

RESUMO

Sabendo-se, de acordo com a literatura, que a problemática das doenças oncológicas tem assumido cada vez maior relevância e preponderância nas necessidades dos doentes a nível mundial, e que o Cancro Colo-Rectal representa já uma dimensão significativa dentro desta problemática sendo inclusive a principal causa responsável pela realização de 70% das ostomias de eliminação intestinal. As dificuldades identificadas para estes doentes na literatura publicada, expressas pelo deficit de autocuidado inerente ao novo estado de saúde \ doença, pela alteração profunda da sua autoimagem e pela incerteza sobre o seu futuro, impõe aos enfermeiros a obrigação de possuírem competências que lhes permitam dar respostas efetivas a essa nova realidade, seja através da execução de autocuidados terapêuticos, seja pela capacitação dos doentes, seja inclusive nos aspetos relacionados com a gestão organizacional dos cuidados e dos espaços de cuidados.

O primeiro passo tomado no delineamento deste estágio passou pela avaliação do meu nível de competências, segundo a filosofia de Benner (2001). Em virtude dessa avaliação constatei a necessidade de procurar adquirir e desenvolver as minhas competências, fundamentais para o cuidar destes doentes na globalidade seu do percurso. Por tudo isto pareceu-me pertinente que este projeto de estágio focasse a atenção no *papel do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal*. Foram estabelecidos objetivos, definidos locais de ensino clínico e planeadas atividades de modo a procurar vivenciar realidades e experiências fundamentais para o desenvolvimento das competências clínicas comuns e específicas pretendido.

Como metodologia utilizei a pesquisa bibliográfica, os ensinamentos clínicos em locais especializados ou com vasta experiência na prestação de cuidados de Enfermagem a estes doentes, a prática reflexiva e a prestação de cuidados aos doentes integrados nas equipas numa perspetiva construtiva, nomeadamente propondo instrumentos e soluções alternativas que me pareceram viáveis na melhoria da qualidade dos cuidados de acordo com as competências que fui adquirindo. Em termos de enquadramento conceptual, o modelo teórico de enfermagem adotado ao longo deste percurso foi a *Teoria do défice de autocuidado de enfermagem* de Dorothea Orem (1985).

O trabalho desenvolvido nos vários locais de ensino clínico permitiu-me claramente adquirir \ desenvolver estas competências em diferentes contextos, relevantes para a

prática de cuidados especializados a estes doentes já que lhe possibilitam o desenvolvimento das suas capacidades de autocuidado, e me possibilitaram um conjunto de vivências muito abrangente e completo. Muitas das atividades desenvolvidas, pela sua pertinência, inovação e impacto positivo, extravasaram o exclusivo âmbito académico e constituíram-se como projetos institucionais efetivos ou como embriões de futuros projetos. Foi portanto um trabalho que me permitiu assim cumprir com o desígnio inicialmente proposto para este estágio e para a frequência no 2ºCMEPLEEMCO.

Palavras-chave: *Cancro Colo-Rectal; Ostomia de eliminação intestinal; Autocuidado.*

ABSTRACT

Knowing, according to the literature, that the problem of oncological diseases have assumed increasing relevancy and preponderance in the needs of patients worldwide, and the Colorectal Cancer is already a significant dimension within this problematic being also the main cause responsible for 70% of bowel elimination ostomies. The identified difficulties for these patients in the published literature, expressed by the self-care deficit inherent to the new health \ disease state, by deep changes in their self-image and uncertainty about their future, imposes the obligation to nurses possess the skills to give effective responses to this new reality, whether through the implementation of therapeutic self-care, either through training of patients, either in the aspects related to the organizational management of care and space care.

The first step taken in designing this stage was the evaluation of my skill level, according to Benner's philosophy (2001). Given this evaluation I noticed the need to acquire and develop my skills, fundamental to the care of these patients in the globality of their course. For all of this it seemed me appropriate that this stage project focus is attention in the role of specialist nurses on the promotion of self-care to oncology patients with bowel elimination ostomy. Objectives were established, clinical teaching stages defined and activities were planned in order to seek live realities and experience essential to the intended development of common and specific clinical skills.

As methodology used the bibliographic research, the clinical teaching at specialized sites or with extensive experience in providing nursing care to these patients, reflective practice and the provision of patient care integrated into teams in a constructive perspective, proposing instruments and alternative solutions that seemed me viable to

improve the quality of care according to the skills that I acquired. In terms of the conceptual framework along this route, the adopted was theoretical model is the Self-Care Deficit Nursing Theory by Dorothea Orem (1985).

The work developed along these clinical stages clearly allowed me to acquire \ develop these skills in different contexts, relevant to the practice of specialized care for these patients, since it will enable the development of their capacities for self-care, and allowed me a whole lot of very comprehensive and complete set of experiences. Many of the activities developed, by their relevance, innovation and positive impact, went beyond the exclusive academic and established themselves as effective institutional projects or as embryos of future projects. It was therefore a job that allowed me to comply with the plan originally proposed for this stage and to attend the 2nd CMEPLEEMCO.

Key words: *Colorectal cancer; Bowel elimination ostomy; Self-care.*

ABREVIATURAS

DP – Desvio padrão
ENF.º(a) – Enfermeiro(a)
M - Média
% - Percentagem

SIGLAS

2ºCMEPLEEMCO - 2º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de intervenção em enfermagem oncológica
CCR – Cancro Colo-Rectal
CE – Consulta de Estomaterapia
CHRL – Centro Hospitalar da Região de Lisboa
EPICO - Epidemiologia, investigação, cuidados em ostomia
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
GDH – Sistema de classificação de doentes em grupos de diagnósticos homogéneos
HCRL – Hospital Central da Região de Lisboa
HEORC – Hospital de Especialização em Oncologia da Região de Coimbra
HEORL – Hospital de Especialização em Oncologia da Região de Lisboa
HPGPRL – Hospital Público com Gestão Privada da Região de Lisboa
RNAO - Registered Nurses Association of Ontario
SCGI – Serviço de Cirurgia Geral I
SIECE - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem
UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos
WOCNS – Wound, Ostomy and Continence Nurses Society

INDICE

INTRODUÇÃO	8
CAPITULO 1	15
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
Modelo teórico	16
Incidência e etiologia de ostomias de eliminação intestinal.....	16
Caraterização da população com ostomias.....	17
Fatores ambientais predisponentes no desenvolvimento de cancro Colo-Rectal ..	18
Ostomias de eliminação intestinal	19
A atuação do enfermeiro especializado no percurso do doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal.....	20
CAPITULO 2	29
PERCURSO EFETUADO	29
Serviço de Cirurgia Geral I do Hospital Central da Região de Lisboa	29
Consulta de Estomaterapia do Hospital de Especialização em Oncologia da Região de Lisboa.....	42
Consulta de Estomaterapia e Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital Central da Região de Lisboa	51
Consultas de Estomaterapia do Hospital de Especialização em Oncologia da Região de Coimbra e do Hospital Público com Gestão Privada da Região de Lisboa.....	56
PERSPETIVAS FUTURAS	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	73
APÊNDICE A – Complicações dos doentes na Consulta de Estomatepia\Hospital de Especialização em Oncologia da Região de Lisboa	
APÊNDICE B - Página da Intranet – Imagens e Conteúdos (I)	
APÊNDICE C – Processo Eletrónico de Estomaterapia	
APÊNDICE D – Pedido de autorização para extração de dados estatísticos recolhidos através dos grupos de diagnósticos homogéneos	
APÊNDICE E – Evolução da autonomia no autocuidado de gestão do dispositivo e da ostomia (Serviço de Cirurgia Geral I)	
APÊNDICE F – Livro do ostomizado	
APÊNDICE G – Página da Intranet – Imagens e Conteúdos (II)	

INTRODUÇÃO

O cancro tem vindo a assumir proporções extremamente significativas em termos mundiais, representando já a segunda maior causa de mortalidade. Com base nas tendências demográficas, é previsto que a incidência anual de novos casos aumente quase 80% em todo o mundo ao longo das próximas duas décadas (Von Karsa, Lignini, Patnick, Lambert, & Sauvaget, 2010). Na Europa, o CCR é o mais diagnosticado e representa já a segunda causa mais comum de mortes por cancro. Em Portugal o CCR representa a segunda maior causa de cancro em ambos os sexos, com uma taxa de mortalidade estimada de aproximadamente 53%.

Sabe-se que o CCR não é a única causa que pode obrigar à realização de uma ostomia de eliminação intestinal, mas como é perceptível pelos dados expostos no “The Montreaux Study” (Marquis, Marrel, & Jambon, 2003) é seguramente a principal, sendo responsável por 70% dos casos analisados nesse estudo.

Para me ajudar a enquadrar conceptualmente os cuidados de Enfermagem, optei por adotar a *Teoria do défice de autocuidado de enfermagem* de Dorothea Orem (1985). Embora tenha dedicado alguma reflexão sobre as motivações desta escolha mais adiante, optei por sempre que se revelar pertinente, explicitar os conceitos específicos desta teoria integrados no documento, em respetiva nota de rodapé. Por uma questão de maior facilidade de leitura, doravante deverá subentender-se o termo “doente” como o doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal e \ ou os seus agentes de cuidar dependente e pessoas significativas.

A realização de ostomias de eliminação intestinais é uma realidade cujas primeiras descrições remontam ao ano de 1776 com a realização de uma cecostomia por Pillore de Rouen. Desde então, têm-se intensificado o número de intervenções, não apenas pelo desenvolvimento científico mas, como é perceptível pelos dados publicados, pelo aumento exponencial de casos de CCR verificado [(The Council of the European Union, 2003); (Quirke, Risio, Lambert, Karsa, & Vieth, 2011); (Ferlay, et al., 2010); (Marquis, et al., 2003)], e que tendencialmente aumentarão nos próximos anos em virtude do aumento de uma população mais envelhecida (Carone et al., 2005), dos hábitos alimentares associados a uma população em desenvolvimento, e da ausência de programas de rastreio efetivos (que estão ainda longe de atingir o seu potencial) [(Sequist, Zaslavsky, Colditz, & Ayanian, 2010); (Von Karsa, et al., 2010)]. Os custos

económicos associados, diretos e indiretos (DALY's¹), são enormes pelo que todas as estratégias adotadas devem contemplar também esta dimensão.

Em consequência deste aumento do número de doentes ostomizados começam a surgir e a ser identificados problemas e necessidades específicas destes doentes, muitas vezes geradoras de incapacidades no seu autocuidado², às quais a enfermagem tem procurado dar resposta dentro das suas unidades de competência³, com particular relevância desde o trabalho iniciado pela enfermeira Norma Gill, que levou ao desenvolvimento dos primeiros cursos de estomaterapia, e que teve continuidade no trabalho desenvolvido pelas diversas organizações internacionais ao longo dos anos seguintes. Existem inúmeras alterações que surgem ao longo do tempo e que influenciam as necessidades do doente com uma ostomia de eliminação intestinal, gerando incapacidades no seu autocuidado, nomeadamente o contínuo dimensionamento do estoma e o necessário reajuste do dispositivo de ostomia, a prevenção e o tratamento de complicações do estoma e da pele periestomal, a mudança do dispositivo de ostomia, o acesso a produtos de ostomia e a necessária assistência financeira, consulta dietética e apoio emocional (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). As consequências, e o impacto para o doente, documentadas ao longo dos anos são igualmente significativos, e ainda persistem, indicando assim uma necessidade de se reavaliarem as intervenções realizadas. Alguns estudos iniciais mostram-nos que a alteração na forma de eliminação imposta pelo estoma causa não apenas problemas físicos na gestão deste autocuidado, mas também problemas psicológicos e sociais [(Ewing, 1989); (Devlin, Plant, & Griffin, 1971); (Eardley, et al., 1976)]. Já em 1989 Ewing (1989, p. 411) afirmava que “frequentemente os doentes são inadequadamente preparados para saberem lidarem com o seu estoma, após a alta hospitalar”. Efetivamente os problemas abarcam todos os domínios, mas como nos refere Ewing (1989), citando Eardley *et al.* (1976), a gestão dos dispositivos de ostomia e todos os aspetos físicos relacionados, desempenham um papel central na forma como estas pessoas lidam com o seu estoma, e nos efeitos que produzem nos restantes domínios psicológico e social, seja no reassumir dos seus anteriores hábitos profissionais e sociais, seja na forma como lidam com os seus relacionamentos pessoais e familiares. Eardley *et al.* (1976) constataram que os doentes com maiores dificuldades em gerirem de forma proficiente os seus dispositivos

¹ DALY – *Disability-Adjusted Life Years*: Número de anos de vida perdidos devido a morte prematura e número de anos de produtividade perdidos por incapacidade e reforma prematura.

² **Autocuidado**: A produção de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o seu próprio funcionamento, no interesse da sua própria vida, funcionamento integrado e bem-estar. (Orem, 1985, p. 31)

³ **Unidade de competência**: Um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou papel da profissão; conjunto de competências afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo produtivo. (Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem, Dezembro de 2009, p. 12)

apresentavam sérias restrições sociais, de tal modo que nas recomendações produzidas referiram a necessidade destes doentes não terem alta hospitalar sem que essas competências fossem adquiridas. Um estudo realizado mais recentemente em Portugal, reafirma esta preocupação que persiste ao longo dos anos, assumindo como foco prioritário a definição de um plano de autocuidado para o doente ostomizado, executado antes da sua alta, e em que é essencial focalizar mais sobre a formação nos cuidados de manutenção ao estoma, cuidados esses vistos por esta autora numa perspetiva igualmente abrangente, e que englobam entre outros a mudança do dispositivo, higiene do estoma, cuidados e observação à pele periestomal, ou ainda uma observação cuidadosa das características do estoma (Morais I. , 2006). A tudo isto vemos ainda associadas profundas alterações ao nível das organizações verificadas nos últimos anos, com os períodos de internamento cada vez mais reduzidos, tornando obsoletos os tradicionais espaços de cuidados, e remetendo esta prestação para um espaço cada vez mais virtual (Forbes & While, 2009). A realidade revela-nos ainda que em várias instituições, como é o caso do Hospital onde exerço funções, o percurso que estes doentes percorrem dentro da instituição não é passível de ser pré-definido para uma maioria significativa destes, já que as situações de intervenção cirúrgica não programadas (aproximadamente 70%)⁴ são claramente superiores às programadas (aproximadamente 30%). Neste, como certamente na maioria dos hospitais centrais, com uma urgência aberta à rua, não é possível prever e programar a maioria destas intervenções de forma antecipada, condicionando seriamente todas as atuações de Enfermagem preconizadas para o período pré-operatório, e em particular as anteriores ao internamento como é o caso da consulta pré-operatória ou a marcação do estoma. Por outro lado, a complexidade, a co-morbilidade e as complicações associadas que surgem, condicionam o percurso destes doentes nas instituições. Estes são apenas alguns dos problemas de gestão da saúde que podem surgir a qualquer momento, sendo que os enfermeiros podem assumir um papel fundamental no cuidado a estes doentes (Brown & Randle, 2004). É portanto fundamental que se repense toda a filosofia de cuidados, e se reestruem os serviços prestados, avaliando as necessidades, planeando e intervindo de forma integrada, permitindo assim aproveitar as sinergias de todos os intervenientes para atingir um bem comum e o objetivo final particular que for definido por, e para, aquele doente.

Em Portugal porém a formação específica em estomaterapia é ainda relativamente recente, incipiente e pontual, e como é referido no estudo *EPICO* (Morais, et al., 2005),

⁴ Fonte: Dados fornecidos em Junho 2011 pelo Serviço de Diagnósticos Homogéneos do HCRL, relativos aos anos entre 2006 e 2010.

a inexistência ou insuficiência de uma rede de cuidados integrada em estomaterapia a nível nacional, não possibilita a adequada continuidade de cuidados após a alta hospitalar, o que predispõe para uma ainda maior insuficiência de respostas em cuidados de Enfermagem especializados nesta área de intervenção. Em todas as etapas, desde os cuidados intensivos à enfermaria de cirurgia, das consultas pré e pós-operatórias, aos cuidados de longa duração ou no domicílio, a promoção do autocuidado a um doente oncológico com uma ostomia de eliminação intestinal exige sempre uma adequada gestão de cuidados especializados, prestados por um enfermeiro especialista com conhecimentos avançados, experiência e habilidades clínicas que promovam a independência e a qualidade de vida para o doente, familiares e agentes de cuidar dependente (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). As necessidades de saúde da população fazem, cada vez mais, apelo a profissionais detentores de perícias teóricas, clínicas e de investigação. Devido às características particulares que um doente ostomizado apresenta, principalmente nas situações definitivas, os cuidados prestados assumem frequentemente uma perspetiva crónica, devendo ser especializados, contínuos e suportados por estruturas integradas [(Morais, et al., 2005); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009)]. Os enfermeiros especialistas têm assim, tal como demonstram as várias revisões de literatura e estudos com evidência, um papel fundamental e com resultados comprovados ao longo de todo o percurso do doente, desde a marcação do estoma, à gestão e aconselhamento sobre os dispositivos, à educação e capacitação para o autocuidado, até à prevenção e tratamento de complicações [(Registered Nurses' Association of Ontario, 2009); (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010)]

Refletindo sobre a minha experiência pessoal e institucional, reconheço que os 15 anos de experiência vivenciada, e refletida, numa Unidade de Cuidados Intensivos constituem, segundo a filosofia de Benner (2001), motivo para me considerar perito no referido contexto. E isso inclui especificamente os cuidados de Enfermagem a estes doentes, embora com assumida lacuna organizacional nos processos de assistência e capacitação o que se reflete naturalmente nas minhas competências. Ficou igualmente clara a necessidade de procurar obter noutros contextos de cuidados, experiências e vivências novas para mim, mas comuns no “percurso” global destes doentes; assim como a relevância de conjugar esses locais de ensino clínico com a possibilidade de simultaneamente procurar conhecer melhor as diferentes realidades da instituição onde trabalho, para no futuro poder vir a prestar cuidados verdadeiramente holísticos e integrados.

Considero porém que todos os processos que envolvam o cuidar de Enfermagem, e no caso deste projeto de formação em particular os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal ou ao seu agente de cuidar dependente e pessoas significativas, devem ser objeto de uma prática reflexiva, contextualizada, que permita o desenvolvimento de um conjunto efetivo de competências e simultaneamente promova uma melhoria contínua dos sistemas de enfermagem⁵ promotores do autocuidado, com o objetivo de potenciar a qualidade desses mesmos cuidados. Existem correntes de pensamento que consideram que cada um de nós possui - para além dos saberes que suportam as competências – os metacconhecimentos que nos permitem a condução autónoma da aprendizagem (Mègre, 1998). Grande parte da nossa prática diária faz-se efetivamente de momentos de autoformação. Há uma mobilização frequente dos *adquiridos experienciais* (Canário, 2003) que é necessário efetuar para dar uma resposta adequada e ajustada às pessoas que necessitam dos nossos cuidados, e isso traduz-se – quando refletido - na criação de novo conhecimento. Pensar sobre a nossa práxis devolve a quem “faz” a capacidade de “pensar” e criar conhecimento tal como preconizado por Canário (2003); o modo como este conhecimento surge, dá-lhe a enorme potencialidade de se traduzir numa verdadeira competência.

Considero que os contributos e evidência científica obtidos no decurso do 2ºCMEPLEEMCO, em conjugação com as vivências, o trabalho reflexivo e de pesquisa desenvolvido ao longo dos diversos ensinamentos clínicos, me permitiram consolidar experiências e desenvolver as competências clínicas especializadas previstas no SIECE, quer as de âmbito comum – previstas nos quatro domínios para todos os enfermeiros especialistas das várias áreas de atuação -, quer as específicas – relativas ao domínio específico de cada especialidade - que me propus atingir:

- *Cuida do doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, durante o processo de saúde\doença, na concretização dos seus requisitos de autocuidado:*

Descritivo:

Age como perito na prestação de cuidados especializados de enfermagem médico-cirúrgica ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, numa perspetiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção, e no contexto hospitalar.

⁵ **Sistemas de Enfermagem:** Séries e sequências de ações práticas deliberadas das enfermeiras desempenhadas, por vezes, em coordenação com as ações dos seus doentes para conhecer e satisfazer componentes das necessidades de autocuidado terapêutico dos seus doentes e para proteger e regular o desenvolvimento ou exercício da atividade de autocuidado dos doentes.

- *Assiste o doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, e seus agentes de cuidar dependente, nos processos de capacitação, que lhes permitam concretizar os seus requisitos de autocuidado:*

Descritivo:

Age como dinamizador da capacitação do doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, e seus agentes de cuidar dependente, na gestão da sua doença, numa perspetiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção, e no contexto hospitalar.

Face às competências propostas, considerei necessário definir objetivos que me permitissem cumprir esse desígnio, e que considero terem sido atingidos, nomeadamente:

Objetivos gerais

- *Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista.*
- *Adquirir competências específicas na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, e em particular nos cuidados de estomaterapia ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal.*
- *Desenvolver competências específicas na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, e em particular nos cuidados de estomaterapia ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal.*

Objetivos específicos

- *Caracterizar os cuidados de enfermagem, na área da estomaterapia, prestados ao doente oncológico, antes e após a realização da ostomia de eliminação intestinal, no contexto hospitalar.*
- *Fundamentar a prática clínica especializada ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal e pessoa significativa na mais recente evidência científica.*
- *Observar os cuidados de enfermagem promotores do autocuidado, prestados ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, noutras instituições hospitalares.*
- *Propor melhorias aos cuidados de enfermagem promotores do autocuidado ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, no HCRL.*

A escolha dos locais de ensino clínico enquadrou-se numa estratégia de vivência reflexiva de novas experiências que me permitissem alcançar os objetivos definidos, e assim adquirir e \ ou desenvolver as competências propostas. Considero que para atingir cada objetivo foi necessário a frequência de diferentes locais de ensino clínico.

Os objetivos do relatório são, para além de dar cumprimento formal a uma exigência processual de avaliação da unidade curricular “Estágio com relatório”, o de dar a conhecer ao leitor o percurso efetuado. Para isso optei por expor no Capítulo 1 o enquadramento conceptual com conteúdos pertinentes nesta temática, e cujo contributo creio é relevante para sustentar a análise e interpretação do percurso efetuado descrito no Capítulo 2. Optei por organizar o Capítulo 2 por locais de ensino clínico porque considero que assim se consegue obter uma descrição mais contextualizada mantendo um fio condutor coerente. Procurei estruturar as minhas reflexões e análises seguindo a filosofia preconizada por Schon [(1983); (1987)], mas mantendo-me igualmente fiel ao modelo conceptual de Dorothea Orem “que permite descrever e explicar as relações que têm de ser mantidas para que se produza enfermagem” (Taylor, 2004, p. 213), e com particular foco na sua *Teoria dos Sistemas de Enfermagem* (Orem, 1985). Este modelo de Orem preconiza que os sistemas de Enfermagem possam ser produzidos e pensados para doentes ou grupos de doentes que possuam necessidades de autocuidado terapêutico com componentes ou limitações similares, o que me parece adequado para a problemática destes doentes. Termino com algumas perspetivas futuras e considerações finais onde procuro sintetizar os principais pontos abordados, as competências desenvolvidas e projetos a desenvolver.

CAPÍTULO 1

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para facilitar a elaboração deste relatório, e de acordo com as próprias necessidades sentidas, considere fundamental abordar de forma clara mas concisa, aspetos relacionados com o mesmo (Modelo teórico, incidência e etiologia de ostomias de eliminação intestinal, caracterização da população com ostomias, fatores ambientais predisponentes para o desenvolvimento de CCR, necessidades e cuidados de Enfermagem ao doente oncológico ostomia de eliminação intestinal), até porque, no dizer de Polit e Hungler:

...as pessoas são curiosas por natureza. A curiosidade humana já levou a várias descobertas que nos auxiliam em nosso dia a dia. As Enfermeiras bem como os seus pacientes, hoje em dia beneficiam-se das perguntas feitas e respondidas por aquelas, desde os dias de Florence Nightingale. (Polit & Hungler, 1995, p. 6).

O quadro teórico ou quadro de referência segundo Fortin (1999, p. 27) “tem função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação”, ou neste caso às competências a adquirir e/ou a desenvolver. A elaboração do quadro teórico é também para a mesma autora, “uma generalização abstrata que situa o estudo no interior do contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo”, permitindo-nos assim, segundo a autora “clarificar e interiorizar os principais conceitos do problema em estudo” (Fortin, 1999, p. 93).

A pesquisa documental que tem por base a elaboração do enquadramento conceptual é essencial para uma melhor fundamentação do tema em estudo. Sendo uma etapa fundamental na exploração do domínio da investigação é também de acordo com Fortin (1999, p. 74), “um processo que consiste em fazer um inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação”, permitindo para Carmo e Ferreira (1998, p. 29), “selecionar, tratar e interpretar informação bruta existente em suportes estáveis (...) com vista a dela extrair algum sentido ”.

É com base nestes pressupostos, que após realizar uma revisão da literatura alargada, subdividi este capítulo em 6 partes, a fim de reunir de forma sistematizada conceitos e teorias que considere pertinentes e relevantes para o relatório e que pretendo que sejam clarificadores e importantes auxiliares na leitura do mesmo.

Modelo teórico

O modelo teórico de enfermagem adotado para enquadrar este projeto foi a *Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem* de Dorothea Orem (1985). Esta é uma teoria geral, composta de três teorias relacionadas

“*Teoria do autocuidado*, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a *Teoria do déficit de autocuidado*, que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a *Teoria dos sistemas de enfermagem*, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se produza enfermagem” (Taylor, 2004, p. 213).

A opção deve-se ao facto de esta teoria geral procurar valorizar a prática e a ação humana, intrínsecas ao conceito de enfermagem (i.e. practice discipline) (Orem, 1985, p. 26), focada no próprio ser humano e nos outros seres humanos que fazem parte do seu ambiente, enquanto objeto⁶ central da nossa atenção.

As premissas expressas por esta teoria (Orem, 1985) assentam na conceção de que os seres humanos pertencem a um grupo com relações estruturadas que interagem com o ambiente que os rodeia, de forma deliberada, no sentido de atingirem uma maturação e satisfação das suas necessidades de autocuidado. Esta atividade humana é exercida como cuidados por si ou pelos outros, identificando as necessidades e eventuais limitações. As limitações para agir nos cuidados por si, que envolvam ações de suporte de vida ou de regulação de funções, podem ser realizadas por outros seres humanos do seu grupo com tarefas ou responsabilidades definidas, como é o caso dos enfermeiros. As ações desenvolvidas deverão permitir suprir o déficit na correlação entre atuação de autocuidado \ necessidade de autocuidado, seja agindo pelo outro, seja ajudando-o na descoberta, desenvolvimento e transmissão de formas e meios de identificar essas necessidades, e de efetuar as ações necessárias para as concretizar. Foram estas premissas que serviram como princípios para a criação da *Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem*, e que me levaram a optar pela sua utilização neste percurso académico.

Incidência e etiologia de ostomias de eliminação intestinal

A informação disponível, seja em publicações científicas, seja através das autoridades oficiais, sobre a incidência ou a prevalência de ostomias de eliminação intestinal efetuadas, temporárias ou definitivas, é extremamente escassa. Dados de alguns estudos efetuados sobre a população dos Estados Unidos da América (Turnbull, 2006),

⁶ **Objeto:** É aquele em cuja direção da ação é dirigida por fornecedores, produtores de cuidados, os agentes de ação... O termo objeto não é usado no seu sentido comum de algo tangível que pode ser tocado. (Orem, 1985, p. 15)

estimam a existência naquele país de 400.000 a 800.000 ostomizados, e com uma perspectiva de crescimento anual na ordem dos 3%.

Segundo o “The Montreaux Study” (Marquis, et al., 2003) aplicado em 14 países europeus em 1993, do total de doentes ostomizados inquiridos, a maioria (66,5%) tinham uma colostomia e 16,4% uma ileostomia, o que representa uma maioria expressiva (82,9%) de ostomias de eliminação intestinal. Dados publicados nos Estados Unidos da América revelam um maior equilíbrio entre os diferentes tipos de ostomias de eliminação, com 36,1% de colostomias e 32,2% de ileostomias, mas mantendo uma maior prevalência (68,3%) de ostomias de eliminação intestinal (Turnbull, 2006). O “The Montreaux Study” (Marquis, et al., 2003) revela ainda que cerca de 70% dos doentes ostomizados tiveram como principal doença pré-existente um carcinoma. Efetivamente o cancro tem vindo a assumir uma relevância e um impacto muito significativos em toda a Europa. O Conselho da União Europeia emitiu em 2003 uma *Recomendação para o Rastreio do Cancro*, e as estimativas apresentadas nesse documento, com dados relativos a 2008, eram de cerca de 1.580.096 novos casos de cancro ocorridos no território da União Europeia (The Council of the European Union, 2003). Destes, cerca de 14% correspondiam a CCR, colocando este cancro no topo dos mais frequentes. Na Europa, o CCR é aliás o mais diagnosticado e a segunda causa mais comum de mortes por cancro, representando cerca de 436.000 casos de novas incidências e 212.000 mortes em 2008 (Quirke, et al., 2011). De acordo com dados da *Globocan 2008*, o CCR representa a segunda maior causa de cancro em ambos os sexos em Portugal (Ferlay, et al., 2010). Em 2006 o CCR ocupava o terceiro lugar em termos globais de incidência com 89,3 novos casos por 100.000 habitantes, e o segundo lugar de causas de cancro nos homens, mas representando já a segunda maior taxa de mortalidade associada com 47,7 casos por 100.000 habitantes (Ferlay, et al., 2007). Segundo as projeções da *Globocan 2008*, as estimativas de novos casos de CCR sobem de 6952 em 2008 para 7157 em 2010.

Caraterização da população com ostomias

A incidência de CCR geralmente é mais elevada em homens do que em mulheres e o risco da doença aumenta também com a idade (Ferlay, et al., 2010). Dados internacionais apontam para incidências similares nos doentes ostomizados, mais elevada nos homens, e em particular com uma idade superior a 61 anos [(Marquis, et al., 2003); (Maggard, Zingmond, O'Connell, & Ko, 2004)]. Dados publicados em 2005 pelo estudo *EPICO*, realizado em Portugal com uma amostra de conveniência de

associados da *Associação Portuguesa de Ostomizados*, corroboram os resultados já expressos noutros estudos, de que a população de doentes ostomizados é maioritariamente masculina (59%), e com uma média etária de 67 anos (Morais, et al., 2005). Este estudo permite-nos igualmente saber que 46% dos doentes ostomizados dependem potencialmente no seu autocuidado de um agente de cuidar dependente, maioritariamente do sexo feminino (80%) e com uma média etária inferior à do doente ostomizado (59 anos). São números muito elevados de dependência no autocuidado, que justificam a nossa atenção e carecem de intervenção para os reduzir.

Num relatório publicado recentemente (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, & Zentner, 2010), uma das citações mais alarmantes revela que os dados dos países de elevado rendimento - quase por unanimidade - demonstram que as pessoas socialmente mais desfavorecidas dentro desses países têm uma carga mais elevada de doenças crónicas do que os ricos, o que revela também assimetrias e desigualdades sociais profundas. A associação entre escolaridade e nível social é conhecida. O que o estudo *EPICO* também nos trouxe foi a revelação de que tanto ostomizado (40%) como agente de cuidar dependente (50%) têm um baixo nível de escolaridade, pelo que não é de estranhar o aparecimento mais acentuado de doenças crónicas e profundas alterações na capacidade de atuação de autocuidado efetiva destas pessoas, o que deverá condicionar a abordagem efetuada pelos enfermeiros relativamente aos requisitos de autocuidado⁷, nomeadamente nos aspetos relacionados com a enfermagem de apoio e educação, se quisermos atingir plenamente os objetivos propostos para o autocuidado.

Fatores ambientais predisponentes no desenvolvimento de cancro Colo-Rectal

A melhoria das condições de vida (alimentação, saúde, educação) associadas a um rápido desenvolvimento da medicina, verificadas nos países de elevados rendimentos nos quais Portugal ocupa a 40ª posição (United Nations, 2010), traduziu-se em alterações demográficas profundas, com o aumento da esperança média de vida à nascença, redução da mortalidade neonatal (INE, 2010), contribuindo dessa forma para um envelhecimento médio da população desses países, e um conseqüente aumento da co-morbilidade (Carone, et al., 2005). Todos estes fatores traduzir-se-ão, segundo as projeções emitidas neste mesmo relatório, por um aumento da idade média da população (Carone, et al., 2005), o que pode ajudar a compreender o aumento

⁷ **Requisitos de autocuidado:** É uma visão formulada e expressa sobre as ações a serem praticadas que são conhecidas ou postas em hipótese como sendo necessárias na regulação de um aspeto do funcionamento e do desenvolvimento humano, quer continuamente, quer sob condições ou circunstâncias específicas; são as razões pelas quais é praticado o autocuidado; expressam os objetivos do autocuidado. (Taylor, 2004, p. 213)

significativo do número de casos de cancro. Com base nas tendências demográficas, é previsto que a incidência anual de novos casos de CCR aumente quase 80% em todo o mundo ao longo das próximas duas décadas (Von Karsa, et al., 2010).

A exposição a agentes carcinogêneos e virais, falhas na replicação cromossômica ou alterações genéticas hereditárias, são algumas das possíveis causas de CCR. Parece também haver uma influência relevante dos fatores ambientais, ou de uma situação de doença neoplásica pré-existente, no desenvolvimento do CCR. A existência de uma incidência de CCR nos países desenvolvidos parece ainda estar relacionada com uma alimentação rica em gorduras animais, proteínas e hidratos de carbono refinados, que possuem um baixo teor de fibras, o que lentifica a passagem das fezes no Cólon e aumenta potencialmente o contacto de agentes carcinogêneos com a mucosa intestinal (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1995).

Ostomias de eliminação intestinal

A palavra estoma tem a sua origem etimológica na palavra grega “*stóma*”, e tem como sinónimo “*estômato*”, cujo significado é “*boca*” ou “*abertura*” (Lozano, 1998). O termo ostomia assenta então nesse sinónimo, e é usado para designar uma abertura artificial criada pela intervenção cirúrgica efetuada. No caso específico das ostomias de eliminação intestinal, referem-se concretamente à exteriorização de uma porção do intestino através da parede abdominal - preferencialmente através do músculo Reto - suturando-o à pele, com o objetivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal (Hurtado, Sáenz, & Velasco, 1994). A sua construção é determinada fundamentalmente pela necessidade de obter uma via alternativa para a drenagem de conteúdo fecal, quando se verifica a impossibilidade de defecar normalmente através do ânus (Osório, 1999).

Existem múltiplos motivos descritos na literatura para a realização de uma ostomia: traumatismos abdominais graves, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, Colite Isquémica, Polipose Adenomatosa Familiar, trauma, Megacólon, infeções perineais graves, síndromes oclusivos de etiologia não oncológica, doenças neurológicas e doenças oncológicas [(Belato, Pereira, Maruyama, & Oliveira, 2006); (Simões, 2002, p. 75); (Black, Matassarini-Jacobs, & Cosendey, 1996); (Sousa, Bocchini, & Habr-Gama, 1994)]. Para a maioria destes autores, e segundo os dados do “The Montreaux Study” (Marquis, et al., 2003), as doenças oncológicas representam contudo a principal causa para a realização de uma ostomia.

Na grande generalidade das situações observa-se a presença de apenas uma ostomia de eliminação intestinal. Existem contudo situações em que são fixados dois estomas à pele. Neste caso coexistem duas aberturas, uma no segmento aferente (Ileostomia ou Colostomia), e outra no eferente (Fistula mucosa). O segmento aferente mantém-se funcional, sendo que o eferente é apenas exteriorizado para a drenagem de líquido e muco entérico (Philippi & Arone, 2002). É uma das técnicas possíveis embora seja mais comum nas situações de trauma. A indicação para a sua realização pode ter diferentes causas: derivação do trânsito intestinal a eferente para proteção de suturas intestinais (ex.: colectomia) ou de segmentos intestinais com lesões (ex.: fistulas, perfurações), doenças inflamatórias em estágio controlável apenas por via cirúrgica (ex.: Colite ulcerosa, Doença de Crohn) ou doença neoplásica (ex.: Carcinoma de Cólon) [(Monahan & Aronovitch, 2007); (Hurtado, Sáenz, & Velasco, 1994); (Sousa, et al., 1994); (Sousa, Oliveira, & Santos, 2000); (United Ostomy Associations of America, 2011)].

A classificação das ostomias baseia-se numa combinação de diferentes eixos: Origem anatómica; Funcionalidade; Tipo de construção cirúrgica do estoma; Tempo de permanência; Continência.

A atuação do enfermeiro especializado no percurso do doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal

Fase pré-operatória

Orem (1985) preconiza que se deve aproveitar os momentos de execução de um autocuidado terapêutico para se iniciar o ensino e a capacitação do doente. A existência do acompanhamento e de uma atuação efetiva por um enfermeiro perito em estomaterapia ao longo de todo percurso do doente (antes, durante e após o internamento), é fortemente recomendado pelas principais organizações internacionais, e sustentado em níveis de elevada evidência científica por vários estudos [(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009); (Brown & Randle, 2004)]. Sendo um processo que se deve desencadear desde o primeiro momento de contacto com o doente, a realidade é que constatamos que esta é uma prática insipiente como nos demonstram alguns dados internacionais. Na Austrália, 34% de doentes não têm uma consulta pré-operatória de estomaterapia (Lynch, Hawkes, Steginga, Leggett, & Aitken, 2008).

O processo de capacitação de um doente ostomizado deve, de acordo com várias guidelines publicadas, implicar uma componente educacional no pré-operatório e no

pós-operatório, proporcionada por um enfermeiro especializado [(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009)].

A educação pré-operatória deve ser fornecida a todos os doentes que necessitem de realizar uma ostomia (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009).

A existência de uma consulta de estomaterapia no pré-operatório permite esclarecer as questões do doente, avaliar as suas competências e necessidades potenciais de desenvolvimento de autocuidado, abordar questões em torno de redes familiares e de apoio, o emprego, a imagem corporal e sexualidade; basicamente permite efetuar uma primeira abordagem a este novo estado de saúde \ doença, suas implicações, e ao planeamento de cuidados de saúde expectáveis face à evolução da doença oncológica (Baxter & Salter, 2000).

A participação do doente no processo de tomada de decisão é importante porque, como se comprovou numa revisão de literatura efetuada por Brown e Randle (2004), há evidência de que isso implica uma recuperação física mais rápida devido à perceção de controlo que o doente possui. A informação e apoio positivo disponibilizados pelos enfermeiros ajudam o doente a desenvolver autoconfiança, permitindo assim que este se envolva mais no seu autocuidado (Brown & Randle, 2004). Tanto os enfermeiros como o doente devem procurar desenvolver um plano de cuidados exequível, consensual e ajustado às necessidades de autocuidado do doente, e que se for de acordo com as expectativas do próprio doente, possa envolver os seus agentes de cuidar dependente e pessoas significativas [(Brown & Randle, 2004); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009);(Pittman, et al., 2008)].

As recomendações disponibilizadas nas guidelines da WOCNS e da RNAO indicam claramente qual a informação estratégica que deve ser tida em consideração a abordar nas intervenções educacionais no pré-operatório. Da compilação de ambas poderei nomear: anamnese e observação física do doente; avaliação psicossocial (aceitação da doença, alteração da imagem corporal, abordagem sobre as previsíveis adaptações ao estilo de vida, sexualidade e aspetos relacionados com a procriação); avaliação espiritual e das normas religiosas; breve discussão sobre a anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal; abordagem do procedimento cirúrgico; demonstração com os sistemas coletores de 1 e 2 peças [(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009)]. As guidelines recomendam igualmente que se proceda à marcação prévia do estoma, já que existe evidência de que esse procedimento, quando executado segundo os princípios adequados, reduz a incidência de complicações e melhora o autocuidado no período pós-operatório, o que

implica uma melhoria significativa na sua qualidade de vida [(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009)]. Num estudo de pesquisa de corte transversal, os autores descobriram que ter tido o local do estoma marcado no pré-operatório foi associado com menor dificuldade do doente em se ajustar a uma ostomia, e ter tido a educação pré-operatória sobre a ostomia foi associado com menor gravidade dos problemas de irritação da pele e fugas de efluente (Pittman, et al., 2008).

Um estudo de base populacional (Lynch, et al., 2008) levado a cabo na Austrália a doentes com CCR a quem foi realizada uma ostomia, e no qual se pretendeu conhecer quais eram as preocupações do doente, revelou que a disponibilização de informação pré-operatória foi abrangente, e a satisfação com a informação pré-operatória foi elevada. Para permitir algum contraditório, já que estas questões não são dogmáticas, alguns estudos revelem uma escassa evidência que suporte a necessidade de uma educação pré-operatória ou mesmo da marcação do estoma (Colwell & Gray, 2007). No entanto esses mesmos autores também nos transmitem que persiste um forte consenso entre os peritos clínicos que todos os doentes deveriam ter educação pré-operatória incluindo marcação do estoma. A opinião destes autores é de que dada a tendência atual para a diminuição da duração de permanência dos doentes com ostomia no hospital, a educação pré-operatória permite tempo adicional para preparar os doentes para a alta após a cirurgia; Por outro lado referem ainda que uma localização do estoma sobre uma superfície plana, longe de dobras e vincos, fará a adaptação do dispositivo ao estoma menos difícil para o doente, diminuindo complicações como a fuga de efluente e lesões periestomais. Numa tomada de posição conjunta da *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* e do *Colorectal Surgeon Committee Members*, declararam que tanto o cirurgião como o enfermeiro especializado em estomaterapia são perfeitamente competentes para proceder à marcação do estoma, e que esse deve ser um procedimento a adotar como regra (WOC Nurses and Colorectal Surgeon Committee Members, 2007).

Durante o internamento

É imperativo dar continuidade aos cuidados de Enfermagem de estomaterapia no imediato após a cirurgia. Preconiza-se a avaliação do estoma no pós-operatório imediato, assim como do estado do estoma e da pele periestomal a cada mudança do dispositivo, usando uma ferramenta de classificação validada para monitorizar complicações (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). Existem poucos instrumentos específicos validados, mas destacam-se a *The Ostomy Skin Tool* e o

SACS™ Instrument. As atuações de Enfermagem variam naturalmente consoante o tipo de complicação e de acordo com a particularidade do doente. Contudo o cuidado fundamental passa pela prevenção do aparecimento dessas complicações, que como já foi referido é fortemente influenciado no sentido positivo quando houve lugar à marcação prévia do estoma (se foi possível mantê-la no decurso da cirurgia). A mudança regular do sistema coletor permite uma avaliação tanto do estoma como da pele periestomal, mas a frequência com que deve ser executada não é ainda consensual. Numa pesquisa de corte transversal observou-se que em média os doentes mantinham o mesmo dispositivo 4,8 dias (M=5,01 dias nas Ileostomias; M=4,55 dias nas Colostomias) (Richbourg, Fellows, & Arroyave, 2008). A WOCNS (2010) recomenda na sua guideline que se deve manter o sistema coletor um mínimo de 3 dias e um máximo de 7, desde que este se mantenha funcional (retendo o odor e o efluente) e confortável. O que parece ser mais consensual é que o sistema coletor utilizado durante o internamento deverá ser transparente, para permitir aos enfermeiros a avaliação do estado da placa no rebordo periestomal (onde por ação do efluente se começa inicialmente a degradar); Um sistema coletor com sinais de degradação deve ser imediatamente substituído, para evitar a exposição da pele ao efluente.

A aplicação de produtos na pele periestomal é, por definição, muito restrita. A utilização incorreta de uma multiplicidade de soluções que, devido à sua natureza química, e em conjugação com os efluentes do estoma e da pele periestomal, podem ser absorvidos pelas placas (hidrocolóides) e potencialmente interagir com os componentes da própria placa é claramente desaconselhada, já que desta reação química, se libertam novos compostos potencialmente corrosivos para a pele (*Peristomal Moisture-Associated Dermatitis*) (Colwell, et al., 2011), originando complicações evitáveis.

Porém quando a prevenção falha, ou não é possível, é importante que tanto o doente, agentes de cuidar dependente e pessoas significativas saibam reconhecer as possíveis complicações que podem afetar o estoma e a pele periestomal. Os enfermeiros devem procurar educar e capacitá-los para o fazerem [(Registered Nurses' Association of Ontario, 2009); (Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007)]. Para melhor explicitar a relevância desta questão, podemos olhar para os dados publicados sobre as dificuldades os doentes após a alta. Herlufsen et.al. (2006) detetaram que 80% dos doentes com lesões na pele periestomal não procuraram ajuda de um profissional de saúde. Richbourg et.al. (2007) reportam percentagens menores (20%) de doentes com dificuldades mas que não deixam de ser igualmente significativas. Estes autores concluem que é importante que os doentes aprendam a reconhecer quais as

características normais do estoma e da pele periestomal, para que possam ter um padrão de comparação que lhes permita detetar precocemente eventuais complicações (Richbourg, et al., 2007). As complicações físicas habitualmente dividem-se em dois grupos: do estoma; e da pele periestomal (Colwell & Beitz, 2007). Embora se tenham realizado vários estudos ao longo dos anos, não existem dados sistematizados, ou meta-análises que permitam estimar com rigor e fidedignidade a incidências destas complicações, podendo variar entre 12% a 72% (Salvadalena, 2008). Alguns dos estudos realizados indicam-nos que aproximadamente 40-46% dos doentes com uma ostomia irão desenvolver uma ou mais complicação estomal ou periestomal [(Sung, Kwon, Jo, & Park, 2010); (Ratliff, 2010); (Herlufsen, et al., 2006)]. No entanto o que parece ser demonstrado e consensual é que efetivamente as complicações podem surgir tanto numa fase precoce como mais tardia [(Salvadalena, 2008);(Bosio, et al., 2007); (Butler, 2009); (Ratliff, 2010); (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002); (Kann, 2008); (Husain & Thomas, 2008)]. Salvadana (2008) concluiu, na revisão sistemática que efetuou, que as complicações mais reportadas foram a retração do estoma, hérnia, prolapso, lesões periestomais e necrose do estoma. Nesta revisão porém Salvadana agregou as lesões periestomais num único grupo, o que impede a sua avaliação individual. Herlufsen et. al. (2006) no estudo transversal realizado reportam que 77% das complicações encontradas eram lesões da pele periestomal, e especificam-nas como lesões erosivas, maceração, eritema e dermatite irritativa.

Algumas delas serão resultantes de ações ou omissões de causa humana por eventual deficit de conhecimentos sobre o autocuidado ou mesmo por deficit de autocuidado; outras serão mais imprevisíveis, com causas menos evitáveis, menos dependentes da prevenção ou do autocuidado propriamente ditos (Butler, 2009). Vários autores identificam que um Índice de Massa Corporal alterado aumenta o risco de aparecimento de complicações do estoma e da pele periestomal [(Arumugam, et al., 2003); (Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007); (Duchesne, et al., 2002); (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005)]. Arumugam *et al* (2003) realizaram um estudo prospetivo onde também identificaram que a Diabetes e as cirurgias de emergência são igualmente fatores de risco significativos no aumento do número de complicações. Também segundo vários autores, os doentes com Ileostomias apresentam percentagens mais elevadas de complicações do que os que têm uma Colostomia [(Herlufsen, et al., 2006); (Cottam, et al., 2007)].

Uma das atuações de Enfermagem mais significativas é a realização de uma adequada preparação do doente, agentes de cuidar dependente e pessoas significativas,

ensinando-lhes e capacitando-os pelo menos com um mínimo de habilidades específicas para as suas necessidades de autocuidado, antes da alta hospitalar (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). Este aspeto parece ser muito relevante como comprova o estudo publicado por Wu, Chau e Twinn (2007) que nos reportam que os indivíduos com uma maior autoeficácia nos cuidados à ostomia apresentaram maior índice de qualidade de vida saudável. O mesmo estudo revela que os fatores associados a uma menor autoeficácia nos cuidados à ostomia incluíam uma idade mais avançada, baixo nível educacional e uma acomodação expressa pela dependência de outros para executarem os seus próprios cuidados (Wu, et al., 2007), indo aliás de encontro a alguns dos achados do estudo *EPICO* já referenciado (Morais, et al., 2005). Contudo os períodos de internamento são cada vez menores, o que gera novos desafios aos enfermeiros, que se vêm confrontados com a necessidade de compatibilizar as necessidades dos doentes com as novas realidades institucionais. Um estudo publicado por Morais (2006) indica-nos que em termos médios foram necessários 3,4 dias para capacitação dos doentes no autocuidado (com um mínimo de 2 dias e um máximo de 5 dias). No entanto quando se procura analisar as recomendações das guidelines sobre esta matéria, constata-se que os tópicos a abordar \ atingir são, como se tem comprovado ao longo dos anos, demasiados para tão curto período de tempo. A RNAO recomenda um total de 18 tópicos e a WCONS 13 tópicos [(Registered Nurses' Association of Ontario, 2009); (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010)]. Da compilação das duas guidelines, numa tradução ajustada, resultam os seguintes tópicos: ensino sobre cuidados ao estoma e sobre anatomo-fisiologia do trato gastro-intestinal; executar pelo menos uma mudança completa dos sistemas coletores (com validação do procedimento); ser independente a despejar \ eliminar o sistema coletor (com validação do procedimento); aprender a ajustar o sistema coletor à dimensão do estoma; cuidados à pele; informação sobre aquisição e participação de sistemas coletores e acessórios; higiene e vestuário apropriado; informação dietética; medicação; complicações, resolução e controlo de sintomas; relações e atividades sociais; aspetos sobre a sexualidade e procriação.

Após a alta

A dificuldade em se conseguir cumprir um plano mínimo de capacitação dos doentes é reconhecida pelas diversas organizações. O estado cognitivo, psicológico e emocional dos doentes numa fase tão precoce nem sempre é propício e adequado para se conseguir cumprir um plano tão exaustivo, com a eficiência que se gostaria. A individualidade pessoal tem de ser respeitada. Há portanto todo um trabalho de

continuidade, ensino e validação de competências, que deve ser assegurado após a alta dos doentes. Muitos dos tópicos já referidos só serão abordados certamente quando as condições estiverem reunidas, seja por iniciativa dos profissionais de saúde, seja por iniciativa pessoal do doente.

Efetivamente muitas complicações e dificuldades só surgirão após a alta. Duchesne *et. al.* (2002) já haviam constatado que os doentes com ostomia intestinal que dispuseram de cuidados de Enfermagem especializados tiveram um efeito mais protetor contra as complicações do estoma ou da pele periestomal. O que sabe é que essas não são as únicas complicações possíveis. Numa pesquisa de corte transversal realizada sobre as dificuldades experienciadas pelos ostomizados após a alta hospitalar, os autores reportam que os doentes experienciaram também outras dificuldades como a fuga de efluente (62%), odor (59%), diminuição na participação em atividades que anteriormente apreciavam (54%) e depressão \ ansiedade (53%) (Richbourg, et al., 2007). O que este estudo também nos revela é que os doentes procuraram a ajuda de enfermeiros para as dificuldades relacionadas com o estoma, revelando-se mais satisfeitos quando eram enfermeiros especializados; para as dificuldades relacionadas com a saúde mental, sono e questões sexuais, optaram por recorrer a um médico.

Evidências de vários estudos revelam que as perturbações psicológicas predominam nas fases seguintes à criação de uma ostomia, resultando em comprometimento da autoestima e da imagem corporal, e diminuição da qualidade de vida [(Marquis, Marrel, & Jambon, 2003); (Wu, et al., 2007)], sendo que estes índices de qualidade de vida se mantêm estáveis durante quase um ano (Marquis, et al., 2003). As questões psicológicas são seguramente multifatoriais, mas existem já trabalhos publicados sobre esta problemática, muito associada aos sobreviventes de cancro. Sabendo-se a estreita ligação entre o CCR e as ostomias de eliminação intestinal, é relevante explorar o tema. Num artigo publicado em 2008, discute-se a prevalência, fatores de risco ou fatores associados, e o impacto nos efeitos físicos e psicológicos, a longo prazo e tardios, entre os sobreviventes de cancro (Stein, Syrjala, & Andrykowski, 2008). Alguns desses sintomas parecem surgir durante os tratamentos e podem persistir por um período que se prolongará muito para além do tratamento, assumindo uma perspectiva de longo prazo; outros porém serão mais tardios e só surgirão meses, ou mesmo anos mais tarde, tornando a sua correlação com o cancro mais difícil de perceber e de comprovar (Stein, et al., 2008). O que este artigo nos demonstra é que, ao contrário de uma crença de certo modo instalada, começa a surgir evidência mais forte sobre a relação entre o cancro, os tratamentos instituídos, e os efeitos físicos

e psicológicos, que se prolongam muito para além da fase de tratamento assumindo uma perspectiva de longa duração, ou que, assumindo uma perspectiva tardia, surgem muito depois do próprio tratamento mas numa fase precoce, face ao que seria um envelhecimento expectável para a sua idade. De facto, o que se parece comprovar é que alguns deficits específicos são mais prevalentes nos sobreviventes de cancro, do que noutros adultos sem qualquer história de cancro. O que alguns dos estudos citados no artigo apontam, genericamente, é para um aumento das limitações físicas e alterações psicológicas nos sobreviventes de cancro. Do ponto de vista físico, parece haver evidência de alterações limitativas negativas nas funções que impliquem esforço muscular e mobilidade. Do ponto de vista psicológico, os dados apontam para a existência de uma prevalência de alterações como depressão, ansiedade e stress pós-traumático, nos sobreviventes de cancro, embora os autores deste artigo manifestem que nestes casos nem sempre se avaliou se essas alterações já estariam presentes antes do diagnóstico (pré-morbilidade), o que pode enviesar os resultados obtidos. O relatório de Hewitt (*From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*) revela-nos que os sobreviventes de cancro têm uma prevalência ainda mais elevada de algumas doenças crónicas quando comparados com a população similar mas que nunca teve um diagnóstico de cancro (Hewitt, Greenfield, & Stovall, 2006). Isto significa que a abordagem a adotar pelos sistemas de saúde e pelos seus profissionais, na gestão da doença crónica, deve ter em particular atenção os sobreviventes de cancro, pelo risco acrescido em que este subgrupo específico da população incorre. A qualidade dos cuidados ao sobrevivente de cancro, segundo o referido relatório (Hewitt, et al., 2006), deve envolver o fornecimento de quatro componentes essenciais de cuidados (prevenção, vigilância, intervenção e coordenação) dentro de um sistema que facilite o acesso a cuidados que se pretende que sejam mais coordenados e compreensivos. Porém a autora constata a enorme dificuldade em fazer um *follow-up* adequado aos sobreviventes de cancro, após o final dos tratamentos, quer por fatores geográficos, que por limitações decorrentes da inexistência de instrumentos de vigilância e controle implementados no terreno (Hewitt, et al., 2006). Como Hewitt refere, o risco de se vir a desenvolver efeitos de longo prazo ou tardios, varia segundo o diagnóstico, tipo de tratamento recebido, a idade, suscetibilidade genética da pessoa, assim como devido a variáveis psicossociais e ambientais (Hewitt, et al., 2006). Contudo esta autora é igualmente perentória ao afirmar que essas variáveis, *per si*, não se constituem como um fator determinante e impositivo; há alguma evidência que

sugere que um aumento da atividade física após o diagnóstico melhora os níveis de funcionalidade a longo termo do sobrevivente de cancro.

O que a evidência disponível parece fortemente sugerir é de que um contínuo acompanhamento por um enfermeiro especializado melhora os efeitos psicológicos associados à ostomia, melhora a qualidade de vida, reduz a probabilidade de complicações [(Registered Nurses' Association of Ontario, 2009); (Richbourg, et al., 2007)], e reduz a frequência da mudança dos sistemas coletores (Bohnenkamp, McDonald, Lopez, Krupinski, & Blackett, 2004). Num estudo clínico aleatório realizado, foram efetuadas visitas domiciliárias a doentes com Ileostomia ou Colostomia recente entre o 2º e o 5º dia após a alta, e mensalmente até aos seis meses, enquanto o grupo de controlo recebeu apenas visitas ao três e seis meses (Addis, 2003). O autor reporta que os doentes que receberam seis visitas domiciliárias apresentavam índices de qualidade de vida relativos à saúde mais elevados, e níveis de independência significativamente superiores. Embora os requisitos de autocuidado do doente vão certamente evoluir e mudar ao longo do período pós-operatório, a importância do planeamento para a alta transmite cuidado e confiança na capacidade do doente para voltar para casa (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). Os enfermeiros devem assumir um papel neste planeamento, assegurando uma continuidade no suporte (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009), independentemente da modalidade adotada para o fazer.

CAPITULO 2

PERCURSO EFETUADO

A competência é uma questão fundamental para a disciplina de Enfermagem e para compreendermos o modo como encaramos a nossa formação. Nas palavras de Mègre:

“Possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser competente. A competência não é um estado ou um conhecimento possuído. Não se reduz nem a um saber, nem a um saber fazer. Para que haja competência é necessário que a pessoa saiba mobilizar conhecimentos ou capacidades, de forma pertinente e no momento oportuno, numa situação de trabalho (...) a inexistência de um esforço de construção de um campo específico de competência ao nível das práticas, leva-nos a correr o risco de deixarmos de existir como profissão.” (Mègre, 1998, pp. 9-14)

Eu vejo a competência como um saber-agir capaz não apenas de mobilizar mas também de *integrar* e *transferir* esses conhecimentos e capacidades, face a um contexto específico, dando-lhe um sentido próprio. É exatamente por todas estas razões que procurei planejar o estágio num conjunto de contextos com características adequadas e complementares, que me permitissem vivenciar práticas e experiências que no seu todo se constituíssem de uma forma o mais abrangente e relevante possível.

Para atingir os objetivos propostos, procurei desenvolver um conjunto de atividades, algumas delas comuns a mais do que um objetivo, procurando assim obter uma maior eficiência de recursos e um melhor aproveitamento dos tempos disponibilizados para o estágio nos diversos contextos de ensino clínico. Optei por procurar estruturar essas atividades recorrendo à estrutura orgânica definida por Orem na *Teoria dos sistemas de Enfermagem*, por considerar que esta é facilitadora para a estruturação e leitura dos conteúdos.

Serviço de Cirurgia Geral do HCRL

(De 4-10-2011 a 28-10-2011 - 94,5 horas)

O SCGI é o serviço de cirurgia do HCRL, e um dos três que compõem o CHRL. O CHRL é um dos 3 principais centros hospitalares de Lisboa, com um serviço de urgência geral, abrangendo em prestação direta mais de 400.000 habitantes e cerca de 1.000.000 como instituição de referência.

Os dados fornecidos pelo serviço de GDH do HCRL após pedido formal (ver Apêndice D), relativos ao período de 2006 a 2010 revelam-nos que 80,55% dos doentes oncológicos a que se realizou uma ostomia de eliminação intestinal estiveram internados no SCGI, contabilizando 64,61% da totalidade de dias de internamento destes doentes na instituição no decurso da realização cirúrgica da ostomia. É uma tipologia de serviço constituído por uma enfermaria e uma unidade de cuidados intermédios. A admissão dos doentes faz-se predominantemente através da urgência. Aproximadamente 71% destes doentes, entre 2006 e 2010, deram entrada pelo serviço de Urgência, numa situação aguda e requerendo intervenção cirúrgica urgente. Sabe-se também que 52,68% destes doentes necessitaram de internamento prévio na UCIC. A criticidade é bastante relevante para o prognóstico mas essencialmente na definição das estratégias comunicacionais a ter na abordagem destes doentes, se se pretender atingir resultados positivos na sua capacitação para o autocuidado. É igualmente significativa porque de acordo com Arumugam *et al.* (2003) as cirurgias de emergência são um fator de risco significativo no aumento do número de complicações.

Por tudo o que foi exposto, considereei que o SCGI representa um contexto hospitalar de internamento cirúrgico, com experiência de doentes oncológicos com ostomias de eliminação intestinal válido para o decurso do estágio, e muito relevante para a aquisição \ desenvolvimento de competências.

Objetivos específicos:

- *Caraterizar os cuidados de enfermagem, na área da estomaterapia, prestados ao doente oncológico, antes e após a realização da ostomia de eliminação intestinal, no contexto hospitalar.*

Na persecução destes objetivos desenvolvi um conjunto de atividades, que resumidamente se poderiam descrever: realização de duas reuniões com a enfermeira Chefe e a enfermeira Coordenadora para compreender a organização funcional do serviço, e para discussão de propostas de alteração organizativa; conversas com enfermeiros do serviço; revisão da literatura; criação e aplicação de Checklist de indicadores a contemplar na observação do processo de promoção do autocuidado ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal; consulta de normas, protocolos e manuais disponíveis no serviço; observação participativa na prestação de autocuidado terapêutico e capacitação dos doentes; reorganização dos materiais de prevenção e tratamento; fomento da articulação entre serviços.

Na descrição do ensino clínico que se segue descreverei então pormenorizadamente o percurso efetuado.

Sistema totalmente compensatório \ Sistema parcialmente compensatório
Execução de autocuidado terapêutico \ Compensação da incapacidade do doente em executar o autocuidado

A realização de uma ostomia de eliminação intestinal representa uma alteração profunda, com um impacto significativo na capacidade do doente em realizar o seu autocuidado. A necessidade de o doente desenvolver novas competências que permitam responder a esse novo estado de saúde, leva a que numa fase inicial sejam frequentemente os enfermeiros a executar esse autocuidado terapêutico, de modo a compensar o deficit de autocuidado por parte do doente.

Durante o estágio no SCGI estiveram internados 7 doentes oncológicos com ostomias de eliminação intestinal, realizadas no decurso desse internamento, e aos quais pude prestar cuidados de enfermagem especializados. Foi um grupo de doentes com uma idade média elevada (M=75,22 anos), relativamente equilibrado no género (4 homens e 3 mulheres) e no tipo de ostomia (4 colostomias e 3 ileostomias). Já em relação ao tipo de admissão, 85% corresponderam a situações programadas. Alguns dos doentes estiveram internados em múltiplos serviços, nomeadamente em cuidados intensivos, devido a complicações cirúrgicas pós-operatórias, essencialmente deiscências de anastomoses e re-intervenções cirúrgicas.

Como houve sempre em simultâneo vários doentes internados, considerei que seria mais adequado focar a minha atenção nos cuidados especializados, optando por não ficar responsável pela globalidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo pude obter maior disponibilidade temporal, permitindo-me despender mais tempo aos doentes sem necessidade de me dispersar por outras atividades. Esta estratégia tinha riscos em caso de rejeição por parte dos enfermeiros do serviço. Penso contudo que a abordagem implementada foi adequada e consegui passar a mensagem sobre qual o objetivo a alcançar, havendo uma aceitação muito boa por parte da equipa.

A grande maioria destes doentes (n=6) teve como já referido uma cirurgia programada. Nalguns dos casos estava claramente definida a necessidade da realização de uma ostomia, o que pressupõe a existência de um período de tempo prévio que pode e deve ser aproveitado pelos enfermeiros para iniciar o processo de aceitação pelo doente do novo estado de saúde \ doença, explicitar as suas implicações e o planeamento de cuidados de saúde expectável face à evolução da doença oncológica (Baxter & Salter,

2000). A educação pré-operatória deve ser fornecida a todos os doentes e famílias que necessitem de realizar uma ostomia (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009), no entanto a realidade encontrada neste contexto não vai de encontro a este padrão de qualidade dos cuidados de Enfermagem, pelo que não pude (neste contexto) experienciar essa atividade. No caso de outros doentes porém a necessidade de uma ostomia iria depender da observação efetuada durante a cirurgia, ou da evolução mais ou menos favorável desta. Para estes, a indefinição é muito similar a uma situação urgente não programada, que leva a que um doente seja operado de imediato, e quando acorda depara-se com uma alteração profunda no seu corpo, na sua autoimagem e na sua vida. É um facto que esta alteração profunda na forma de eliminação é potencialmente geradora de um deficit de autocuidado por parte do doente que leva os enfermeiros, nas palavras de Phaneuf, “ a interagir com eles, num primeiro nível, respondendo às suas necessidades do dia-a-dia” (2007, p. 1). No entanto esta autora refere que para providenciarmos ajuda, necessitamos de conhecer o seu potencial de adaptação, os seus mecanismos defensivos que poderão erigir face à doença, as suas repercussões e a ansiedade que poderão gerar. Moscovici (1993) refere-nos a este propósito que não obstante existir um discurso humanista das organizações, o que se observa, na verdade, é uma prática essencialmente mecanicista, quer do ponto de vista organizacional quer do ponto de vista das interações entre as pessoas. Phaneuf refere que efetivamente os enfermeiros têm vindo a atribuir à vertente técnica um grande destaque, “infelizmente relegando muitas vezes para segundo plano o trabalho relacional, também ele suscetível de ajudar as pessoas cuidadas” (Phaneuf, 2005). A conciliação do avanço científico e tecnológico com o mundo do indivíduo e da dignidade humana, bem como a satisfação das suas necessidades, parece ser o grande desafio das organizações de saúde atualmente (Souza, 1993). A resposta parece estar em procurar atingir um sentido de equilíbrio na relação de ajuda com os doentes, entre as tarefas de enfermagem que devem ser desempenhadas com competência e segurança, e o doente que estamos a cuidar (Morrison, 2001). Por tudo isto procurei estruturar as primeiras abordagens a estes doentes no sentido de os conhecer melhor e de me dar a conhecer. O estabelecimento de uma relação predominantemente empática é um primeiro passo fundamental para determinar as características individuais de personalidade de cada doente, as suas limitações físicas, e delinear as estratégias futuras de atuação. Constatei contudo algo que os vários anos de experiência já me haviam demonstrado; nas conversas iniciais com os doentes a expressão de sentimentos ou solicitações por parte destes não é

algo de imediato ou espontâneo. Como nos refere Lopes (2006), enfermeiro e doente são nesta fase ainda uns estranhos frente-a-frente, por isso é compreensível que os doentes assumam um conjunto de “técnicas de fuga” que lhes permitem ir lidando com a situação, enquanto os enfermeiros recorrem a algumas “técnicas de comunicação”, que lhes permitem “desempenhar um papel ativo, de tentativa de desvendamento do doente e família.”, e alcançar os seus objetivos de concretização de uma avaliação diagnóstica mínima.

Este primeiro contato com o doente serviu-me também para dar prossecução às recomendações consideradas elementares no pré-operatório [(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010); (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2009)], e que nestes casos não tinham sido efetuadas pelos outros enfermeiros, pelos motivos já expostos. Considero que esta abordagem inicial produziu bons resultados, tendo conseguido estabelecer um relacionamento muito profícuo e uma muito boa adesão ao processo de capacitação subsequente. Gostaria no entanto de ter podido iniciar este trabalho no pré-operatório, envolvendo desde o início o doente no processo de tomada de decisão, porque creio que seria ainda mais proficiente e tranquilizador para este, e tornaria a sua recuperação física mais rápida (Brown & Randle, 2004).

Mesmo procurando dar primazia à comunicação e à relação com o doente, não pude deixar de manter o foco da minha atenção igualmente nas necessidades físicas de autocuidado terapêutico dos doentes, nomeadamente o autocuidado ao estoma e à pele periestomal. Todos os doentes eram deficitários de conhecimentos e de competências nos aspetos de autocuidado relacionados com a eliminação imposta pela ostomia de eliminação intestinal, pelo que houve a necessidade inicial de ser eu próprio a executar esse mesmo autocuidado. Sabe-se que o momento de prestação física de cuidados interfere com a distância proxémica, o que se por um lado pode ser uma oportunidade que favorece as trocas entre enfermeiro e o doente cuidado, por outro também pode gerar um eventual desconforto pela “violação” da sua zona íntima \ pessoal, provocando neste uma reação de mal-estar, de afastamento, (Phaneuf, 2005). As condições físicas da enfermaria do SCGI não propiciam a adequada privacidade aos doentes, o que é gerador de potenciais constrangimentos pela exposição tanto do ponto de vista físico (odor libertado pelo sistema coletor aquando da troca) quanto pessoal (já que não permite a conversação em privado). Foi algo que tive em consideração, principalmente quando esse representou o primeiro contato com o doente. Uma das estratégias adoptadas passou pela utilização da sala de banho, após a higiene do doente o que, embora também tenha limitações físicas pelo reduzido

espaço e inadequação dos espelhos para visualização do estoma, sempre permitiu criar um ambiente mais privado para conversação, e onde o doente se pôde expor com maior facilidade. Não sendo o ideal, foi o possível de ser ajustado.

A avaliação do estoma e da pele periestomal permitem uma caracterização destes, nomeadamente das suas dimensões, forma, viabilidade da perfusão, tipificação de complicações, e deve-se sustentar numa ferramenta de classificação validada para monitorizar complicações (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). Dos dois instrumentos de avaliação de complicações validados noutros países (*The Ostomy Skin Tool* e o *SACS™ Instrument*) ainda nenhum havia sido validado para português no período deste ensino clínico. Ambos apresentam algumas lacunas na descrição das dimensões das lesões. Como naquela instituição não se instituiu a utilização de nenhuma ferramenta de classificação, e porque senti a necessidade de sistematizar esses registos, optei por adotar o *SACS™ Instrument* por ser aquele que, de acordo com os estudos já publicados, me pareceu de mais fácil utilização, tem uma georreferenciação por quadrantes interessante, a sua tradução técnica para português é simples e menos indutora de dúvidas, e permite facilmente colmatar através de um registo suplementar o aspeto lacunar resultante da não descrição da dimensão da lesão.

Efetivamente alguns doentes tinham já um período de internamento muito prolongado, pelo que a presença de algumas complicações era algo já presente. Resumiam-se a complicações da pele periestomal (dermatite de contato fundamentalmente) e fuga de efluente por dificuldade na adaptação do sistema coletor devido a essas mesmas lesões ou ao posicionamento inadequado do estoma em zonas de prega cutânea. As atuações que procurei implementar, foram no sentido de reduzir o índice de gravidade dessas lesões, e se possível eliminá-las, procurando proteger a pele recorrendo a protetores cutâneos disponíveis no serviço e ajustando o recorte ao estoma (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010). Num dos casos de fuga de efluente persistente houve inclusive necessidade de criar uma barreira protetora recorrendo a pasta modeladora e placas de hidrocolóide com efeitos muito positivos. Devo contudo manifestar alguma dificuldade em obter resultados mais rápidos nalgumas intervenções pela limitação decorrente da inexistência de alguns materiais específicos, como placas convexas ou cintos apropriados para placas. Seja nestes casos com complicações, seja nas restantes situações, a prevenção é o aspeto fulcral, e por isso procurei desde o primeiro momento incutir essa perspetiva tanto aos doentes como aos próprios enfermeiros. O recorte ajustado, como já referido, assim como a manutenção das

placas dos sistemas coletores segundo as recomendações internacionais (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010), permitem uma avaliação periódica do estoma e da pele periestomal, e previnem o aparecimento de complicações evitáveis. O que pude constatar é que os enfermeiros optam por não seguir um procedimento uniforme na mudança dos sistemas coletores mantendo-os mesmo quando apresentam sinais de degradação, desde que não apresentem fuga de efluente. Foi uma realidade que procurei alterar, procedendo à execução desse autocuidado terapêutico segundo a evidência, mas onde detetei dificuldades em conseguir fazer passar a mensagem para com os outros enfermeiros. Constatei também que, não obstante alguns estudos apontarem para tempos médios de permanência do sistema coletor de 4,8 dias (M=5,01 dias nas ileostomias; M=4,55 dias nas colostomias) (Richbourg, et al., 2008), esses tempos foram claramente inferiores nos doentes acamados, pelo que creio poder estar relacionado com a posição dorsal e o efeito cumulativo de efluente em redor do estoma. Observei que nestas situações a degradação da placa é mais rápida, e o aparecimento de dermatites de contato também surge mais rapidamente. A minha opção passou por uma observação mais apertada e uma mudança mais frequente dos sistemas coletores, com resultados empiricamente bons.

Sistema de apoio-educação

Ensino e regulação do desenvolvimento (com validação) da actividade de autocuidado

Orem (1985) preconiza que se deve aproveitar os momentos de execução de um autocuidado terapêutico para se iniciar a capacitação do doente (teaching). O que constato, pela minha experiência na instituição, e pelo que informalmente pude constatar no SCGI é que efetivamente os enfermeiros executam o autocuidado terapêutico ao doente, mas frequentemente não utilizaram esse contexto para proceder à capacitação do doente. Obviamente esta perceção resume-se aos momentos presenciados, e não corresponde a uma observação ou avaliação formal, mas serviu-me apenas como alerta pessoal para possíveis falhas no processo de capacitação destes doentes que pudessem vir a necessitar de um reforço e uma validação suplementares.

Sendo a capacitação do doente um ponto fulcral para o meu desenvolvimento de competências, senti uma dificuldade inicial por esse processo estar institucionalmente pouco organizado no momento em que decorreu o estágio, como comprovam os dados expostos mais à frente, o que me levou a procurar uma estratégia de registos e transmissão de informação baseada em instrumentos próprios elaborados

especificamente para este ensino clínico, dispares da linguagem CIPE em utilização no serviço. Isso permitiu-me igualmente compilar um conjunto de dados mais abrangentes, que incluíram uma anamnese e observação física do doente (Ex: limitações), uma abordagem psicossocial (Ex: aceitação da doença, alteração da imagem corporal, abordagem sobre as previsíveis adaptações ao estilo de vida, sexualidade) e uma avaliação espiritual e das normas religiosas [(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009)]. De acordo com o que consegui apurar, através da elaboração e aplicação de uma checklist para a capacitação do doente no autocuidado eliminação (“cuidados de gestão do dispositivo e da ostomia”) (ver Ilustração 3 do Apêndice C), construída tendo como base estudos prévios [(Ewing, 1989); (Morais I. , 2006)], foi de que a maioria dos doentes estavam completamente dependentes dos enfermeiros para a execução do seu autocuidado (ver Tabela 2 no Apêndice E), não obstante genericamente possuírem condições (físicas, psicológicas e cognitivas), e tempo de internamento suficiente para assim não ser. Logo nos primeiros dias de estágio adiámos a alta por mais um dia a 3 doentes – já com internamentos prolongados - porque existiam deficits significativos de conhecimentos e habilidades no autocuidado, Nestes casos o número de intervenções que havia tido oportunidade de realizar com eles era inferior a 3 intervenções, mas isso deveu-se à alta praticamente coincidente com o início do ensino clínico. Porém, dado o tempo anterior de internamento, torna a justificação para esta situação ocorrer menos aceitável, tendo sido um dos factos em análise posterior com a chefia de Enfermagem do serviço.

A minha perceção – e refiro perceção porque dadas as características do estágio não posso inferir - sobre a possível causa desta situação parece-me residir na maior facilidade em simplesmente executar os cuidados, pelo menor tempo que isso implica, face à maior disponibilidade inicial que é necessário ter para se realizar um processo de capacitação coerente e eficaz. As causas dessa menor disponibilidade é que podem ser várias, mas dado que o estágio decorreu numa fase em que existia um défice no rácio de enfermeiros, pode ter afetado o resultado da observação. O meu objetivo, junto dos enfermeiros, passou por procurar demonstrar que, não obstante no imediato se despender algum tempo para capacitar o doente, rapidamente este se pode tornar autónomo no autocuidado, o que permite atingir não apenas um dos principais objetivos dos cuidados de Enfermagem mas também um ganho de tempo extra para os enfermeiros poderem desempenhar outras atividades que não seria possível se estivessem ocupados a executar este autocuidado terapêutico. Naturalmente para mim

interessava-me conseguir que melhorassem o processo de capacitação dos doentes, mas por vezes as estratégias utilizadas devem ir ao encontro do que os outros mais valorizam. Demonstrando aos enfermeiros que se ganham tempos com este processo, consegui atingir esse objetivo. Parece-me igualmente que a mudança recente para um registo eletrónico de dados (SAPE) com uma linguagem diferente (CIPE), abandonando instrumentos anteriormente instituídos como o “*Guia de registo de ensino*”, foram alguns dos fatores que contribuíram para esta falha neste processo. Efetivamente julgo que o padrão CIPE adotado, e a forma como é utilizado criam lacunas nos registos que levam a falhas na continuidade dos cuidados; não fica visível (exceto por notas livres) qual a evolução do doente nos diferentes passos do processo de capacitação, logo não é possível retomar aqueles onde existem maiores deficits, ou mesmo validar competências noutros que se considerem como adquiridas. Este problema foi identificado e debatido com a enfermeira Chefe e com a enfermeira Coordenadora, analisadas as suas implicações, tendo sido consideradas como de risco para os doentes. A solução adotada passou por, no imediato, retomar o “*Guia de registo de ensino*” para se voltar a garantir um processo de capacitação fiável, não tendo havido mais registo de adiamentos de altas até ao final do ensino clínico por incapacidade do doente em realizar o seu autocuidado. A médio e longo prazo deverão repensar o padrão CIPE para que possam garantir a mesma eficiência e fiabilidade. Existem várias soluções para validação dos ensinamentos mas no decurso deste estágio optei por adotar os *Métodos de ajuda*⁸ de Orem (1985) por coerência conceptual, e por ausência de um padrão CIPE ajustado como já mencionei. A utilização destes classificadores no decurso do estágio, como definido no projeto, aplicados à checklist de capacitação do autocuidado eliminação permitiu-me estruturar a minha atividade ao longo do tempo, optando por uma estratégia diferente para cada etapa do processo de capacitação, consoante a evolução do doente ao longo do internamento. Como exemplo, isto permitia que numa mesma intervenção executasse (*Acting*⁹) pelo doente a mudança de placa, orientasse (*Guiding*¹⁰) a mudança do saco e supervisionasse (*Supporting*¹¹) o despejar do saco. Ao classificar as etapas está-se simultaneamente a avaliar, planear e redefinir qual a estratégia subsequente para cada uma delas. Como

⁸ **Helping methods:** Na perspetiva da enfermagem, um método de ajuda é uma série sequencial de ações que, se desempenhadas, irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas para empreender ações de regulação do seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou o dos seus dependentes. Acting; Teaching; Guiding; Supporting; Providing a developmental environment. (Orem, 1985)

⁹ **Acting** (Agir pelo outro): O enfº executa os cuidados físicos ao estoma, pelo doente

¹⁰ **Guiding** (Orientação): O doente assume a responsabilidade pelos cuidados físicos ao estoma, com o enfº fornecendo indicações.

¹¹ **Supporting** (Supervisão): O doente realiza os cuidados físicos ao estoma sem qualquer instrução do enfº.

já referi neste documento, não basta ensinar uma vez para se poder considerar que se foi eficaz no desenvolvimento de competências de autocuidado por parte do doente. Da observação inicial sobre os procedimentos instituídos, constatei que no último dia de internamento era entregue um “Kit” comercial fornecido gratuitamente à instituição e aos doentes, com um conjunto de produtos e acessórios úteis para o dia-a-dia do doente ostomizado. Pensando sobre essa prática ao longo dos primeiros dias de contato com estes doentes, refleti sobre as vantagens de entregar esse “Kit” logo no primeiro contato. Desta forma o doente pôde-se ir familiarizando com os produtos, manuseando-os, lendo os panfletos informativos. Isto potencia a reflexão pelo próprio, o surgimento de dúvidas e constatação de dificuldades, e permitiu-me encetar uma abordagem diferente. Entregando-lhes placas para marcarem o rebordo e treinarem o recorte calmamente, sem a pressão inerente à exposição de um estoma desprotegido ou com um sistema coletor com necessidade de ser trocado rapidamente, revelou-se uma estratégia mais adequada. Creio que esta opção, discutida com a enfermeira Coordenadora foi profícua e permitiu obter bons resultados na capacitação dos doentes. Mas como em todos os processos de ensino e capacitação, é fundamental a validação das etapas já iniciadas. Só assim poderemos regular efetivamente o desenvolvimento da atividade de autocuidado. A vantagem é permitir assim uma capacitação faseada, sustentada, que retoma o ponto onde parou na intervenção anterior, sem repetições ou omissões indesejáveis. Na primeira avaliação efetuada, os doentes apresentaram um grau muito reduzido de autonomia nos vários indicadores de autocuidado; após as intervenções que efetuei, conseguiu-se aumentar significativamente a sua autonomia no autocuidado em 4 destes doentes. Nos restantes 3 casos, 1 teve uma admissão próxima do final do estágio pelo que não pude dar continuidade aos cuidados, outro foi re-operado e internado na UCIC e o terceiro apresentava uma relutância persistente em se autocuidar por dificuldade em lidar com essa alteração na autoimagem [(Marquis, et al., 2003); (Wu, et al., 2007)], pela avançada idade (89 anos) e as limitações físicas de visão e coordenação motora que, como comprova um estudo realizado, são fatores de menor autoeficácia nos cuidados à ostomia (Wu, et al., 2007). Pareceu-me igualmente haver uma acomodação da doente, expressa pela dependência de outros para executarem os seus próprios cuidados (Wu, et al., 2007), situação continuamente potenciada pela família. Concomitantemente estava diagnosticado um processo de metastização hepática com prognóstico muito reservado, sendo expectável que nos meses subsequentes houvesse agravamento significativo do estado de saúde, e uma eventual necessidade

de autocuidado por parte das pessoas significativas. Optei assim por capacitar os familiares, aproveitando essa aparente disponibilidade, tendo inclusive promovido uma visita ao serviço de Consultas Externas para sua familiarização com o espaço e com os profissionais que previsivelmente fariam o acompanhamento futuro em ambulatório, com resultados muito satisfatórios expressos pelos próprios. Considero que a adoção dos “Métodos de Ajuda” (Orem, 1985) foi uma opção viável com resultados muito bons, a repensar como opção de futuro, necessariamente enquadrada num padrão CIPE institucionalmente comum, sendo essa obviamente uma decisão da própria instituição. Outros dos aspetos relevantes no processo de capacitação e preparação para a alta destes doentes, passa pela supressão de deficits de conhecimento, em concordância com as recomendações internacionalmente aceites e já devidamente expressas anteriormente, nomeadamente informação sobre aquisição e comparticipação de sistemas coletores e acessórios; higiene e vestuário apropriado; informação dietética; medicação; complicações, resolução e controlo de sintomas; relações e atividades sociais; aspetos sobre a sexualidade [(Registered Nurses’ Association of Ontario, 2009); (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010)]. Esta foi uma área onde particularmente senti algum receio de poder ficar menos consolidada, pela dificuldade em se conseguir de forma objetiva avaliar a aquisição destes conhecimentos pelo doente, pelo reduzido período de tempo que representaram alguns dos internamentos, e essencialmente pelo elevado volume de assuntos a abordar numa fase muito precoce para o doente. Destes 7 doentes intervencionados no SCGI, pude posteriormente voltar a observar 3 na Consulta de Estomaterapia, com períodos de pós-alta variáveis entre 5 dias e 15 dias, e constatei a ausência de complicações físicas do estoma e da pele periestomal, assim como uma aparente boa integração social e capacidade de resolver as questões logísticas relativas à aquisição de dispositivos e material de prevenção e tratamento. Mantenho contudo a sensação de que o tempo de internamento é curto para uma abordagem educacional efetiva e eficiente, devendo-se por isso, na minha opinião procurar iniciar logo no primeiro contato pré-operatório este processo, proporcionada por um enfermeiro especializado, de acordo aliás com o preconizado por algumas guidelines [(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010); (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2009)].

Organização

Gestão integrada dos cuidados entre serviços do HCRL

No decorrer do estágio pude observar que existe uma comunicação deficitária de informação de saúde específica sobre a ostomia de eliminação intestinal, entre serviços do HCRL, nomeadamente no processo de transferência dos doentes entre serviços. Dos 3 doentes que tiveram alta durante o período de estágio, em nenhum dos casos houve a iniciativa de articulação entre serviço de internamento e consultas com vista à continuidade dos cuidados. É um processo que pode ser mais ou menos complexo, mas as soluções disponíveis (telefone, mail, correio interno) são múltiplas. A ausência de articulação entre serviços do HCRL promove a descontinuidade de cuidados, potencia o risco de falhas, e impede um planeamento eficiente da gestão da atividade nas Consultas Externas, nomeadamente da Consulta de Estomaterapia. A solução que adotei passou pela comunicação direta com as enfermeiras da Consulta de Estomaterapia, embora reconheça que este procedimento foi facilitado pelo conhecimento da orgânica interna, e pelo facto de pertencer à própria instituição. Os problemas que bloqueiam habitualmente esta comunicação são de natureza privada da instituição pelo que não poderia, nem pretendia, misturar ainda mais os meus papéis enquanto estagiário e funcionário. O importante é que a solução que encontrei foi simples, sem custos, e eficiente relativamente aos objetivos pretendidos, e pode facilmente ser adotada caso o entendam.

Outro aspeto relevante, essencialmente do ponto de vista ético, passa pela disponibilização de dispositivos de uma única marca (independentemente qual seja a escolhida). Este facto condiciona à partida as opções do doente, e coloca-o perante um facto consumado, que com o passar do tempo induz habituação e maior resistência à mudança futuramente, caso haja necessidade de reajustar o dispositivo. Relativamente aos produtos adquiridos pelo HCRL para a prestação de cuidados, são incompletos para atuação em situações muito concretas onde existem necessidades específicas. Dou o exemplo das placas convexas ou dos cintos para placas, que não sendo adquiridos, nos limitam quando existe a necessidade de aplicar esses dispositivos como acontece frequentemente nas ostomias planas ou em algumas ileostomias. As consequências observadas no local, e descritas na bibliografia, são o aparecimento e agravamento de complicações periestomais, com lesão cutânea e dificuldade no ajuste do dispositivo à pele. Por outro lado, a inexistência de produtos de tratamento (Ex: Pó cicatrizante) reduz as possibilidades de uma intervenção eficaz e prolonga \ agrava as complicações. Durante o estágio constatei a existência no SCGI de produtos

(amostras) de outras marcas, dispersos pelos vários locais de armazenamento, aos quais se recorria ocasionalmente quando se pretendia um produto específico, embora com uma dificuldade decorrente da pouca logística com que estavam acomodados. Em conversação com a enfermeira especialista acordou-se em centralizar num único espaço, todas as amostras, o que permitia uma gestão mais eficiente dos materiais e poupança nos tempos de procura. Também foi tomada a iniciativa de contatar os laboratórios para fornecerem regularmente amostras, o que permite não apenas colmatar algumas faltas específicas de materiais, como permite igualmente oferecer aos doentes diferentes alternativas, não condicionadas por uma marca pré-selecionada.

Gestão integrada dos cuidados entre instituições de saúde

Um dos principais problemas que se nos coloca é a articulação entre instituições (Hospitais, ACES, privados). Sem uma articulação efetiva não creio que se possa falar de cuidados integrados, nem de cuidados centrados no doente. Neste caso a opção pelos registos eletrónicos é uma decisão supra institucional pelo que não será analisada. Contudo, e naquilo que depende da decisão local, poderemos considerar outras opções que permitam dar uma resposta a uma necessária integração. Os exemplos noutras áreas podem em meu entender ser um modelo a considerar. A utilização de um “Boletim da grávida” é um exemplo consolidado de sucesso, que deveríamos ponderar adotar para o doente ostomizado. Poderíamos proceder ao registo de um conjunto seletivo de informação técnica pertinente para os profissionais de saúde, possibilitando-lhes assim de forma rápida e eficiente inteirar-se da situação do doente, avaliar e registar atuações. Um boletim do doente ostomizado que seja entregue ao doente, e que o deve acompanhar à semelhança do cartão de utente. Esta opção permite ainda dar uma cobertura total à transmissão de informação, já parcialmente assegurada com a eventual adaptação do padrão CIPE, respondendo assim plenamente à recomendação nº24 da RNAO (“*A mechanism must be in place for the transfer of information between care settings to facilitate continued education and clinical support of the client*”) (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2009). Em anexo (Apêndice F) está um modelo de projeto proposto para aprovação e a aguardar decisão institucional superior.

Consulta de Estomaterapia do HEORL
(De 29-10-2011 a 13-12-2011 - 168 horas)

A Consulta de Estomaterapia (CE\HEORL) do HEORL é um serviço de referência a nível nacional na prestação de cuidados de Enfermagem de estomaterapia a doentes oncológicos com ostomias de eliminação intestinal, e faz parte de uma instituição especializada em doentes oncológicos, creditada pela *Organization of European Cancer Institutes (OECI)*, como *Clinical Cancer Centre*.

Segundo os dados de 2010 fornecidos pelas enfermeiras desta CE\HEORL, foram realizadas nesta instituição 222 novas ostomias de eliminação intestinal, e procedeu-se ao encerramento de 122. Todos estes doentes foram assistidos na CE\HEORL, conjuntamente com outros já acompanhados habitualmente, num total de 261 doentes ativos durante esse período temporal. A esmagadora maioria dos novos doentes ostomizados (n=200; 90%) em 2010 realizou uma intervenção cirúrgica programada, e 40% dos doentes (n=90) tiveram uma consulta de estomaterapia pré-operatória. Embora a percentagem de doentes sem consulta pré-operatória seja ainda elevada em comparação com outros países [Ex.: Austrália:34% (Lynch, et al., 2008)], denota uma tendência de inversão no sentido positivo face às práticas habituais. Os dados revelam-nos ainda a existência de um número significativo (n=107) de situações com complicações físicas. As características oncológicas específicas deste local de estágio, o facto de os doentes terem maioritariamente uma cirurgia programada e uma percentagem de consulta pré-operatória significativa, foram particularmente relevantes na ponderação da escolha, já que me permitiam vivenciar um contexto de cuidados hospitalar exclusivamente oncológico, em tudo diferente da minha experiência profissional e de alguns dos outros contextos seleccionados. Já relativamente aos doentes a realizar a técnica de irrigação para obtenção de continência, os números são reduzidos, o que em meu entender justificou a escolha de outros locais de estágio para colmatar esta lacuna.

Por tudo o que foi exposto, considereei que a CE\HEORL representa um contexto hospitalar, com experiência de doentes oncológicos com ostomias de eliminação intestinal válido para o decurso do ensino clínico, e muito relevante para a aquisição \ desenvolvimento de competências.

Objetivos específicos:

- *Caraterizar os cuidados de enfermagem especializados, na área da estomaterapia, prestados ao doente oncológico, antes e após a realização da*

ostomia de eliminação intestinal, no contexto hospitalar.

- *Observar os cuidados de enfermagem promotores do autocuidado, prestados ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, noutras instituições hospitalares.*

Na persecução destes objetivos desenvolvi um conjunto de atividades, que resumidamente se poderiam descrever: realização de visitas às instalações; realização de uma reunião com os enfermeiros para compreender a organização funcional do serviço; conversas com enfermeiros do serviço; revisão da literatura; consulta de normas, protocolos e manuais disponíveis no serviço; observação participativa na prestação de autocuidado terapêutico e capacitação dos doentes; desenvolvimento de aplicação informática para registo e consulta de processo de estomaterapia.

Na descrição do ensino clínico que se segue descreverei então pormenorizadamente o percurso efetuado.

Sistema totalmente compensatório \ Sistema parcialmente compensatório

Execução de autocuidado terapêutico \ Compensação da incapacidade do doente em executar o autocuidado

No decurso do estágio na CE\HEORL, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a 86 doentes oncológicos com ostomia de eliminação intestinal, num total de 121 consultas de estomaterapia. Durante essas interações foram diagnosticadas 40 complicações físicas do estoma e da pele periestomal em 34 doentes (39,5%). Destas, 84,62% surgiram em doentes com Colostomias e 15,38% com Ileostomias, o que parece apontar no sentido oposto de estudos publicados [(Herlufsen, et al., 2006); (Cottam, et al., 2007)]. As complicações mais frequentes foram, numa fase inicial (até 6 meses) as dermatites (Salvadalena, 2008), e mais tardiamente (após 1 ano) os granulomas e os prolapsos [(Barr, 2004); (Shellito, 1998)] (ver Gráfico 1 no Apêndice A), em consonância com dados publicados em estudos anteriores. Há contudo um conjunto mais vasto de complicações diagnosticadas (ver Tabela 1 no Apêndice A)

A alta hospitalar parece ser frequentemente precoce, e os tempos de internamento observados claramente curtos, a julgar pela percepção tida durante o estágio relativamente à primeira consulta de pós-operatório destes doentes, o que a meu ver pode estar a potenciar a existência de deficits de conhecimento de aquisição de habilidades no autocuidado destes doentes. O resultado factual é o aparecimento de complicações precoces em 39,5% dos doentes observados durante o estágio, muitas

potencialmente evitáveis caso o processo de capacitação pudesse ser mais ajustado como proposto em guidelines internacionais (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009), o que genericamente pode ser interpretado como um indicador de baixa qualidade nos cuidados prestados previamente. Estas percentagens embora elevadas, enquadram-se contudo nos dados publicados em estudos efetuados [(Salvadalena, 2008); (Sung, et al., 2010); (Ratliff, 2010); (Herlufsen, et al., 2006)]. O autocuidado terapêutico é assim, pelo que pude perceber, ainda uma necessidade destes doentes nas primeiras consultas, e passa muito pelo tratamento de complicações do estoma e da pele periestomal.

O conhecimento das múltiplas complicações físicas do estoma e pele periestomal é efetivamente muitíssimo relevante para um cuidado especializado destes doentes. Por isso mesmo considerei pertinente incluir esse tema, aproveitando a experiência vivenciada e os conhecimentos adquiridos através da pesquisa na literatura no decurso deste estágio, desenvolvendo um capítulo próprio na Intranet da minha instituição, incluído naturalmente na página especificamente criada para os cuidados de enfermagem ao doente ostomizado da minha instituição, e que mais à frente na descrição do estágio na UCIC pormenorizarei (Apêndice B). Neste ponto do relatório o que considero mais pertinente é focar-me nas intervenções de Enfermagem implementadas, nomeadamente nas complicações mais frequentes detetadas.

O autocuidado terapêutico para tratamento das lesões erosivas da pele (dermatites irritativas, alérgicas ou mecânicas) passou fundamentalmente pela tentativa de mudança de comportamentos e práticas menos adequadas dos doentes nomeadamente no dimensionamento incorreto dos sistemas coletores, o reajuste ou mudança do material utilizado pelo doente face às necessidades diagnosticadas ou a alterações físicas relevantes - perda ou ganho de peso, hérnia, prolapso ou retração do estoma -, e ainda a aplicação de substâncias protetoras da pele, substâncias cicatrizantes, e pastas ou anéis hidrocolóides para barreira cutânea [(Mccann, 2003); (Lyon & Smith, 2001); (Burch, 2008); (Hampton, 1992); (Matos & Cesaretti, 2001)]. Os resultados são nalguns casos difíceis de avaliar porque algumas consultas de reavaliação estavam programadas para depois do final do estágio. Porém a esmagadora maioria dos casos apresentou lesões erosivas da pele de grau reduzido [L1 (53,33%) e L2 (40%), segundo a escala de SACS], tendo os casos reavaliados reduzido o grau da lesão, reduzido a dimensão (localização topográfica) ou mesmo resolvido a complicação. Registei apenas um caso mais grave (L3, segundo a escala de SACS) num doente ileostomizado há 4 meses, mas com presença em uma única consulta

durante o estágio, e já nos últimos dias pelo que não pude reavaliar os resultados do autocuidado terapêutico efetuado.

O autocuidado terapêutico para tratamento das lesões proliferativas da pele (granulomas) preconizado é cauterização com nitrato de prata, sendo que a sua aplicação é restrita exclusivamente à lesão [(Burch, 2008); (Hampton, 1992); (Breckman, 2005)]. Este procedimento é uma prática comum na CE\HEORL, e os resultados obtidos, pelo que pude constatar são positivos. Embora tenha registado 7 casos de lesões proliferativas da pele, a sua localização topográfica, segundo a escala de SACS é muito heterogénea, com alguma predominância de localização em todos os quadrantes. Uma vez estabelecido o diagnóstico de lesão proliferativa, foram programadas conjuntamente com o doente consultas de estomaterapia de 15 em 15 dias para execução do autocuidado terapêutico e reavaliação. A inclusão do doente no seu processo de cuidados ajuda o doente a desenvolver autoconfiança, permitindo assim que este se envolva mais no seu autocuidado, favorecendo deste modo a sua recuperação [(Brown & Randle, 2004); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009);(Pittman, et al., 2008)]. Dos doentes reavaliados, a regressão dos granulomas foi positiva.

Dos 4 doentes com prolapso que pude observar, todos tinham uma colostomia sendo que 3 tinham especificamente uma transversostomia em ansa, o que está em consonância com estudos já efetuados [(Barr, 2004); (Shellito, 1998)]. Todos eles tinham prolapso de dimensões reduzidas e sem isquémia ou oclusão associadas, tendo portanto indicação para medidas de autocuidado terapêutico conservador, não cirúrgico [(Scianni, Cesaretti, & Paula, 2006); (Rogenski & Paegle, 2001)]. Um dos doentes já tinha este prolapso há vários meses e era proficiente na sua redução, dispondo já de faixa de contenção abdominal recomendada nestes casos [(Matos & Cesaretti, 2001); (Mccann, 2003); (Hampton, 1992)]. Aos restantes foi possível proceder à redução do prolapso, colocando o doente num decúbito dorsal para reduzir a pressão abdominal, e aplicando de seguida uma pressão contínua na porção mais distal do estoma, promovendo assim a retração do estoma para o interior da cavidade abdominal [(Burch, 2008); (Ragué, Valentí, & Prim, 1999); (Breckman, 2005); (Scianni, et al., 2006)]. Esta retração, nos casos das transversostomias em ansa ocorre contrariando a eversão que deu origem ao prolapso. A todos foi recomendado a utilização de faixa abdominal de contenção, explicitada a sua utilização, assim como medidas para prevenir o aumento da pressão abdominal.

Sistema de apoio-educação

Ensino e regulação do desenvolvimento (com validação) da actividade de autocuidado

A realização de uma consulta pré-operatória é uma realidade ainda em consolidação na CE\HEORL, sendo que os principais constrangimentos à plena implementação decorrem, a meu ver, exclusivamente de procedimentos organizativos não obrigatórios, e de uma cultura organizacional de saúde em Portugal que apenas em 2012 previu a existência formal de consultas de enfermagem de ambulatório. A sua importância está porém claramente identificada por vários autores e em diversas guidelines internacionais [(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009); (Lynch, et al., 2008); (Baxter & Salter, 2000)]. No decurso deste estágio pude proceder à realização de algumas consultas de pré-operatório, numa perspectiva educacional, procurando avaliar, informar e esclarecer os doentes, seguindo as orientações estratégicas definidas nas guidelines [(Registered Nurses' Association of Ontario, 2009); (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010)] e em articulação com as práticas da própria instituição. O resultado obtido parece-me claramente positivo. As mensagens, verbais e não verbais, dos doentes traduziam uma satisfação pelo esclarecimento e suporte prestados na clarificação dos processos subsequentes.

Do ponto de vista do meu desenvolvimento, creio que ter podido realizar consultas de pré-operatório me permitiu colmatar a ausência dessa experiência no estágio do SCGI, dando-me uma perspectiva diferente sobre o que pode ser também o cuidar e o assistir especializado a estes doentes

Embora não represente um esquema inflexível, verifiquei existir uma preocupação real por parte dos enfermeiros desta instituição em garantir uma primeira consulta de estomaterapia de pós-operatório no decurso da primeira semana após a alta, o que parece ser uma boa prática, principalmente face aos curtos períodos de internamento. O sistema de agendamentos em vigor permite, na maioria das situações, proceder ao ato de marcação dessa consulta ainda durante o internamento o que considero ser um aspeto importante na garantia da continuidade dos cuidados. Já relativamente à transmissão da informação clínica de Enfermagem, parece haver uma falha significativa nos dados disponíveis no processo clínico, tendo constatado uma ausência muito frequente do preenchimento uma folha específica de estomaterapia disponível para o efeito durante o internamento, o que gera dificuldades acrescidas durante a primeira consulta e obriga a despender mais tempo na avaliação inicial do doente, essencialmente nos casos em que não existiu uma consulta pré-operatória de

estomaterapia (60% em 2010). Constatei que ao longo do primeiro mês, o ritmo de consultas é mais apertado, variando de acordo com as características ou dificuldades sentidas pelos doentes. Após esta fase, verifiquei existir um acompanhamento mais espaçado (1 a 2 meses), embora com a preocupação de agendar sempre uma consulta prévia ao início dos ciclos de quimioterapia para explicitação das possíveis complicações, tanto as que podem ser consideradas de menor gravidade, como aquelas que devem levar o doente a recorrer ao hospital.

A componente educacional é um dos elementos chave no processo de capacitação destes doentes. Suprimir déficits de conhecimento, ajudar a encontrar formas de ultrapassar as limitações e adquirir novas competências de autocuidado, são atingíveis pela reeducação para novos estilos de vida e comportamentos saudáveis.

A alimentação é central no papel que desempenha como mecanismo autónomo de controlo de sintomas pelo doente. Uma alimentação ajustada permite controlar, na maioria das situações, alterações da consistência e frequência do efluente, odor, flatulência; tudo sintomas que podem desequilibrar a balança da qualidade de vida destes doentes pelo impacto físico e psicossocial que podem acarretar. Tem havido alguma bibliografia ao longo dos anos que referem alguns alimentos como sendo proibitivos. Não corroboro desta opinião, exceto em casos de necessidade clínica comprovada ou suscetibilidade individual. Creio que é necessário informar os doentes dos potenciais efeitos dos alimentos e, se este os consumir, que o procure fazer em momentos socialmente controláveis que lhe permitam manter-se confortável relativamente aos efeitos expectáveis.

A aquisição de materiais e participação é igualmente um dos aspetos que preocupa estas pessoas. Embora o sistema de participação esteja legislado, a forma como é aplicado no terreno pelas várias organizações de saúde nacionais induz diferenças relevantes. Algumas instituições de cuidados de saúde primários optam por fornecer os materiais, restringindo o direito de escolha e preferência dos doentes a uma marca; outras procedem ao reembolso financeiro, embora o período de tempo para o fazerem seja muitíssimo variável entre elas. Pelo meio encontramos ainda algumas associações, com métodos particulares de aquisição e fornecimento de materiais, ou ainda as próprias marcas fornecedoras com linhas de atendimento direto. A linha de orientação da CE\HEORL, que me parece adequada, passa por dar a conhecer ao doente as diferentes opções de materiais, deixando experimentar diferentes sistemas coletores de vários fornecedores para que pondere qual aquele que se adapta melhor à sua situação, informando dos custos de cada um, e depois de formada uma opinião

pelo doente, procurar transmitir-lhe quais as opções disponíveis no seu contexto geográfico para que este tome uma decisão informada mas serena. A dificuldade que eu próprio senti neste estágio advém do facto de esta instituição ser uma unidade de referência com uma área muito vasta, que inclui o próprio arquipélago dos Açores. As diferenças são muito significativas, e isso é difícil de apreender no período de estágio em causa.

O foco educacional nas complicações como já foi referido várias vezes neste relatório, pode minimizar o seu impacto ou mesmo prevenir o seu aparecimento. As intervenções de capacitação são múltiplas, mas passam por aprender a reconhecer quais as complicações possíveis, incidindo nas mais comuns, e quais as atuações de autocuidado a desenvolver. Aspetos tão simples mas tão fundamentais como aprender a ajustar o recorte e a aplicar o sistema coletor, saber quando e como mudá-lo, ou saber observar, prevenir e tratar lesões cutâneas, são tudo competências de autocuidado que o enfermeiro deve procurar desenvolver junto do doente. A aquisição destas competências permite por si só evitar ou minimizar o aparecimento de muitas das lesões erosivas e proliferativas habituais, que são como já demonstrado das principais complicações documentadas (Salvadalena, 2008). Um dos aspetos que não gostaria de deixar de mencionar, é a clarificação junto dos doentes daquilo que se poderá considerar uma “*pseudo-complicação*”, mas que pelo observei pode ser gerador de preocupação. Nos casos em que a ostomia de eliminação é temporária, verifica-se a presença de uma ansa eferente terminal cujo tamanho pode ser variável mas que mantém sempre a sua ligação anatomo-fisiológica ao Ânus funcional. É por isso possível a existência de dejeções anais, em situações de cirurgia não eletiva ou com inadequada preparação intestinal. É igualmente comum verificar-se a saída de mucosidades intestinais tardias, já que a própria mucosa intestinal produz mucosidades que lentamente vão progredindo até serem libertadas pelo ânus, o que traduz um adequado funcionamento dessa mucosa [(United Ostomy Associations of America, 2011); (Silva, 2008)]. Também nas ostomias em ansa deve-se informar o doente que existe a possibilidade de passagem de algum efluente para a ansa eferente dado origem a perdas rectais que devem ser consideradas normais. Estudos efetuados revelam uma eficácia na exclusão de passagem do efluente em 85% dos doentes com ostomia em ansa, revelando-se menos eficaz nos casos de retração e prolapso do estoma, e com o decorrer do tempo, particularmente após os 10 meses de cirurgia (embora nestes casos muitas vezes associada a retração ou prolapso) [(Winslet, Drolc, Allan, & Keighley, 1991), (Fontes, Fontes, Utiyama, & Birolini, 1988)].

Os aspetos relacionados com a sexualidade e procriação são outra das áreas de atenção na CE\HEORL. As atuações presenciadas passam fundamentalmente pela abordagem do tema, avaliando de potenciais necessidades ou deficits de conhecimento. Toda a intervenção é depois referenciada para a Consulta de Onco-sexologia disponível nesta instituição que dá o suporte psicoterapêutico e clínico considerado necessário.

Um dos focos de atenção que considero também pertinente é a preparação dos doentes propostos para encerramento da ostomia de eliminação intestinal. Como já demonstrei, essa é uma realidade com uma expressão significativa, como demonstram os 122 casos ocorridos só em 2010. Tive oportunidade de assistir alguns doentes nesta fase durante o estágio. A inatividade da musculatura e da enervação perineal após a realização da ostomia de eliminação intestinal induz a atrofia muscular e a perda do controle esfíncteriano. É portanto fundamental que se explique a estes doentes da importância da realização diária de exercícios ativos de reforço e manutenção fisiológica deste esfíncter durante todo o período que medeia a realização e o encerramento da ostomia. A CE\HEORL possui já bastante trabalho desenvolvido e adequadamente estruturado nesta área. Dita o bom senso que seja explicitado previamente ao doente de que este trabalho é preventivo mas depende obviamente da existência de todas as condições cirúrgicas para se poder proceder ao encerramento. Não se pretende portanto criar falsas expectativas.

Organização

Gestão integrada dos cuidados \ Gestão integrada dos cuidados entre instituições de saúde

A principal dificuldade sentida neste estágio esteve relacionada com forma como está organizada a informação clínica, e pelo modo como se procede aos registos de Enfermagem. Com o elevado afluxo de doentes a esta consulta, comprovado pelas 121 consultas que só eu pude realizar mesmo não estando presente todos os dias do mês, tornava muito complicado a consulta e registo no processo clínico de forma exata e rigorosa de toda a informação pertinente. A informação disponível em notas gerais não permite uma consulta eficiente, obriga a reler o processo a cada consulta, e não permite a recolha sistemática de informação, deixando ao critério e à memória de cada enfermeiro quais os registos que decide fazer em cada momento. Frequentemente não havia referência aos sistemas coletores já experimentados pelos doentes, reações adversas ou preferências. A transmissão de informação entre instituições obrigava ao

preenchimento de novos documentos com informação já recolhida ao longo das consultas, o que se traduzia em mais tempo despendido para o efeito.

Por tudo isto foi proposto às enfermeiras da CE\HEORL o desenvolvimento de uma base de dados informática, que permitisse sistematizar e recolher a informação considerada pertinente. Deste modo obter-se-ia acesso imediato e organizado à ficha do doente através da busca automática pelo nº de processo, podendo consultar o histórico das consultas. A iniciativa foi considerada pertinente e avançou, tendo-se desenvolvido a base de dados, que numa fase inicial foi sendo testada e ajustada consoante as necessidades e dificuldades sentidas na sua aplicação. Incorporaram-se múltiplas alterações até se obter um produto final considerado bastante adequado. Adicionou-se também uma nota de admissão e de alta automatizadas, baseada na informação recolhida no processo. Adaptou-se a checklist de ensino já aplicada na SCGI. A base de dados final (*Processo Eletrónico de Estomaterapia: ver algumas das imagens no Apêndice C*) ficou assim organizada com um cabeçalho base, correspondente à ficha de cada doente, que depois dispõe de múltiplos separadores específicos:

- *Estoma: que inclui a caracterização dos vários estomas, adição de imagens e histórico de:*
 - *sistema coletor;*
 - *lesões periestomais e complicações;*
 - *características do efluente;*
- *Limitações: visuais, auditivas, motoras, sensitivas, cognitivas \ psicológicas;*
- *Admissão \ pré-operatório: Diagnóstico principal, anamnese, marcação do estoma e impressão do Registo de Admissão;*
- *Processo de Enfermagem: Com possibilidade de múltiplos diagnósticos e intervenções de Enfermagem individualizadas para cada um, e respetivos estados (ativos, resolvidos);*
- *Irrigação;*
- *Capacitação para o autocuidado eliminação: Mantendo os “Métodos de ajuda” de Orem (Nursing: Concepts of practice, 1985) como classificador de cada ponto;*
- *Agenda da consulta: Agenda de marcações, que permite histórico e contabilização de consultas de acordo com os vários tipos disponíveis;*
- *Carta de Alta \ Transferência: Recolhe automaticamente múltipla informação do*

processo, e permite ainda notas gerais que se considerem pertinentes. Imprime um formulário final.

Associado a tudo isto estruturou-se algumas consultas de cruzamento (Queries) de informação e gráficos que nos permitem automaticamente saber quantos doentes ativos existem na consulta, quais as ostomias, quantas consultas foram executadas ou estão programadas, que tipos, etc. É ainda possível extrair tabelas para Excell e trabalhar os dados recolhidos. A confidencialidade da informação está garantida porque o acesso faz-se por meio de utilizador e palavra-passe, atribuídos exclusivamente às 2 enfermeiras da CE\HEORL. A apreciação global feita pelas enfermeiras da CE\HEORL desta ferramenta é muitíssimo positiva, tendo passado a ser utilizada efetivamente desde a sua conclusão, em meados de Novembro de 2011.

Toda a informação de estágio já mencionada neste relatório foi compilada numa cópia virgem dessa base de dados, o que talvez permita uma imagem ainda mais clara do seu potencial. Neste momento está também a ser preparada para utilização na consulta de estomaterapia do HEORC, outra instituição de referência no tratamento de doentes oncológicos na região centro do país.

A organização das consultas no HEORL gera, em meu entender, indefinições com risco potencial de falhas na qualidade dos cuidados. Os enfermeiros de cada consulta são colocados pelos serviços de internamento, e respondem hierarquicamente à chefia de Enfermagem desse mesmo serviço; contudo a gestão dos espaços, recursos materiais e pessoal auxiliar, está sob gestão de uma chefia de Enfermagem da Consulta. Esta bicefalia, associada ao facto de a Consulta de Estomaterapia ser assegurada por duas enfermeiras de serviços distintos (Cirurgia Geral e Urologia), gera indefinições sobre quem efetivamente faz a gestão da referida consulta. O risco é naturalmente a possibilidade de ninguém se sentir responsável por essa gestão, colocando assim em causa a supervisão clínica e a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Consulta de Estomaterapia e Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do HCRL

(CE: de 07-10-2011 a 25-10-2011 - 51 horas)

(UCIC: de 05-01-2012 a 14-02-2012 - 125 horas)

A UCIC, conjuntamente com o SCGI - já descrito neste relatório -, são os 2 principais serviços de internamento dos doentes oncológicos aos quais se realizou uma ostomia de eliminação intestinal entre 2006 e 2010 no HCRL. Os dados obtidos permitiram perceber que 82,92% do total de dias de internamento destes doentes no HCRL são

passados na UCIC e no SCGI. Quando olhamos para a utilização dos serviços de internamento, por cada doente, constatamos que 52,68% estiveram internados na UCIC e 80,55% no SCGI.

Já relativamente à CE\HCRL, os mesmos dados revelam-nos que 46,97% dos doentes aos quais se realizou uma ostomia de eliminação intestinal foram encaminhados para esta consulta. Contudo, se excluirmos os doentes falecidos na instituição, esse número sobe para 87,93%.

A UCIC e a CE\HCRL constituem frequentemente o primeiro e o último ponto de contato destes doentes com a instituição, desde que realizaram uma ostomia de eliminação intestinal.

Podemos considerar que a análise do trabalho efetuado nestes 2 serviços, em conjugação com o já efetuado no SCGI, nos dará uma imagem estatisticamente significativa da realidade global dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal no HCRL. Esta conclusão é relevante porque permite generalizar resultados e dar cumprimento a dois dos principais objetivos previstos no projeto de estágio.

Por tudo o que foi exposto, considereei que a CE\HCRL e a UCIC representam contextos hospitalares, com experiência de doentes oncológicos com ostomias de eliminação intestinal válidos para o decurso do ensino clínico, e muito relevantes para a aquisição \ desenvolvimento de competências.

Objetivos específicos:

- *Caracterizar os cuidados de enfermagem, na área da estomaterapia, prestados ao doente oncológico, antes e após a realização da ostomia de eliminação intestinal, no contexto hospitalar.*
- *Propor melhorias aos cuidados de enfermagem promotores do autocuidado ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, no HCRL.*

Na persecução destes objetivos desenvolvi um conjunto de atividades, que resumidamente se poderiam descrever: realização de 10 reuniões (com Enfermeira Diretora, Diretor de Enfermagem, enfermeiras Chefe e coordenadoras, a responsável pelo Padrão CIPE a responsável pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem); conversas com enfermeiros dos serviços; revisão da literatura; consulta de normas, protocolos e manuais disponíveis nos serviços; observação participativa na prestação de autocuidado terapêutico e capacitação dos doentes; fomento da articulação entre serviços; elaboração do Plano de Intervenções Futuras;

implementação da página da Intranet “Promoção do auto-cuidado ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal”.

Na descrição do ensino clínico que se segue descreverei então pormenorizadamente o percurso efetuado.

Não obstante os dois estágios serem aqui apresentados conjuntamente já que os objetivos propostos a isso predisõem, foram realizados, por questões de organização e disponibilidade de locais, em períodos díspares. Fez-me sentido planear o ensino clínico na UCIC para o final dado que sendo esse o meu contexto profissional específico, beneficiaria em procurar primeiro adquirir \ desenvolver competências noutros contextos que pudessem ser uma mais-valia na avaliação das atuações de Enfermagem do meu próprio contexto. O processo fundamental de aquisição \ desenvolvimento de competências foi consolidado com os diversos estágios realizados fora do meu contexto profissional específico (UCIC). Tendo até esta fase dado maior ênfase às competências específicas do enfermeiro especialista, embora com bastante trabalho igualmente desenvolvido no âmbito das competências comuns, considereei que nesta fase final, no estágio na UCIC, deveria procurar refletir de forma mais abrangente possível, sobre o processo de cuidados de Enfermagem na minha instituição, e desenvolver um trabalho que pudesse conjugar o projeto académico com o projeto institucional. Assim, para dar cumprimento à atividade proposta (Elaboração do *Plano de Intervenções Futuras*) considereei pertinente refletir sobre as observações efetuadas no decurso do Estágio realizado em três dos serviços (UCIC, SCGI e CE) do HCRL, em conjugação com a minha experiência e conhecimento da instituição. O Plano de Intervenções Futuras foi incorporado nas *Perspetivas Futuras* deste relatório.

Organização

Gestão integrada dos cuidados

Um dos aspectos que me faz questionar as minhas práticas e as práticas seguidas também pelos outros colegas, é a inexistência de um procedimento normalizado institucionalmente, que defina Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, indicadores de qualidade, e que possa ser auditável. A realização deste instrumento orientador de boas práticas é recomendada por múltiplas organizações como o *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET), o *European Council of Enterostomal Therapy* (ECET), a *International Ostomy Association* através da “Declaração dos Direitos dos Ostomizados” (1993). Em termos nacionais também existe uma opção ideológica e estratégica tomada pela Ordem dos Enfermeiros (Padrões de Qualidade

dos Cuidados de Enfermagem, 2002), que vai no sentido da criação e desenvolvimento políticas de qualidade, que podem naturalmente ser operacionalizadas inicialmente através da criação deste tipo de instrumentos. Na ausência destes instrumentos, a multiplicidade de actuações face a uma necessidade específica são uma realidade que não privilegia nem o autocuidado terapêutico nem o desenvolvimento de uma actividade de autocuidado por parte do doente, e aumenta o risco de aparecimento de complicações físicas no estoma e na pele peri-estomal. Numa revisão de literatura publicada em 2007, o autor recomenda como prática adequada o uso de um protocolo como forma de ajudar profissionais de saúde e doentes a alcançar um padrão definido para a prevenção e o cuidado da sua pele peri-estomal (Black, 2007). Um exemplo concreto disto, é o critério para a mudança da placa de ostomia. Os fornecedores preconizam um período máximo de 5 dias de manutenção da mesma placa, porém que pude observar na UCIC esta é frequentemente mantida até que se verifique uma fuga de efluente. A mudança permite igualmente avaliar as características da pele peri-estomal bem como do próprio estoma. A avaliação do estado da placa no rebordo peri-estomal (onde por acção do efluente se começa inicialmente a degradar) não parece ser prática comum, quer não apenas pela ausência de registos nesse sentido, mas essencialmente constatação da manutenção desta mesmo quando já apresenta sinais de degradação, como foi possível observar. Isto leva ao aparecimento e agravamento de lesões periestomais que de outra forma seriam evitáveis. A realidade de um doente acamado impõe inclusive na minha opinião uma mudança mais frequente da placa, uma vez que por acção da gravidade se mantêm frequentemente efluentes em contacto com a pele peri-estomal. Observei situações na UCIC onde estes prazos de manutenção da placa foram ultrapassados, com o aparecimento concomitante de dermatites de contacto, embora convenha realçar que na CE\HCRL a informação dada aos doentes é consentânea com as melhores práticas

Consulta de Estomaterapia (pré-operatória \ seguimento)

A questão essencial que se coloca na realidade do HCRL é a existência de uma dicotomia muito clara entre as situações de cirurgia programadas e as não programadas (urgência). Como já demonstrei a percentagem de situações não programadas é muitíssimo elevada (71%). Naturalmente nestes casos, toda a actuação de Enfermagem que se possa preconizar como ideal, dificilmente se conseguirá concretizar de forma plena. A observação da realidade das Consultas Externas revelou-me que inclusive nas situações programadas não existe um atendimento \ consulta de estomaterapia em Pré-operatório, o que nos dá percentagens de não

cobertura muito mais elevadas que outros países [Ex: Austrália com 34% de doentes sem consulta pré-operatória de Estomaterapia (Lynch, et al., 2008)]. A existência de uma Consulta de Estomaterapia de pré-operatório permite esclarecer as questões do doente, avaliar as suas competências e necessidades potenciais de desenvolvimento de auto-cuidado; basicamente permite efectuar uma primeira abordagem a este novo estado de saúde \ doença, suas implicações, e ao planeamento de cuidados de saúde expectável face à evolução da doença oncológica. Permite também proceder à marcação do estoma, o que pode representar, se efectuada de acordo com os princípios adequados, menores dificuldades para a adaptação do doente (Colwell & Gray, 2007) e uma melhoria significativa na sua qualidade de vida.

Criação de página dedicada na Intranet

Dando continuidade à missão de procurar conjugar o projeto académico com o projeto profissional, pareceu-me relevante durante a conceptualização deste estágio que as atividades desenvolvidas para o meu contexto pudessem por um lado contribuir para uma melhor compreensão das práticas e da realidade, e por outro contribuíssem para a melhoria e inovação dessa mesma realidade. E para isso considerei, após ponderação, que seria útil desenvolver uma estratégia de divulgação formal de informação pertinente e com evidência na área de promoção do autocuidado aos doentes oncológicos com ostomia de eliminação intestinal. Considerando os recursos disponíveis na instituição, e a função que acumulo de coordenador da página de Enfermagem na Intranet, optei por criar e desenvolver uma página específica sobre esta problemática. Os conteúdos foram criados tendo por base a evidência científica disponível (Apêndice B). Foi também colocada informação estatística genérica com suporte gráfico, sobre a população de doentes oncológicos com ostomia de eliminação intestinal realizada na instituição entre 2006 e 2010 (Apêndice G). Criou-se também uma biblioteca de artigos com evidência científica ou com interesse relevante para a temática, que fui compilando ao longo do curso. Sendo esta uma iniciativa de âmbito institucional está naturalmente sujeita à contínua apreciação e aprovação prévia pela Direção de Enfermagem. Creio contudo que pode ser um importante meio de divulgação e melhoria contínua, já que sendo uma ferramenta dinâmica permite atualizações frequentes, bem como a interação com os restantes enfermeiros da instituição através do mail institucional de cada um deles.

Consultas de Estomaterapia do HEORC e do HPGPRL

(HEORC: 12-12-2011 – 8,5 horas)

(HPGPRL: 16-11-2011 e 23-11-2011 – 11,5 horas)

Considero que é uma condição fundamental para uma boa prática procurar conhecer diversos contextos e formas específicas de organização que outras instituições adotaram e desenvolveram ao longo dos anos. Só assim poderemos desenvolver capacidade crítica sustentada em princípios teóricos e empíricos, condição relevante num processo auto formativo.

A Consulta de Estomaterapia (CE\HEORC) do HEORC é um serviço de referência a nível nacional na prestação de cuidados de Enfermagem de estomaterapia a doentes oncológicos com ostomias de eliminação intestinal. Em conjugação como a CE\HEORL já descrita neste relatório, abrangem uma área geográfica nacional muitíssimo significativa, fornecendo uma perspetiva bastante completa da prática de cuidados de Enfermagem nesta área específica, no nosso país. É um serviço coordenado por uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com formação pós-graduada em estomaterapia, presidente da *Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia* (APECE), pessoa com vastíssima experiência e trabalho realizado. Tem um modelo organizativo diferente relativamente à CE\HEORL, que considerei relevante conhecer.

A CE\HPGPRL tem à frente igualmente uma enfermeira com formação pós-graduada em estomaterapia e mestrado em oncologia. Embora de cariz mais local, esta consulta despertou o meu interesse por se enquadrar numa instituição de saúde pública com gestão privada. Perceber quais as diferenças que se podem encontrar em virtude dessa especificidade foi uma das principais motivações da escolha.

Objetivos específicos:

- *Observar os cuidados de enfermagem promotores do autocuidado, prestados ao doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, noutras instituições hospitalares.*

Sendo dois contextos coordenados por enfermeiras com formação em estomaterapia revelou-se interessante porque permitiu-me observar algumas atuações que até esse momento não tinha conseguido vivenciar. Falo especificamente das diferentes etapas que englobam a técnica de irrigação para obtenção de continência em doentes colostimizados definitivamente, desde a primeira abordagem do tema com o doente, ao processo de capacitação teórico e prático, ou ainda às reavaliações periódicas. Foram

experiências muito enriquecedoras porque têm o potencial de, numa situação originalmente difícil por ser definitiva, induzirem uma significativa melhoria da qualidade de vida, permitindo frequentemente retomar dimensões da vertente psicossocial até então relegadas, e permitem igualmente cumprir as recomendações internacionais nesta matéria (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). Sendo uma atuação que pressupõe experiência e formação específica, explica porventura porque a sua aplicação é tão insipiente nos outros contextos por onde estagiei. Pude observar o primeiro ensino prático a um doente na CE\HEORC, e o resultado foi considerado muito satisfatório pelo próprio. O que as consultas de reavaliação que observei na CE\HPGPRL me pareceram demonstrar, pelos relatos dos próprios doentes, é que ao longo do tempo de recurso a esta técnica, estes vão experienciando algumas dificuldades e complicações, tal como refere a bibliografia consultada (Silva, 2008). Fiquei com a perceção que a ponderação entre pró e contras sobre manter esta técnica é em muito sustentada pela capacitação ao nível dos conhecimentos, pelo nível de dificuldades experienciado pelos doentes e pelo suporte que é dado pelos enfermeiros nas consultas de estomaterapia para ajudar a superá-las.

Outro ponto muito relevante que a passagem nestas consultas me permitiu observar foi a marcação do estoma. Sendo uma atuação com resultados comprovados na redução das complicações e melhoria da qualidade de vida, e definida nas diversas guidelines como um procedimento fundamental e que pode ser executado por um enfermeiro especializado [(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010); (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009)], o facto é que só constatei a sua aplicabilidade na CE\HEORC. Foi-me relatado, e consultei alguns registos do SCGI e da CE\HEORL sobre a marcação do estoma em alguns doentes. Nessas duas instituições, ao contrário do HEORC, as marcações são esporadicamente realizadas no serviço de cirurgia por enfermeiros sem formação especializada na área da estomaterapia. No HEORC esta marcação é efetuada por enfermeiras com formação pós-graduada em estomaterapia, e nalguns casos especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no contexto da própria Consulta de Estomaterapia. Sendo uma atuação tão relevante, considero que beneficiaria se tivesse tido mais oportunidades de a observar e praticar. Contudo a distância geográfica e os custos inerentes à deslocação impossibilitaram-me de poder prolongar o estágio nessa unidade.

O modelo organizativo da CE\HEORC centra todo o processo de cuidados de Enfermagem de estomaterapia na própria consulta, ao longo das diversas fases. Os doentes deslocam-se à consulta exceto quando o seu estado de saúde não o permite;

nestes casos são os próprios enfermeiros da consulta que se deslocam aos serviços para cuidar e assistir os doentes, exclusivamente nas matérias relacionadas com a estomaterapia. Embora esta orientação possa potenciar os processos específicos de capacitação, aumenta na minha perspetiva os riscos de desresponsabilização por parte dos enfermeiros dos serviços que, no essencial, são quem passa mais tempo em contato com os doentes. Por outro lado o funcionamento da CE\HEORC não permite assegurar o período noturno ou de fim-de-semana, tendo nestes casos de ser efetuado pelos enfermeiros dos serviços, com o risco de gerar práticas não uniformes caso não existe um processo efetivo de supervisão clínica o que em virtude das características e tempo de estágio não pude avaliar.

Tanto a CE\HEORC como a CE\HPGPRL, não são contabilizadas nem faturadas oficialmente como Consulta de Enfermagem. O que constatei é que na CE\HEORC são contabilizados atos e procedimentos de Enfermagem o que não permite espelhar com fidedignidade a realidade do trabalho desenvolvido. Já na CE\HPGPRL a situação é mais grave, uma vez que os atos praticados são registados e faturados pelos GDH como “Consulta Médica”, o que não só é uma apropriação ilegal de atos praticados por outro profissional, como alegadamente incorrem numa ilegalidade formal ao faturar por atos médicos não praticados. Há data da realização dos estágios, ainda vigorava a Portaria 132/2009, de 30 de Janeiro, que não previa a faturação de “Consultas de Enfermagem”. A Portaria 19/2012, de 20 de Janeiro, já prevê na alínea f), Artigo 3º, a existência de *“Consulta de enfermagem’ — intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado;”*, estabelecendo no ponto 4 do Artigo 15º que *“As consultas de enfermagem e de outros profissionais de saúde serão faturadas pelo seguinte valor — 15 €.”*. Resta a curiosidade de saber se a legalidade já foi reposta nestas duas instituições – e provavelmente em muitas outras a nível nacional -, ou se continuam a cobrar nalguns casos “Consultas Médicas” a 31€. Havendo regulamentação publicada, cabe aos profissionais de cada instituição enquanto obrigação deontológica e pela defesa e promoção da profissão, assegurar que a legalidade é cumprida, recorrendo às instâncias profissionais – leia-se Ordem dos Enfermeiros e Direção-Geral de Saúde – sempre que necessário.

Do ponto de vista legal mantém-se ainda uma limitação séria a uma atuação autónoma de Enfermagem em estomaterapia, já que a prescrição legal de dispositivos e sistemas coletores continua sob a exclusiva alçada médica. Penso que os próximos passos deverão ser dados junto da Ordem dos Enfermeiros no sentido de procurar alterar esta

realidade e permitir a realização de Consultas de Enfermagem de estomaterapia na sua plenitude.

Outro aspeto que detetei nestas duas consultas foi o recurso a registos clínicos em papel de exclusivo acesso pelas enfermeiras da consulta. Com todas as contingências já referidas na CE\HEORL sobre a dificuldade de consulta e as lacunas na informação registada, acresce o facto da não transmissão de informação entre serviços por falta de acesso ao processo integral. A mesma base de dados implementada na CE\HEORL está a ser melhorada para ser utilizada também na CE\HEORC, já que considerada uma ferramenta muito útil e bastante ajustada para as necessidades de gestão e organização. As adaptações passam apenas pela inclusão da área de ensino \ capacitação a doentes com ostomias respiratórias, que não estando no âmbito inicial deste estágio, está a ser desenvolvida conjuntamente com as enfermeiras daquela consulta já que a mesma abrange todo o espectro de ostomias. É um facto que me deixa bastante agradado pois comprova a relevância e pertinência do trabalho desenvolvido nesta área, e a sua aplicabilidade e sustentabilidade futura.

PERSPETIVAS FUTURAS

Se preconizamos uma filosofia de cuidados onde o doente é o centro do processo, então considero que devemos ser consequentes com esse desígnio. Observo que existem algumas iniciativas levadas a cabo nalguns serviços que vão na direcção correcta; o que já é menos compreensível é que estas se limitem a esses contextos quase exclusivamente, ou então traduzam de forma muito local onde foram originadas. Em minha opinião, a documentação entregue ao doente deve ser institucional e não apenas de um serviço. O processo de cuidados deve ser desenhado para se iniciar desde o pré-operatório até após a alta, sempre com a marca institucional.

Refiro a título de exemplo o “Guia de orientação ao utente com colostomia”, uma iniciativa que vai no bom sentido e cumpre genericamente com os requisitos para um manual deste tipo, mas falha na minha perspectiva quando se identifica apenas como do Serviço de Cirurgia Geral I, quando fará mais sentido que seja do HCRL. Faria sentido uma revisão deste guia que alterasse este aspecto, e simultaneamente corrigisse alguns aspectos menos ajustados ou desactualizados.

Uma outra área onde creio que se impõem ajustes é no registo das actuações de Enfermagem; sendo a CIPE a linguagem adoptada institucionalmente, e o SAPE a plataforma disponível para a executar, faz todo o sentido, na minha opinião, e como já

referi anteriormente, que se ajuste e adequue o padrão da CIPE nos pontos relacionados com estes focos de atenção, de forma uniforme para toda a instituição. A sua utilização também deve ser normalizada para permitir uma utilização idêntica, que nos permita obter indicadores de avaliação de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Se este processo for implementado estou convicto de que evitaremos as discrepâncias de actuações resultantes da utilização de um registo em notas soltas no processo físico, que não possibilita uma visão rápida e eficiente das questões relacionadas com esta problemática do doente oncológico com ostomia de eliminação intestinal, e que portanto falha frequentemente o seu objectivo de continuidade dos cuidados. O risco a esta execução resulta do atraso na implementação dos registos no SAPE\CIPE nos restantes serviços do HCRL que ainda não o fizeram. Este risco pode ser minimizado pela adopção de uma folha de registo específica, mas esta solução não permite a eficiência e a obtenção de indicadores de qualidade transversais.

Das reflexões já expressas creio ter ficado evidente que existe uma diversidade de actuações de autocuidado terapêutico de Enfermagem muito heterogénea. Também nas actuações de apoio e educação para o desenvolvimento de competências do doente, existem diferenças e omissões, ou mesmo programações destas actuações desadequadas que no final comprometem todo o processo de capacitação. Como se constata pelos dados disponibilizados pelo serviço GDH do HCRL, não é pela variável “Tempo de internamento” que não se atinge a plenitude dos objectivos, uma vez que as médias de internamento no HCRL são muito elevadas; a causa aparenta estar num conjunto de práticas que deverão ser repensadas e fundamentadas na evidência científica mais adequada, porém é possível alterar esses indicadores adotando algumas ações e estratégias já testadas no Estágio, como é o caso do “Métodos de ajuda” (Orem, 1985).

Já ao nível dos aspectos organizacionais, detectam-se omissões resultantes da insuficiência de produtos de prevenção e tratamento disponíveis no portfólio institucional aprovado. É uma área onde eventualmente se deveria repensar as decisões anteriores, já que o seu impacto económico será mínimo, caso a utilização dos novos produtos seja feita de acordo com normativos claros e auditáveis centralmente. Num processo devidamente implementado e controlado, ter mais algumas opções de produtos ajudará a prevenir ou minimizar as complicações evitáveis, obtendo-se assim um lucro para o doente (melhor qualidade de vida) e para a instituição (redução dos tempos de internamento e dos custos com tratamento de complicações).

A duração do estágio, e a necessidade prioritária de desenvolver competências nestes domínios, determinaram objetivos fundamentalmente pessoais. É contudo minha convicção pessoal que podendo delinear e desenvolver um futuro projeto de diagnóstico da situação, onde se possa efectuar uma avaliação mais aprofundada, metodologicamente sustentada e aprovada, que permita obter uma amostra representativa de doentes e um número significativo de actuações de Enfermagem, permitirá determinar quais os processos implementados na instituição e potenciais falhas \ riscos. Creio que este será um primeiro passo fundamental para a uma justificação e delineamento sustentados e fundamentados de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para estes doentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perceber que somos habitualmente competentes e peritos face a um determinado contexto, e que só o quebrar da rotina através da reflexão nos pode permitir adaptar a novos contextos, é uma aprendizagem que claramente retiro de toda esta experiência. Num mundo em contínua mudança são inúmeros os fatores, nomeadamente os avanços científicos e os conhecimentos tecnológicos, que contribuem para um aumento das exigências na prática de Enfermagem, e os enfermeiros têm o dever profissional e ético de os incorporarem na sua prática (Hegarty, Walsh, Condon, & Sweeney, 2009). Porém o cuidado de Enfermagem é complexo, e comporta uma dimensão de saber que vai muito além do exclusivamente resultante de uma mera prestação técnica de um cuidado mais ou menos complicado, e o qual se pode aprender a execução com algum treino e persistência (Hesbeen, 2000). Na tomada de decisão durante a minha prática ao longo destes estágios procurei recorrer habitualmente a conhecimentos baseados numa grande variedade de fontes, com diferentes graus de precisão e de evidência. Se existem alguns que derivam do método científico, e que foram sendo adquiridos por vias mais formais e baseados na evidência científica disponível, outros haverá que emanam do meu “*adquirido experiencial*” (Canário, 2003), em virtude do recurso à minha intuição e raciocínio reflexivo, enquanto formas de pensamento que ocupam um espectro de maior ou menor grau de consciencialização, e que se constituem como elementos dinamizadores das minhas experiências pessoais em conhecimento mais evidente.

A vivência diária de experiências com estes doentes, foram em si mesmo momentos puros de formação e criação de *Saber* e do meu *Ser*. A prática de enfermagem é uma

“*disciplina*” muitas vezes pragmática, onde se acumula um grande corpo de conhecimentos sustentado não apenas num conjunto de “saberes técnicos formais”, mas de forma muito significativa no “senso comum” que utilizamos diariamente para cuidar dos doentes. A utilização deste “senso comum” - visto numa lógica positivista de potencialização capaz de integrar a experiência e os adquiridos dos destinatários que somos nós próprios (Canário, 2003) -, é a meu ver válido enquanto Saber, desde que o nosso agir respeite o outro e vá de encontro à satisfação das suas necessidades.

As experiências de vida que tive oportunidade de vivenciar durante o cuidar destes doentes, os contextos onde pude estar, adquirem na minha opinião, um papel fundamental no desenvolvimento das minhas próprias competências profissionais pois ao permitirem uma melhor adequação de todo o processo formativo ao contexto específico de cada um de nós enquanto sujeito, tornam-no inevitavelmente mais útil e atribuem-lhe um verdadeiro sentido. Fazer isto permitiu-me dar mais um passo, valorizando-me ainda mais enquanto pessoa, e portanto enquanto enfermeiro. Creio que isso ficou bem patente não apenas pelo trabalho desenvolvido nos locais onde realizei ensino clínico, como também pelas intervenções que pude promover no contexto onde exerço funções, e que julgo tem condições para continuar a evoluir e inovar.

Noutros contextos pude vivenciar múltiplas experiências, de prestação direta de autocuidados terapêuticos e capacitação para o autocuidado, mais ou menos frequentes, mas todas elas igualmente relevantes para o desenvolvimento de competências especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Pude igualmente dar um contributo relevante em aspetos relacionados com o diagnóstico de problemas organizacionais, tendo inclusive realizado iniciativas para ajudar a resolver ou minimizar o seu impacto como é exemplo a criação de ferramentas informáticas que se revelaram muito importantes para uma melhor práxis resolvendo os problemas relacionados com os registos e a sua transmissão.

Já no contexto da instituição onde trabalho creio ter dado passos importantes na sensibilização dos outros profissionais para as diferentes vertentes do cuidar destes doentes, para uma melhor integração institucional, na reorganização de recursos materiais, no conhecimento mais aprofundado sobre a caracterização destes doentes e dos cuidados de Enfermagem que lhe são prestados, assim como nas falhas e riscos em todo o processo de cuidar que, com a aprovação de algumas das propostas efetuadas entretanto obtida, poderão ser corrigidas e os processos melhorados, a começar pela divulgação eletrónica de conteúdos em espaço próprio, ou pelo projeto

para o futuro desenvolvimento de Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem para estes doentes.

A maturidade pessoal capacita-nos para “enfrentarmos” a rotina e tudo o que lhe está associado. Conseguir refletir sobre toda esta prática vivenciada, procurando ao mesmo tempo sustentar-me na melhor prática baseada na evidência foi, e é, um desafio à constituição contínua de um domínio de conhecimentos mais completo, epistemologia da educação sustentada numa reflexividade retrospectiva crítica das várias experiências, contextualizadas enquanto sujeito, o que lhes dá sentido, e que permite a criação formal de saberes implícitos à praxis (Canário, 2003). Costa refere-se a este processo como algo “que implica novas relações e conceptualizações entre teoria, prática e saber.” (Costa, 2006, p. 26). Creio que esta forma de encarar a formação, valorizando a experiência prévia do sujeito – numa lógica de continuidade –, e simultaneamente refletindo criticamente sobre essa mesma experiência de modo a produzir novos saberes formais e uma nova visão do mundo – numa lógica de rutura –, que permitiu surgir o conhecimento com sentido para mim. Só quando rompemos com a rotina não questionada – chamemos-lhe assim para a distinguir daquilo que é uma tendência da prática para a “rotinização” em benefício da produção Taylorista - e nos damos tempo para realmente “pensar”, é que constatamos que é, naquilo que muitas das vezes “fazemos”, que se pode encontrar a génese do nosso verdadeiro cuidar, e a chave-mestra da nossa formação. Alguns autores referem que esta rotinização da prática diária, ajuda os profissionais a permanecerem cegos sobre as suas incapacidades (Costa, 2006). A dificuldade inicial que penso ter conseguido plenamente superar, pareceu estar na capacidade de mobilização para conseguir “ (...) substituir a rotina e a tarefa pela possibilidade de reconstrução do espaço organizacional, onde os momentos de partilha e de reflexão da experiência constituam o elemento central.” (D’Espiney, 2003, p. 180). Ao fazê-lo, pude claramente desenvolver as competências propostas, nos diferentes contextos que havia definido como estruturantes para a prática especializada de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por todo o trabalho que desenvolvi, e pelas experiências que pude vivenciar, considero ter atingido plenamente os objetivos propostos para este estágio, e desta forma adquirido as competências preconizadas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS

- Addis, G. (2003). The effect of home visits after discharge on patients who have had an ileostomy or a colostomy. *World Council of Enterostomal Therapists Journal* , 23 (Nº1), 26-33.
- Ammerman, M. (1998). *The root cause analysis handbook: A simplified approach to identifying, correcting and reporting workplace errors*. Portland: Productivity Press.
- Arumugam, P., Bevan, L., Macdonald, L., Watkins, A., Morgan, A., Beynon, J., et al. (2003). A prospective audit of stomas--analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Disease* , 5 (1), 49-52.
- Barr, J. (2004). Assessment and management of stomal complications: a framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Manage* , 50 (Nº9), 54–6.
- Baxter, A., & Salter, M. (2000). Stoma care nursing. *Nursing Standard* , 14 (Nº19), 59.
- Belato, R., Pereira, W., Maruyama, S., & Oliveira, P. (2006). A convergência cuidado-educação-publicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de ostomia. *Texto Contexto Enferm.* , 15 (2), pp. 334-342.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Black, J. M., Matassarini-Jacobs, E., & Cosendey, C. H. (1996). *Luckmann & Sorensen enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica* (4ª ed., Vol. 2). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bohnenkamp, S., McDonald, P., Lopez, A., Krupinski, E., & Blackett, A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncology Nursing Forum* , 31 (Nº5), 1005-1010.
- Bosio, G., Pisani, F., Lucibello, L., Fonti, A., Scrocca, A., Morandell, C., et al. (2007). A Proposal for Classifying Peristomal Skin Disorders: Results of a Multicenter Observational Study. *Ostomy Wound Management* , 35 (9), 38-43.
- Breckman, B. (2005). Problems in stomal management. In B. Breckman, *Stoma Care and Rehabilitation* (pp. 277-296). London: Elsevier.

Brown, H., & Randle, J. (29 de January de 2004). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* , 74-81.

Burch, J. (2008). Complications. In J. Burch, *Stoma Care* (pp. 233-250). United kingdom: Wiley-Blackwell.

Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

Butler, D. (2009). Early Postoperative Complications Following Ostomy Surgery: A Review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 36 (5), 513-519.

Canário, R. (2003). *Formação e situações de trabalho* (2ª edição ed.). Porto: Porto Editora.

Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carone, G., Costello, D., Guardia, N. D., Mourre, G., Przywara, B., & Salomaki, A. (2005). *The economic impact of ageing populations in the EU25 Member States*. Directorate-General for Economic and Financial Affairs\Comissão Europeia.

Colwell, J. C., Ratliff, C. R., Goldberg, M., Baharestani, M. M., Bliss, D. Z., Gray, M., et al. (September/October de 2011). MASD Part 3: Peristomal Moisture – Associated Dermatitis and Periwound Moisture–Associated Dermatitis - A Consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* , 38 (5), pp. 541-553.

Colwell, J., & Beitz, J. (2007). Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) Nurse Clinicians on Stomal and Peristomal Complications: A Content Validation Study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 34 (1), 57-69.

Colwell, J., & Gray, M. (2007). Does Preoperative Teaching and Stoma Site Marking Affect Surgical Outcomes in Patients Undergoing Ostomy Surgery? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 34 (5), 492-496.

Costa, M. A. (2006). *Enfermeiros: dos Percursos de Formação a Produção de Cuidados*. Fim de Século Edições.

Cottam, J., Richards, K., Hasted, A., & Blackman, A. (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease* , 9 (9), 834–838.

D'Espiney, L. (2003). Formação inicial / formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In R. Canário, *Formação e situações de trabalho* (2ª edição ed., pp. 169-188). Porto: Porto Editora.

Devlin, H. B., Plant, J., & Griffin, M. (1971). Aftermath of surgery for anorectal cancer. *British Medical journal* , 413-418.

Duchesne, J. C., Wang, Y. Z., Weintraub, S. L., Boyle, M., & Hunt, J. P. (2002). Stoma complications: A multivariate analysis. *American Surgeon* , 68 (11), 961-966.

Eardley, A., George, W., Davis, F., Schofield, P., Wilson, M., Wakefield, J., et al. (1976). Colostomy: The consequences of surgery. *Clinical Oncology* , 2 (Nº3), 277-283.

Ewing, G. (1989). the nursing preparation of stoma patients for self-care. *journal of Advanced Nursing* , 14, 411-420.

Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (7 de Fevereiro de 2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology* .

Ferlay, J., Shin, H., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. (2010). *GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide*. (International Agency for Research on Cancer) Obtido de IARC CancerBase No. 10 [Internet].: Available from: <http://globocan.iarc.fr>

Fontes, B., Fontes, W., Utiyama, E., & Birolini, D. (1988). The efficacy of loop colostomy for complete fecal diversion. *DISEASES OF THE COLON & RECTUM* , 31, 298-302.

Forbes, A., & While, A. (Janeiro de 2009). *The nursing contribution to chronic disease management: A discussion paper*. (I. J. Studies, Ed.) Obtido em 15 de Outubro de 2010, de ScienceDirect: www.elsevier.com/ijns

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

Hampton, B. G. (1992). Peristomal and Stomal Complications. In B. G. Hampton, & R. A. Bryant, *Ostomies and Continent Diversions* (pp. 105-128). St. Louis: Mosby Year Book.

Hegarty, J., Walsh, E., Condon, C., & Sweeney, J. (2009). The undergraduate education of nurses: looking to the future. *International Journal of Nursing Education Scholarship* , 1, pp. 1-11.

- Herlufsen, P., Olsen, A. G., Carlsen, B., Nybaek, H., Karlsmark, T., & Laursen, T. N. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal of Nursing*, 15 (16), 854-862.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital*. Lusodidacta, Lda.
- Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (2006). *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Committee on Cancer Survivorship: Improving Care and Quality of Life. Washington, DC: Institute of Medicine and National Research Council.
- Hurtado, H. O., Sáenz, A., & Velasco, M. M. (1994). Técnicas Cirúrgicas. In H. Ortiz, J. Rague, & B. Foulkes, *Indicaciones y Cuidados de los estomas* (pp. 107-131). Barcelona: Editorial JIMS.
- Husain, S. G., & Thomas, E. C. (2008). Late Stomal Complications. *CLINICS IN COLON AND RECTAL SURGERY*, 21 (Nº1), 31-40.
- INE. (Outubro de 2010). *Portal de Estatísticas Oficiais*. Obtido em Outubro de 2010, de Instituto Nacional de Estatística:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Kann, B. R. (2008). Early Stomal Complications. *CLINICS IN COLON AND RECTAL SURGERY*, 21 (Nº1), 23-30.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Lozano, F. (1998). *Aspectos psicologicos del paciente ostomizado*. Espanha: Coloplast.
- Lynch, B., Hawkes, A., Steginga, S., Leggett, B., & Aitken, J. (2008). Stoma Surgery for Colorectal Cancer: A Population-Based Study of Patient Concerns. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35 (4), 424-428.
- Lyon, C. C., & Smith, A. J. (2001). *Abdominal Stomas and Their Skin Disorders*. United Kingdom: Martin Dunitz.
- Maggard, M., Zingmond, D., O'Connell, J., & Ko, C. (Oct de 2004). What Proportion of Patients with an Ostomy (for Diverticulitis) Get Reversed. *American Surgeon*, 70 (Nº10), pp. p.928-931.
- Mahjoubi, B., Moghimi, A., Mirzaei, R., & Bijari, A. (2005). Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Disease*, 7 (6), 582-587.

Marquis, P., Marrel, A., & Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: The Montreaux study. *Ostomy Wound Manage* , 49 (Nº2), 48-55.

Martins, L., & Fragata, J. (2004). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Ed. Livraria Almedina.

Matos, D., & Cesaretti, I. (2001). Complicações Precoces e Tardias dos Estomas Intestinais e Urinários: Aspectos Preventivos e Terapêuticos. In V. Santos, & I. Cesaretti, *Assistência em Estomaterapia. Cuidando do Ostomizado* (pp. 195 -244). São Paulo: Editora Atheneu.

Mccann, E. M. (2003). Common Ostomy Problems. In C. Milne, L. Corbett, & D. Dubuc, *Wound, Ostomy, and Continence Nursing Secrets* (pp. 319-325). Philadelphia: Hanley & Belfus.

Mègre, P. (1998). Novas competências numa perspectiva de desenvolvimento profissional. *Pensar Enfermagem* , 2, pp. p.9-15.

Monahan, F. D., & Aronovitch, S. A. (2007). Problemas do Intestino. In W. J. PHIPPS, B. C. Long, N. F. Woods, & V. L. Cassmeyer, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (8.^a ed. ed., Vol. III, pp. 1273-1321). Loures: Lusodidacta.

Morais, I. (2006). Educating ostomy patients in self-care during the hospitalization period. *HELIOS* , 13 (Nº2), 3-6.

Morais, I., Seiça, A., Ferreira, A., Moreira, J., Araujo, M., Pereira, H., et al. (2005). *EPICO - Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada e Seus Cuidadores*. Portugal.

Morrinson, P. (2001). *Para compreender os doentes* (1^a Ed. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Moscovici, F. (1993). *Renascença organizacional* (3^a ed.). Rio de Janeiro: José Olympio.

Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem. (Dezembro de 2009). *Caderno Temático nº2 "Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista"*. Lisboa.

Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. Maryland, United States of America: McGraw-Hill.

Osório, F. (Outubro de 1999). Indicações para ostomias digestivas. (L. d. Portugal, Ed.) 19-20.

Pereira, V. (2010). Economia e Políticas de Saúde. Portugal.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista e relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Phaneuf, M. (10 de Fevereiro de 2007). *Defensive and adaptive mechanisms among cancer patients*. Infiressources. Obtido de Centre de Ressources en Soins Infirmieres: http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/defensive_and_adaptive_mechanisms_among_cancer_patients.pdf

Philippi, M. L., & Arone, E. M. (2002). *Enfermagem medico-cirurgica aplicada ao sistema gastrintestinal* (8ª Edição ed.). São Paulo: Senac.

Phipps, W. J., Long, B. C., Woods, N. F., & Cassmeyer, V. L. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clinica* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Pittman, J., Rawl, S., Schmidt, C., Grant, M., Ko, C., Wendel, C., et al. (2008). Demographic and Clinical Factors Related to Ostomy Complications and Quality of Life in Veterans With an Ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 35 (5), 493-503.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ªed. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Quirke, P., Risio, M., Lambert, R., Karsa, L.V., & Vieth, M. (2011). Quality assurance in pathology in colorectal cancer screening and diagnosis—European recommendations. (458), pp. 1–19.

Ragué, M., Valentí, M., & Prim, J. (1999). Complicaciones de los estomas digestivos. In M. Ragué, & M. Valentí, *Estomas: Valoración, Tratamiento Y Seguimiento* (pp. 89-109). Barcelona: Doyama.

Ratliff, C. (2010). Early Peristomal Skin Complications Reported by WOC Nurses. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 37 (5), 505-510.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2009). *Ostomy Care and Management*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Richbourg, L., Fellows, J., & Arroyave, W. (2008). Ostomy Pouch Wear Time in the United States. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 35 (5), 504-508.

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.

Rogenski, N., & Paegle, L. (2001). Cuidados ao paciente com Estomas Complicados. In V. Santos, & I. Cesaretti, *Assistência em Estomaterapia. Cuidando do Ostomizado* (pp. 223-243). São Paulo: Editora Atheneu.

Salvadaleña, G. (2008). Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 35 (6), 596-607.

Schon, D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.

Schon, D. (1983). *The Reflective Practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.

Scianni, R., Cesaretti, I., & Paula, M. (2006). Estomas Complicados: Como Cuidar. In I. Cesaretti, M. Paula, & P. Paula, *Estomaterapia: Temas Básicos em Estomas* (pp. 137-215). São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária.

Sequist, T. D., Zaslavsky, A. M., Colditz, G. A., & Ayanian, J. Z. (13 de Dezembro de 2010). *Electronic Patient Messages to Promote Colorectal Cancer Screening*. Obtido em 7 de Janeiro de 2011, de Archives of Internal Medicine: www.archinternmed.com

Shellito, P. (1998). Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum* , 41, 1562–1572.

Silva, M. M. (2008). *Irrigação: Uma opção de vida do colostomizado!?* Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto. Porto: ICBAS.

Simões, I. (Novembro de 2002). Cuidados de enfermagem ao doente ostomizado. *Referência* (Nº9), pp. 75-80.

Sousa, J. B., Oliveira, P. G., & Santos, A. C. (2000). Ileostomias. In F. F. POHL, & A. PETROIANU, *Tubos, Sondas e Drenos* (pp. 159-163). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Sousa, J., Bocchini, S., & Habr-Gama, A. (1994). Ileostomias e colostomias. In H. Pinotti, *Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo* (1ª edição ed., pp. 1156-61). São Paulo: Atheneu.

Souza, M. (1993). A gênese da educação continuada em enfermagem e seu percurso histórico no HCRP - USP [1956 A 1986]. 245. Ribeirão Preto.

Stein, K. D., Syrjala, K. L., & Andrykowski, M. A. (1 de June de 2008). Physical and Psychological Long-Term and Late Effects of Cancer. *CANCER (Supplement)* , 112 (Number 11), pp. 2578-2592.

Sung, Y., Kwon, I., Jo, S., & Park, S. (2010). Factors Affecting Ostomy-Related Complications in Korea. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 37 (2), 166-172.

Taylor, S. G. (2004). Dorothea Orem - Teoria do Déficit do Auto-cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência (por autorização de Mosby, Inc).

The Council of the European Union. (16 de Dezembro de 2003). Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. L 327/34. Brussels: Official Journal of the European Union.

Turnbull, G. B. (September-October de 2006). Ostomy Statistics: The \$64,000 Question. *Vancouver Ostomy: High life* , 38 (Nº 5), p. 8.

United Nations. (2010). *Human Development Report 2010. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*. New York: United Nations Development Programme.

United Ostomy Associations of America. (2011). Colostomy Guide. (N. Gutman, Ed.) EUA.

Von Karsa, L., Lignini, T., Patnick, J., Lambert, R., & Sauvaget, C. (Agosto de 2010). The dimensions of the CRC problem. 24 (4), pp. 381-396.

Winslet, M., Drolc, Z., Allan, A., & Keighley, M. (1991). Assessment of the defunction efficiency of the loop ileostomy. *DISEASES OF THE COLON & RECTUM* , 34, 699-73.

Wound, Ostomy and Continence Nurses and Colorectal Surgeon Committee Members. (2007). ASCRS and WOCN Joint Position Statement on the Value of Preoperative Stoma Marking for Patients Undergoing Fecal Ostomy Surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 34 (6), 627-628.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2010). Management of the Patient With a Fecal Ostomy. (M. Goldberg, L. K. Aukett, J. Carmel, J. Fellows, B. Folkedahl, & J. Pittman, Edits.) *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* , 37 (Nº6), 596-598.

Wu, H., Chau, J., & Twinn, S. (2007). Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer Nursing* , 30 (Nº3), 186-193.

APÊNDICES

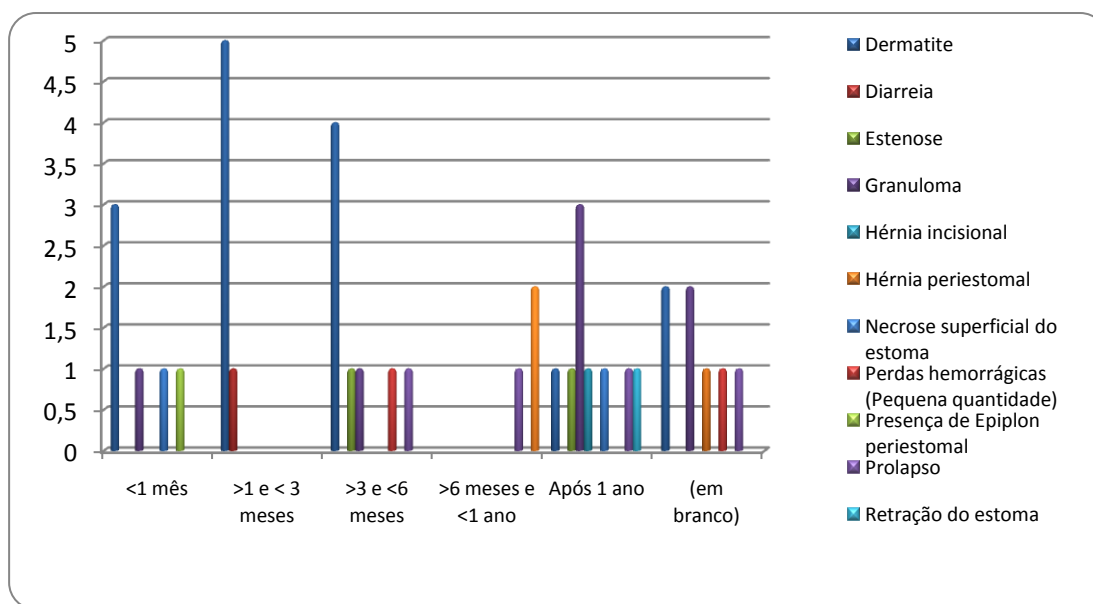
APÊNDICE A – TIPOS DE COMPLICAÇÕES DO ESTOMA E DA PELE PERIESTOMAL NA CE\HEORL

Tabela 1 - Tipos de complicações do estoma e da pele periostomal na CE\HEORL¹²

Especificação e Complicação	<1 mês	>1 e < 3 meses	>3 e <6 meses	>6 meses e <1 ano	Após 1 ano	Em branco	Total
• <i>Dermatite</i>	3	5	4		1	2	15
• <i>Diarreia</i>		1					1
• <i>Estenose</i>			1		1		2
• <i>Granuloma</i>	1		1		3	2	7
• <i>Hérnia incisional</i>					1		1
• <i>Hérnia periostomal</i>						1	1
• <i>Necrose superficial do estoma</i>	1				1		2
• <i>Perdas hemorrágicas (Pequena quantidade)</i>			1			1	2
• <i>Presença de Epiplon periostomal</i>	1						1
• <i>Prolapso</i>			1	1	1	1	4
• <i>Retração do estoma</i>					1		1
• <i>Seroma</i>				2			2
Total	6	6	8	3	9	7	39

Nota explicativa: No caso dos doentes em que não foi possível obter a data exata da realização da ostomia, foram classificados nesta tabela como “Em branco”

Gráfico 1 – Representação gráfica da Tabela 1



¹² Dados recolhidos pelo autor durante o ensino clínico.

APÊNDICE B - PÁGINA DA INTRANET – IMAGENS E CONTEÚDOS (I)

The screenshot shows a web browser window displaying an Intranet page. The page title is 'Área de Enfermagem'. The main content area is titled 'Home Page' and features three anatomical diagrams of the human torso illustrating different types of stomas: Urostomia, Ileostomia, and Colostomia. To the right of these diagrams is a bar chart titled 'CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE DOENTES COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL NO HSFX(2006 / 2010)'. Below the diagrams is a section titled 'BIOLOGIA DO CANCRO COLO-RECTAL' and 'FISIOPATOLOGIA[1]'. The text discusses the causes of colorectal cancer (CCR), mentioning exposure to carcinogenic and viral agents, and hereditary genetic alterations. It also notes that CCR is typically divided into hereditary (or familial) forms, such as Lynch Syndrome and Gardner Syndrome, and non-hereditary forms, which are more frequent and result from exposure to carcinogenic agents or errors in chromosomal replication.

	2006	2007	2008	2009	2010
Urostomia	20	20	24	17	7
Ileostomia	20	9	13	12	7
Colostomia	1	1	3	6	6
Colostomia	1	1	3	6	6

Conteúdo da página da Intranet: Ostomias de eliminação intestinal - Conceitos

BIOLOGIA DO CANCRO COLO-RECTAL

FISIOPATOLOGIA

A exposição a agentes carcinogénicos e virais, falhas na replicação cromossómica ou alterações genéticas hereditárias, são algumas das possíveis causas de CCR.

É clássico dividir os carcinomas em formas hereditárias (ou familiares), quando existe a presença de alterações genéticas de base (Síndrome de Lynch; Síndrome de Gardner), e não hereditárias, quando resultam da exposição a agentes carcinogénicos ou de erros na replicação cromossómica, sendo esta última a forma muito mais frequente.

No Cego e Cólon Ascendente as lesões desenvolvem-se habitualmente sob a forma de pólipos adenomatosos na mucosa interna do lúmen que crescem como uma massa em forma de couve-flor. Pode ocorrer ulceração deste tipo de lesões mas habitualmente não provocam oclusão. Já no caso do Cólon Descendente, e em particular na porção Recto-Sigmóideia, é mais vulgar desenvolver-se uma lesão anular, resultante de uma pequena massa polipóide inicial que evolui para uma espécie de placa que se desenvolve circunferencialmente cobrindo a parede do lúmen, e criando um estreitamento do mesmo. As lesões do Cólon e Recto, se não forem detectadas precocemente, evoluem para estádios

mais graves com invasão das estruturas adjacentes, e podem propagar-se através dos sistemas linfático ou circulatório, metastizando outros órgãos, sendo o Fígado o principal órgão afectado. O adenocarcinoma representa a forma mais frequente de cancro do cólon e do recto (90% dos casos).

ETIOLOGIA

Parece haver uma influência relevante dos factores ambientais, genéticos, ou de situação de doença neoplásica pré-existente, no desenvolvimento do CCR. A existência de uma incidência de CCR nos países desenvolvidos parece estar relacionada com uma alimentação rica em gorduras animais, proteínas e hidratos de carbono refinados, que possuem um baixo teor de fibras, o que lentifica a passagem das fezes no Cólon e aumenta potencialmente o contacto de agentes carcinogénios com a mucosa intestinal (PHIPPS, Long, Woods, & Cassmeyer, 1995).

A *International Agency for Research on Cancer*, através do seu projecto *EPIC* corroborou a hipótese de que uma dieta rica em fibras reduz o risco de CCR, pelo seu efeito protector da mucosa tanto nos casos de polipos adenomatosos bem como na sua transformação em células malignas. Parece também haver uma forte evidência entre o consumo de carnes vermelhas ou processadas e o aumento do risco de CCR, assim como entre o consumo de peixe e a redução do risco de CCR. O projecto *EPIC* aponta ainda o consumo de bebidas alcoólicas, a obesidade e uma baixa actividade física como outros dos factores de risco no aparecimento do CCR (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2009).

SINTOMATOLOGIA

Os principais modos de apresentação do CCR são: a dor, a obstrução/oclusão, a hemorragia (ou anemia), os fenómenos de massa relacionados com a invasão de órgãos adjacentes (hematúria, fecalúria, pneumatúria, etc), alteração do estado geral (caquexia, anorexia, alteração dos hábitos intestinais, diarreia).

Habitualmente cada localização tem uma sintomatologia mais frequente:

- *Cólon ascendente: pelo seu diâmetro luminal mais amplo, e devido ao tipo de pólipos adenomatosos que ali se desenvolvem, o risco de oclusão é menor. Geralmente é diagnosticado pela anemia hipocrómica microcítica que o acompanha, sangue oculto nas fezes, dor no quadrante superior direito e diarreia.*
- *Cólon transverso: pela sua localização, poderá confundir-se com uma sintomatologia gástrica, biliar ou pancreática. Também pode apresentar sangue oculto nas fezes e diarreia*
- *Cólon descendente: são mais frequentes (60% dos casos) e rapidamente se tornam estenosantes. Apresentam habitualmente Hematoquézias e obstipação progressiva.*
- *Sigmóide e Recto: Apresentam Rectorragia em 70% das situações, síndrome rectal (falsas vontades, tenesmo), e sinais de obstipação por estenose do lúmen.*

OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Conceitos gerais

A palavra estoma tem a sua origem etimológica na palavra grega “stóma”, e tem como sinónimo

“*estômato*”, cujo significado é “*boca*” ou “*abertura*” (Lozano, 1998). O termo ostomia assenta então nesse sinónimo, e é usado para designar uma abertura artificial criada pela intervenção cirúrgica efetuada. No caso específico das ostomias de eliminação intestinal, referem-se concretamente à exteriorização de uma porção do intestino através da parede abdominal - preferencialmente através do músculo reto - suturando-o à pele, com o objetivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal (Hurtado, Sáenz, & Velasco, 1994). A sua construção é determinada fundamentalmente pela necessidade de obter uma via alternativa para a drenagem de conteúdo fecal, quando se verifica a impossibilidade defecar normalmente através do ânus (Osório, 1999).

Existem múltiplos motivos descritos na literatura para a realização de uma ostomia: traumatismos abdominais graves, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquémica, polipose adenomatosa familiar, trauma, megacólon, infeções perineais graves, síndromes oclusivas de etiologia não oncológica, doenças neurológicas e doenças oncológicas [(Belato, Pereira, Maruyama, & Oliveira, 2006); (Simões, 2002, p. 75); (Black, Matassarini-Jacobs, & Cosendey, 1996); (Sousa, Bocchini, & Habr-Gama, 1994)]. Para a maioria destes autores, as doenças oncológicas representam contudo a principal causa para a realização de uma ostomia.

Na grande generalidade das situações observa-se a presença de apenas uma ostomia de eliminação intestinal. Existem contudo situações em que são fixados dois estomas à pele. Neste caso coexistem duas aberturas, uma no segmento aferente (Ileostomia ou Colostomia), e outra no eferente (Fistula mucosa). O segmento aferente mantém-se funcional, sendo que o eferente é apenas exteriorizado, para a drenagem de líquido e muco entérico (Philippi & Arone, 2002, pp. 65-69). É uma técnica possível embora mais comum nas situações de trauma.

Classificação das ostomias

A classificação das ostomias baseia-se numa combinação de diferentes eixos:

- *Origem anatómica;*
- *Funcionalidade;*
- *Tipo de construção cirúrgica do estoma;*
- *Tempo de permanência;*
- *Continência.*

Neste relatório vou-me centrar exclusivamente nas ostomias de eliminação intestinal, dado ser essa a especificação do foco do meu projeto.

Origem anatómica

Quanto à sua origem, as ostomias do aparelho digestivo denominam-se “ostomias digestivas”. Porém, em virtude da sua origem mais específica podem-se subclassificar em ostomias gástricas ou intestinais e, dentro destas últimas, em ileostomias (jejunostomias, duodenostomias) e colostomias (ascendente, transversostomia, descendente). Colostomia e ileostomia são portanto definidas, respetivamente, pela abertura de segmento cólico ou ileal na parede abdominal (Sousa, Bocchini, & Habr-Gama, 1994).

Funcionalidade

Consoante a sua funcionalidade pode-se classificar, como os nomes indicam, de “alimentação” ou de

“eliminação”. As ostomias de eliminação são efetuadas com o objetivo de permitir a saída do efluente por uma via artificial, quando a via natural não é possível (Sousa, Bocchini, & Habr-Gama, 1994).

Tipo de construção cirúrgica do estoma

Ao longo dos vários anos foram sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas diferentes técnicas cirúrgicas de realização de ostomias. O impacto negativo de algumas resultou no seu abandono, ou remeteu a sua aplicabilidade para situações extremas enquanto último recurso. Outras porém têm demonstrado resultados positivos na melhoria da qualidade de vida dos doentes, com menor número de complicações.

- **Ostomias de eliminação intestinal com estoma único:** Nestas situações é efetuada resseção parcial (Hartmann) ou total (Resseção abdomino-perineal) da ansa eferente, sendo exteriorizado o topo da ansa aferente. No caso específico da operação de Hartmann a ansa eferente é apenas encerrada no topo proximal, mantendo-se a ligação anal. Já na resseção abdomino-perineal, para além da resseção total da ansa eferente, procede-se igualmente ao encerramento do Anûs.
- **Ostomias de eliminação intestinal em Ansa:** Consiste na exteriorização de uma ansa intestinal em que é interposta temporariamente uma vareta - vareta deve ser mantida até 10 dias, sujeita a validação com o cirurgião - entre o seu mesentério e a pele. De seguida seccionam cerca de 80% da circunferência da ansa expondo assim as ansas aferentes e eferentes. É efetuada eversão exclusivamente da ansa aferente, e ambas são fixadas à pele. É uma técnica utilizada fundamentalmente para proteção da anastomose eferente pós-colectomia parcial.
- **Ostomias de eliminação intestinal em cano duplo:** É uma intervenção com seção total numa ansa intestinal, e posterior exteriorização dos dois topos das ansas aferentes (funcional) e eferentes (Fístula Mucosa). Pode ser utilizada em situações em que se procedeu à seção de uma porção da ansa afetada e se exteriorizaram os dois topos remanescentes, ou em que houve uma seção mais distal com anastomose, e se pretende criar uma exclusão temporária dessa ansa eferente.
- **Ostomias de eliminação intestinal com reservatórios:** São procedimentos que procuram obter ou manter a continência. As técnicas descritas são aplicadas habitualmente a doentes ileostomizados, e consistem na construção cirúrgica de “reservatórios” internos, recorrendo à mucosa do intestino delgado. Existem variações onde se procura manter a funcionalidade da musculatura Recto-Anal, ou outras em que se constrói um estoma à pele que depois é drenável pelo doente.

Tempo de permanência

E considerando o seu tempo de permanência, existem as “temporárias” - se após o procedimento realizado se mantiver a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal, como nas situações de trauma abdominal ou em que haja a necessidade de proteção de uma anastomose intestinal a eferente da derivação - e as “permanentes” ou “definitivas” - quando não existe a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal, como nas situações de perda da função do esfíncter anal [(MONAHAN &

ARONOVITCH, 2007); (Hurtado, Sáenz, & Velasco, 1994); (PAULA, 2006); (Osório, 1999)].

Continência

Uma ostomia pode ser considerada como continente ou não-continente se, respetivamente, estiver ou não mantida, a capacidade de reter internamente o efluente fecal, controlando o momento da saída. Têm-se verificado inúmeras tentativas ao longo dos anos para atingir este objetivo, as quais podem ser agrupadas em 3 grupos [(Cesaretti & Dias, 2002); (Piñol, Rodríguez, & Fernández, 1991)]:

- *Procedimentos cirúrgicos;*
- *Utilização de dispositivos continentes;*
- *Técnica de irrigação da colostomia*

Indicações para realização de uma ostomia

A indicação para a sua realização pode ter diferentes causas: derivação do trânsito intestinal a eferente para proteção de suturas intestinais (ex.: colectomia) ou de segmentos intestinais com lesões (ex.: fistulas, perfurações), doenças inflamatórias em estágio controlável apenas por via cirúrgica (ex.: Colite ulcerosa, Doença de Crohn) ou doença neoplásica (ex.: Carcinoma de Cólon) [(MONAHAN & ARONOVITCH, 2007); (Hurtado, Sáenz, & Velasco, 1994); (Sousa, Bocchini, & Habr-Gama, 1994);(SOUSA, OLIVEIRA, & SANTOS, 2000); (United Ostomy Associations of America, 2011)].

Ileostomia

A ileostomia consiste na exteriorização à pele de uma porção do intestino delgado, por intervenção cirúrgica, através do músculo reto da parede abdominal. É mais comum optar-se - sempre que isso é possível - pela exteriorização do Íleo, porque sendo a porção mais distal permite que a maior parte da função do intestino delgado se mantenha. Fica localizada frequentemente no lado direito do abdómen [(MONAHAN & ARONOVITCH, 2007); (Hurtado, Sáenz, & Velasco, 1994); (Sousa, Bocchini, & Habr-Gama, 1994);(SOUSA, OLIVEIRA, & SANTOS, 2000); (United Ostomy Associations of America, 2011)].

Resulta na exclusão total do trânsito intestinal eferente, mesmo na maioria dos casos das ileostomias em Alça como demonstrou um estudo de Winslet, que comprovou a inexistência de efluente na ansa eferente na totalidade dos casos sem complicações, havendo passagem de efluente apenas em 15% dos casos e somente quando se verificou retração do estoma (Winslet, Drolc, Allan, & Keighley, 1991).

As características do efluente numa ileostomia são de um conteúdo predominantemente líquido, contendo ocasionalmente pedaços não digeridos de alimentos – mais comum nas ileostomias mais proximais do estômago -, e podendo progressivamente passar a pastoso consoante a dieta individual, metabolismo, medicação, co-morbilidade e o tempo decorrido após a intervenção. Este efluente possui uma elevada concentração de enzimas proteolíticas que são extremamente irritativas para a pele, podendo causar complicações graves. [(United Ostomy Associations of America, 2011); (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1995); (MONAHAN & ARONOVITCH, 2007); (Sousa, Bocchini, & Habr-Gama, 1994); (Barrett, Rawlings, & Woessner, 2003)].

Existem quatro tipos principais de derivações do intestino delgado, embora consoante a técnica cirúrgica utilizada possam haver variações. O cirurgião e o doente devem determinar a cirurgia mais apropriada. Alguns dos critérios de seleção para o tipo de derivação são o processo da doença, idade, saúde geral e da preferência do doente [(United Ostomy Associations of America, 2011);(Colorretal, 2011); (Sousa, Bocchini, & Habr-Gama, 1994); (Hurtado, Sáenz, & Velasco, 1994)].

Bolsa Ileal (“J-Pouch” ou “S-Pouch”)

A variação cirúrgica mais comum é o reservatório ileoanal (bolsa pélvica), que é uma bolsa interna feita a partir do íleo e colocada na pélvis. A denominação desta bolsa pode variar de “J-Pouch” ou “S-Pouch” consoante o procedimento cirúrgico adotado. É condição obrigatória que a musculatura Recto-Anal dos esfíncteres Interno e Externo que envolvem a abertura anal esteja intacta e funcional para impedir a bolsa de vazar. O objetivo desta técnica é permitir a continência, sendo um procedimento considerado definitivo já que se procede à remoção total do Cólon. A consistência do efluente da bolsa pélvica depende da dieta como já referido, mas pode ser também melhorada através de medicação.

Ileostomia padrão ou de Brooke

A ileostomia de Brooke é um procedimento cirúrgico muito comum. O íleo terminal é puxado à pele através da parede abdominal; ao segmento exteriorizado é efetuada uma eversão da mucosa interior, sendo esta suturada à pele, deixando uma superfície lisa e frequentemente arredondada. O estoma é geralmente colocado no quadrante inferior direito e, sempre que possível, localizado sobre uma superfície plana, sem pregas cutâneas ou outras irregularidades. É um procedimento cujo tempo de permanência pode ser temporário ou definitivo, dependendo da causa que esteve na sua origem. Nestes casos não existe a possibilidade de continência pelo que o doente tem de adotar um sistema coletor que permita a recolha do efluente.

Ileostomia em Ansa

A ileostomia em Ansa é uma técnica utilizada fundamentalmente para proteção da anastomose eferente pós-colectomia parcial. Consiste na exteriorização de uma ansa do Íleo em que é interposta uma vareta entre o seu mesentério e a pele. De seguida seccionam cerca de 80% da circunferência da ansa expondo assim as ansas aferentes e eferentes. É efetuada eversão exclusivamente da ansa aferente, e ambas são fixadas à pele. A vareta deve ser mantida até 10 dias, sujeita a validação com o cirurgião.

Ileostomia continente (Bolsa abdominal ou Bolsa de Kock)

A ileostomia continente é uma variação cirúrgica da ileostomia padrão. Criada quando uma porção do íleo é enrolada sobre si mesma de modo que um reservatório é formado dentro do abdômen (Bolsa abdominal). Uma válvula de bocal é construída com uma parte do íleo. O doente insere um cateter algumas vezes por dia para esvaziar o conteúdo do reservatório. O objetivo desta técnica é permitir a continência, sendo um procedimento considerado definitivo já que se procede à remoção total do Cólon. Os doentes não necessitam de usar um sistema coletor externo.

Colostomia

A Colostomia consiste na exteriorização à pele de uma porção do Intestino Grosso, por intervenção cirúrgica, através do músculo reto da parede abdominal. A localização à pele e as características do efluente variam fundamentalmente consoante a porção do Cólon que é exteriorizada.

Colostomia do Ceco \ Cólon Ascendente

Este tipo de ostomia consiste na exteriorização do Ceco ou Cólon Ascendente. É pouco usual já que as características do efluente são muito similares às de uma Ileostomia. O efluente é bastante ácido devido às enzimas proteolíticas digestivas, e predominantemente líquido o que se traduz num número elevado de dejeções diárias. Por estes motivos, considera-se frequentemente preferível optar por uma Ileostomia já que as características desse estoma (menor calibre, mais arredondado) são mais adequadas para o tipo de efluente líquido.

Cólon Transverso

Esta colostomia consiste na exteriorização do Cólon Transverso. O efluente torna-se mais pastoso devido à absorção de líquidos pelo Cólon Ascendente embora ainda se verifiquem várias dejeções por dia. Mantém ainda um pH ácido.

É utilizada frequentemente em situações de doença do Cólon Descendente \ Sigmóide \ Reto.

Uma Colostomia do Transverso pode ser permanente nos casos em que há uma resseção total das ansas eferentes, ou em que há a necessidade de impedir manter as ansas eferentes permanentemente em repouso. Uma situação típica são os tumores extensos do Cólon Descendente com invasão simultânea do Reto e Anûs, cuja resseção remove conjuntamente toda a musculatura e rede nevrálgica responsáveis pela capacidade de controle do esfíncter.

As situações temporárias ocorrem quando houve uma resseção parcial das ansas eferentes com conservação da funcionalidade do Anûs, mas em que é necessário impedir a passagem de conteúdo fecal na anastomose eferente. Porque o conteúdo fecal do Cólon Descendente naturalmente se acumula na Sigmóide e Reto, e é bastante mais moldado e seco, exerce um maior atrito e pressão na zona anastomótica, aumentando consideravelmente o risco de deiscência de uma anastomose anal ou retal. Nestes casos a realização de uma Colostomia ao nível do Transverso é recomendada.

Cólon Descendente \ Sigmóide

É uma opção normalmente permanente, tida nas situações cirúrgicas das quais resulta ou uma incapacidade funcional permanente do esfíncter anal, ou em que houve uma resseção abdomino-perineal.

O efluente é normalmente mais moldado, e o número de dejeções tenderá progressivamente a retomar o padrão habitual do doente.

Conteúdo da página da Intranet: Ostomias de eliminação intestinal –

Complicações e pseudo-complicações

Complicações e pseudo-complicações

Um doente com uma ostomia de eliminação intestinal pode vir a desenvolver complicações relacionadas com esse seu novo estado de saúde. Embora se tenham realizado vários estudos ao longo dos anos, não existem dados sistematizados, ou meta-análises que nos permitem estimar com rigor e fidedignidade a incidências destas complicações, podendo variar entre 12% a 72% (Salvadaleña, 2008). Alguns desses estudos indicam-nos que aproximadamente 40-46% dos doentes com uma ostomia irão desenvolver uma ou mais complicação estomal ou periestomal [(Sung, Kwon, Jo, & Park, 2010); (Ratliff, 2010); (Herlufsen, et al., 2006)]. No entanto o que parece ser demonstrado e consensual é que efetivamente as complicações podem surgir tanto numa fase precoce como mais tardia [(Salvadaleña, 2008);(Bosio, et al., 2007); (Butler, 2009); (Ratliff, 2010); (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002); (Kann, 2008); (Husain & Thomas, 2008)]. Salvadaleña (2008) concluiu, na revisão sistemática que efetuou, que as complicações mais reportadas foram a retração do estoma, hérnia, prolapso, lesões periestomais e necrose do estoma (Ver Tabela1). Herlufsen e outros (2006) no estudo transversal realizado reportam que 77% das complicações encontradas eram lesões da pele periestomal, nomeadamente lesões erosivas, maceração, eritema e dermatite irritativa.

Tabela 1 - Complicações do estoma e pele peri-estomal

Complicações	Incidência a 3 meses	Incidência a 12 meses
Retração	3%–7%	10%–24%
Hérnia periestomal	0,80%	12%–40%
Prolapso	0%–3%	4%–10%
Necrose	0%–3%	7%
Lesões na pele periestomal	14,70%	15%–43%

Adaptado de (Salvadaleña, 2008)

Algumas delas serão resultantes de ações ou omissões de causa humana por eventual deficit de conhecimentos sobre o autocuidado ou mesmo por deficit de autocuidado; outras serão mais imprevisíveis, com causas menos evitáveis, menos dependentes da prevenção ou do autocuidado propriamente ditos (Butler, 2009). Vários autores identificam que um Índice de Massa Corporal alterado aumenta o risco de aparecimento de complicações do estoma e da pele periestomal [(Arumugam, et al., 2003); (Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007); (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002); (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005)]. Arumugam e outros (2003) realizaram um estudo prospetivo onde também identificaram que a Diabetes e as cirurgias de emergência são igualmente fatores de risco significativos no aumento do número de complicações.

Também segundo vários autores, os doentes com Ileostomias apresentam percentagens mais elevadas de complicações do que os que têm um Colostomia [(Herlufsen, et al., 2006); (Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007)]

Retração do estoma

[(Arumugam, et al., 2003); (Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007); (Duchesne, Wang,

Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002); (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005); (Breckman, 2005); (Hampton, 1992); (Lyon & Smith, 2001); (Saura, Berdonés, & Rivilla, 2008)]

Consiste na invaginação do estoma para o interior da camada dérmica. Apresenta uma aparência côncava, quando subsiste aderência da mucosa intestinal à pele. Nos casos associados de deiscência da sutura o aspeto côncavo é residual ou inexistente.

Tem como causas possíveis uma incorreta fixação da ansa intestinal à parede abdominal, uma tensão da ansa provocada por dimensão insuficiente da mesma ou fixação à pele em zona muito afastada, processos infecciosos generalizados ou da parede abdominal na zona de contato com a ansa, alterações significativas do estado nutricional que afetem a cicatrização, necrose do estoma, remoção precoce da vareta. Existem igualmente referência, em vários estudos, para um aumento do risco de retração do estoma em doentes com Índice de Massa Corporal elevado.

Deiscência da sutura muco-cutânea do estoma

[(Arumugam, et al., 2003); (Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007); (Hampton, 1992); (Lyon & Smith, 2001)]

A deiscência é definida como a separação de dois planos. Resulta na separação da mucosa intestinal da pele, que pode ser parcial ou mesmo total. A zona de deiscência permite a acumulação de efluente, tornando-se num fator coadjuvante para o desenvolvimento de outras complicações como a retração, prolapso, hemorragia e infeção. As causas que estão na sua origem são em tudo similares às já referidas para a retração do estoma.

Estenose

[(Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002), (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005); (Barr, 2004); (Cheung, 1995); (Burch, 2008); (Lyon & Smith, 2001); (Mccann, 2003); (Ragué, Valentí, & Prim, 1999)]

A estenose corresponde ao estreitamento do lúmen do estoma. Pode ocorrer ao nível fascial ou cutâneo. A estenose extrema pode ameaçar o correto funcionamento do estoma comprometendo a saída do efluente. Ao exame digital o estoma apresenta uma diminuição do lúmen ao nível da pele ou fascial.

Se a estenose é ao nível da pele, o estreitamento do lúmen do estoma ou estreitamento da pele ao redor do estoma pode ser visível. O doente pode igualmente referir dor no momento da saída do efluente, saída excessiva de gases, e tendência a obstipação com subsequente descarga em grande quantidade de efluente moldado e com aparência mais estreita. Com estenose ao nível da fásia, o estoma e pele circundantes podem ter uma aparência normal, mas o doente pode apresentar sintomas de oclusão parcial.

Pode resultar de várias situações entre as quais da técnica de construção do estoma, formação cicatricial excessiva, irradiação prévia do segmento intestinal, infeção periestomal, aumento significativo do IMC, ou mesmo iatrogenicamente de trauma no estoma resultante de um equipamento coletor mal ajustado.

Hemorragia

(Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002); (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005); (Hampton, 1992); (Lyon & Smith, 2001); (Saura, Berdonés, & Rivilla, 2008); (Ragué, Valentí, & Prim, 1999); (Erwin-Toth, Stricker, & Rijswijk, 2010); (Rolstad & Erwin-Toth, 2004);

(Colwell J. , 2004)] (Barr, 2004)

Uma hemorragia superficial que não pára de forma espontânea ou uma hemorragia excessiva do estoma, devem ser diferenciadas de uma hemorragia ocasional da mucosa do estoma que pode ser causada por trauma leve durante uma mudança de equipamento coletor.

É frequente ocorrerem hemorragias numa fase inicial pós-cirurgia, durante a realização de tratamentos com quimioterapia ou radioterapia, quando subsistem alterações na coagulação, ou por efeito de medicação nomeadamente anti-inflamatórios.

Uma hemostase inadequada durante a construção do estoma resulta em hemorragia nas primeiras 48 horas após a cirurgia

As hemorragias no decurso dos tratamentos de quimioterapia e\ ou radioterapia resultam da ação destes agentes diretamente na mucosa intestinal, provocando queimadura, inflamação dos tecidos, edema. São situações que não só originam lesões na mucosa e pele periestomal, com perda de integridade dos vasos subcutâneos e \ ou mucosos, e subsequente hemorragia, como também dificultam o processo de regeneração tecidular pelo seu efeito na cascata de cicatrização tecidular.

Situações de hemorragia intensa, persistente no tempo ou do lúmen do estoma são mais preocupantes e podem inclusive indiciar doença subjacente que deve ser despistada obrigatoriamente.

Lesões proliferativas da pele (precoces e tardias)

A reação da pele peri-estomal quer a agentes externos quer de cicatrização, podem originar neoformações do tipo proliferativo. As mais típicas nas ostomias de eliminação intestinal são os granulomas, que são lesões do tipo nodular mas que pela sua rápida disseminação peri-estoma podem assumir uma aparência anelar. São causadas frequentemente por traumatismo provocado pelo sistema coletor devido a recorte incorreto ou má aplicação, por irritação da pele devido à presença de efluente ou outros agentes irritantes, ou até por reatividade à presença prolongada dos pontos da junção mucocutânea [(Hampton, 1992); (Burch, 2008);_(Breckman, 2005)]. Existem ainda outros tipos proliferativos como as lesões pseudo-verrucosas, que embora se encontrem referências para o aparecimento destas lesões em ostomias de eliminação intestinal (Ratliff & Donovan, Frequency of peristomal complications, 2001), são consideradas mais comuns nos estomas urinários por efeito do contato da urina com a pele. Assumem uma forma nodular mas rígida, criando por vezes dificuldades na diferenciação com os granulomas [(Scianni, Cesaretti, & Paula, 2006); (Lyon & Smith, 2001); (Matos & Cesaretti, 2001)].

Lesões erosivas da pele (precoces e tardias)

(Arumugam, et al., 2003); (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002); (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005); (Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007)]

A pele peri-estomal pode desenvolver processos de reação inflamatória como resposta a um conjunto de agentes exteriores a que fica exposta. A exposição prolongada e não tratada pode agravar a reação cutânea e origina lesões erosivas que podem evoluir ao longo dos vários níveis dérmicos até situações de necrose. As lesões erosivas podem-se subdividir em três grupos: Lesões irritativas, alérgicas e mecânicas.

- *Irritativa: São lesões que apresentam uma reação inflamatória inicial causada pela presença um agente externo cujo contato é nocivo para a pele. Este agente externo pode ser o próprio efluente, produtos que são indevidamente aplicados, ou produtos resultantes da reação entre os vários compostos. É um facto que a presença do efluente em contato com a pele, principalmente nos doentes com Ileostomias (pela presença de enzimas proteolíticas) ou em*

ciclo de quimioterapia (pela excreção destes compostos no efluente), pode originar lesões erosivas graves. A aplicação de produtos na pele peri-estomal é também, por definição, muito restrita, porém estão descritas a utilização de uma multiplicidade de soluções que devido à sua natureza química, e em conjugação com os efluentes do estoma e da pele peri-estomal, podem ser absorvidos pelas placas (hidrocolóides) e potencialmente interagir com os componentes da própria placa. Desta reação química, libertam-se novos compostos potencialmente corrosivos para a pele (Peristomal Moisture–Associated Dermatitis) originando complicações que poderiam ser evitáveis [(Colwell, et al., 2011); (Matos & Cesaretti, 2001); (Ragué, Valentí, & Prim, 1999); (Saura, Berdonés, & Rivilla, 2008); (Scianni, Cesaretti, & Paula, 2006)]. Outro fator irritativo é a Radioterapia, pela queimadura direta que provoca mas principalmente pelo efeito de alteração que induz no próprio genoma celular, alterando a sua fisiologia, induzindo a redução do número de glândulas sebáceas, a perda de elasticidade e atrofia da pele (Erwin-Toth, Stricker, & Rijswijk, 2010); (Ratliff & Donovan, Frequency of peristomal complications, 2001); (Turnbull & Erwin-Toth, 1999); (Mahmood & Bradley, 2004).

- *Alérgica: São lesões que apresentam uma reação inflamatória inicial causada pela presença um ou mais agentes externos que per si não são nocivos, mas cujo contato leva a pele a despoletar uma reação imunitária de defesa. Habitualmente a reação é circunscrita à área de contato, e caracteriza-se desde simples vermelhidão até uma reação pápulo-vesicular, prurido, exsudado, dor no local, edema [(Breckman, 2005); (Hampton, 1992); (Rogenski & Paegle, 2001)].*
- *Mecânica: São lesões provocadas por ação de mecanismos externos, como a colocação inadequada do sistema coletor provocando fricção no estoma, ou remoção inadequada do mesmo provocando solução de continuidade na pele peri-estomal adjacente. Há igualmente referência a lesões mecânicas provocadas aquando da realização de tricotomia da pele peri-estomal com o recurso (desaconselhado) a lâmina de barbear (Barr, 2004).*

Hérnia paraestomal

Corresponde a uma protrusão do intestino através da abertura fascial para o tecido subcutâneo ao redor do estoma, formando uma proeminência periestomal. Embora alguns autores refiram que a maioria surge nos dois primeiros anos (Pearl, 1989), outros relatam-na como uma complicação tardia, ocorrendo meses ou anos após a cirurgia por causa de erro técnico cirúrgico na sequência do alargamento gradual da fâscia (Barr, 2004). A sua incidência é difícil de determinar, podendo variar consoante o tipo de estoma, a técnica de construção do estoma (fixação inadequada da ansa à parede abdominal, abertura fascial muito grande ou incorretamente encerrada, localização do estoma fora do músculo Reto), as circunstâncias cirúrgicas (emergência, sépsis, etc), anomalias da estrutura abdominal (musculatura abdominal fraca), IMC elevado, estado geral do doente, infeção, obstipação, tosse intensa, ausência de comportamento defensivo do doente no pós-operatório [(Barr, 2004); (Londono-Schimmer, Leong, & Philips, 1994); (Arumugam, et al., 2003); (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005); (Breckman, 2005); (Hampton, 1992); (Rogenski & Paegle, 2001)].

Prolapso

(Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007); (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002); (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005)]

Carateriza-se por uma exteriorização da ansa intestinal, através do estoma. A junção mucocutânea está habitualmente íntegra. Nas situações menos complexas pode apresentar edema e hemorragia

associadas, sendo que nos casos mais graves, pode resultar em obstrução e isquemia do estoma secundária à tensão excessiva no mesentério.

Os estudos referem que as ostomias em ansa são mais propensas a desenvolver prolapsos, em percentagens que variam entre os 7% e os 25% [(Barr, 2004); (Shellito, 1998)]. Os mesmos autores referem também que os prolapsos de Colostomias e Ileostomias são mais frequentes numa fase tardia (11-12%) do que numa fase precoce (2-3%).

Os prolapsos podem resultar de técnica cirúrgica inadequada, dificuldade na construção do estoma por edema que obriga a uma abertura excessiva da parede abdominal, fixação inadequada do intestino à parede abdominal, aumento da tensão abdominal (tumores, tosse, ascite, gravidez), musculatura abdominal fraca [(Barr, 2004); (Gordon, Rolstad, & Bubrick, 1999) (Corman, 1993)].

Necrose do estoma / mucosa

[(Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007); (Duchesne, Wang, Weintraub, Boyle, & Hunt, 2002); (Mahjoubi, Moghimi, Mirzaei, & Bijari, 2005); (Hampton, 1992); (Lyon & Smith, 2001); (Burch, 2008); (Beck, 1993); (Lennen & Kuyper, 1989)]

A necrose do estoma ocorre quando o fluxo de sangue para ou a partir do estoma é interrompido de modo prolongado, resultando numa alteração na viabilidade estoma ou morte do tecido. Alguns autores referem que é mais frequente nas primeiras 24 horas, embora também possa surgir mais tardiamente como resultado de situações de edema, infeção, choque. Outros autores também referem percentagens elevadas de necroses em doentes com IMC elevado e situações de emergência, embora neste último caso possa estar relacionada com a técnica cirúrgica e \ ou estado geral do doente.

Visualmente a mucosa apresenta uma coloração escura, em tons aczentados a preto. A sua consistência pode variar de flácida a rígida, e a mucosa apresenta-se seca. A necrose pode ser circunferencial ou espalhada sobre a mucosa, e pode ser superficial ou profunda. Nos estádios mais avançados começa a surgir descamação da mucosa necrótica e odor intenso.

Pseudo-complicações

Nos casos em que a ostomia de eliminação é temporária, verifica-se a presença de uma ansa eferente terminal cujo tamanho pode ser variável mas que mantém sempre a sua ligação anatomo-fisiológica ao Ânus funcional. É por isso possível a existência de dejeções anais, em situações de cirurgia não eletiva ou com inadequada preparação intestinal. É igualmente comum verificar-se a saída de mucosidades intestinais tardias, o que traduz um adequado funcionamento dessa mucosa [(Colostomy Guide, 2011); (Silva, 2008)].

Nas ostomias em ansa deve-se informar o doente que existe a possibilidade de passagem de algum efluente para a ansa eferente dado origem a perdas rectais que devem ser consideradas normais. Estudos efetuados revelam uma eficácia na exclusão de passagem do efluente em 85% dos doentes, revelando-se menos eficaz nos casos de retração e prolapso do estoma, e com o decorrer do tempo, particularmente após os 10 meses de cirurgia embora nestes casos muitas vezes associada a retração ou prolapso [(Winslet, Drolc, Allan, & Keighley, 1991), (Fontes, Fontes, Utiyama, & Birolini, 1988)]. A própria mucosa intestinal produz mucosidades que lentamente vão progredindo até serem libertadas pelo ânus.

APÊNDICE C – Processo Eletrônico de Estomaterapia

Ilustração 1 - Página principal

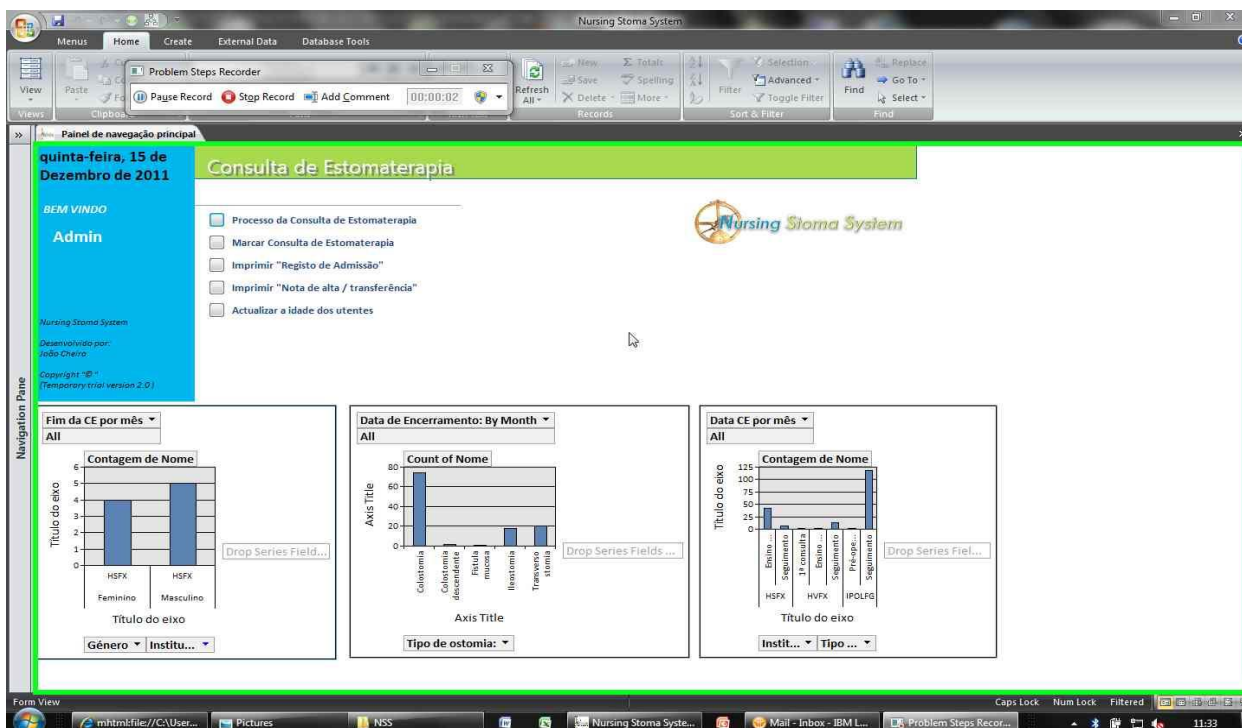
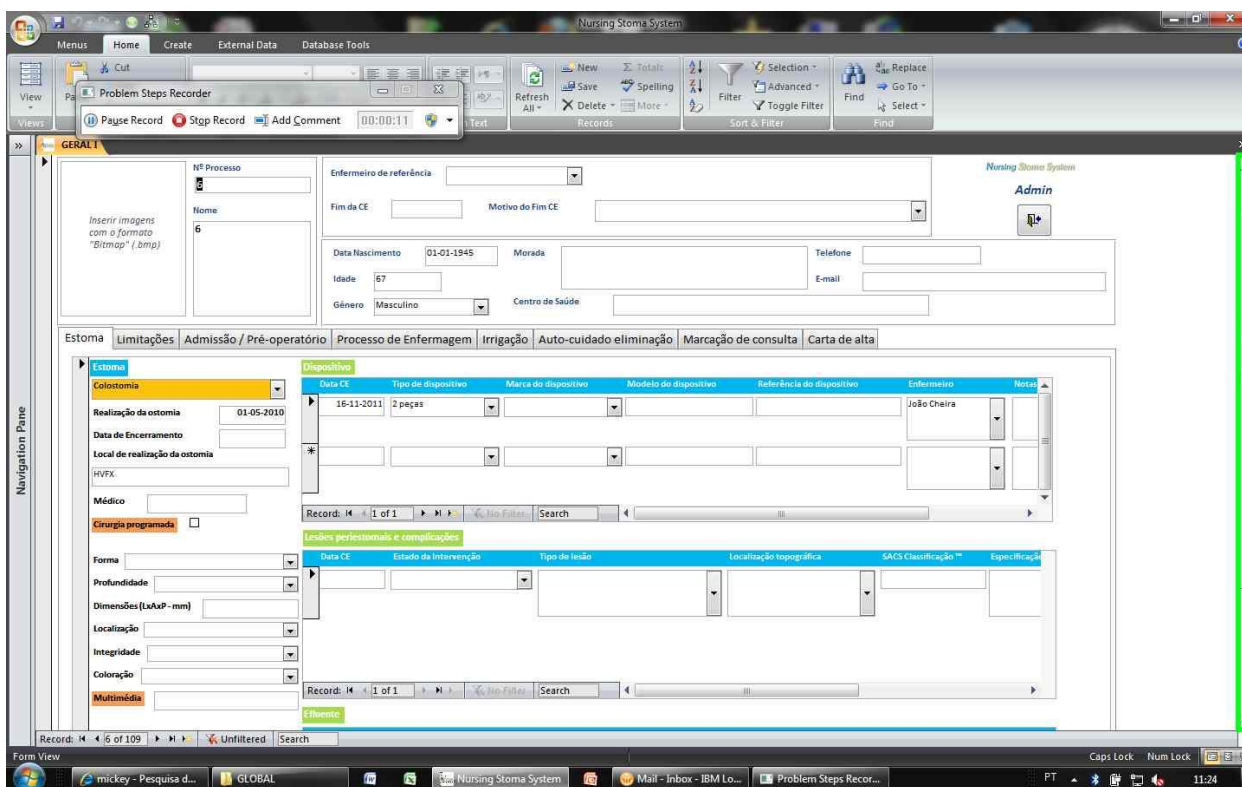


Ilustração 2 - Separador "Estoma"



RELATÓRIO DE ESTÁGIO APÊNDICES

Ilustração 3 - Separador de capacitação para o "Autocuidado eliminação"

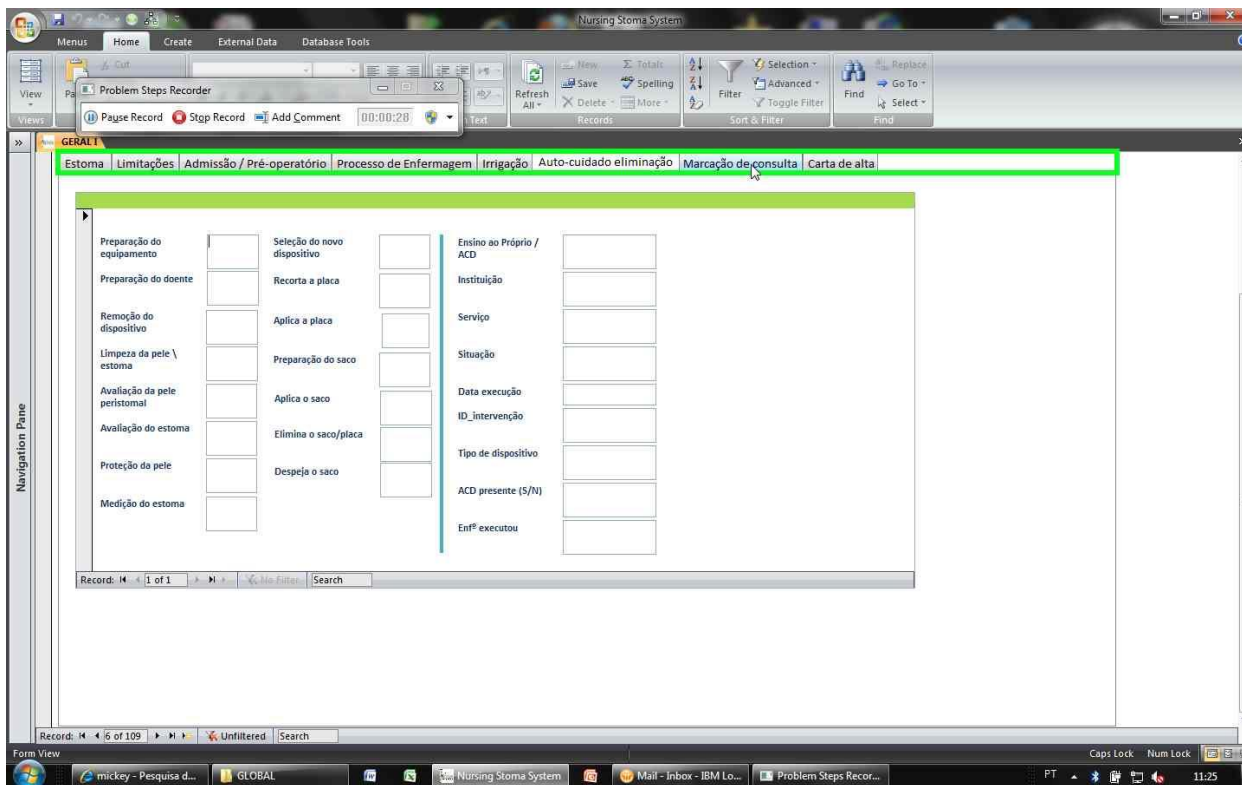
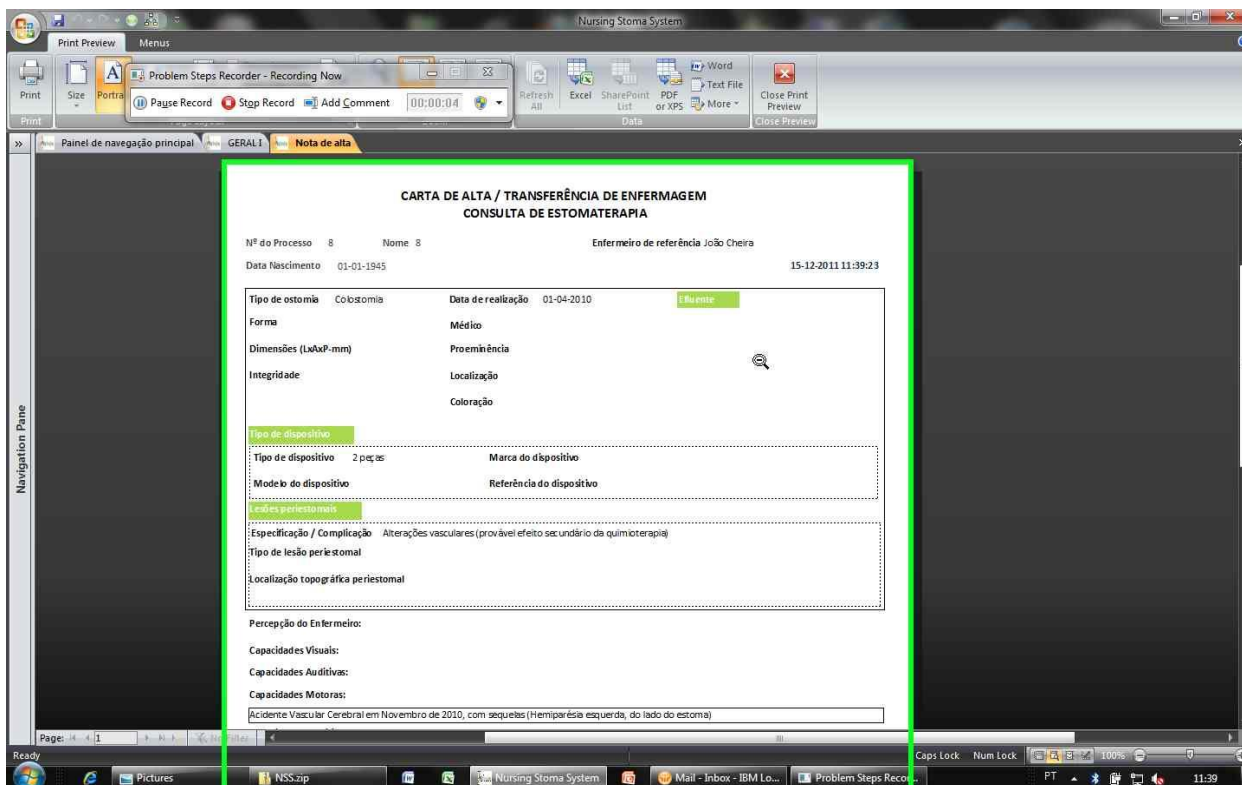


Ilustração 4 - Impressão da "Carta de Alta / Transferência de Enfermagem"



APÊNDICE D – Pedido de autorização para extração de dados estatísticos recolhidos através dos grupos de diagnósticos homogêneos

Exma Dr.ª Ana Leitão

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Enfº João Paulo Cheira

Enfermeiro no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) (Nº61354)

Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

Mestrando no 2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica Oncológica (CMPEMCO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Nº3553)

Membro na Ordem dos Enfermeiros: 5-E-27642

Assunto: Solicitação de dados estatísticos recolhidos através dos GDH.

No âmbito do 2º CMPEMCO a decorrer presentemente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vou desenvolver um projecto de intervenção clínica na área da Estomatoterapia, com aplicação prática durante o estágio no CHLO. Os objectivos deste projecto passam pelo diagnóstico de situação relativamente aos doentes ostomizados em Portugal, e em particular pela caracterização dos doentes ostomizados, pela avaliação das necessidades de cuidados de Enfermagem no cuidar destes doentes, e pela definição de intervenções integradas a realizar.

Para poder dar consequência a todo este projecto, e em particular ao primeiro objectivo definido cuja execução é condicionante dos restantes, tenho a necessidade de obter dados fiáveis e actualizados sobre os doentes ostomizados no CHLO, e que especifico em pormenor na página em anexo. Como não existem actualmente publicados quaisquer dados específicos sobre esta problemática, tenho a necessidade de recorrer às entidades oficiais para os obter. Como a recolha centralizada desses dados é efectuada através dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos, e em particular através do grupo de procedimentos efectuados, vinha por este meio, e no seguimento dos contactos já efectuados, solicitar a vossa colaboração no sentido de conseguir obter essa informação vital para o projecto.

Agradeço desde já a disponibilidade e atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 30 de Maio de 2011



(João Cheira)

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
APÊNDICES**

Filtros:	Nome do campo/Conteúdo	Filtro
	codigo (código da CID-9-MC)	CID-9-CM Procedimento 46 ou sub-níveis (ver tabela 2) Entre 1-1-2006 e a data actual

Nome do campo	Conteúdo
codigo	código da CID-9-MC
tipo	tipo de código (A, D, E, M, P)
interv_cir	data da (1ª) intervenção cirúrgica
b_date	data do nascimento
totdias	demora (dias de internamento)
icv	número de dias em UCIs
diagp	diagnóstico principal
sex	sexo
distrito	distrito de residência
dsp_gdh	destino após a alta para o GDH
drg	GDH
serv	Serviço
morf_tum	
pre_op	número de dias de pré-operatório

COD GDH	DEN GDH
ICD-9-CM Procedure 46	Other operations on intestine
ICD-9-CM Procedure 46.0	Exteriorization of intestine
ICD-9-CM Procedure 46.01	Exteriorization of small intestine
ICD-9-CM Procedure 46.02	Resection of exteriorized segment of small intestine
ICD-9-CM Procedure 46.03	Exteriorization of large intestine
ICD-9-CM Procedure 46.04	Resection of exteriorized segment of large intestine
ICD-9-CM Procedure 46.1	Colostomy
ICD-9-CM Procedure 46.10	Colostomy, not otherwise specified
ICD-9-CM Procedure 46.11	Temporary colostomy
ICD-9-CM Procedure 46.13	Other permanent colostomy
ICD-9-CM Procedure 46.14	Delayed opening of colostomy
ICD-9-CM Procedure 46.2	Ileostomy
ICD-9-CM Procedure 46.20	Ileostomy, not otherwise specified
ICD-9-CM Procedure 46.21	Temporary ileostomy
ICD-9-CM Procedure 46.22	Continent ileostomy
ICD-9-CM Procedure 46.23	Other permanent ileostomy
ICD-9-CM Procedure 46.24	Delayed opening of ileostomy
ICD-9-CM Procedure 46.3	Other enterostomy
ICD-9-CM Procedure 46.31	Delayed opening of other enterostomy
ICD-9-CM Procedure 46.32	Percutaneous [endoscopic] jejunostomy [pej]
ICD-9-CM Procedure 46.39	Other

APÊNDICE E – EVOLUÇÃO DA AUTONOMIA NO AUTOCUIDADO DE GESTÃO DO DISPOSITIVO E DA OSTOMIA (SCGI)

Tabela 2 - Evolução da autonomia no autocuidado de gestão do dispositivo e da ostomia (SCGI)

ID_Doente	Preparation of the	Preparation of the	3. Removal of the Old Appliance	Limpeza da pele / estoma	Avaliação da pele peristomal	Avaliação do estoma	5. Skin Protection	6. Selection of the New Appliance	Medição do estoma	Recorta a placa	Preparação do saco	Aplica a placa	Aplica o saco	Elimina o saco/placa	Despeja o saco	Classificação "A"; "AT"; "T"	Classificação "G"; "S"	Percentagem de autonomia	Identificação da intervenção
2	AT	AT	AT	AT	T	T	AT	A	AT	AT	AT	AT	AT	G	G	13	2	13,33%	1
2	S	S	S	S	G	G	G	A	S	S	S	G	S	S		1	13	92,86%	8
4	A	AT	A	AT	T	T	AT	A	AT	A	A		AT	A		13	0	0,00%	1
4	S	S	S	S	G	G	G	A	S	S	S	S	S	S		1	13	92,86%	8
3	AT	AT	AT	AT	T	T	AT	A	AT	AT	AT		AT	AT	AT	14	0	0,00%	1
3	S	AT	S	S	T	T	AT	A	AT	A	G	A	G	S	S	8	7	46,67%	8
7	A	A	AT	AT	A	A	AT	A	A	G	AT		AT	AT		12	1	7,69%	1
7	A	A	G	G	AT	AT	A	A	A	A	A	A	A	S		11	3	21,43%	5
1	AT	AT	G	AT	T	T	AT	A	AT	T	AT		AT	AT		12	1	7,69%	1
1	G	S	S	G	G	G	G	S	G	S	S	G	S	S		0	14	100,00%	3
5	A	AT	A	AT	A	A	AT	A	AT	A	A	AT	AT	A		14	0	0,00%	1
5	S	T	S	S	G	G	S	S	G	S	S	S	S	S		1	13	92,86%	4
6	A	A	A	AT	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		14	0	0,00%	1
6	AT	A	G	G	AT	AT	AT	A	AT	S	G	G	G	G		7	7	50,00%	7

(A) Agir pelo outro: O enf.º executa os cuidados físicos ao estoma, pelo doente

(T) Ensinar: É efetuado conjuntamente com o "Agir pelo outro", e refere-se ao ensino efetuado pelo enf.º sobre um aspeto da gestão do dispositivo.

(G) Orientação: O doente assume a responsabilidade pelos cuidados físicos ao estoma, com o enf.º fornecendo indicações.

(S) Supervisão: O doente realiza os cuidados físicos ao estoma sem qualquer instrução do enf.º.

(E) Ambiente: Refere-se ao modo de abordagem efetuada pelo enf.º durante a mudança de dispositivo (Privacidade, terminologia profissional, comunicação, etc)

% média de autonomia inicial) 4,10%

% média de autonomia final) 70,95%

Média de intervenções

6,14

APÊNDICE F – LIVRO DO OSTOMIZADO

DADOS DO UTENTE

Nome:

Data de nascimento: / /

Tel.: E-mail:

Morada:

Pessoa de referência:

Nome:

Grau de relacionamento:

Tel.: E-mail:

Morada:

DADOS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Hospital:

Nº de processo interno:

Enfermeiro de estomaterapia:

Tel. de contato:

ACES / outro:

Nº de beneficiário:

Sub-sistema de saúde:

Tel. de contato:

Dados de saúde

Altura: Peso: IMC:

Antecedentes pessoais significativos

Medicação crónica:

Limitações

Visuais:

Auditivas:

Motoras:

Sensitivas:

Cognitivas / Psicológicas:

Informação relativa à(s) ostomia(s):

Estoma nº	Tipo de ostomia:	Data da realização: / /
	Instituição:	Médico:
	Forma:	Profundidade:
	Dimensões:	Localização:
	Data do encerramento: / /	
Estoma nº	Tipo de ostomia:	Data da realização: / /
	Instituição:	Médico:
	Forma:	Profundidade:
	Dimensões:	Localização:
	Data do encerramento: / /	
Estoma nº	Tipo de ostomia:	Data da realização: / /
	Instituição:	Médico:
	Forma:	Profundidade:
	Dimensões:	Localização:
	Data do encerramento: / /	
Estoma nº	Tipo de ostomia:	Data da realização: / /
	Instituição:	Médico:
	Forma:	Profundidade:
	Dimensões:	Localização:
	Data do encerramento: / /	

Consulta de estomaterapia

Data da consulta: / / Enfermeiro:

Peso: IMC:

Características do estoma:

Estoma nº	Dimensão
Integridade	Coloração

Avaliação da pele periestomal:

Estoma nº	Lesão
Localização	Complicações
Descrição	

Sistema coletor:

Estoma nº	Tipo	
Marca	Modelo	Referência

Biometrias e exames complementares

Irrigação

Proposta: / / Enfermeiro:

Ensino: / / Enfermeiro:

Data de aquisição do irrigador: / /

Registos do próprio:

Volume infundido: Frequência da irrigação:

Continência obtida:

Fim da irrigação: / / Motivo:

Dificuldades:

Complicações:

APÊNDICE G – PÁGINA DA INTRANET – IMAGENS E CONTEÚDOS (II)

Área de Enfermagem
Area Experimental de Enfermagem | Gestão e Organização dos Serviços | Qualidade em Enfermagem | WikiGHILO/Enfermagem

Home > Área de Enfermagem > Area Experimental de Enfermagem > Ostomias

Ostomias

Home Page

Urostomia **Ileostomia** **Colostomia**

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE DOENTES COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL NO HSEK(2006 /2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Colostomia	10	10	14	17	7
Ileostomia	10	9	14	11	7
Outras Enterostomias	3	5	0	6	6
Ressecções	1	2	0	5	3

[Abrir aqui o documento](#)

BIOLOGIA DO CANCRO COLO-RECTAL

FISIOPATOLOGIA[1]

A exposição a agentes carcinogénicos e virais, falhas na replicação cromossómica ou alterações genéticas hereditárias, são algumas das possíveis causas de CCR.

É clássico dividir os carcinomas em formas hereditárias (ou familiares), quando existe a presença de alterações genéticas de base (Síndrome de Lynch; Síndrome de Gardner), e não hereditárias, quando resultam da exposição a agentes carcinogénicos ou de erros na replicação cromossómica, sendo esta última a forma muito mais frequente (Ver Anexo II - Tabela 1).

Conteúdo da página da Intranet: Apresentação em PowerPoint

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE DOENTES ONCOLÓGICOS COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL REALIZADA NO HCRL (2006/2010)

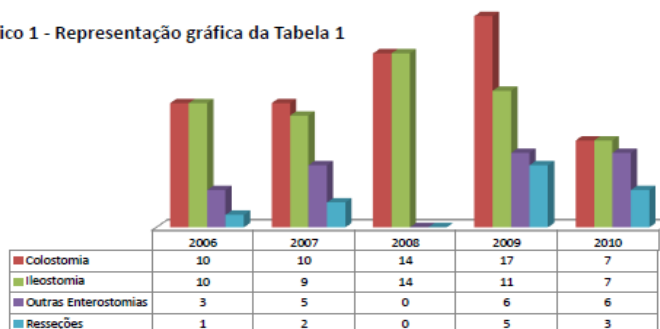
Constata-se que entre 2006 e 2010, foram realizadas, no HCRL, um total de 109 ostomias de eliminação intestinal, correspondendo a 84,50% das ostomias realizadas (Tabela 1). Existem certamente mais alguns casos incluídos no subgrupo das “*Outras enterostomias*”, mas que não se conseguem identificar dada a ausência efetiva dessa especificação no processo de codificação dos GDH⁽¹⁾. Em termos médios anuais, realizaram-se 28 ostomias de eliminação intestinal (M=28; DP=6,44), sendo que 11,6 foram Colostomias (M=11,6; DP=3,91; 41,43%), e 10,2 Ileostomias (M=10,2; DP=2,59; 36,43%).

(1) GDH: Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Tabela 1 – Número de doentes oncológicos com ostomia de eliminação intestinal realizada no HCRL (2006/2010), por tipo de ostomia e por ano

Procedimentos médicos	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Colostomia	10	10	14	17	7	58
4610 (Colostomia, sem outra especificação)	2	4	5	7	5	23
4611 (Colostomia temporária)	4	4	5	9	2	24
4613 (Outras Colostomias permanentes)	4	2	4	1		11
Ileostomia	10	9	14	11	7	51
4620 (Ileostomia, sem outra especificação)	6	2	4	6	3	21
4621 (Ileostomia temporária)	4	6	9	4	3	26
4623 (Outras Ileostomias permanentes)			1	1	1	4
Outras enterostomias	4	7	0	11	9	31
4639 (Outras)	3	5	0	6	6	20
4600 (Ressecções)	1	2	0	5	3	11
Total (N=140)	24	26	28	39	23	140

Gráfico 1 - Representação gráfica da Tabela 1



CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE DOENTES ONCOLÓGICOS COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL REALIZADA NO HCRL (2006/2010)

Constata-se da análise dos dados por género, que se encontram percentagens quase similares no total dos 5 anos em análise, embora com uma tendência para um aumento da percentagem de mulheres ostomizadas desde 2009. É um facto que não encontra correspondência com a maioria das referências e estudos publicados [(Marquis, Marrel, & Jambon, 2006); (Morais, et al., 2005)], mas os dados correspondem a uma realidade efectiva que necessariamente deve ser tida em consideração.

- Marquis, P., Marrel, A., & Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: The Montreaux study. *Ostomy Wound Manage*, 49 (Nº2), 48-55.
- Morais, I., Seica, A., Ferreira, A., Moreira, J., Araujo, M., Pereira, H., et al. (2005). EPICO - Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada e Seus Cuidadores. Portugal.

Gráfico 2 - Percentagem de doentes, por género e por ano

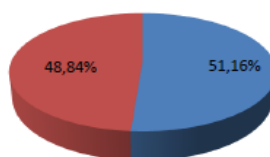
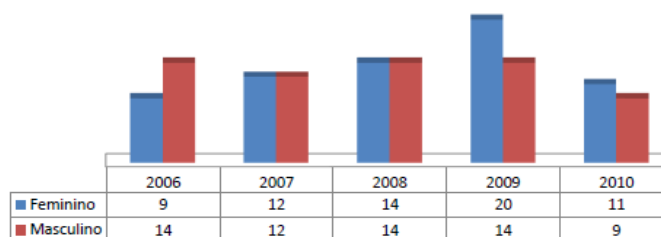


Gráfico 3 - Número de doentes, por género e por ano



CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE DOENTES ONCOLÓGICOS COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL REALIZADA NO HCRL (2006/2010)

Verifica-se uma média de idades elevada da população alvo deste estudo (M=66,79 anos), para um igualmente elevado desvio padrão (DP= 14,86 anos), em consonância relativa – esses estudos apenas publicaram a média - com dados de outros estudos realizados, quer em doentes ostomizados de Portugal (M=67 anos) (Morais, et al., 2005), quer internacionalmente (M=61 anos) [(Marquis, Marrel, & Jambon, 2006); (Maggard, Zingmond, O'Connell, & Ko, 2004)].

- Marquis, P., Marrel, A., & Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: The Montreaux study. *Ostomy Wound Manage*, 49 (Nº2), 48-55.
- Maggard, M., Zingmond, D., O'Connell, J., & Ko, C. (Oct de 2004). What Proportion of Patients with an Ostomy (for Diverticulitis) Get Reversed. *American Surgeon*, 70 (Nº10), pp. p.928-931.

Gráfico 4 - Média de idade dos doentes, por ano

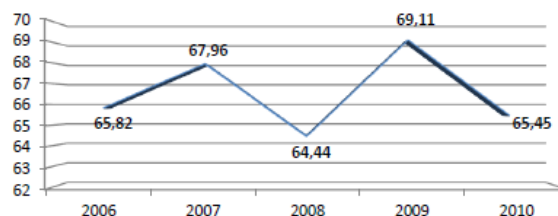
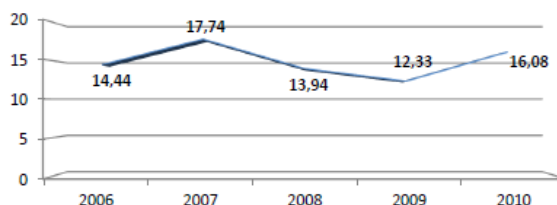


Gráfico 5 - Desvio-padrão da idade dos doentes, por ano



CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE DOENTES ONCOLÓGICOS COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL REALIZADA NO HCRL (2006/2010)

Quanto ao tempo de internamento destes doentes no HCRL, o Serviço de Cirurgia Geral I e a UCIC representam mais de 82,92% do total de dias.

Para os restantes serviços, quando se agrega os seus totais, obtém-se um total de dias e de percentagem similares à UCIC.

Gráfico 7 - Total de dias de internamento por serviço

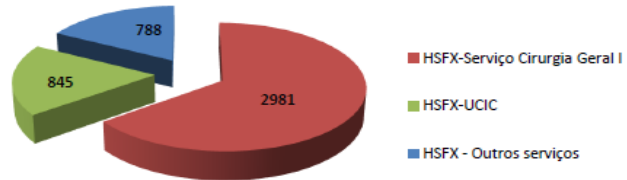
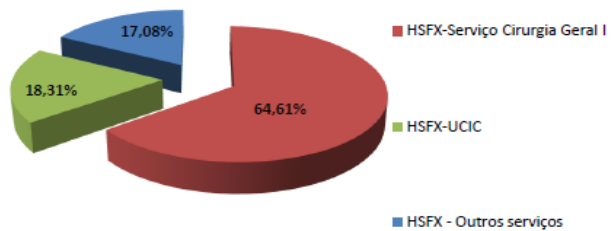


Gráfico 8 - Percentagem de dias de internamento por serviço

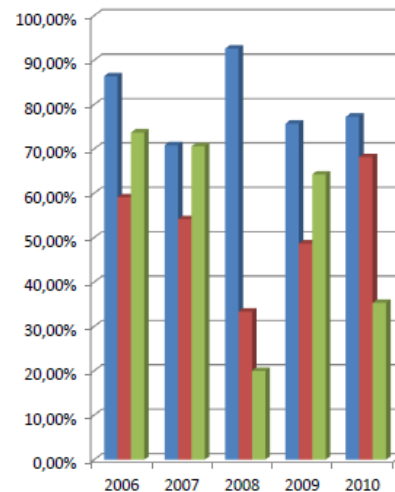
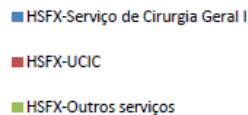
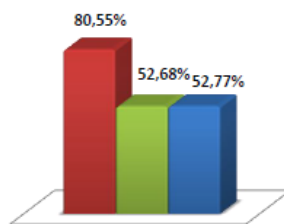


CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE DOENTES ONCOLÓGICOS COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL REALIZADA NO HCRL (2006/2010)

Quando se analisa a utilização dos serviços de internamento, por cada doente, constata-se que 52,68% estiveram internados na UCIC e 80,55% no Serviço de Cirurgia Geral I.

Obtem-se também uma percentagem significativa de utilização dos outros serviços, quando se agrega os totais dos dias de internamento, mas em termos individuais cada um deles tem uma expressão temporal pouco relevante no percurso global do doente na instituição.

Gráfico 9 – Percentagens de utilização dos serviços de internamento, por cada doente



**CARACTERIZAÇÃO DA
POPULAÇÃO DE DOENTES
ONCOLÓGICOS COM OSTOMIA
DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL
REALIZADA NO HCRL
(2006/2010)**

Em termos médios, cada doente passa em média 10,37 dias (M=10,37; DP=15,38) em cada serviço de internamento, com um tempo médio de internamento na instituição de 35,30 dias (M=35,30) e um desvio padrão muito elevado de 36,20 dias (DP=36,20).

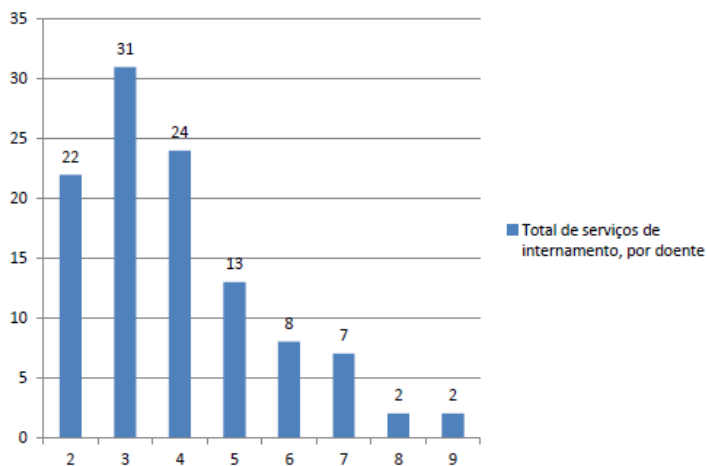
Tabela 2 – Média e Desvio-padrão dos dias de internamento, por serviço

	<i>Dias de internamento, por serviço</i>		
	<i>Média (M)</i>	<i>Desvio padrão (DP)</i>	<i>Soma</i>
Serviço Cirurgia Geral I	10,21	15,80	2981
UCIC	10,83	15,52	845
Outros serviços	10,52	13,36	788
Total Geral	10,37	15,36	4614

**CARACTERIZAÇÃO DA
POPULAÇÃO DE DOENTES
ONCOLÓGICOS COM OSTOMIA
DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL
REALIZADA NO HCRL
(2006/2010)**

Quando se analisa o percurso do doente nos vários serviços, constata-se que todos tiveram internamentos em pelo menos 2 serviços, sendo que 70,64% tiveram um internamento entre 2 e 4 serviços. Em média cada doente esteve internado em 3,45 serviços (M=3,45; DP=1,91).

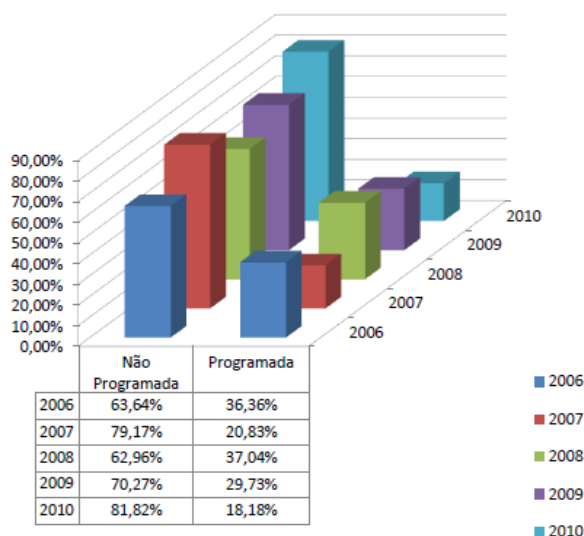
Gráfico 10 - Total de serviços de internamento, por doente



**CARACTERIZAÇÃO DA
POPULAÇÃO DE DOENTES
ONCOLÓGICOS COM OSTOMIA
DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL
REALIZADA NO HCRL
(2006/2010)**

Efetivamente 71% destes doentes, entre 2006 e 2010, deram entrada pelo serviço de Urgência, numa situação aguda. Não existem dados concretos sobre o nível de gravidade\risco, nem sobre o estágio de evolução da doença nessa fase, mas dada a necessária intervenção cirúrgica que daí decorreu, podemos pelo menos afirmar que seria significativo, e pode ajudar a compreender a necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos.

Gráfico 11 - Tipo de admissão dos doentes no HCRL



**CARACTERIZAÇÃO DA
POPULAÇÃO DE DOENTES
ONCOLÓGICOS COM OSTOMIA
DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL
REALIZADA NO HCRL
(2006/2010)**

O que também se constata, é que em média mais de 43% (M=11,40; DP=3,05) dos doentes oncológicos a que foi realizada uma ostomia de eliminação intestinal, faleceram durante o internamento. Quanto aos doentes encaminhados para a "Consulta Externa do Hospital", os dados disponibilizados referem-se especificamente à consulta médica, não havendo informação consolidada disponível sobre o atendimento de Enfermagem para a totalidade do período em análise.

Tabela 3 – Média e Desvio-padrão do destino após a alta

	Destino após alta		
	Média (M)	Desvio padrão (DP)	Percentagem (%)
Consulta Externa do Hospital	12,40	5,37	46,97%
Cuidados Continuados Integrados	1,00	0,00	1,52%
Falecido	11,40	3,05	43,18%
Outro Hospital	1,67	1,15	3,79%
Sem Outra Especificação	1,50	0,58	4,55%
Total Geral	10,37	15,36	100%

Gráfico 12 – Destino após a alta, em percentagem

