar incluída nos cuidados de saúde prestados” Vaquer Casas (1991) citado por Miranda (2013,p.14).

## 1.2 Tipos de Ostomias

### 1.2.1 Ostomias Intestinais

As ostomias de eliminação intestinal são as que existem em maior número quer a nível nacional quer mundial (Miranda, 2013).

Segundo Gutman (2011), citado Miranda (2013, p.6) “refere que as ostomias de eliminação intestinal (jejunostomias, ileostomias e colostomias, temporárias ou definitivas), apresentam especificações próprias no que se refere à consistência das fezes, cuidados específicos, material de recolha, complicações e requisitos especiais de adaptação aos estilos e vida”.

A construção do estoma ou ostomia pode ser realizado em qualquer região do intestino delgado ou grosso e de acordo com o segmento exteriorizado, as ostomias recebem diferentes nomes, quando realizado no intestino delgado é designada por ileostomia e quando realizada no intestino grosso dá-se o nome de colostomia (Gemelli & Zago, 2002; Potter & Perry, 2006; Costa & Santos, 2006).

Dependendo do local de construção do estoma a consistência do conteúdo fecal é diferente, pois numa ileostomia as fezes são frequentemente líquidas, pois é realizado um *bypass* retirando todo o intestino grosso. Ao longo do trajeto do intestino grosso o conteúdo fecal também sofre algumas transformações na consistência das fezes, sendo mais semilíquidas no colo ascendente e com consistência mais firme no colon descendente (Potter & Perry, 2006).

A necessidade da realização de uma ostomia intestinal deve-se a várias condições clínicas, sendo um procedimento frequente, visando a redução da morbidade pós-operatória, sobretudo, em situações de urgência, (Santos *et al*, 2007). As patologias associadas podem ser tanto benignas, como malignas, no enquadramento das malignas o cancro colo-retal está entre as mais frequentes (Miranda, 2013).

Segundo Gutman (2011), as patologias que podem conduzir a uma intervenção cirúrgica da qual resulta a construção de uma ostomia de eliminação intestinal são: Neoplasias do cólon e reto (obstrução); Diverticulite; Perfuração intestinal; Fístulas (anais, retovaginais e retouretrais); Doenças inflamatórias intestinais (colite ulcerosa e

doença de Crohn); Doenças congénitas (doença de Hirschsprung, polipose adenomatosa).

A história da cirurgia é muito antiga, torna-se portanto fundamental definir a altura exata em que o homem iniciou a abordagem do corpo humano para salvar vidas. A cirurgia como modalidade terapêutica foi evoluindo ao longo dos tempos, tornando-se mais ousada e obtendo melhores resultados na manutenção da vida e melhoria do estado de saúde (Miranda, 2013).

Sob o ponto de vista da mesma autora (p.5,10) “uma ostomia consiste na confecção cirúrgica de parte de um órgão interno na superfície cutânea, realizada com o objetivo primordial de salvar a vida de um doente que, sem tal procedimento, caminharia inexoravelmente para a morte. E a pessoa ostomizada é aquela que foi submetida a uma intervenção cirúrgica da qual resultou a construção de um estoma na parede abdominal, com o caráter temporário ou definitivo”.

Assim sendo como esta cirurgia é mutilante para o utente, pode gerar alterações da imagem corporal do mesmo e conseqüentemente perturbações emocionais, do estilo de vida, das relações sociais, familiares e laborais.

A construção de uma ostomia tem várias repercussões na vida do doente: Físicas, relacionadas com os materiais utilizados, com a pele periestomal e com o estoma; Emocionais, como tristeza, depressão, negação da situação clínica; Familiares, problemas relacionais a falta de apoio, sexuais (...); Sociais, o isolamento; Laborais, sentir-se incapacitado para desempenhar funções, que já desempenhava antes da cirurgia (Miranda, 2013)

Por conseguinte, é pertinente a realização de uma avaliação complexa e o acompanhamento próximo e contínuo da pessoa portadora de uma ostomia sobretudo numa fase inicial. A necessidade de cuidados específicos e a importância que o ostomizado requer reside na problemática que este apresenta, sendo esses cuidados inseridos no âmbito da consulta de estomaterapia, desempenhados pelo enfermeiro estomaterapeuta.

Assim sendo, a consulta de estomaterapia pode proporcionar à pessoa portadora de uma ostomia, a obtenção de uma melhor qualidade de vida, tendo em conta a sua globalidade física, psíquica e social. Os cuidados prestados devem estar integrados na globalidade dos cuidados de enfermagem aos níveis primário, secundário e terciário.

Pode definir-se estomaterapia como a assistência de saúde específica que a pessoa portadora de um estoma ou candidata a ele requer. Esta assistência deve ser integral e estar incluída nos cuidados de saúde prestados (Vaquer Casas, 1991).

### **1.2.2 Ostomias de Alimentação**

Dentro das ostomias de alimentação temos as Gastrostomias, que consistem na criação cirúrgica de uma comunicação entre o estômago e o meio exterior, cuja finalidade é a alimentação do doente quando não é possível por outro meio. Podem ser de confecção cirúrgica, que consiste num acesso a cavidade abdominal por via laparoscópica ou por mini-laparoscopia ou por confecção endoscópica, que é denominada gastrostomia endoscópica percutânea (PEG), que é colocada sob orientação endoscópica. E temos também as Jejunostomia, que consiste na criação de uma comunicação entre o jejuno e o meio exterior, quando o doente não pode ser alimentado devido a uma obstrução gástrica e não é possível realizar uma gastrostomia (Gauderer, 2001).

### **1.2.3 Ostomias Respiratórias**

Como ostomia respiratória temos com caráter temporário a Traqueotomia, que consiste na abertura das vias aéreas normalmente entre o 3º e o 4º anel da traqueia, na qual se insere uma cânula para que o doente respire eficazmente e de caráter definitivo Traqueostomia, que consiste na abertura da traqueia seguida da sutura dessa abertura ao orifício cutâneo subjacente, permitindo que o doente respire pelo traqueostomia (Cahali, 2003)

### **1.2.4 Ostomias Urinárias**

Consistem numa derivação urinária externa para a eliminação de urina por um cateter através da pele. Quanto às técnicas de derivação urinárias temos: nefrostomia, ureterostomia, cistostomia, conduto ileal e conduto colónico, nos dias de hoje esta técnica já não é aplicada (Vinhas, 2010).

### **1.3 Localização do Estoma**

A localização do estoma embora pareça de pouca importância, tem contudo uma grande repercussão na futura qualidade de vida da pessoa ostomizada.

A realização de uma ostomia implica a escolha e a marcação do local provável para o estoma. A marcação do estoma deve ser realizada pelo enfermeiro, se possível na presença do cirurgião, tendo como objetivo principal a escolha adequada do local do estoma para que o doente se torne autónomo e independente no seu cuidado, promovendo deste modo o auto cuidado. Além de que uma boa localização do estoma permitirá uma boa aderência do dispositivo de recolha.

O local do estoma deve ser visualizado pelo doente quando sentado e de pé, facilitando a sua manipulação; deve ficar afastado de proeminências ósseas, de cicatrizes e pregas cutâneas; deve situar-se no músculo reto-abdominal, funcionando como reforço e apoio para o estoma, evitando certas complicações como prolapso; deve ficar fora da linha da cintura e umbigo, para não interferir com o vestuário; sem esquecer a atividade do doente, a religião e a prática de desporto.

A família para além de ter um papel extremamente importante no acompanhamento e ajuda ao doente, também ela necessita de apoio e aconselhamento por parte do enfermeiro, só assim poderá ajudar eficazmente o doente. Além de todos os ensinamentos, cuidados e apoio do enfermeiro, também é importante que este ponha o doente em contacto com outros ostomizados que já passaram por este tipo de experiência. Contudo, não é fácil ultrapassar todo o sofrimento inerente, nem pode esperar-se que isso aconteça durante o internamento. Após a preparação da alta, o enfermeiro com o qual o doente já criou laços de confiança, deverá continuar a segui-lo de perto, durante as consultas de estomaterapia periódicas, ajudando-o continuamente a adaptar-se à sua condição de ostomizado.

## **1.4 Pré operatório**

No período pré-operatório é de extrema importância que se faça uma avaliação ao utente portador de uma ostomia, de caratermental e física, avaliar a sua autonomia, as condições de vida e os apoios de que dispõe na retaguarda, para que o enfermeiro possa ter conhecimento sobre as necessidades, isto é, aquilo que a pessoa tem *versus* aquilo que irá necessitar (Costa, 2009).

Neste seguimento o mesmo autor refere que devem também ser abordados temáticas referentes ao dia-a-dia da pessoa que irá ser portadora de uma ostomia, como: a sexualidade, o trabalho e o lazer, relaciona-se esta abordagem com o facto de se pretender uma preparação e informação adequada para a nova realidade da sua vida no sentido de uma melhor adaptação.

No período pré-operatório é necessário ainda apresentar os materiais, fazer os respetivos ensinamentos relativamente aos cuidados a ter com a ostomia e com os materiais a utilizar. Para que a pessoa que futuramente irá ser portadora de uma ostomia esteja disposta, tolerante e pacífica à assimilação da informação transmitida pelo enfermeiro. Ainda nesta fase é importante promover o contato com outras pessoas ostomizadas, fornecer informação escrita e envolver a família (Costa, 2009). Estas ações irão permitir uma aprendizagem na manipulação do saco e de forma geral, irão contribuir para que a pessoa e a família comecem a lidar com o estoma.

“É, no entanto, fundamental uma adequada preparação pré-operatória, bem como um acompanhamento próximo no pós-operatório, por parte dos profissionais de saúde envolvidos, no sentido de uma rápida e eficaz recuperação física e psíquica da pessoa” Miranda (2013,p.10).

## **1.5 Pós-operatório**

O enfermeiro no período pós-operatório deve demonstrar, explicar e justificar constantemente as suas ações relativamente nos cuidados ao estoma à pessoa portadora de uma ostomia, à família e ao prestador de cuidados quando não se engloba na família. Sendo um dos aspetos importantes treinar o autocuidado para que a pessoa possa retomar a sua independência o mais precocemente possível (Couto & Medeiros, 2013).

No período pós-operatório a pessoa portadora de uma ostomia depara-se com a presença de um estoma e com a consequência de ter que lidar com essa nova realidade, apresentando vários sentimentos, reações e comportamentos individuais e diferentes (Barnabe & Dell'Acqua, 2008). Sendo esses sentimentos de tristeza, medo, incerteza, angústia, culpa (...). Durante a fase de adaptação à ostomia as pessoas relataram também labilidade emocional, dificuldade na comunicação e fragilidade emocional geral (Silva, 2008). Ainda durante esta fase, as pessoas podem experimentar estádios de negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. No que diz respeito à sexualidade, os sentimentos que estão mais exacerbados são os de inferioridade, depressão e ansiedade, em consequência da baixa auto-estima (Santos, Poggeto & Rodrigues, 2008).

A espiritualidade é expressa na fé como uma ferramenta importante para enfrentar tal situação clínica. (Sales *et al*, 2010).

A alta hospitalar envolve vários fatores que influenciam de forma positiva ou negativa a continuidade dos cuidados no domicílio, e o sucesso da transição do meio hospitalar para o meio familiar está dependente de um planejamento adequado e atempado que minimize a ansiedade inerente à nova condição de vida (Tavares, 2008).

## **1.6 Dados epidemiológicos**

Miranda (2013,p. 10) “A pessoa com uma ostomia intestinal requer determinados cuidados específicos devido ao elevado risco de complicações. O risco está presente em todos os tipos de ostomia, embora algumas das complicações sejam mais frequentes em determinados tipos, dependendo ainda da localização do estoma, características da pele, alimentação realizada pela pessoa, tipo de dispositivo usado e cuidados de higiene.”

Segundo Moraes, Seiya e Pereira (2012) muitos problemas periestomais podem influenciar a saúde psicológica e emocional das pessoas ostomizadas e, conseqüentemente a sua qualidade de vida, esses problemas designam-se de complicações pós-ostomia, que se dividem em:

**Complicações Imediatas como:** Deiscência da sutura mucocutânea; Isquemia; Necrose; Hemorragia; Retração; Abscesso; Oclusão; Edema;

### **Complicações tardias como:**

**Prolapso**-protusão excessiva da ansa intestinal para o exterior do estoma, devido muitas vezes a um esforço excessivo (ex.: ao tossir ou espirrar). Pode ser reduzido manualmente, embora esta técnica seja pouco eficaz, tornando-se uma emergência cirúrgica.

**Ulceração**-por traumatismo do estoma, aquando dos cuidados de higiene.

**Estenose**-estreitamento do estoma por ausência de toque, estimulação e massagem do mesmo. Muito doloroso aquando da passagem das fezes.

**Hérnia**-protusão do estoma por vezes volumosa, devido a má localização do estoma, enfraquecimento da musculatura abdominal, aumento de peso, emagrecimento ou envelhecimento. Para prevenir esta complicação o doente deve usar uma cinta de contenção adequada ou cintos de suporte próprios para doentes ostomizados.

**Invaginação**-o estoma retrai-se total ou parcialmente para o interior da cavidade abdominal devido a construção e fixação incorreta do estoma.

**Fístula**- normalmente secundárias a suturas ou aquando da fixação do cólon à parede abdominal.

**Granuloma**-irritação cutânea da mucosa devido a corte incorrecto do saco que provoca fricção e irritação da mesma.

**Dermatite**-é das complicações tardias mais frequentes e pode surgir devido a mau estado geral do doente (desnutrição, desidratação), reacção alérgica aos materiais utilizados, à sua má adaptação e má manipulação do estoma e pele circundante (demasiada fricção na limpeza, orifício do saco demasiado grande), inadequados cuidados de higiene (demasiado tempo de contacto das fezes com a pele), e ao crescimento de pêlos na pele peri-estomal.

**Odores**- as causas mais frequentes são as bactérias, medicamentos, deficitários cuidados de higiene e a alimentação.

Hoje em dia, no mercado, existe um vasto leque de produtos que minimizam e corrigem grande parte destas complicações, há que saber usa-los e disponibiliza-los ao doente, após devidamente acompanhados e esclarecidos.

Também no recente estudo realizado por Miranda (2013,p.71), e numa realidade bem próxima, podemos verificar que os resultados relativos” às complicações no estoma e pele periestomal são similares, sendo a complicação major a dermatite

(50,8%), seguida do prolapso (11,5%) e hérnia (11,5%), estenose (6,6%) e retração (4,9%).

“Vários estudos têm sido feitos a documentar a presença clínica de complicações relacionadas com o estoma e pele circundante tanto no período pós-operatório imediato como nos meses ou anos seguintes. Da revisão sistemática realizada, bem como da experiência profissional, conclui-se que as complicações do estoma e da pele periestomal mais frequentes são: a hérnia e a dermatite periestomal, a retração, o prolapso e a necrose do estoma” Miranda (2013,p. 13).

De acordo com o mesmo autor, “percebe-se que há carências específicas no cuidado ao doente ostomizado, para que certas intercorrências sejam amenizadas torna-se portanto necessário fornecer ao doente informações sobre as possíveis complicações no período pós-operatório, permitindo que os mesmos as saibam reconhecer e consequentemente intervir”.

### **1.7 Qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia**

A qualidade de vida destas pessoas depende, em grande medida, da atuação de enfermeiros, ou seja, com competências científicas, técnicas e relacionais específicas, capazes de assegurarem, durante todo este ciclo, os cuidados que estas pessoas necessitam.

“Considerando todos os problemas e complicações subjacentes à presença de uma ostomia de eliminação intestinal, é extremamente importante o papel do enfermeiro que, de modo gradual vai ajudar o doente a encarar esta nova realidade, acompanhando-o passo a passo nesta caminhada que é, familiarizar-se com o seu estoma, tornar-se autónomo nos cuidados ao mesmo e atingir de novo a qualidade de vida que tinha antes da doença” (Miranda 2013,p.34).

A mesma autora (p.32) rediz que “entende-se por qualidade de vida o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, além do bom relacionamento social com a família e amigos, acesso à saúde, à educação, ter poder de compra, ter liberdade e independência ou seja, estar bem consigo, com os outros e com tudo o que os rodeia.”

Santos (1999) na sua dissertação de mestrado em psicologia, intitulada “Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação, um dos poucos estudos realizados alusivos à temática, concluiu que são vários os fatores que afetam a qualidade de vida destes doentes, advertindo que apenas com acompanhamento próximo e prolongado é possível ajudar a ultrapassar as diferentes fases deste processo de adaptação à nova condição de vida.

### **1.8 O papel do enfermeiro estomaterapeuta**

É extremamente importante o papel do enfermeiro, que de modo gradual vai ajudar o doente a encarar esta nova realidade, acompanhando-o passo a passo nesta caminhada que é, familiarizar-se com o seu estoma, tornar-se autónomo nos cuidados ao mesmo e atingir de novo a qualidade de vida que tinha antes da doença.

Ninguém melhor que o enfermeiro para conhecer o doente, foi quem lhe fez a admissão, quem colheu os dados para a avaliação inicial, quem escutou os seus receios, desabafos e dúvidas. No fundo, cria-se desde logo uma relação de empatia e uma comunicação eficaz entre o doente e o enfermeiro, relação que vai contribuir em muito para a qualidade de vida do doente.

A relação de empatia e confiança, estabelecida entre o enfermeiro estomaterapeuta e o utente é fundamental, para minimizar o sofrimento relativamente a situação clínica e maximizar a reabilitação da pessoa portadora de uma ostomia. Para tal situação é conveniente que os cuidados de enfermagem comecem no momento do diagnóstico e a partir do momento que é dada a indicação pelo cirurgião da possível construção de uma ostomia, pois quanto mais precocemente for estabelecido o primeiro contato com a pessoa ostomizada, mais favoráveis serão os resultados (Gemelli & Zago, 2002; Fernandes, 2004).

Após aceitação e familiarização com o estoma, é fundamental que o enfermeiro forneça o guia do ostomizado ao doente e o esclareça acerca do material existente no mercado, assim como o modo de utilização para que juntos consigam selecionar o que melhor se adapta ao seu caso.

A primeira mudança de saco é muito importante pois trata-se da primeira vez que o doente vê o seu estoma, muitas vezes com sangue e fezes à mistura. É extremamente importante que o enfermeiro fale pausadamente, explique cada procedimento e deixe o doente colocar dúvidas e expressar as suas emoções.

Durante o tempo de internamento as sessões de ensino devem ser planeadas e espaçadas para permitir assimilação da informação, e logo que possível deixar que seja o doente, ou familiar se o doente assim o desejar, a fazer o procedimento.

Quanto melhor a qualidade dos ensinios e intervenção do enfermeiro, menores serão as complicações o que contribui para um melhor bem-estar e melhor qualidade de vida do doente.

Um outro aspeto positivo dos ensinios realizados pelo enfermeiro estomaterapeuta é que com internamentos cada vez mais curtos, o doente não sai prejudicado porque o enfermeiro vai continuar a segui-lo após a alta, mantendo os cuidados e ensinios.

Miranda (2013,p.35) salienta que “cabe ao enfermeiro estomaterapeuta e à sua formação especializada, proporcionar às pessoas portadoras de um estoma de eliminação intestinal um serviço completo e continuado, permitindo-lhes satisfazer as suas exigências e expetativas de, acordo com os seus recursos exigentes, contribuindo para uma melhoria da sua qualidade de vida.”

Na consulta transmite-se informação específica e esclarecem-se duvidas, faz-se ensino e treino para o auto cuidado, presta-se apoio físico e emocional, faz-se prevenção e tratamento de complicações, encaminha-se o ostomizado para outras áreas sempre que necessário, (...). O papel do enfermeiro estomaterapeuta é abrangente e não redutor.

## **2. Finalidade do Projeto**

Contudo a principal finalidade do projeto é proporcionar o acompanhamento do ostomizado desde o pré-operatório até à sua autonomia, minimizando e solucionando os problemas subjacentes, ajudando-o, a ele e à família na reabilitação e obtenção da melhor qualidade de vida.

É necessário termos consciência da importância que tem para o ostomizado sentir que o hospital lhe oferece mais do que apenas a intervenção cirúrgica, e que para além do cirurgião, existe um enfermeiro que o acompanhou no pré-operatório, no pós-operatório imediato, durante internamento na preparação para a alta e continua a acompanhar após a alta.

### 3. Desenho do projeto

É necessário termos consciência da importância que tem para o ostomizado sentir que o “hospital” lhe oferece mais do que apenas a intervenção cirúrgica, e que para além do cirurgião, existe um enfermeiro que o pode acompanhar no pré-operatório e no pós-operatório e sobretudo após a alta.

#### 3.1 Diagnóstico e Prioridades

Para tal, foi efetuada pesquisa bibliográfica, consultados peritos na área e analisados estudos anteriores, com a finalidade de elaborar um projeto de intervenção para responder de forma eficaz e eficiente a este problema, e minimizar os efeitos que ele representa na população em estudo.

A definição de prioridades, de necessidades é a segunda etapa do Planeamento em Saúde, onde se selecionam os problemas de saúde que se pretendem resolver.

A identificação dos problemas de saúde da população em estudo permitirá uma intervenção mais adequada.

Considerando os resultados obtidos no diagnóstico de situação de saúde, podemos concluir que existem dois problemas proeminentes estudada nomeadamente Considerando como problema prioritário identificado a Necessidade Formativa nos cuidados com a ostomia, em três áreas distintas: **Tipos de ostomia, papel do enfermeiro estomaterapeuta, Tipos de complicações das ostomias** foi precisamente nestas áreas que decidi intervir para uma melhor qualidade de vida da comunidade em questão.

Assim, considerando os problemas acima mencionados e os critérios da técnica nomeadamente a importância do problema, a relação problema e fator de risco, capacidade técnica de intervir e a exequibilidade do projeto.

Assim sendo, permite-nos determinar como um dos problemas a Necessidade formativa, significando uma grande prioridade, o que justifica a elaboração de um projeto de intervenção. Por sua vez o segundo problema identificado - e um maior

acompanhamento à pessoa portadora de ostomia por parte das equipas dos Cuidados de saúde Primários (CSP).

Como **objetivos gerais** pretende-se melhorar a formação dos profissionais de saúde dos CSP, prestadores de cuidados e portadores de uma ostomia e proporcionar ao doente portador de uma ostomia um acompanhamento mais próximo e continua pela equipa de enfermagem dos CSP.

### **3.2 Objetivos**

- Motivar o ostomizado para o autocuidado;
- Envolver a família no processo;
- Promover a qualidade de vida do doente;
- Facilitar a adaptação ao processo de doença;
- Fornecer suporte emocional e informação;
- Desenvolver estratégias de resolução de problemas;
- Promover e partilhar experiências;
- Aumentar o autocontrolo, a autoeficácia, autoconfiança e autonomia do doente;
- Motivar a continuação dos projetos de vida;

#### **3.2.1 Objetivos operacionais/metás**

Como Meta pretendi que os formandos demonstrem 50% de conhecimento:

- Sobre os cuidados a ostomia;
- Sobre medidas de prevenção e correção de complicações;

#### **3.2.2 Ganhos**

- **Reduzir** o tempo de internamento (Preparação/Educação no pré e pós operatório ao utente e prestador de cuidados);
- **Reduzir** o consumo dos produtos de ostomia (através dos ensinamentos adequados para a correta aplicação);

- Reduzir as complicações imediatas e tardias;
- Reduzir os episódios de agudização e consultas médicas urgentes;

### **3.3 Parcerias comunitárias**

Estas parcerias são importantes na medida em que apoiam o projeto, permitem o envolvimento de entidades públicas e privadas no desenvolvimento do mesmo, a fim de promover a sua consciencialização, a adoção de comportamentos adequados à sua manutenção e mudanças de atitudes com vista à prevenção da doença e promoção da saúde.

O sucesso de tal intervenção depende, em larga escala, da mobilização do público-alvo, pelo que se considera indispensável o envolvimento de entidades influentes na comunidade, dos quais se destaca:

- Grupo de Nutrição do ULS do Nordeste
- UCC de Macedo de Cavaleiros
- Laboratórios/indústria farmacêutica
- ESS do IPB

Para a implementação deste projeto é essencial informar todos os indivíduos e parcerias envolvidas na intervenção, dar a conhecer os objetivos da mesma, bem como as atividades que se desenvolverão e a forma de participação. Torna-se ainda vantajoso divulgar à comunidade a importância do projeto e os benefícios que obterão com a execução do mesmo.

### **3.4 Previsão dos recursos**

#### **3.4.1 Recursos humanos**

- Aluno do mestrado em enfermagem comunitária do Instituto Politécnico de Bragança (IPB);
- Enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de reabilitação da UCC de Macedo de Cavaleiros;

### **3.4.2 Recursos materiais**

- Manual de cuidados;
- Certificado de presença no curso;
- Folheto informativo das sessões;
- Papel;
- Computador;
- Projetor multimédia;
- Água;
- Canetas;
- Blocos de papel;

### **3.4.3 Recursos económicos**

- Manual de cuidados – 30 euros;
- Folhetos informativos das sessões – 10 euros
- Certificado final de presença;
- Fotocópias – 5 euros;

### **3.5 Estratégias de intervenção**

- Informação à equipa multidisciplinar do projeto os objetivos do mesmo e pedido da sua colaboração;
  - Realização e envio de ofícios às entidades envolvidas;
  - Pedido de patrocínios;
  - Elaboração de folhetos que divulguem as atividades planeadas;
  - Convocação da população alvo através da divulgação das atividades;
  - Realização de sessões de educação para a saúde para Portadores de uma ostomia e para enfermeiros pertencentes aos CSP da ULSNE.
- ❖ Sessão: Cuidados com a Ostomia

Elaboração e entrega, após as sessões de educação, de um Manual de Cuidados sobre as temáticas desenvolvidas;

- Realização de atividades práticas com os enfermeiros e doentes, relacionadas com a temática desenvolvida, que impliquem um maior envolvimento, participação ativa e dinamismo.

### **3.5.1 Atividades a desenvolver**

- Realização de um workshop;
- Ações de sensibilização para aquisição e treino de competências;
- Dinâmica de grupo para desenvolvimento pessoal e social;
- Distribuição de Manual de Cuidados;
- Exemplificar técnicas;
- Sessões de esclarecimento;
- Discussão final e partilha de experiências;
- No início e final da sessão será aplicado um questionário para Avaliação da sessão, bem como das atividades e estratégias.

### **3.5.2 Áreas de intervenção**

- O papel do enfermeiro estomaterapeuta
- Marcação do estoma
- Ensinos
- Material de Ostomia
- Substituição do Diapositivo
- Cuidados com estoma e pele periestomal
- Dieta
- Vestuário
- Exercício físico, trabalho e lazer
- Sexualidade
- Comparticipações e benefícios fiscais

- Complicações Imediatas, Tardias e da Pele Periestomal
- Medidas adotar para tratar complicações
  - Etiologia das complicações

### **3.6 Questões Éticas**

O objetivo maior da avaliação ética deste trabalho é proteger e garantir o respeito das pessoas envolvidas. Pretende-se cumprir, através do rigor metodológico, as considerações éticas e legais emitindo um pedido de autorização à comissão de ética da ULSNE para a execução do mesmo nos C.S., garantindo o anonimato dos participantes, da garantia de liberdade e participação dos mesmos e da possibilidade destes abandonarem em qualquer momento.

### **3.7 Validade e indicadores**

Neste capítulo apresentamos os indicadores de atividades ou execução (medem as atividades desenvolvidas) e indicadores de resultado ou de impacto (medem as alterações verificadas num problema), que permitirão a operacionalização deste projeto.

#### **3.7.1 Indicadores de estrutura**

- Percentagem de Utentes pertencentes à população alvo, que participaram na sessão.

#### **3.7.2 Indicadores de resultado ou de impacto**

- Ganhos em conhecimentos sobre os cuidados com a ostomia.

#### **4. Condicionantes futuras para a realização**

Consideramos que podem existir algumas condicionantes para a concretização deste projeto, nomeadamente a falta de tempo para realizar tudo o que está a ser projetado; a falta de disponibilidade dos portadores de uma ostomia e da equipa de enfermagem dos CSP e a falta de colaboração/disponibilidade por parte dos parceiros comunitários. Contudo, consideramos suficientemente capazes para contornar estas possíveis dificuldades, sendo o meu único desidrato o êxito e sucesso do projeto.

## 5. Considerações finais

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária enquanto profissional de saúde e de educação deve ser dotado de formação científica e técnica adequada e atualizada.

Assim, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária pretendemos elaborar um projeto de intervenção comunitária “*Cuidados com a ostomia*” de forma a dar resposta às necessidades formativas demonstradas principalmente pelos enfermeiros e doentes portadores de uma ostomia.

O enfermeiro como promotor da adesão e desempenho do papel de prestador de cuidados, fomentando a qualidade de vida do cuidador e com isso, promovendo o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, por intermédio da construção, aquisição ou reforço de competências, académicas e profissionais. E desta forma desenvolver estas competências de natureza sistémica, interpessoal e comunicacional, de liderança e gestão que julgamos serem imprescindíveis ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

A qualidade de vida é uma preocupação cada vez maior na saúde. Mais importante que viver muitos e longos anos é vivê-los com a melhor qualidade possível.

A presença de uma ostomia compromete em muito a qualidade de vida do seu portador a todos os níveis (pessoal, social, familiar e profissional) cabe ao enfermeiro estomaterapeuta ajudar o doente a conquistar de novo essa qualidade de vida com os seus cuidados e acompanhamento.

Em suma, aspiramos identificar, resolver e implementar medidas de intervenção nos prestadores de cuidados a idosos, capacitando-as na resolução dos seus próprios problemas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bekkers, M. J. T. M. Vanknippenberg, C. E. Van Den Borne, H. W. & Van Berge-Henegouwen, G. P. (1996). *Prospective Evaluation of Psychosocial Adaptation to Stoma Surgery: The Role of Self-Efficacy*. Psychosomatic Medicine.
- Bernabe, N. C. & Dell'Acqua, M. C. Q. (2008). *Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas*. RevLatino-am Enfermagem.
- Cahali, M. B. (2003). Traqueostomia, Curso de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço para Residentes e Estagiários de 1º ano, APM.
- Costa, C. E. C. & Santos, R. S. (2006). *Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de estomias intestinais*.
- Costa, M. V. (2009). *A educação para a saúde e a sua importância para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados*.
- Fernandes, D. (2004). *Ostomia e amanhã?* RevSinais Vitais. (Capítulo 54).
- Gemelli, L. M. G. & Zago, M. M. F. (2002). *A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso*.
- Gutman, N. (2011). *Colostomy guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.
- Medeiros, S. & Couto, P. (2013). Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal – uma visão holística. Monografia final do curso de enfermagem.
- Miranda, L. S. G. (2013). *A importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade*. Tese de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Mohler, M. J. Coons, S. C. Hornbrook, M. C. Herrinton, L. J. Wendel, C. S. Grant, M. & Krouse, R. S. (2008). *The Health-Related Quality of Life in Long-Term Colorectal Cancer Survivors Study: objectives, methods, and patient sample*. (vol. 24, 7). *Curr Med Res Opin*.
- Morais, I., Seica, A., & Pereira, M. (2012). A pessoa submetida a ostomia de eliminação. Complicações em ostomias de eliminação. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, *Estomaterapia: O saber e o cuidar* (pp. 40-47). Lisboa: Lidel.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Sales, C. A. Violin, M. R. Waidman, M. A. P. Marcon, S. S. & Silva, M. A. P. (2010). *Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial*.
- Santos, C. H. M. Bezerra, M. M. Bezerra, F. M. Paraguassú, B. R. (2007). *Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma*. (vol. 27), Revista Brasileira de Coloproctologia.
- Santos, C.S.V.B (1999). Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de Eliminação. Dissertação de mestrado em psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Santos, F. S. Poggeto, M. T. D. & Rodrigues, L. R. (2008). *A percepção da mulher portadora de ostomia intestinal acerca de sua sexualidade*. REME – Revista Mineira de Enfermagem.
- Silva, M. M. C. V. Z. N. (2008). *Irrigação Uma opção de vida do colostomizado*.

- Tavares, H. M. C. V. (2008). *Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centros de Saúde no âmbito dos cuidados Continuados*. Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto - Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar.
- Vaquer Casas, G. (1991). Presente y futuro de la ostomia digestiva. In *Actuación de enfermería en ostomía, incontinencia, nutrición y piel*. Apresentado no Abstract Book p7, II Reunión Europea de Estomaterapeutas del WCET. Barcelona: Sociedade Espanhola de Estomaterapia.
- Vinhais, M.F.A. (2010), *Complicações das ostomias urinárias e digestivas*. Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina, universidade do Porto.

3. **Relatório da Sessão de Educação para a Saúde**



**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

## **Relatório da sessão de educação para a saúde**

### **“Os Cuidados com a Ostomia ”**

Ana Margarida Pereira de Oliveira

Orientado: Enf.<sup>a</sup> Adelaide Batista

Supervisionado: Prof.º Dr.º Manuel Brás

Macedo de Cavaleiros, Março de 2016

## **Relatório da sessão de educação para a saúde**

### **“Os Cuidados com a Ostomia ”**

Ana Margarida Pereira de Oliveira

Orientado: Enf.<sup>a</sup> Adelaide Batista

Supervisionado: Prof.º Dr.º Manuel Brás

Macedo de Cavaleiros, Março de 2016

## **Lista de Abreviaturas e Acrónimos**

C.S.- Centro de Saúde

CSP- Cuidados de saúde primários

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

p. – página

UCC- Unidade de cuidados na comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

## Índice

1 - Introdução	1
2 - Enquadramento da sessão “ os cuidados à ostomia”	2
2.1 - Tipos de Ostomias	3
2.1.1 - Ostomias Intestinais	3
2.1.2 - Ostomias de Alimentação	4
2.1.3 - Ostomias Respiratórias	5
2.1.4 - Ostomias Urinárias	5
2.2 - Localização do Estoma	5
2.3 - Pré -operatório	6
2.4 - Pós-operatório	7
2.5 - Dados epidemiológicos	8
2.6 - Qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia	9
2.7 - O papel do enfermeiro estomaterapeuta	10
3 - Planeamento da sessão	13
4 - Avaliação da Sessão	14
4.1 - Apresentação dos Resultados	16
5 - Conclusão	18
Referencias Bibliográficas	19
Apêndices	21
1 - Plano da sessão	22
2 - Convite	23
3 - Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde para enfermeiros	24
4 - Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde para utentes	30
5 - Avaliação da sessão	34

## Índice Tabelas

Tabela 1 - Resultados da avaliação de conhecimentos, antes e após a sessão de educação para a saúde 18

Tabela 2 - Conhecimento sobre o tipo de complicações e tratamento adequado para a prevenção / correção 18

## 1. Introdução

Em resposta a uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, para a qual se pretende criar, preparar, executar e avaliar uma intervenção com vista à resolução dos problemas identificados numa comunidade, neste caso os cuidados com a ostomia, mais especificamente as ostomias de eliminação intestinal aos Enfermeiros pertencentes à área de abrangência do Centro de Saúde (C.S.) de Macedo de Cavaleiros, no decorrer do projeto de investigação.

A intervenção comunitária realizada inclui-se no projeto designado “Qual a Qualidade de Vida do Doente Ostomizado na Unidade local de saúde (ULS) Nordeste ” que surgiu em resultado do diagnóstico de saúde realizado entre a realização do Estágio II e aplicação dos questionários aos utentes pertencentes a ULS Nordeste. A sessão de Educação para a saúde foi realizado no C.S. de Macedo de Cavaleiros, local onde decorreu o meu estágio e à posterior será realizada nos restantes C.S. (Apêndice).

Considerando como problema prioritário identificado a Necessidade Formativa nos cuidados com a ostomia, em três áreas distintas: **Tipos de ostomia, papel do enfermeiro estomaterapeuta, Tipos de complicações das ostomias** foi precisamente nestas áreas que decidi intervir para uma melhor qualidade de vida da comunidade em questão.

O grupo alvo da intervenção foi constituído por 17 enfermeiros e 1 clínico geral a executar funções no C.S. de Macedo de Cavaleiros. A mesma teve lugar no C.S. de Macedo de Cavaleiros no dia 1 de Março de 2016, pelas 17h30, conforme programa em anexo. (Apêndice).

A equipa de formadores foi constituída por 1 aluno do Mestrado em Enfermagem Comunitário do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), a realizar estágio na UCC de Macedo de Cavaleiros, em colaboração direta do Enfermeiro Supervisor Professor (prof.º) Doutor (Dr.º) Manuel Brás, da enfermeira orientadora Adelaide Batista e da restante equipa da UCC de Macedo de Cavaleiros.

O presente documento constitui o relatório de avaliação da referida sessão, onde consta a exposição e a análise descritiva dos resultados obtidos na avaliação realizada pelos formandos e pelo formador.

## 2. Enquadramento da sessão “ os cuidados à ostomia”

Os cuidados de saúde primários assumem um papel muito importante no acompanhamento e vigilância periódica do utente ostomizado, com objetivo maioritário proporcionando a qualidade de vida do mesmo e a prevenção e correção de complicações.

É de extrema importância que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários contenham um leque de informação relativamente a esta temática, pois são eles que apos a alta do utente dos cuidados diferenciados se encontram na sua retaguarda.

Conhecer os tipos de ostomias, assim como a sua etiologia, o material a utilizar, os respetivos cuidados com o estoma, os ensinios e correção das complicações, de forma a melhorar e sem alarmismos, adotar as medidas de prevenção mais adequada.

A palavra estoma ou ostomia provém do grego, *stóma*, que significa boca, cujo a sua designação e determinada por qualquer abertura cirúrgica de uma víscera oca ao meio externo. (Bekkers *et al*, 1996; Mohler *et al*, 2008)

Os mesmos autores descrevem a ostomia de eliminação intestinal como sendo um procedimento cirúrgico, no qual é feita exerce de parte do intestino, quando há alguma lesão, fazendo a ligação à parede abdominal, de forma a exteriorizar as secreções intestinais Tal situação clínica, que vai levar o portador de uma ostomia a adaptar-se a nova condição de vida e ao saco denominado coletor, que vai colar na região periestomal.

A história da cirurgia é muito antiga, torna-se portanto fundamental definir a altura exata em que o homem iniciou a abordagem do corpo humano para salvar vidas. A cirurgia como modalidade terapêutica foi evoluindo ao longo dos tempos, tornando-se mais ousada e obtendo melhores resultados na manutenção da vida e melhoria do estado de saúde (Miranda, 2013).

Sob o ponto de vista de Miranda (2013) ostomia consiste na confeção cirúrgica de parte de um órgão interno na superfície cutânea, realizada com o objetivo primordial de salvar a vida de um doente que, sem tal procedimento, caminharia inexoravelmente para a morte. E a pessoa ostomizada é aquela que foi submetida a uma intervenção cirúrgica da qual resultou a construção de um estoma na parede abdominal, com o carater temporário ou definitivo. Assim sendo como esta cirurgia é mutilante para o

utente, pode gerar alterações da imagem corporal do mesmo e conseqüentemente perturbações emocionais, do estilo de vida, das relações sociais, familiares e laborais.

A construção de uma ostomia tem várias repercussões na vida do doente: Físicas, relacionadas com os materiais utilizados, com a pele periestomal e com o estoma; Emocionais, como tristeza, depressão, negação da situação clínica; Familiares, problemas relacionais a falta de apoio, sexuais (...); Sociais, o isolamento; Laborais, sentir-se incapacitado para desempenhar funções, que já desempenhava antes da cirurgia (Miranda, 2013).

Por conseguinte, é pertinente a realização de uma avaliação complexa e o acompanhamento próximo e contínuo da pessoa portadora de uma ostomia sobretudo numa fase inicial. A necessidade de cuidados específicos e a importância que o ostomizado requer reside na problemática que este apresenta, sendo esses cuidados inseridos no âmbito da consulta de estomaterapia, desempenhados pelo enfermeiro estomaterapeuta.

Assim sendo, a consulta de estomaterapia pode proporcionar à pessoa portadora de uma ostomia, a obtenção de uma melhor qualidade de vida, tendo em conta a sua globalidade física, psíquica e social. Os cuidados prestados devem estar integrados na globalidade dos cuidados de enfermagem aos níveis primário, secundário e terciário.

“Pode definir-se estomaterapia como a assistência de saúde específica que a pessoa portadora de um estoma ou candidata a ele requer. Esta assistência deve ser integral e estar incluída nos cuidados de saúde prestados” Vaquer Casas (1991) citado por Miranda (2013,p.14).

## **2.1 Tipos de Ostomias**

### **2.1.1 Ostomias Intestinais**

As ostomias de eliminação intestinal são as que existem em maior número quer a nível nacional quer mundial (Miranda, 2013).

Segundo Gutman (2011), refere que as ostomias de eliminação intestinal (jejunostomias, ileostomias e colostomias, temporárias ou definitivas), apresentam especificações próprias no que se refere à consistência das fezes, cuidados específicos, material de recolha, complicações e requisitos especiais de adaptação aos estilos e vida.

A construção do estoma ou ostomia pode ser realizado em qualquer região do intestino delgado ou grosso e de acordo com o segmento exteriorizado, as ostomias recebem diferentes nomes, quando realizado no intestino delgado é designada por ileostomia e quando realizada no intestino grosso dá-se o nome de colostomia (Gemelli & Zago, 2002; Potter & Perry, 2006; Costa & Santos, 2006).

Dependendo do local de construção do estoma a consistência do conteúdo fecal é diferente, pois numa ileostomia as fezes são frequentemente líquidas, pois é realizado um *bypass* retirando todo o intestino grosso. Ao longo do trajeto do intestino grosso o conteúdo fecal também sofre algumas transformações na consistência das fezes, sendo mais semilíquidas no colo ascendente e com consistência mais firme no colon descendente (Potter & Perry, 2006).

A necessidade da realização de uma ostomia intestinal deve-se a várias condições clínicas, sendo um procedimento frequente, visando a redução da morbidade pós-operatória, sobretudo, em situações de urgência, (Santos *et al*, 2007). As patologias associadas podem ser tanto benignas, como malignas, no enquadramento das malignas o cancro colo-retal está entre as mais frequentes (Miranda, 2013).

Segundo Gutman (2011), as patologias que podem conduzir a uma intervenção cirúrgica da qual resulta a construção de uma ostomia de eliminação intestinal são: Neoplasias do cólon e reto (obstrução); Diverticulite; Perfuração intestinal; Fístulas (anais, retovaginais e retouretrais); Doenças inflamatórias intestinais (colite ulcerosa e doença de Crohn); Doenças congénitas (doença de Hirschsprung, polipose adenomatosa).

### **2.1.2 Ostomias de Alimentação**

Dentro das ostomias de alimentação temos as Gastrostomias, que consistem na criação cirúrgica de uma comunicação entre o estômago e o meio exterior, cuja finalidade é a alimentação do doente quando não é possível por outro meio. Podem ser de confecção cirúrgica, que consiste num acesso a cavidade abdominal por via laparoscópica ou por mini-laparoscopia ou por confecção endoscópica, que é denominada gastrostomia endoscópica percutânea (PEG), que é colocada sob orientação endoscópica. E temos também as Jejunostomia, que consiste na criação de uma

comunicação entre o jejuno e o meio exterior, quando o doente não pode ser alimentado devido a uma obstrução gástrica e não é possível realizar uma gastrostomia (Gauderer, 2001).

### **2.1.3 Ostomias Respiratórias**

Como ostomia respiratória temos com caráter temporário a Traqueotomia, que consiste na abertura das vias aéreas normalmente entre o 3º e o 4º anel da traqueia, na qual se insere uma cânula para que o doente respire eficazmente e de caráter definitivo Traqueostomia, que consiste na abertura da traqueia seguida da sutura dessa abertura ao orifício cutâneo subjacente, permitindo que o doente respire pela traqueostomia (Cahali, 2003).

### **2.1.4 Ostomias Urinárias**

Consistem numa derivação urinária externa para a eliminação de urina por um cateter através da pele. Quanto às técnicas de derivação urinárias temos: nefrostomia, ureterostomia, cistostomia, conduto ileal e conduto colónico, nos dias de hoje esta técnica já não é aplicada (Vinhas, 2010).

## **2.2 Localização do Estoma**

A localização do estoma embora pareça de pouca importância, tem contudo uma grande repercussão na futura qualidade de vida da pessoa ostomizada (Miranda, 2013).

A realização de uma ostomia implica a escolha e a marcação do local provável para o estoma. A marcação do estoma deve ser realizada pelo enfermeiro, se possível na presença do cirurgião, tendo como objetivo principal a escolha adequada do local do estoma para que o doente se torne autónomo e independente no seu cuidado, promovendo deste modo o autocuidado. Além de que uma boa localização do estoma permitirá uma boa aderência do dispositivo de recolha (Cardoso, 2011 & Miranda, 2013).

O local do estoma deve ser visualizado pelo doente quando sentado e de pé, facilitando a sua manipulação; deve ficar afastado de proeminências ósseas, de cicatrizes e pregas cutâneas; deve situar-se no músculo reto-abdominal, funcionando

como reforço e apoio para o estoma, evitando certas complicações como prolapso; deve ficar fora da linha da cintura e umbigo, para não interferir com o vestuário; sem esquecer a atividade do doente, a religião e a prática de desporto (Miranda, 2013).

A família para além de ter um papel extremamente importante no acompanhamento e ajuda ao doente, também ela necessita de apoio e aconselhamento por parte do enfermeiro, só assim poderá ajudar eficazmente o doente. Além de todos os ensinamentos, cuidados e apoio do enfermeiro, também é importante que este ponha o doente em contacto com outros ostomizados que já passaram por este tipo de experiência. Contudo, não é fácil ultrapassar todo o sofrimento inerente, nem pode esperar-se que isso aconteça durante o internamento. Após a preparação da alta, o enfermeiro com o qual o doente já criou laços de confiança, deverá continuar a segui-lo de perto, durante as consultas de estomaterapia periódicas, ajudando-o continuamente a adaptar-se à sua condição de ostomizado (Cardoso, 2011).

### **2.3 Pré-operatório**

No período pré-operatório é de extrema importância que se faça uma avaliação ao utente portador de uma ostomia, de carácter mental e física, avaliar a sua autonomia, as condições de vida e os apoios de que dispõe na retaguarda, para que o enfermeiro possa ter conhecimento sobre as necessidades, isto é, aquilo que a pessoa tem *versus* aquilo que irá necessitar (Costa, 2009).

Neste seguimento o mesmo autor refere que devem também ser abordados temáticas referentes ao dia-a-dia da pessoa que irá ser portadora de uma ostomia, como: a sexualidade, o trabalho e o lazer, relaciona-se esta abordagem com o facto de se pretender uma preparação e informação adequada para a nova realidade da sua vida no sentido de uma melhor adaptação.

No período pré-operatório é necessário ainda apresentar os materiais, fazer os respetivos ensinamentos relativamente aos cuidados a ter com a ostomia e com os materiais a utilizar. Para que a pessoa que futuramente irá ser portadora de uma ostomia esteja disposta, tolerante e pacífica à assimilação da informação transmitida pelo enfermeiro. Ainda nesta fase é importante promover o contato com outras pessoas ostomizadas, fornecer informação escrita e envolver a família (Costa, 2009). Estas ações irão permitir

uma aprendizagem na manipulação do saco e de forma geral, irão contribuir para que a pessoa e a família comecem a lidar com o estoma.

“É, no entanto, fundamental uma adequada preparação pré-operatória, bem como um acompanhamento próximo no pós-operatório, por parte dos profissionais de saúde envolvidos, no sentido de uma rápida e eficaz recuperação física e psíquica da pessoa” Miranda (2013,p.10).

## **2.4 Pós-operatório**

O enfermeiro no período pós-operatório deve demonstrar, explicar e justificar constantemente as suas ações relativamente nos cuidados ao estoma à pessoa portadora de uma ostomia, à família e ao prestador de cuidados quando não se engloba na família. Sendo um dos aspetos importantes treinar o auto cuidado para que a pessoa possa retomar a sua independência o mais precocemente possível (Couto & Medeiros, 2013).

No período pós-operatório a pessoa portadora de uma ostomia depara-se com a presença de um estoma e com a consequência de ter que lidar com essa nova realidade, apresentando vários sentimentos, reações e comportamentos individuais e diferentes (Barnabe & Dell’Acqua, 2008). Sendo esses sentimentos de tristeza, medo, incerteza, angustia, culpa (...). Durante a fase de adaptação à ostomia as pessoas relataram também labilidade emocional, dificuldade na comunicação e fragilidade emocional geral (Silva, 2008). Ainda durante esta fase, as pessoas podem experimentar estádios de negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. No que diz respeito à sexualidade, os sentimentos que estão mais exacerbados são os de inferioridade, depressão e ansiedade, em consequência da baixa auto-estima (Santos, Poggeto & Rodrigues, 2008).

A espiritualidade é expressa na fé como uma ferramenta importante para enfrentar tal situação clínica. (Sales *et al*, 2010).

A alta hospitalar envolve vários fatores que influenciam de forma positiva ou negativa a continuidade dos cuidados no domicílio, e o sucesso da transição do meio hospitalar para o meio familiar está dependente de um planeamento adequado e atempado que minimize a ansiedade inerente à nova condição de vida (Tavares, 2008).

## 2.5 Dados epidemiológicos

Miranda (2013,p. 10) “A pessoa com uma ostomia intestinal requer determinados cuidados específicos devido ao elevado risco de complicações. O risco está presente em todos os tipos de ostomia, embora algumas das complicações sejam mais frequentes em determinados tipos, dependendo ainda da localização do estoma, características da pele, alimentação realizada pela pessoa, tipo de dispositivo usado e cuidados de higiene.”

Segundo Morais, Seça & Pereira (2012) muitos problemas periestomais podem influenciar a saúde psicológica e emocional das pessoas ostomizadas e, conseqüentemente a sua qualidade de vida, esses problemas designam-se de complicações pós-ostomia, que se dividem em:

**Complicações Imediatas como:** Deiscência da sutura mucocutânea; Isquemia; Necrose; Hemorragia; Retração; Abscesso; Oclusão; Edema;

**Complicações tardias como:**

**Prolapso**-protusão excessiva da ansa intestinal para o exterior do estoma, devido muitas vezes a um esforço excessivo (ex.: ao tossir ou espirrar). Pode ser reduzido manualmente, embora esta técnica seja pouco eficaz, tornando-se uma emergência cirúrgica.

**Ulceração**-por traumatismo do estoma, aquando dos cuidados de higiene.

**Estenose**-estreitamento do estoma por ausência de toque, estimulação e massagem do mesmo. Muito doloroso aquando da passagem das fezes.

**Hérnia**-protusão do estoma por vezes volumosa, devido a má localização do estoma, enfraquecimento da musculatura abdominal, aumento de peso, emagrecimento ou envelhecimento. Para prevenir esta complicação o doente deve usar uma cinta de contenção adequada ou cintos de suporte próprios para doentes ostomizados.

**Invaginação**- o estoma retrai-se total ou parcialmente para o interior da cavidade abdominal devido a construção e fixação incorreta do estoma.

**Fístula**- normalmente secundárias a suturas ou aquando da fixação do cólon à parede abdominal.

**Granuloma**-irritação cutânea da mucosa devido a corte incorreto do saco que provoca fricção e irritação da mesma.

**Dermatite**-é das complicações tardias mais frequentes e pode surgir devido a mau estado geral do doente (desnutrição, desidratação), reação alérgica aos materiais utilizados, à sua má adaptação e má manipulação do estoma e pele circundante (demasiada fricção na limpeza, orifício do saco demasiado grande), inadequados cuidados de higiene (demasiado tempo de contacto das fezes com a pele), e ao crescimento de pêlos na pele peri-estomal.

**Odores**- as causas mais frequentes são as bactérias, medicamentos, deficitários cuidados de higiene e a alimentação.

Hoje em dia, no mercado, existe um vasto leque de produtos que minimizam e corrigem grande parte destas complicações, há que saber usa-los e disponibiliza-los ao doente, após devidamente acompanhados e esclarecidos.

Também no recente estudo realizado por Miranda (2013,p.71), e numa realidade bem próxima, podemos verificar que os resultados relativos” às complicações no estoma e pele periestomal são similares, sendo a complicação major a dermatite (50,8%), seguida do prolapso (11,5%) e hérnia (11,5%), estenose (6,6%) e retração (4,9%).

“Vários estudos têm sido feitos a documentar a presença clínica de complicações relacionadas com o estoma e pele circundante tanto no período pós-operatório imediato como nos meses ou anos seguintes. Da revisão sistemática realizada, bem como da experiência profissional, conclui-se que as complicações do estoma e da pele periestomal mais frequentes são: a hérnia e a dermatite periestomal, a retração, o prolapso e a necrose do estoma” Miranda (2013,p. 13).

De acordo com o mesmo autor, “percebe-se que há carências específicas no cuidado ao doente ostomizado, para que certas intercorrências sejam amenizadas torna-se portanto necessário fornecer ao doente informações sobre as possíveis complicações no período pós-operatório, permitindo que os mesmos as saibam reconhecer e consequentemente intervir.”

## **2.6 Qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia**

A qualidade de vida destas pessoas depende, em grande medida, da atuação de enfermeiros, ou seja, com competências científicas, técnicas e relacionais específicas,

capazes de assegurarem, durante todo este ciclo, os cuidados que estas pessoas necessitam.

“Considerando todos os problemas e complicações subjacentes à presença de uma ostomia de eliminação intestinal, é extremamente importante o papel do enfermeiro que, de modo gradual vai ajudar o doente a encarar esta nova realidade, acompanhando-o passo a passo nesta caminhada que é, familiarizar-se com o seu estoma, tornar-se autónomo nos cuidados ao mesmo e atingir de novo a qualidade de vida que tinha antes da doença” (Miranda 2013,p.34).

A mesma autora (p.32) rediz que “entende-se por qualidade de vida o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, além do bom relacionamento social com a família e amigos, acesso à saúde, à educação, ter poder de compra, ter liberdade e independência ou seja, estar bem consigo, com os outros e com tudo o que os rodeia.”

Santos (1999) citado por Miranda (2013, p.35), “na sua dissertação de mestrado em psicologia, intitulada “Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação”, um dos poucos estudos realizados alusivos à temática, concluiu que são vários os fatores que afetam a qualidade de vida destes doentes, advertindo que apenas com acompanhamento próximo e prolongado é possível ajudar a ultrapassar as diferentes fases deste processo de adaptação à nova condição de vida.

## **2.7 O papel do enfermeiro estomaterapeuta**

É extremamente importante o papel do enfermeiro, que de modo gradual vai ajudar o doente a encarar esta nova realidade, acompanhando-o passo a passo nesta caminhada que é, familiarizar-se com o seu estoma, tornar-se autónomo nos cuidados ao mesmo e atingir de novo a qualidade de vida que tinha antes da doença.

Ninguém melhor que o enfermeiro para conhecer o doente, foi quem lhe fez a admissão, quem colheu os dados para a avaliação inicial, quem escutou os seus receios, desabafos e dúvidas. No fundo, cria-se desde logo uma relação de empatia e uma comunicação eficaz entre o doente e o enfermeiro, relação que vai contribuir em muito para a qualidade de vida do doente.

Após aceitação e familiarização com o estoma, é fundamental que o enfermeiro forneça o guia do ostomizado ao doente e o esclareça acerca do material existente no

mercado, assim como o modo de utilização para que juntos consigam selecionar o que melhor se adapta ao seu caso.

A primeira mudança de saco é muito importante pois trata-se da primeira vez que o doente vê o seu estoma, muitas vezes com sangue e fezes à mistura. É extremamente importante que o enfermeiro fale pausadamente, explique cada procedimento e deixe o doente colocar dúvidas e expressar as suas emoções.

Durante o tempo de internamento as sessões de ensino devem ser planeadas e espaçadas para permitir assimilação da informação, e logo que possível deixar que seja o doente, ou familiar se o doente assim o desejar, a fazer o procedimento.

Quanto melhor a qualidade dos ensinios e intervenção do enfermeiro, menores serão as complicações o que contribui para um melhor bem-estar e melhor qualidade de vida do doente.

Um outro aspeto positivo dos ensinios realizados pelo enfermeiro estomaterapeuta é que com internamentos cada vez mais curtos, o doente não sai prejudicado porque o enfermeiro vai continuar a segui-lo após a alta, mantendo os cuidados e ensinios.

Miranda (2013,p.35) salienta que “cabe ao enfermeiro estomaterapeuta e à sua formação especializada, proporcionar às pessoas portadoras de um estoma de eliminação intestinal um serviço completo e continuado, permitindo-lhes satisfazer as suas exigências e expetativas de, acordo com os seus recursos exigentes, contribuindo para uma melhoria da sua qualidade de vida.”

A relação de empatia e confiança, estabelecida entre o enfermeiro estomoterapeuta e o utente é fundamental, para minimizar o sofrimento relativamente a situação clínica e maximizar a reabilitação da pessoa portadora de uma ostomia. Para tal situação é conveniente que os cuidados de enfermagem recomecem no momento do diagnóstico e a partir do momento que é dada a indicação pelo cirurgião da possível construção de uma ostomia, pois quanto mais precocemente for estabelecido o primeiro contato com a pessoa ostomizada, mais favoráveis serão os resultados (Gemelli & Zago, 2002; Fernandes, 2004).

Na consulta transmite-se informação específica e esclarecem-se duvidas, faz-se ensino e treino para o auto cuidado, presta-se apoio físico e emocional, faz-se prevenção

e tratamento de complicações, encaminha-se o ostomizado para outras áreas sempre que necessário, (...). O papel do enfermeiro estomaterapeuta é abrangente e não redutor.

### 3. Planeamento da sessão

O planeamento da sessão incluiu a definição da estruturação dos conteúdos programáticos, dos objetivos gerais, específicos e operacionais, da seleção e adequação de estratégias e atividades a desenvolver, gestão do tempo para as atividades, seleção dos materiais pedagógicos e indicação das modalidades de avaliação, incluindo o seu formato gráfico (Apêndice).

A sessão de educação para a saúde teve como objetivo geral: adquirir conhecimento sobre os cuidados ao estoma, obrigando os formandos a: i) Conhecer os tipos de ostomia; ii) Conhecer a etiologia da ostomia; iii) Reconhecer o papel do enfermeiro estomaterapeuta; iv) Identificar os respetivos ensinamentos ao utente ostomizado; v) Reconhecer os tipos de complicações que podem surgir; vi) Conhecer as Medidas adoptar para tratar complicações, vii) Conhecer a Etiologia das complicações.

De forma a tornar a sessão mais apelativa recorreu-se ao *PowerPoint* com o objetivo de clarificar e demonstrar as informações transmitidas ao longo da sessão (Apêndice)

Como Meta pretendi que no final da sessão os formandos demonstrem 50% de conhecimento:

- Sobre os cuidados a ostomia;
- Sobre medidas de prevenção e correção de complicações;

Delinieei como Indicador de resultado: Ganhos em conhecimentos no que concerne ao cuidados com a ostomia em 50%.

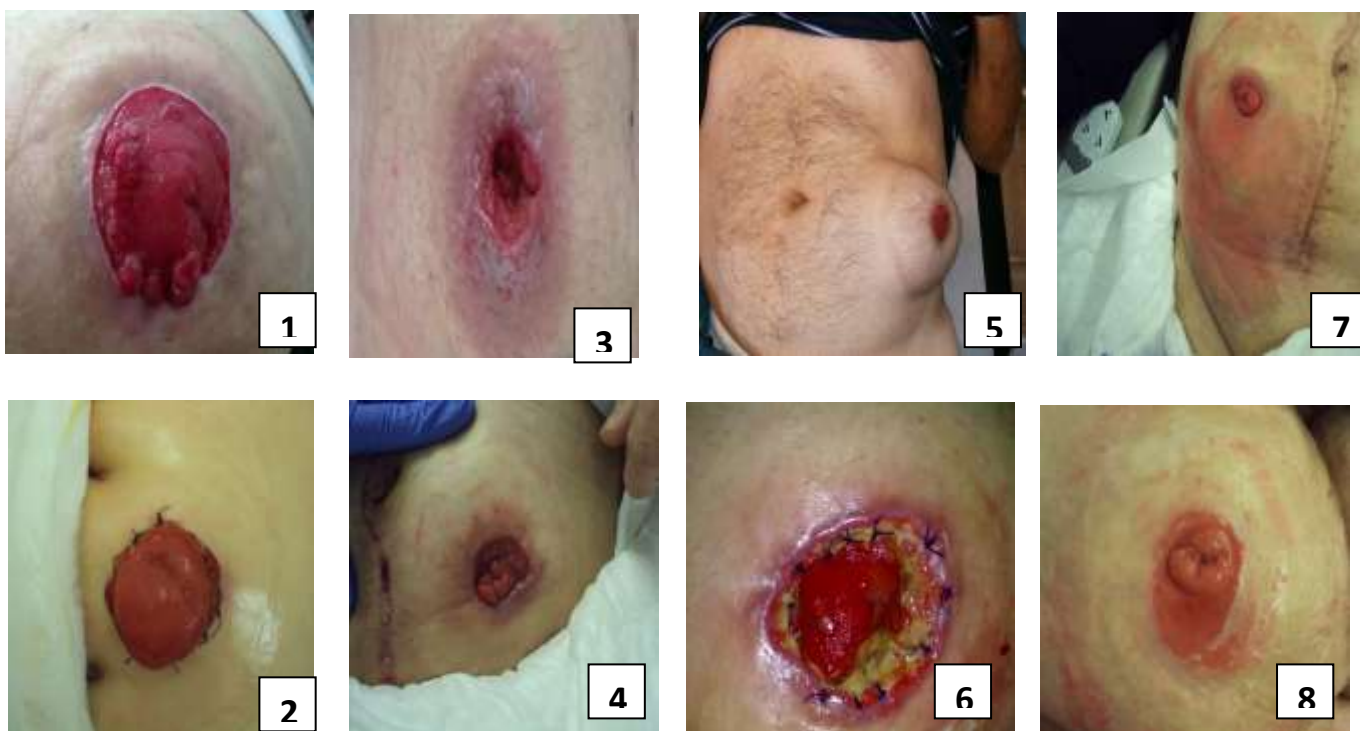
Os conteúdos programáticos visaram os conhecimentos a adquirir, de forma a atingir os objetivos propostos e a metodologia utilizada integrou técnicas e métodos diversificados, nomeadamente os métodos expositivo, demonstrativo e participativo. Os recursos utilizados incluíram computador, projetor multimédia, antisséptico, papel e esferográfica.

#### 4. Avaliação da Sessão

A avaliação da sessão (Apêndice) foi efetuada em dois momentos, no início e no final. Nos dois momentos de avaliação foi utilizado o mesmo instrumento de avaliação, elaborado baseado na pesquisa bibliográfica efetuada e de acordo com os objetivos que se pretendiam atingir.

O primeiro momento de avaliação teve como objetivo fazer o diagnóstico de conhecimentos das formandas e o segundo pretendia avaliar se houve ganhos em conhecimentos após a sessão. O questionário aplicado concerne as complicações das ostomias são constituídas por oito questões abertas para identificação da imagem exposta e num segundo grupo as atitudes terapêuticas para correção dessas complicações.

Considera-se que a formanda demonstra conhecimentos relativamente ao tipo de Complicações que podem surgir imediatamente, tardiamente na ostomia e na pele periestomal e Abordagem terapêutica/tratamento para essas complicações. Serão aplicadas as seguintes imagens, as quais as formandas tiveram que identifica-las.



Observe e analise as imagens apresentadas

- Identifique o tipo de lesão/complicação

Imagem 1 \_\_\_\_\_

Imagem 2 \_\_\_\_\_

Imagem 3 \_\_\_\_\_

Imagem 4 \_\_\_\_\_

Imagem 5 \_\_\_\_\_

Imagem 6 \_\_\_\_\_

Imagem 7 \_\_\_\_\_

Imagem 8 \_\_\_\_\_

- Abordagem terapêutica/tratamento

Imagem 1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imagem 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imagem 3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imagem 4 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imagem 5 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imagem 6 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imagem 7 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imagem 8 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por último, foi aplicado um questionário para avaliar a sessão apresentada, permitindo também captar as opiniões dos formandos face aos temas abordados, ao desempenho do formador e à organização da sessão.

Após a sessão reuniram-se todos os questionários com o propósito de avaliar os ganhos em conhecimentos emergidos desta sessão de educação. Participaram na sessão 18 formandos.

#### 4.1 Apresentação dos Resultados

**Tabela 1- Resultados da avaliação de conhecimentos, antes e após a sessão de educação para a saúde**

Critérios de avaliação ou conhecimentos a adquirir	Avaliação inicial				Avaliação final			
	Demonstra		Não demonstra		Demonstra		Não demonstra	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Tipo de Complicação	0	0	18	100	9	50	9	50
Atitudes terapeutas para correção/prevenção da complicação	0	0	18	100	9	50	9	50

Os resultados da avaliação inicial mostram que o grupo de formandas apresentava um baixo nível de conhecimentos relacionado com as complicações de ostomia e as respetivas atitudes para prevenção e correção das mesmas. Após a sessão e, aquando da avaliação final, os resultados revelam um aumento das respostas corretas.

**Tabela 2 - Conhecimento sobre o tipo de complicações e tratamento adequado para a prevenção / correção**

Conhecimentos	Nº de pessoas que não demonstrava conhecimento	Nº de pessoas que não demonstrava e passou a demonstrar conhecimentos
Tipo de Complicações	100	50
Tratamento adequado para a prevenção / correção	100	50

Os resultados obtidos demonstram que após a sessão houve ganhos em conhecimentos em todos os conteúdos.

Relativamente à opinião das formandas sobre a sessão de educação para a saúde, conclui-se que a sessão correspondeu às suas expectativas, teve uma duração adequada e todos os parâmetros foram avaliados como aspeto positivo.

## 5. Conclusão

Com a redação deste relatório espero ter transmitido toda a informação necessária acerca do programa de educação para a saúde realizado às enfermeiras a exercer funções no C.S. de Macedo de Cavaleiros.

Este trabalho partiu de uma pesquisa bibliográfica sobre a problemática em estudo, que forneceu um suporte teórico justificativo, iniciando-se a elaboração do projeto no sentido de contribuir para a criação e implementação de medidas respondendo assim às necessidades detetadas.

Iniciou-se a implementação das intervenções tendo em vista a promoção de uma melhor qualidade de Vida para o utente ostomizado, evitando complicações. O desenvolvimento das atividades, que havia projetado facultou-me momentos de engrandecimento pessoal, como aprendizagem efetiva, que permitiram o desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento das diferentes etapas do Planeamento em Saúde.

De um modo geral, a sessão foi frutífera na partilha de experiências e conhecimentos. As formandas mostraram-se bastante motivadas e participativas, o que se tornou gratificante para nós, sobretudo aquando da análise dos resultados das avaliações onde detetamos elevados ganhos em conhecimentos.

No intuito de marcar este evento e de certo modo agradecer a amável presença das formandas, no final oferecemos um certificado de presença (Apêndice)

Em suma, podemos afirmar que nos foi possibilitada a aplicação prática dos conhecimentos teóricos, contemplados no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Comunitária, o que possibilitou alcançar os objetivos preconizados para este momento formativo/avaliativo.

Contudo futuramente pretende-se fazer a continuação da educação para a saúde sobre os cuidados à ostomia nos restantes centros de saúde do ULS Nordeste e aos utentes portadores de uma ostomia.

## Referencias Bibliográficas

- Bekkers, M. J. T. M. Vanknippenberg, C. E. Van Den Borne, H. W. & Van Berge-Henegouwen, G. P. (1996). *Prospective Evaluation of Psychosocial Adaptation to Stoma Surgery: The Role of Self-Efficacy*. Psychosomatic Medicine.
- Bernabe, N. C. & Dell'Acqua, M. C. Q. (2008). *Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas*. RevLatino-am Enfermagem.
- Cahali, M. B. (2003). Traqueostomia, Curso de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço para Residentes e Estagiários de 1º ano, APM.
- Collins, K. (2013). *Gastrostomy guidelines: a rapid review*. An Evidence Check review brokered by the Sax Institute for the NSW Agency for Clinical Innovation. Sax Institute, jully.
- Costa, C. E. C. & Santos, R. S. (2006). *Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de estomias intestinais*.
- Costa, M. V. (2009). *A educação para a saúde e a sua importância para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados*.
- Fernandes, D. (2004). *Ostomia e amanhã?* RevSinais Vitais. (Capítulo 54).
- Gemelli, L. M. G. & Zago, M. M. F. (2002). *A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso*.
- Gutman, N. (2011). *Colostomy guide*. Northfield: United Ostomy Associations of America.
- Medeiros, S. & Couto, P. (2013). *Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal – uma visão holística*. Monografia final do curso de enfermagem.
- Miranda, L. S. G. (2013). *A importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade*. Tese de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Mohler, M. J. Coons, S. C. Hornbrook, M. C. Herrinton, L. J. Wendel, C. S. Grant, M. & Krouse, R. S. (2008). *The Health-Related Quality of Life in Long-Term Colorectal Cancer Survivors Study: objectives, methods, and patient sample*. (vol. 24, 7). *Curr Med Res Opin*.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Sales, C. A. Violin, M. R. Waidman, M. A. P. Marcon, S. S. & Silva, M. A. P. (2010). *Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial*.
- Santos, C. H. M. Bezerra, M. M. Bezerra, F. M. Paraguassú, B. R. (2007). *Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma*. (vol. 27), Revista Brasileira de Coloproctologia.
- Santos, F. S. Poggeto, M. T. D. & Rodrigues, L. R. (2008). *A percepção da mulher portadora de ostomia intestinal acerca de sua sexualidade*. REME – Revista Mineira de Enfermagem.
- Silva, M. M. C. V. Z. N. (2008). *Irrigação Uma opção de vida do colostomizado*.
- Tavares, H. M. C. V. (2008). *Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centros de Saúde no âmbito dos cuidados Continuados*. Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto - Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar.

- Vaquer Casas, G. (1991). Presente y futuro de la ostomia digestiva. In *Actuación de enfermería en ostomía, incontinencia, nutrición y piel*. Apresentado no AbstractBook p7, II Reunión Europea de Estomaterapeutas del WCET. Barcelona: Sociedade Espanhola de Estomaterapia.
- Vinhais, M.F.A. (2010), *Complicações das ostomias urinárias e digestivas*. Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina, universidade do Porto.

## **Apêndice da Sessão de Educação para a saúde**

## 1. Plano da sessão

<b>Tema: Cuidados com a Ostomia</b>					
<b>Tempo:</b> 60 minutos					
<b>Grupo destinatário:</b> Enfermeiras do C.S. de Macedo de Cavaleiros					
<b>Formadores:</b> Enf.ª Margarida Oliveira					
<b>Local:</b> C.S. de Macedo de Cavaleiros			<b>Data:</b>		<b>Hora:</b> 17:30 horas
<b>Objectivo Geral:</b> Adquirir conhecimentos sobre os cuidados a ter com a ostomia					
<b>Objectivos Específicos:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os tipos de ostomia</li> <li>• Conhecer a etiologia da ostomia</li> <li>• Reconhecer o papel do enfermeiro estomaterapeuta</li> <li>• Identificar os respetivos ensinamentos ao utente ostomizado</li> <li>• Reconhecer os tipos de complicações que podem surgir</li> <li>• Conhecer as Medidas adoptar para tratar complicações</li> <li>• Conhecer a Etiologia das complicações</li> </ul>					
<b>Metas:</b> Conseguir que após a sessão 50% dos formandos demonstre:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos sobre os cuidados a ostomia</li> <li>• Conhecimentos sobre medidas de prevenção e correção de complicações</li> </ul>					
<b>Indicador de resultado:</b> Ganhos em conhecimentos no que concerne aos cuidados com a ostomia em 50%					
Etapas da sessão	Conteúdos	Estratégias			Avaliação
		Metodologias	Atividades pedagógicas	Recursos	
<b>Introdução</b> – 15 min.	- Apresentação - Introdução da temática				
<b>Desenvolvimento</b> - 30 min.	Objectivos da sessão  Apresentação dos conteúdos: - Tipos de Ostomias  - Ostomias de eliminação intestinal  - Etiologia da ostomia - O papel do enfermeiro estomaterapeuta - Marcação do estoma - Ensinamentos - Material de Ostomia - Substituição do Diapositivo - Cuidados com estoma e pele periestomal - Dieta - Vestuário - Exercício físico, trabalho e lazer - Sexualidade - Participações e benefícios fiscais - Complicações Imediatas, Tardias e da Pele Periestomal - Medidas adoptar para tratar complicações - Etiologia das complicações  - Síntese das ideias principais	Método:  Expositivo/participativo /motivacional	Exemplificação da técnica de cuidados a ter com estoma  Apresentação do tipo material para ostomia  Debate e esclarecimento de dúvidas  Avaliação final dos conhecimentos adquiridos ao longo da sessão	- Computador, projetor multimédia com apresentação em PowerPoint  - Canetas - Papel	Avaliação sumativa colectiva:  Esclarecimento de dúvidas dos participantes  Aplicação de questionário de: • Avaliação diagnóstica inicial • Avaliação final
<b>Conclusão</b> - 15 min.	- Interação com o grupo				

## 2- Convite

# Convite

A Ana Margarida Oliveira, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária do IPB a realizar estágio no UCC de Macedo de Cavaleiros, tem a honra de convidar vossa excelência para a sessão formativa no âmbito do programa : **“Cuidados com a Ostomia”**

A realizar dia 1 de Março, na sala de reuniões do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros pelas 17:30



### 3. Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde para enfermeiros


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
 Faculdade Superior de Saúde  
 Mestrado em Enfermagem Comunitária

## Cuidados com a Ostomia

Ostomias de Eliminação Intestinal



Fevereiro de 2018  
 Trabalho elaborado por: Margarida Oliveira    Orientado por: EnC<sup>o</sup> Adelaide Batista    Supervisionado por: Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Manuel Beia



### Índice




- Apresentação
- Tipos de Ostomia
- Otimizar de qualidade de vida
- Dificuldade de acesso
- Otimizar de nutrição
  - Tipos de alimentação complementar
  - Marcação de estoma
  - Saneamento
  - Mobilidade (transporte)
  - Utilização de dispositivos
  - Utilização de recursos e apoio psicológico
  - Cuidado
  - Prevenção
  - Exercício físico, trabalho e lazer
  - Qualidade de vida
  - Cooperativas e associações locais
- Conclusões (síntese, Tabela 1 de Pré-Intervenção)
  - Tabela 2 síntese para a intervenção
  - Síntese de intervenção
- Bibliografia

### Enquadramento

- A palavra ostomia ou ostomia provém do grego, *ostoma*, que significa boca, cujo a sua designação é determinada por *qualquer abertura cirúrgica de uma víscera ou cavidade externa* (Belkercs *et al.*, 1998; Möller *et al.*, 2005).
- A especialidade surge nos EUA, no final da década de 50.
- A estomatoterapia surge com a intervenção de Norma Gill (operada por Rupert Turnbull em 1954).
- **Ostomia** – trata da intervenção cirúrgica e permite a comunicação entre um órgão interno e o meio exterior.
- **Estoma** – porção de intestino que fica visível no abdómen.



### Tipos de Ostomia

<b>Eliminação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intestinal</li> <li>- Urinária</li> </ul>  	<b>Respiração</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traqueostomia</li> <li>- Traqueotomia</li> </ul> 
<b>Alimentação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PEG</li> <li>- PEJ</li> </ul>  	

### Ostomias de eliminação Intestinal



**Cecostomia**      **Jejunostomia**  
**Colostomia**

## Etiologia da ostomia

- Massas benignas ou malignas (obstrução)
- Diverticulite
- Doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn e colite ulcerosa)
- Perfuração do intestino
- Fístulas (anáis, retovaginais e retouretrais)
- Doenças congênitas (doença de Hirschsprung, polipose adenomatosa)

## Objetivos da Estomaterapia

- Motivar o ostomizado para o autocuidado;
- Envolver a família no processo;
- Promover a qualidade de vida do doente;
- Facilitar a adaptação ao processo de doença;
- Fornecer suporte emocional e informação;
- Desenvolver estratégias de resolução de problemas;
- Promover e partilhar experiências;
- Aumentar o autocontrole, a autoeficácia, autoconfiança e autonomia do doente;
- Motivar a continuação dos projetos de vida.

## Papel do Enfermeiro estomaterapeuta

- **Enfermeiro estomaterapeuta intervém:**
  - Antes, e imediatamente após a construção do estoma, bem como ao longo da vida da pessoa ostomizada.
- **Enfermeiro estomaterapeuta:**
  - Marcação do estoma;
  - Presta-cuidados ao estoma;
  - Promover o autocuidado;
  - Far ensinios ao doente e prestador de cuidados;
  - Apoiar emocionalmente a pessoa ostomizada, de quem se torna confidente;
  - Estabelece e mantém a ponte de ligação com todos os restantes elementos da equipa – médicos, enfermeiros (do internamento e centros de saúde), psicólogos e trabalhadores do serviço social.

## Marcação do Estoma

### Momento pré-operatório

- Muito importante a marcação prévia do local provável para o estoma;
- Realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta, se possível na presença do cirurgião;

### Permite:

- autonomia e independência no auto-cuidado
- boa aderência do dispositivo de recolha

## Ensinos

- Material de estoma
- Aplicação dos dispositivos
- Cuidados com o estoma e pele peri-estomal
- Dieta
- Vestuário
- Exercício físico, trabalho e lazer
- Sexualidade
- Comparticipações e benefícios fiscais
- Recursos comunitários

## Material de ostomia

- Dispositivo de peça única (aberto ou fechado)
- Dispositivo de duas peças (aberto ou fechado)
- Spongs
- Anéis protectores
- Réplicas modelares do estoma
- Espuma natural
- Soluções líquidas de pH neutro
- Papel higiénico e uma toalha suave
- Tesoura de pontas curvas
- Espelho que permita visualizar o estoma
- Saco para o lixo



## Substituição do Dispositivo



## Dieta

- Alimentação variada e equilibrada que forneça:
  - proteínas
  - hidratos de carbono
  - gorduras
  - vitaminas
  - sais minerais
  - fibras
  - água

Ser portador de uma ostomia não implica mudar a dieta habitual.

## Vestuário

- Não necessitam de mudar o guarda-roupa;
- Os cintos ou elásticos não devem ficar sobre o estoma, poderá ser necessário subi-los ou desce-los (ou usar suspensórios);
- Se não houver contra-indicação médica podem usar uma cinta.

## Exercício físico, trabalho e lazer

- Dependendo do tipo de ocupação profissional, é aconselhável esperar até à 1ª consulta pós-operatória para considerar um regresso gradual ao trabalho;
- Podem praticar todo o tipo de desportos, excepto os violentos (privilegia-se a caminhada);
- Podem viajar desde que levem todo o material necessário e em número suficiente (Bolsa SOS).

## Sexualidade

- As alterações na sexualidade quase nunca estão relacionadas, diretamente, com a cirurgia;
- Resultam do medo, ansiedade, vergonha;
- Existe roupa interior própria para ostomizados, elegante e discreta, que permite um contacto próximo com o parceiro;
- Podem utilizar sacos mais pequenos e mais discretos.

*A mulher ostomizada pode engravidar, não tem qualquer restrição.*

## Comparticipações e benefícios fiscais

- Benefício de 50% do custo dos dispositivos (cintas e placas) se pertencer ao SNS e 100% se pertencer à ADSE, desde que entregue receita médica;
- Participação de 50% no consumo mensal de artigos, desde que acompanhado de receita médica e/ou referência na receita de acesso de consumo;
- Isenção de taxas moderadoras, sempre que utilizar os serviços de saúde públicos;
- Não utilização do cinto de segurança nos veículos automóveis, na Via rápida;
- Atribuição de um grau de incapacidade;
- Usar os direitos dos deficientes nas instalações, nos WC's, nos elevadores, etc.

*Decreto-Lei 209/2005, 30 de Junho, 2005, 2ª Série, 2ª Parte, 223, 24.09.2005 - Participação de consumo de produtos para higiene pessoal de saúde.*

## Complicações

<u>Infeções</u>	<u>Tarfas</u>	<u>Pele periestomal</u>
- Disfunção da sonda mucocutânea	- Prurido	- Dermite
- Injeção	- Eritema	- Escoria
- Necrose	- Hérnia	- Descoloração
- Edema	- Irritação	- Eritema
- Infecção	- Fístula	- Derrame
- Hemorragia	- Oclusão	- Perda parcial da pele
- Abscesso		- Lesão glifostoma
- Ruptura		
- Oclusão		

## Cuidados com o estoma e pele peri-estomal

- Lavar com água e sabão
- Limpar e secar suavemente
- Aparar os pêlos
- Usar o material adequado, recomendado por profissional especializado

## Complicações Imediatas Isquemia e Necrose



### **Tratamento**

- Vigiar coloração e perfilar o anel do estoma regularmente
- Reconstrução cirúrgica

## Complicações Imediatas Infecção



### **Tratamento**

- Drenagem
- Lavagem e desinfeção
- Terapêutica antibiótica

### Complicações Imediatas Edema



#### Tratamento

- Aplicação de glicose hipertônica

### Complicações Imediatas Abscesso



#### Tratamento

- Drenagem
- Lavagem e desinfecção
- Tratamento de penso/proteção
- Terapêutica antibiótica

### Complicações Imediatas Retração



#### Tratamento

- Aplicação de sistema externo
- Aplicação de atalaia ou pasta de procelimeno/moldadura
- Proteção estéril (gase)

### Complicações Tardias Prolapso



#### Tratamento

- Redução manual
- Uso de cinta sem buraco
- Correção cirúrgica

### Complicações Imediatas Deiscência da sutura muco cutânea



#### Tratamento

- Lavagem e desinfecção
- Proteção com anéis cicatrizantes
- Reconfecção da sutura

### Complicações Imediatas Hemorragia



#### Tratamento

- Aplicação de água fria ou gelo
- Compressão local

### Complicações Tardias Hérnia



#### Tratamento

- Redução manual
- Uso de cinta sem buraco
- Aplicação de sistema de uma peça flexível
- Correção cirúrgica

### Complicações Tardias Estenose



#### Tratamento

- Dilatação digital
- Reconfecção do estoma

### Complicações Tardias Granulomas



**Tratamento**

Cauterização com nitrato de prata

### Complicações periestomal Descoloração



**Tratamento**

- Corte adequado
- Uso de protetor cutâneo
- Mudança de dispositivo

### Complicações periestomal Eritema



**Tratamento**

- Aplicação de pó cicatrizante
- Aplicação de protetor cutâneo (spray...)
- Aplicação de pasta ou anéis de preenchimento

### Complicações periestomal Eczema



**Tratamento**

- Aplicação de creme com corticoide
- Aplicação de protetor cutâneo
- Mudança de dispositivo

### Complicações periestomal Perda parcial da pele



**Tratamento**

- Corte adequado do dispositivo
- Aplicação de pó cicatrizante
- Proteção cutânea
- Aplicação de pastas ou anéis de preenchimento

### Complicações periestomal Lesão Proliferativa



**Tratamento**

- Lavagem e desinfecção
- Proteção
- Exérese cirúrgica

### Complicações periestomal Ulceração



**Tratamento**

- Lavagem e desinfecção
- Tratamento de ferido
- Aplicação de anéis cicatrizantes/protetores

### Medidas adotar para tratar complicações

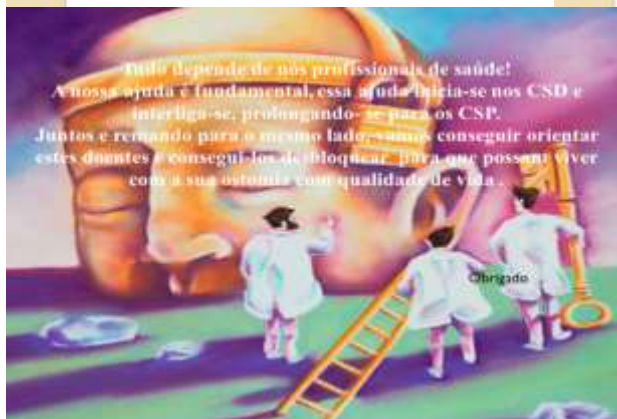
- Revisão adequada
- Alteração/ajuste do dispositivo
- Elongar o estoma até o necessário
- Reforço da proteção
- Vigilância frequente
- Dilatação digital
- Alteração de hábitos alimentares/hidratação
- Irrigação
- Cuidado estomatológico
- Tratamento com medicamento específico (solução gluconada, nitro de prata, ácido salicílico...)
- Correção cirúrgica

## Etiologia das Complicações

- Má localização do estoma
- Uso inadequado do dispositivo (corte desajustado)
- Dispositivo inadequado
- Má proteção da pele
- Perda ou ganho excessivo de peso
- Maus hábitos alimentares
- Comorbilidades associadas

## Bibliografia

- Associação Portuguesa de Oostomizados (2016). Boletim anual, nº1.
- Gerasin, H. & Cross, RN(2011). Colostomy Guide. Clifton: United Ostomy Association of America.
- Gerasin, H. (2011). Colostomy guide. Northfield: United Ostomy Association of America.
- Hedstrom, F., Olsson, A.-O., Oerlem, B., Nyfstedt, H., Karlsson, T., Larsson, T. B. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stoma. *British Journal of Nursing*, 15(10), 554-562.
- Luzeno, F. (1998). Aspectos Psicológicos do Paciente Oostomizado. *Rev. Ulsalé / Coloplast*, 9:3.
- Miranda, L., & Oliveira, A. (2011). Dolor do Oostomizado e sua qualidade de vida. *Revista Brasileira de Oostomologia do Centro Hospitalar de São José, Alameda e São Duarte, Foz de Iguaçu*.
- Miranda, L. (2011). Projeto de Pesquisa de Oostomologia - Centro Hospitalar de São José, Alameda e São Duarte, Foz de Iguaçu.
- Miranda, L. (2013). A importância do contato de enfermagem de oostomologia na qualidade de vida do paciente oostomizado ou ostomizado. Dissertação de Mestrado. Universidade de São José, Alameda e São Duarte, Foz de Iguaçu.
- Nurses' Association of Ontario (2009). *Ostomy Care and Management*. Toronto, Canada. Registered Nurses Association of Ontario.



## 4. Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde para a Saúde para utentes


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
Escola Superior de Saúde  
**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

### Cuidados com a Ostomia

Para Utentes portadores de uma ostomia



Fevereiro de 2016

**Trabalho elaborado por:** Margarida Oliveira  
**Orientado por:** En.ª Adelaide Batista  
**Supervisionado por:** Prof.ª Dr.ª Manuel Brito

#### Enquadramento

- A palavra ostomia ou ostomia provém do grego, *stoma*, que significa boca, cujo a sua designação é determinada por qualquer abertura cirúrgica de uma visceral oca ao meio exterior (Bekkers *et al.*, 1996; Moblar *et al.*, 2008).
- A especialidade surgiu nos EUA, no final da década de 50;
- A estomaterapia surge com a intervenção de Norma Gill (operada por Rupert Tyeoldi em 1954);
- Ostomia** – resulta da intervenção cirúrgica e permite a comunicação entre um órgão interno e o meio exterior;
- Estoma** - porção de intestino que fica visível ao abdo



#### Etiologia da ostomia

- Massas benignas ou malignas (obstrução)
- Diverticulite
- Doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn e colite ulcerosa)
- Perfuração do intestino
- Fístulas (anáis, retovaginais e retouretrais)
- Doenças congénitas (doença de Hirschsprung, polipose adenomatosa)

#### Papel do Enfermeiro estomaterapeuta

- Enfermeiro estomaterapeuta intervém:**
  - Antes, e imediatamente após a construção do estoma, bem como no longo da vida da pessoa ostomizada.
- Enfermeiro estomaterapeuta:**
  - Marcação do estoma;
  - Presta cuidados ao estoma;
  - Promove o autocuidado;
  - Faz ensinios ao doente e prestador de cuidados;
  - Apoia emocionalmente a pessoa ostomizada, de quem se torna confidente;
  - Estabelece e mantém a ponte de ligação com todos os restantes elementos da equipa – médicos, enfermeiros (do internamento e centros de saúde), psicólogos e trabalhadores do serviço social.

#### Tipos de Ostomia

<b>Eliminação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intestinal</li> <li>Urinária</li> </ul>	<b>Respiração</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Traqueostomia</li> <li>Transtomaria</li> </ul>
--	---





**Alimentação**

- PEG
- PEJ



#### Ostomias de eliminação Intestinal



Ileostomia



Jejunostomia









Colostomia

#### Objetivos da Estomaterapia

- Motivar o ostomizado para o autocuidado;
- Envolver a família no processo;
- Promover a qualidade de vida do doente;
- Facilitar a adaptação ao processo de doença;
- Fornecer suporte emocional e informação;
- Desenvolver estratégias de resolução de problemas;
- Promover e partilhar experiências;
- Aumentar o autocontrolo, a autoeficácia, autoconfiança e autonomia do doente;
- Motivar a continuação dos projetos de vida.

#### Ensinios

- Material de ostomia
- Aplicação dos dispositivos
- Cuidados com o estoma e pele peri-estomal
- Dieta
- Sexualidade
- Exercício físico, trabalho e lazer
- Sexualidade
- Comparticipações e benefícios fiscais
- Recursos comunitários

## Material de ostomia

- Dispositivo de peça única (aberto ou fechado)
- Dispositivo de duas peças (aberto ou fechado)
- Sprays
- Anéis protetores
- Régua medidora do estoma
- Esponja natural
- Sabonete líquido de pH neutro
- Papel higiênico e lenço toalha suave
- Tesoura de pontas curvas
- Espelho que permita visualizar o estoma
- Saco para o lixo

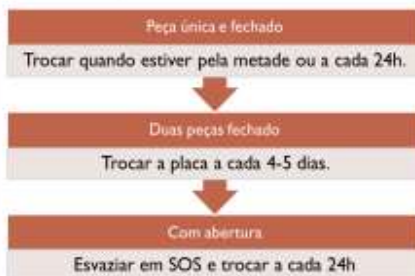


## Aplicação do Diapositivo

- Recortar o orifício exatamente do tamanho do estoma;
- Ajustar o rebordo inferior do orifício do saco ao bordo inferior do estoma e colar suavemente de baixo para cima;
- Com a mão aberta sobre o saco, pressionar ligeiramente durante alguns segundos;
- Certificar que o saco ficou bem colado e seguro, tocando ligeiramente;
- Lavar as mãos e guardar o material.

A casa de banho é o melhor local para cuidar da ostomia.

## Substituição do Diapositivo



## Dieta



- Alimentação variada e equilibrada que forneça proteínas, hidratos de carbono, gorduras, vitaminas, sais minerais, fibras e água necessários ao bom funcionamento do organismo.

Se o portador de uma ostomia não implica mudar a dieta habitual.

## Aplicação do Diapositivo

- Lavar as mãos;
- Preparar previamente todo o material que vai necessitar;
- Descolar o saco de cima para baixo, para evitar extravasamento. Com uma mão descolar cuidadosamente a placa e com outra segurar a pele em redor do estoma;
- Colocar o dispositivo usado no lixo;
- Lavar as mãos.



Trocar o dispositivo durante o banho é uma boa opção.

## Aplicação do Diapositivo



## Cuidados com o estoma e pele peri-estomal

- Limpar suavemente o estoma e a pele peri-estomal, com papel higiênico, para retirar o excesso de fezes;
- Sem esfregar, lavar o estoma e a pele;
- Secar bem o estoma e a pele, suavemente, sem friccionar;
- Aparar os pêlos, circundantes ao estoma, bem curtos com uma tesoura.

## Regras alimentares importantes



Deve: 6 refeições diárias, ingerindo pequenas quantidades de cada vez.

## Regras alimentares importantes



## Vestuário

- Não necessitam de mudar o guarda-roupa;
- Os cintos ou elásticos não devem ficar sobre o estoma, poderá ser necessário subi-los ou desce-los (ou usar suspensórios);
- Se não houver contra-indicação médica podem usar uma cinta.



## Sexualidade

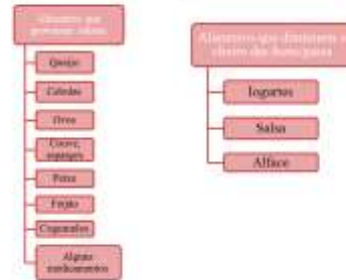
- As alterações na sexualidade quase nunca estão relacionadas, diretamente, com a cirurgia;
- Resultam do medo, ansiedade, vergonha;
- Existe roupa interior própria para ostomizados, elegante e discreta, que permite um contacto próximo com o parceiro;
- Podem utilizar sacos mais pequenos e mais discretos.

**A mulher ostomizada pode engravidar, não tem qualquer restrição.**

## Complicações

Imediatas	Tardias	Pele periestomal
• Descolação da satura mucocelular	• Prolapso	• Dermatite
• Injúria	• Estenose	• Eczema
• Necrose	• Fístula	• Desodorização
• Edema	• Irritação	• Eritema
• Infecção	• Fístula	• Ulceração
• Hemorragia	• Granuloma	• Perda parcial da pele
• Abscesso	• Odore	• Lesão proliferativa
• Retração		
• Celulite		

## Regras alimentares importantes



## Exercício físico, trabalho e lazer

- Dependendo do tipo de ocupação profissional, é aconselhável esperar até à 1ª consulta pós-operatória para considerar um regresso gradual ao trabalho;
- Podem praticar todo o tipo de desportos, exceto os violentos (privilegia-se a caminhada);
- Podem viajar desde que levem todo o material necessário e em número suficiente (Bolsa SOS).



## Comparticipações e benefícios fiscais

- reembolso de 90% do custo dos dispositivos (sacos e placas) se pertencer ao SNS e 100% se pertencer à ADSE, desde que entregue receita médica;
- Comparticipação de 90% no material de ostomia, desde que acompanhado de receita médica;
- Isenção de taxas moderadoras, sempre que utilizar os serviços de saúde públicos;
- Não utilização do custo de segurança nos veículos automóveis, se for vantajoso;
- Atribuição de um grau de incapacidade;
- Usufruir dos direitos dos deficientes nos estabelecimentos, nos WC's, nas filas do supermercado, etc.

## Complicações Imediatas



## Complicações Imediatas



## Complicações periostomal



## Complicações Tardias



## Bibliografia

- Associação Portuguesa de Oremização (2014). *Boletim anual*, nº1
- Green, M., & Green, B. (2011). *Colostomy/ileostomy Care*. United Ostomy Association of America.
- Green, M. (2011). *Colostomy/ileostomy Care*. United Ostomy Association of America.
- Hedberg, P., Olsson, A. G., Carlson, B., Kjellström, H., Karlsson, T., Larsson, T. B., (2006). *Wales of perineal skin disorders in patients with permanent ostomy*. *British Journal of Nursing*, 15(16), 951-952.
- Green, M. (1998). *Apresentação Periostoma do Paciente Oremizado*. São Paulo: Coloplast, S/A.
- Miranda, L., & Oliveira, A. (2011). *Uso de Oremização e educação em saúde*. São Paulo: Conselho de Extensão de Centro Hospitalar de São José, Maternidade de São José.
- Miranda, L. (2011). *Projeto de Curso de Extensão em Saúde – Centro Hospitalar de São José, Maternidade e São José*. São Paulo: Coloplast, S/A.
- Miranda, L. (2012). *A importância da educação em saúde em oremização no cuidado de vida do paciente oremizado em comunidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São José, Maternidade e São José, São Paulo.
- Ostomy Association of Canada (2009). *Ostomy Care and Management*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.



Chamo-me **Jéssica**, sou uma estudante universitária vulgar. Vou às aulas, estudo arduamente e ocasionalmente divirto-me. Levo uma vida completamente normal. E tenho uma ostomia.

[www.ostomy.org](http://www.ostomy.org)

## 5. Avaliação da sessão

### Questionário de Avaliação

**Sessão de Educação Para a Saúde sobre Cuidados com as Ostomias, apresentada por aluna do IPB no Mestrado de enfermagem Comunitária Ana Margarida Pereira Oliveira, a realizar estágio no C.S. de Macedo de Cavaleiros.**

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

É importante conhecer a sua opinião sobre a forma como decorreu a Sessão de Educação para a saúde. Por favor, assinale a resposta mais adequada a cada questão. Garantimos a confidencialidade da informação.

- 1. A sessão correspondeu às suas expectativas?** Sim  Não
- 2. A duração dos temas tratados foi:** Excessiva  Adequada  Curta
- 3. Assinale os aspetos que lhe pareceram mais positivos nesta sessão assim como aqueles que considera necessário melhorar:**

	Aspeto positivo	Aspeto a melhorar
Importância/aplicabilidade da sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metodologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conteúdos Programáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempenho do(s) Comunicador(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4. Apreciação final:** Insatisfação  Satisfação  Satisfação elevada

**Obrigado pela colaboração!**

## **Anexos – Questionário**

(Aplicado por entrevista direta)

Nº do questionário: \_\_\_\_\_

**I. Dados sociodemográficos**

**Por favor, preencha ou assinale com um (X) a sua resposta**

1) Sexo  Masculino (1)  Feminino (2)

2) Idade \_\_\_\_\_

3) Altura \_\_\_\_\_

4) Peso \_\_\_\_\_

5) Etnia

Afro-americana (1)  Indio-americana (2)  Asiática (3)  Negra (4)  Caucasiana (5)  Hispânica (6)  Outra (7) \_\_\_\_\_

6) Estado civil antes da cirurgia?

Solteiro (1)  Casado (2)  Divorciado (3)  Viúvo (4)  Separado (5)

7) Estado civil agora?

Solteiro (1)  Casado (2)  Divorciado (3)  Viúvo (4)  Separado (5)

8) Residência:  Urbano (1)  Semiurbano (2)  Rural (3)

9) Habilitações académicas:

Sabe ler e escrever (1)

1º Ciclo do ensino básico (2)

2º Ciclo do ensino básico (3)

3º Ciclo do ensino básico (4)

Ensino secundário (5)

Ensino superior (6)

10) Situação profissional:

Empregado (1)  Desempregado (2)  Reformado (3)  Baixa (4)  Nunca Trabalhou (5)

11) Profissão: \_\_\_\_\_

**II. Avaliação do nível socioeconómico (Escala de Graffar)**

**Em cada uma das questões assinale o item que mais se adequa à sua situação.**

**A profissão**

1)  Diretores de bancos, técnicos, licenciados, títulos universitários (1)

2)  Chefes administrativos ou de grandes empresas (2)

3)  Ajuvantes técnicos, desenhadores, caixeiros, oficiais de primeira, encarregados (3)

4)  Motoristas, policiaes, cozinheiros e outros (4)

5)  Jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza (5)

Descrição \_\_\_\_\_

**Rendimento familiar**

1)  A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida (1)

2)  Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados (2)

3)  Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo (3)

4)  Os rendimentos resultam de salários, remunerações por semana, horas, tarefas (4)

5)  A beneficência pública que sustenta o indivíduo ou a família (5)

6)  O rendimento mensal varia entre 500 a 700 euros ou é inferior.  Sim (1)  Não (2)

**Conforto e habitação**

1)  Casas ou andares luxuosos e muito grandes, máximo conforto (1)

2)  Casas ou andares sem serem luxuosos, mas espaçosos e confortáveis (2)

3)  Casas ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinhas e casas de banho (3)

4)  Categoria intermédia entre a 3 e a 5 (4)

5)  Alojamento impróprio para uma vida decente, barracas, excesso de lotação (5)

Descrição \_\_\_\_\_

**Aspetto do bairro habitado**

1)  Bairro residencial e elegante onde os valores dos terrenos são elevados (1)

2)  Bairro residencial bom, ruas largas, casas bem conservadas (2)

3)  Bairro em ruas comerciais ou estreitas ou antigas (3)

4)  Bairro de operários, populosos, mal arejados, próximo de fábricas (4)

5)  Bairros de lata (5)

Descrição \_\_\_\_\_

### III. Avaliação do nível cognitivo (Escala de Folstein)

- 1) Em que mês estamos? (mês do ano) \_\_\_\_\_
- 2) Em que dia estamos? (dia do mês) \_\_\_\_\_
- 3) Dia da semana? (3ª, 4ª..... Domingo) \_\_\_\_\_
- 4) Em que sitio nos encontramos? \_\_\_\_\_
- 5) Qual a sua direção? (Nome da rua e freguesia) \_\_\_\_\_
- 6) Que idade tem? \_\_\_\_\_
- 7) Qual a sua data de nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 8) Qual o seu nome? \_\_\_\_\_

0-2	Intato
3-4	Leve deterioração
4-6	Moderada deterioração
6-8	Grave deterioração

### IV. Avaliação da qualidade de vida do doente portador de uma ostomia ("Quality of life questionnaire for patients with an ostomy")

Para as seguintes questões, nas opções Não, Sim ou NA (Não se aplica) por favor assinale um (X) na que considerar apropriada.

	Não	Sim	NA
<b>Itens relacionados com o trabalho</b>			
1) Trabalha a tempo inteiro?			
2) Trabalha em tempo parcial?			
3) Está reformado?			
4) Tem o mesmo trabalho que tinha antes da ostomia?			
5) Se não tem o mesmo trabalho que tinha antes da ostomia, alterou devido à ostomia?			
<b>Apoio Social</b>			
6) Tem algum tipo de apoio social?			
7) Teve dificuldade em obter o apoio social?			
8) Teve dificuldade em justificar a manutenção do apoio social?			
9) Os custos totais com a ostomia são suportados pelo apoio social?			
10) Os custos totais com a ostomia são suportados apenas em parte pelo apoio social?			
<b>Atividade sexual</b>			
11) Era sexualmente ativo antes da ostomia?			
12) Reduziu a sua atividade sexual depois de ter uma ostomia?			
13) Está satisfeito com a sua atividade sexual?			
14) Se é homem, tem problemas na ereção ou na manutenção da mesma?			
<b>Suporte psicológico</b>			
15) Ficou deprimido após a ostomia?			
16) Teve ideias suicidas ou tentou concretizar o suicídio após a ostomia?			
17) Pertence a algum grupo de apoio ao ostomizado?			
18) Pertence a outro tipo de associação?			
19) Teve oportunidade de falar com algum ostomizado ou candidato a ostomizado?			
<b>Vestuário</b>			
20) A localização da ostomia causa-lhe problemas?			
21) Teve que alterar o estilo do seu vestuário devido à ostomia?			
<b>Alimentação</b>			
22) Reajustou a sua alimentação por causa da ostomia?			
23) Alterou a sua dieta para prevenir a emissão de gases em público?			

Para as seguintes questões, nas opções Meses, Anos ou Nunca, por favor assinale um (x) na que considerar apropriada.

	Meses	Anos	Nunca
24) Quanto tempo demorou a sentir-se confortável no autocuidado à sua ostomia?			
25) Quanto tempo demorou a sentir-se confortável com a sua alimentação?			
26) Quanto tempo demorou a ter apetite?			

Para as seguintes questões, nas opções Não, Sim ou NA (Não se aplica), por favor assinale um (x) na que considerar apropriada.

	Não	Sim	NA
<b>Grupo de alimentos</b>			
27) Evita bebidas com gás?			
28) Evita comer produtos derivados de leite?			
29) Evita comer frutos?			
30) Evita comer petiscos?			
31) Evita comer vegetais?			

As questões seguintes estão relacionadas com o cuidado à ostomia. Por favor escreva.

32) De um modo geral, quanto tempo (minutos) demora em média, por dia, a cuidar da sua ostomia? \_\_\_\_\_

33) Se usa um saco, diga o tipo e a marca? \_\_\_\_\_

34) Se usa saco e tem problemas com o mesmo, diga o tipo de problemas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gostaríamos de saber os efeitos negativos da presença de uma ostomia na sua qualidade de vida. Por favor, responda às seguintes questões baseando-se no momento atual. Faça um círculo no número de 0 a 10 que melhor descreve a sua experiência.

Relacionados com a sua ostomia, até que ponto são para si um problema?

35) Capacidade física

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

36) Fadiga

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

37) Problemas na pele peri-estomal

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

38) Distúrbios do sono

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

39) Dores

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

40) Gases

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

41) Odores

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

42) Obstipação

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

43) Diarreia

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

44) Extravasamento de líquido do saco

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

45) Bem-estar físico geral

Sem problema    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        Problema severo

46) Teve dificuldade para se adaptar à ostomia?

De modo algum    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        MUITÍSSIMO

47) Sente-se útil?

De modo algum    0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10        MUITÍSSIMO

48) Sente-se satisfeito ou feliz?													
De modo algum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo	
49) Sente-se embaraçado com a sua ostomia?													
De modo algum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremamente	
50) De um modo geral sente que tem uma boa qualidade de vida?													
Muito má	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente	
51) Qual a sua capacidade em recordar coisas?													
Muito má	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente	
52) Qual a sua dificuldade em olhar para a ostomia?													
Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremamente	
53) Quão difícil é para si cuidar da sua ostomia?													
Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremamente	
54) Sente que consegue autogerir a sua vida?													
Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente	
55) Quão satisfeito está com a sua aparência?													
Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremamente	
56) Qual o seu grau de ansiedade?													
Nulo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Severo	
57) Qual o grau de depressão que sente?													
Nulo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Severo	
58) Receia que a sua doença possa voltar?													
De modo algum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremamente	
59) Tem dificuldade em novos relacionamentos?													
De modo algum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremamente Difícil	
60) Qual a sobrecarga económica acarretada pelo seu estado de doença ou tratamentos?													
Nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extrema	
61) Quais as consequências negativas que a doença provocou no seu meio familiar?													
Nenhumas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremas	
62) Até que ponto a ostomia interfere com a sua capacidade de viajar?													
Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente	
63) Até que ponto a ostomia interfere com as relações interpessoais?													
Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente	
64) Até que ponto a sua ostomia implica isolamento?													
Nenhum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo	
65) O apoio dado pelos familiares e amigos é suficiente para satisfazer as suas necessidades?													
De modo algum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremamente	
66) A sua ostomia interfere nas suas atividades recreativas/desportivas?													
De modo algum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo	
67) A sua ostomia interfere nas suas atividades sociais?													
De modo algum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo	
68) A sua ostomia interfere com a sua capacidade em privar?													
De modo algum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo	

69) Tem privacidade suficiente no seu domicílio para cuidar da sua ostomia?

De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Total

70) Tem privacidade suficiente quando viaja para cuidar da sua ostomia?

De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Total

71) Qual o grau de incerteza quanto ao seu futuro?

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremo

72) Sente que existe uma razão para estar vivo?

De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo

73) Tem um sentimento de paz interior?

De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo

74) Sente-se otimista quanto ao futuro?

De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente

75) Obtém, com as orações ou meditação, suporte suficiente para satisfazer as suas necessidades espirituais?

De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

76) Obtém com as atividades religiosas suporte suficiente para satisfazer as suas necessidades espirituais?

De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

77) O facto de ter uma ostomia trouxe mudanças positivas à sua vida?

De modo algum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimas

#### V. Seguimento dos doentes na consulta de enfermagem de estomaterapia

1) Qual o tipo de ostomia?

Jejunostomia (1)  Ileostomia (2)  Colostomia (3)

2) Em relação ao tempo de permanência, a sua ostomia é?

Permanente (1)  Temporária (2)  Paliativa (3)

3) Qual a causa da sua ostomia?

Neoplasia (1)  Fístula (2)  Perfuração intestinal (3)  Diverticulite (4)  Doença Inflamatória Intestinal (5)  Outro (6) \_\_\_\_\_

4) Se a causa é neoplasia, especifique o tipo \_\_\_\_\_

5) Há quanto tempo (meses) tem a sua ostomia \_\_\_\_\_

6) Qual a data da cirurgia/ostomia \_\_\_\_\_

7) Grau de autonomia para o autocuidado

Independente (1)  Parcialmente dependente (2)  Totalmente dependente. (3) Porquê?  Por opção (1)  Por necessidade (2)

8) Nível de aceitação da ostomia

Rejeição (1)  Resignação (2)  Aceitação (3)

9) Consulta de enfermagem prévia à construção do estoma

Sim (1)  Não (2)

10) A sua cirurgia foi:

Urgência (1)  Programada (2)

11) Quantas consultas de enfermagem de estomaterapia frequentou até hoje?

1(1)  2(2)  3(3)  4(4)  >4(4) Quantas (5) \_\_\_\_\_

11.1) Data da 1ª consulta \_\_\_\_\_

12) Foi informado acerca da sua nova situação?

Sim (1)  Não (2)

12.1) Se sim, quem informou?

Médico Cirurgião (1)  Enfermeiros no Internamento (4)  
 Enfermeiro de estomaterapia (2)  Enfermeiros no Centro de Saúde (5)  
 Ambos (3)

12.1.1) Quando informaram?

Antes da cirurgia (1)  Na véspera da alta (3)  
 Depois da cirurgia (2)  Após a alta (4)

**13) Teve ou tem alguma complicação pós ostomia?**

Sim (1)  Não (2)

**13.1) Se sim, qual?**

Estenose (1)  Prolapso (2)  Dermatite (3)  Hérnia (4)  Retração (5)  outra (6) \_\_\_\_\_

**13.1.1.)  Aconteceu antes de frequentar a consulta de enfermagem de estomaterapia?**

**13.1.2.)  Aconteceu depois de frequentar a consulta de enfermagem de estomaterapia?**

**13.1.3.) Como foi resolvida a situação?**

Médico Cirurgião (1)  
 Enfermeiro de estomaterapia (2)  
 Ambos (3)

**Especifique** \_\_\_\_\_

**14) Foi-lhe marcado previamente o local de construção do estoma?**

Sim (1)  Não (2)

**14.1) Se sim, quem marcou?**

Médico Cirurgião (1)  
 Enfermeira de estomaterapia (2)  
 Ambos (3)

**14.2) Consegue visualizar o seu estoma?**

Sim (1)  Não (2)

**15) É você que cuida do seu estoma?**

Sim (1)  Não (2)

**15.1) Se não, porquê?** \_\_\_\_\_

**15.1.1) Quem cuida?** \_\_\_\_\_

**16) Usa ou já usou o irrigador?**

Sim (1)  Não (2)  Não se aplica

**16.1) Se sim, quem o informou acerca do uso?**

Médico Cirurgião (1)  Ambos (3)  
 Enfermeiro de estomaterapia (2)  Outro (4) \_\_\_\_\_

**16.1.1) O que melhorou após o uso?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17) O que mudou após começar a ser seguido na consulta de enfermagem de estomaterapia?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18) Acha importante ser seguido na consulta de enfermagem de estomaterapia?**

Sim (1)  Não (2)

**18.1) Se sim, porquê?** \_\_\_\_\_

**18.2) Se não, porquê?** \_\_\_\_\_

**19) Quando teve alta, o que foi mais difícil?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**19.1) Quem o ajudou ou ajuda?**

Médico Cirurgião (1)  Família (3)  Vizinhos (5)  
 Enfermeiro de estomaterapia (2)  Amigos (4)  Outros (6) \_\_\_\_\_

**19.2) Quanto tempo (meses) demorou a adaptar-se à sua nova situação?** \_\_\_\_\_

**20) Tem recebido algum tipo de apoio/cuidados dos enfermeiros do Centro de Saúde?**

Sim (1)  Não (2)

**20.1) Sim, que tipo de apoio?** \_\_\_\_\_

**20.2) Não** \_\_\_\_\_

**OBRIGADA PELA SUA PRECIOSA COLABORAÇÃO!**