



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Relatório Estágio**

**“VIVER.col”**

**Projecto de acompanhamento a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores**

Paula Filomena Santos de Castro Galveias Catela Belo

**Orientador:**  
Prof.<sup>a</sup> Isaura Serra

Agosto  
2011

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Relatório Estágio**

**“VIVER.col”**

**Projecto de acompanhamento a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores**

Paula Filomena Santos de Castro Galveias Catela Belo

**Orientador:**  
Prof.<sup>a</sup> Isaura Serra

## RESUMO

“VIVER.col” – Projecto de acompanhamento a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores

Em Portugal existem 10 a 15 mil pessoas portadoras de ostomia. Independentemente de temporária ou definitiva, a realização de uma ostomia acarreta alterações na vida da pessoa: necessidade de realização do auto cuidado, aquisição de material e manuseamento do mesmo, adequação alimentar, perda do controle da eliminação intestinal ou vesical, eliminação de odores, alteração da imagem corporal, bem como alteração das actividades sociais, sexuais e quotidianas. O impacto resulta, muitas vezes, em sentimentos negativos como de perda, não-aceitação, falta de privacidade, inutilidade, desgosto, depressão, isolamento, alterações na vida sexual.

As intervenções comunitárias nesta área visam a reintegração e a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de ostomia.

O Projecto “VIVER.col” tem como objectivo que a pessoa portadora de ostomia reinicie a sua vida, mantenha as suas actividades sociais, familiares, interpessoais e de lazer, sendo acompanhada e cuidada, sempre que possível, no seu ambiente sócio familiar.

ABSTRACT

“VIVER.col” – Monitoring Project to people and family care who suffer from ostomy

There are between 10 to 15 thousand people in Portugal who live with ostomy. Apart from being temporary or definitive, ostomy causes several changes in people’s lives such as the need for self care, purchase and knowledge of specific equipment, adequate food, loss of control of bowel or bladder elimination, odor removal, alteration of body image as well as alteration of social, sexual and daily activities. The impact often results in negative feelings as loss, non-acceptance, lack of privacy, futility, disgust, depression, isolation and alterations in the sexual life.

Community interventions in this area aim the reintegration and improvement of the quality of life of those suffering from ostomy.

The Project “VIVER.col” aims that people who suffer from ostomy restart their lives, keep their social, family, personal and leisure activities, being monitored and cared for, whenever possible, in their social and family environment.

*“Quando se tem uma meta, o que era um obstáculo passa a ser uma das etapas do plano”*

**Gerhard Erich Boehme**

## AGRADECIMENTOS

### Obrigado...

...Às pessoas portadoras de ostomia e seus familiares/cuidadores dos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil pela disponibilidade, receptividade e afecto com que colaboraram neste trabalho. E principalmente pela coragem e lição de vida que me transmitiram, pela esperança e pelas lágrimas que comigo partilharam. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

...À Professora Isaura Serra pelo apoio e disponibilidade ao longo deste Estágio de Natureza Profissional e cujas críticas e sugestões deram qualidade a este trabalho.

... Às Enfermeiras Isabel Morais (Enf.<sup>a</sup> Responsável pelo Gabinete de Estomaterapia do Instituto Português Oncologia [IPO] de Coimbra), Sofia Carneirinho (Enf.<sup>a</sup> Responsável pelo Gabinete de Estomaterapia do Centro de Saúde da Marinha Grande) e Clementina Sousa (Enf.<sup>a</sup> no Instituto de Viana do Castelo) pela pronta ajuda, disponibilidade e informações fornecidas, importantes para a elaboração deste trabalho.

...À Coordenadora do Centro de Saúde de Ponte de Sôr pelo acolhimento e modo como facilitou o desenvolvimento das actividades.

...À Equipa de Enfermagem dos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil pelas informações e colaboração disponibilizadas.

...Às Entidades Oficiais que permitiram a recolha de dados e informação para a concretização deste trabalho.

...Aos colegas e amigos pelos conselhos, pelo incansável incentivo, afecto e amizade.

...À minha família, pelo apoio incondicional nos momentos de maior ansiedade, momentos de alegrias, preocupações, dúvidas e incertezas e pela compreensão nas minhas “ausências”.

...A todos que directa ou indirectamente, tornaram possível a concretização deste trabalho.

...E a todos os outros com quem contei sempre ao longo deste Estágio.

## SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde  
AIVD – Actividades Instrumentais da Vida Diária  
APECE - Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatoterapia  
APO - Associação Portuguesa de Ostromizados  
EPICO – Epidemiologia Investigação Cuidados em Ostomia  
ERA - Equipa Regional de Acompanhamento  
CCR - Cancro Colo-rectal  
CHMT, EPE - Centro Hospitalar Médio Tejo, Entidade Pública Empresarial  
CS - Centros de Saúde  
CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados  
CSM – Centro de Saúde de Montargil  
CSP - Cuidados de Saúde Primários  
CSPS - Centro de Saúde de Ponte de Sôr  
EQVF – Escala de Qualidade de Vida de Flanagan  
IPO - Instituto Português de Oncologia  
MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
QV - Qualidade de Vida  
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
SAPE - Sistema Apoio à Prática de Enfermagem  
SEP - Sindicato dos Enfermeiros Portugueses  
SINUS - Sistema de Informação Nacional das Unidades de Saúde  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
SUB - Serviço de Urgência Básico  
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
ULSNA, EPE - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Entidade Pública Empresarial

## ABREVIATURAS/SÍMBOLOS

Enf.º (ª) – Enfermeiro (a)

Dr. (a) – Doutor (a)

ha - hectares

Km - Quilómetro

Km<sup>2</sup> - Quilómetros quadrados

p. Página

QV - Qualidade de Vida

nº - Número

S. - São

h - Horas

% - Porcentos (Percentagem)

≥ - Igual ou superior

## ÍNDICE

1 – <u>INTRODUÇÃO</u> .....	16
2 – <u>ANÁLISE DO CONTEXTO</u> .....	19
2.1 – <u>CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE PONTE DE SÔR</u> .....	19
2.2 – <u>CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE PONTE DE SÔR</u> .....	20
2.3 – <u>CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS</u> .....	21
2.3.1 – <u>Recursos Materiais</u> .....	21
2.3.2 – <u>Recursos Humanos</u> .....	22
2.4 – <u>DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</u> .....	23
3 – <u>ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES</u> .....	24
3.1 – <u>CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES</u> .....	24
3.2 – <u>CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO</u> .....	25
3.2.1 – <u>Cuidados e necessidades específicas da população alvo</u> .....	26
3.3 – <u>ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO ALVO</u> .....	28
3.4 – <u>RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO</u> .....	31
4 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS</u> .....	32
4.1 – <u>OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL</u> .....	32
4.2 – <u>OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO</u> .....	32
5 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</u> .....	36
5.1 – <u>FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES</u> .....	36
5.2 – <u>METODOLOGIAS</u> .....	76
5.3 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS...</u>	80
5.4 – <u>RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS</u> .....	82
5.5 – <u>CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS</u> .....	83
5.6 – <u>ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL</u> .....	84
5.7 – <u>CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA</u> .....	85

6 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO</u> .....	86
6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS .....	86
6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA .....	89
6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS.....	90
7 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS</u> .....	92
<u>CONCLUSÃO</u> .....	95
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	98
<u>APÊNDICES</u> .....	105

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide de idades do Concelho de Ponte de Sor .....	24
Gráfico 2 - Identificação do Inquirido .....	40
Gráfico 3 - Idade da pessoa portadora de ostomia .....	42
Gráfico 4 - Sexo da pessoa portadora de ostomia .....	43
Gráfico 5 - Local de residência da pessoa portadora de ostomia .....	43
Gráfico 6 - Estado civil da pessoa portadora de ostomia .....	44
Gráfico 7 - Profissão da pessoa portadora de ostomia .....	45
Gráfico 8 - Escolaridade da pessoa portadora de ostomia .....	46
Gráfico 9 - Com quem vive a pessoa portadora de ostomia .....	47
Gráfico 10 – Tempo decorrido após a Cirurgia .....	47
Gráfico 11 – Local da Cirurgia .....	48
Gráfico 12 – Motivo da Cirurgia .....	49
Gráfico 13 – Pessoa que cuida do estoma .....	50
Gráfico 14 - Pessoa que transmitiu conhecimentos à pessoa portadora de ostomia .....	50
Gráfico 15 - Actividades praticadas antes de ser portador de ostomia .....	51
Gráfico 16 - Actividades que deixou de praticar depois de ser portador de ostomia .....	52
Gráfico 17 – Participação em Acções de Formação .....	53
Gráfico 18 - Existência de Actividade sexual .....	53
Gráfico 19 - Quando é que deixou de ter actividade sexual .....	54
Gráfico 20 - Motivo que levou a pessoa portadora de ostomia a ter deixado de ter actividade sexual .....	55
Gráfico 21 - Utilização da Rede de Cuidadores Informais .....	56
Gráfico 22 - Apoio fornecido pela Rede de Cuidadores Informais .....	56
Gráfico 23 - Utilização da Rede de Cuidadores Formais .....	57
Gráfico 24 - Apoio fornecido pela Rede Cuidadores Formais .....	58
Gráfico 25 - Local de aquisição de equipamento .....	59

Gráfico 26 - Existência de problemas de adaptação .....	60
Gráfico 27 - Área de dificuldade de adaptação .....	61
Gráfico 28 – Escala de Qualidade de Vida de Flanagan.....	71
Gráfico 29 – Índice de Katz .....	73
Gráfico 30 - Índice de Lawton .....	74

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Mapa 1 - Portugal .....	19
Mapa 2 - Distrito de Portalegre .....	19
Mapa 3 - Concelhos Limítrofes do Concelho de Ponte de Sôr .....	19
Mapa 4 - Portugal (Concelho de Ponte de Sôr) .....	20
Figura 5 - Etapas no Processo de Planeamento de Saúde .....	77

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da população alvo segundo sexo e tipo de eliminação ...	25
Quadro 2 - Identificação do inquirido .....	40
Quadro 3 - Idade da pessoa portadora de ostomia .....	41
Quadro 4 - Sexo da pessoa portadora de ostomia .....	42
Quadro 5 - Local de residência da pessoa portadora de ostomia .....	43
Quadro 6 - Estado civil da pessoa portadora de ostomia .....	44
Quadro 7 - Profissão da pessoa portadora de ostomia .....	45
Quadro 8 - Escolaridade da pessoa portadora de ostomia .....	46
Quadro 9 - Com quem vive a pessoa portadora de ostomia .....	46
Quadro 10 – Tempo decorrido após a Cirurgia .....	47
Quadro 11 – Local da Cirurgia .....	48
Quadro 12 - Motivo da Cirurgia .....	49
Quadro 13 – Pessoa que cuida do estoma.....	49
Quadro 14 - Pessoa que transmitiu os conhecimentos à pessoa portadora de ostomia .....	50
Quadro 15 - Actividades praticadas antes de ser portador de ostomia .....	51
Quadro 16 - Actividades que deixou de praticar depois de ser portador de ostomia .....	51
Quadro 17 - Participação em Acções de Formação .....	52
Quadro 18 - Existência de Actividade sexual .....	53
Quadro 19 - Quando é que deixou de ter actividade sexual .....	54
Quadro 20 - Motivo que levou a pessoa portadora de ostomia a ter deixado de ter actividade sexual .....	54
Quadro 21 - Utilização da Rede de Cuidadores Informais .....	55
Quadro 22 - Apoio fornecido pela Rede de Cuidadores Informais .....	56
Quadro 23 - Utilização da Rede de Cuidadores Formais .....	57
Quadro 24 - Apoio fornecido pela Rede de Cuidadores Formais .....	58
Quadro 25 - Local de aquisição de equipamento .....	59

Quadro 26 - Existência de problemas de adaptação .....	60
Quadro 27 - Área de dificuldade de adaptação .....	60
Quadro 28 - Escala de Likert referente à sessão efectuada no Centro de Saúde de Ponte de Sôr .....	65
Quadro 29 - Escala de Likert referente à sessão efectuada no Lar de S. José em Montargil .....	66
Quadro 30 - Escala de Qualidade de Vida de Flanagan .....	71
Quadro 31 - Índice de Katz .....	72
Quadro 32 - Índice de Lawton .....	74
Quadro 33 - Avaliação do objectivo “Identificar as pessoas portadoras de ostomia” .....	86
Quadro 34 - Avaliação do objectivo “Identificar necessidades/dificuldades” .....	87
Quadro 35 - Avaliação do objectivo “Promover autonomia e auto cuidado” .....	87
Quadro 36 - Avaliação do objectivo “Identificar precocemente as pessoas portadoras de ostomia” .....	88
Quadro 37 - Avaliação do objectivo “Programar e realizar visitas domiciliárias: 1ª até 48h; 2ª após uma semana; 3ª e seguintes mensais” .....	88
Quadro 38 - Avaliação do objectivo “Melhor a Qualidade de Vida” .....	88
Quadro 39 - Avaliação do objectivo “Prevenir Isolamento Social” .....	89

## 1 – INTRODUÇÃO

Existem em Portugal, segundo a ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE OSTOMIZADOS (APO) (<http://www.apostomizados.pt>, 2005), entre 10 e 15 mil pessoas portadoras de ostomia.

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização de uma ostomia acarreta uma série de alterações na vida da pessoa, tais como: necessidade de realização do auto cuidado, aquisição de material apropriado assim como manuseamento do mesmo, adequação alimentar, perda do controlo da eliminação intestinal ou vesical, eliminação de odores, alteração da imagem corporal, bem como alteração das actividades sociais, sexuais e quotidianas.

O impacto resulta, muitas vezes, em sentimentos negativos como sentimento de perda, não-aceitação, falta de privacidade, inutilidade, desgosto, depressão, isolamento, alterações na vida sexual.

Para o Enfermeiro (Enf.º) o cuidado desses indivíduos objectiva o reiniciar da sua vida, a manutenção das suas actividades sociais, familiares, interpessoais e de lazer, anteriores à cirurgia.

Segundo Cabral, Presidente da APO (<http://www.apostomizados.pt>, 2005): *“Os Centros de Saúde deveriam ter técnicos de enfermagem com formação de Estomaterapia para que pudesse ser dado ao doente, e até familiares, todo o apoio, tendo em vista a sua nova situação e integração no seu meio social”*.

O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o pilar central do sistema de saúde, constituindo o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde com funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS [MCSP], 2005).

O Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP, 2005), refere nas Linhas de Acção Prioritárias para o desenvolvimento dos CSP que a concretização técnica deste Programa abrange um conjunto de áreas e medidas, nomeadamente a reconfiguração organizacional dos Centros de Saúde (CS), autonomia progressiva destes e desenvolvimento da gestão pela qualidade nos CSP; criação e/ou

reforço de equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados; melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares, entre outras.

A reestruturação dos CSP levou à criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) constituídos por unidades funcionais que agrupam um ou mais CS. A sua missão é proporcionar cuidados de saúde à população de determinada área geográfica.

Os Centros de Saúde de Ponte de Sôr (CSPS) e de Montargil integram o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de São (S.) Mamede, dentro da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Entidade Pública Empresarial (ULSNA, EPE) pertencente à Administração Regional de Saúde do Alentejo.

Para COTRIM (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2007, p.84), citando Phaneuf (2001)

*“O cuidar em enfermagem surge, assim, como uma necessidade de prestar ao doente não só os cuidados físicos de que necessita para dar resposta às suas necessidades de saúde, mas também os cuidados psicológicos, espirituais, sociais ou outros, contribuindo de forma efectiva para uma melhor adaptação às alterações impostas pela situação de doença. Este implica uma abordagem holística do doente e tem por objectivo a pessoa, vista no conjunto das suas dimensões e situada no seu ambiente; tudo converge para ela, numa finalidade bem definida, que é a prestação de cuidados de qualidade, personalizados e eficazes.”*

É fundamental o atendimento personalizado a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores/família, facilitador no seu processo de reabilitação e na sua Qualidade de Vida (QV).

Deste modo, pela inexistência de uma Consulta de Enfermagem a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores/família devidamente estruturada optou-se pela realização de um projecto cujo principal objectivo é “Implementar uma Consulta de Enfermagem a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores no Centro de Saúde de Ponte de Sôr”.

Essa consulta pretende que a Pessoa portadora de ostomia seja acompanhada e cuidada, sempre que possível, no seu ambiente sócio familiar.

O presente Relatório será apresentado ao Segundo Ciclo de Estudos em Enfermagem Comunitária da Universidade de Évora, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Pretendeu-se com o Estágio de Natureza Profissional identificar as necessidades e problemas das pessoas portadoras de ostomia com vista a estabelecer estratégias específicas de actuação e elaborar planos de intervenção na área dos problemas identificados.

Para a concretização deste objectivo, começou por realizar-se o levantamento das pessoas portadoras de ostomia dos Concelhos de Ponte de Sôr e do Gavião. Salienta-se que, inicialmente, o Projecto de acompanhamento de pessoas portadoras de ostomia e cuidadores visava incidir nos Concelhos de Ponte de Sôr e Gavião, área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade “Sorgilgav – Espelhos de Água”, que já se encontrava em fase de candidatura. No entanto, após reunião com a Equipa Regional de Acompanhamento do Alentejo (ERA) para análise da proposta da dita Unidade, foi excluída da carteira de serviços os cuidados às pessoas portadoras de ostomia dado não ser considerada uma actividade na comunidade mas sim direccionada para um grupo específico, aos quais são realizadas actividades individualizadas.

Como o projecto já se encontrava numa fase avançada e como o número de pessoas portadoras de ostomia no Concelho de Ponte de Sôr apresentar um valor considerável, cerca de 26 pessoas, optou-se pela sua continuidade apenas neste concelho.

De salientar, ainda que, os Centros de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil embora pertençam ao mesmo concelho, à mesma Unidade (ULSNA, EPE) e tenham a mesma chefia, possuem áreas de abrangência diferentes. O CSPA abrange 5 freguesias (Ponte de Sôr, Tramaga, Galveias, Longomel e Vale de Açor) e o Centro de Saúde de Montargil 2 freguesias (Montargil e Forros do Arrão).

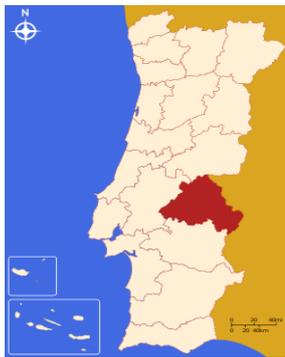
Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: inicia-se com a Análise do Contexto; segue-se a Análise da população alvo, tendo sido aplicado um questionário às pessoas portadoras de ostomia e cuidadores com o intuito de identificar as suas necessidades/dificuldades para posterior elaboração de actividades de intervenção nas áreas/problemas identificadas; Definição de objectivos, Análise reflexiva que engloba a Fundamentação das intervenções e as Metodologias utilizadas. Posteriormente, é efectuada a Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo e, por último, a Análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas.

Este relatório está organizado de acordo com as Normas Portuguesas e o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, na parte relativa à Estrutura do Relatório de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora.

## 2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

### 2.1. – CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE PONTE DE SÔR

O concelho de Ponte de Sôr é o de maior dimensão no distrito de Portalegre, ocupa 839,5 Quilómetros quadrados (kms<sup>2</sup>), com uma área de 17.042 hectares (ha) e está situado entre a região de Lisboa e Vale do Tejo e o Alentejo, mais precisamente, o Alto Alentejo (Mapas 1 e 2).



Mapa 1 – Portugal

(Fonte: <http://www.ptwikipedia.org/wiki/>)



Mapa 2 – Distrito de Portalegre

É limitado ao Norte e Nordeste pelo Concelho de Gavião, ao Sul pelo de Mora, ao Nascente pelo de Alter do Chão, ao Poente pelo da Chamusca, ao Nordeste pelo de Abrantes, ao Sudoeste pelos de Chamusca e de Coruche e a Sueste pelo de Avis, conforme mapa abaixo.



Mapa 3 – Concelhos limítrofes do Concelho de Ponte de Sôr

(Fonte: <http://www.cm-pontedesor.pt/concelho/mapas>)

Possui no conjunto das suas 7 freguesias (Ponte de Sôr, Montargil, Tramaga, Longomel, Galveias, Foros de Arrão e Vale de Açor), uma densidade populacional de cerca de 21,3 habitantes por Km<sup>2</sup>.

Trata-se de um Concelho que se encontra geograficamente bem localizado, numa posição de grande centralidade no País, com privilégios tanto a nível regional, pois encontra-se numa encruzilhada de estradas nacionais (n.º 2, 119, 243 e 367) que fazem ligação a Santarém, a Abrantes (com acesso à auto-estrada) e a Portalegre, como a nível nacional, relativamente à distância que possui dos grandes centros urbanos. Possui como acessos ferroviários a linha do Leste e o ramal de Cáceres.

## 2.2 – CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE PONTE DE SÔR

A reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários levou à criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) constituídos por unidades funcionais que agrupam um ou mais Centros de Saúde. Segundo o DECRETO-LEI 28/2008 de 22 de Fevereiro ([www.arscentro.min-saude.pt](http://www.arscentro.min-saude.pt), 2008) a sua missão é proporcionar cuidados de saúde à população de determinada área geográfica.

O Centro de Saúde de Ponte de Sôr, sediado na cidade de Ponte de Sôr, está subdividido em 7 freguesias: Ponte de Sôr, Montargil, Galveias, Longomel, Tramaga, Vale de Açor e Foros do Arrão. (Mapa 4)



Mapa 4 – Portugal (Concelho de Ponte de Sôr)  
(Fonte: <http://www.cm-pontedesor.pt/concelho/mapas>)

O Centro de Saúde de Ponte de Sôr, inaugurado em 1997, está situado na zona nova da cidade, devidamente inserido na malha urbana e integra o ACES de S. Mamede, da ULSNA, EPE, pertencente à Administração Regional de Saúde do Alentejo.

## 2.3 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

### 2.3.1. Recursos Materiais

A área de intervenção do Centro de Saúde abrange as freguesias de Galveias, Longomel, Tramaga e Vale de Açor, para além da freguesia de Ponte de Sôr.

A sua actividade é distribuída diariamente pela sede e por 5 extensões de saúde (Galveias, Longomel, Tramaga, Vale de Açôr e Torre das Vargens).

A Sede funciona num edifício térreo, construído em 1997. Possui três módulos de atendimento de consultas, com horário entre as 8 horas (h) e as 20h, durante a semana, um Serviço de Urgência Básico (SUB), a funcionar 24 h por dia, todos os dias da semana, sala de Ambulatório (a funcionar das 9-12 h e das 18-20 h todos os dias úteis, excepto sábados que funciona das 9-12 h), sala de Vacinação (9-12 h) e serviços de apoio (secretaria, lavandaria, biblioteca).

As extensões das Galveias (propriedade da Junta de freguesia), Longomel e Vale de Açôr funcionam em edifícios de construção recente. A extensão da Tramaga funciona em edifício pré-fabricado (propriedade do Município) e a extensão da Torres das Vargens na antiga escola primária, recentemente remodelada.

O Centro de Saúde de Montargil é composto pela Sede e por uma extensão situada na freguesia de Foros de Arrão, a 20 Km de distância. A Sede funciona num edifício amplo (propriedade da Santa Casa da Misericórdia), rés-do-chão, consideravelmente degradado, com 46 anos de existência. Possui uma área onde funciona o Serviço de Atendimento Permanente e Ambulatório e outra onde se situam os gabinetes de Consultas Médica e de Enfermagem e a Sala de Vacinação. Possui outras dependências como a Secretaria, gabinete de preparação para o Parto, copa e cozinha, entre outros. O horário de atendimento é das 9 às 18 h, de 2ª a 6ª feira.

A estrutura física da Sede do Centro de Saúde de Ponte de Sôr é constituída por: 9 Gabinetes Médicos; 6 Gabinetes de Enfermagem; Outras Dependências (2 Gabinetes de Coordenações; 1 Gabinete da Direcção; 1 Gabinete do Coordenador do Centro de Saúde; 1 Gabinete de Saúde Pública; 1 Gabinete da Chefia de Enfermagem; 1 Gabinete da Chefia Administrativa; 1 Gabinete do Técnico de Saúde Ambiental; 1 Gabinete de Vacinação; 1 Gabinete de Apoio ao SUB; 1 Gabinete de Saúde Oral; 1 Gabinete de Electrocardiografia; 1 Gabinete de Radiologia; 2 Salas de tratamentos; 1 Gabinete de

Podologia; 1 Gabinete de Nutrição; 1 Sala de Refeições; 1 Sala de Educação para a Saúde/Preparação para o Parto; 1 Sala de Material Terapêutico; 1 Sala de Reuniões e Formação; 1 Sala de Esterilização; 1 Lavandaria; 1 Secretaria Geral; 1 Secretariado de Apoio ao SUB; 1 Recepção Central; 1 Biblioteca; 1 Bar/Cafeteria; 1 Arquivo Geral; 10 Sanitários (2 dos quais adaptados a deficientes).

### 2.3.2 – Recursos Humanos

No Centro de Saúde de Ponte de Sôr existem: 10 Médicos; 26 Enfermeiros, dos quais 12 pertencem ao S.U.B.; 7 Assistentes Técnicas ; 10 Assistentes Operacionais; 1 Psicólogo; 1 Dietista; 1 Assistente Social; 2 Fisioterapeutas; 3 Técnicas de Radiologia; 1 Técnico de Saneamento e Ambiente; 1 Técnica de Higiene e Saúde Oral; 4 Seguranças. Deslocam-se a este Centro de Saúde Médicos Especialistas de Cuidados Saúde Diferenciados para a realização de consultas de apoio aos CSP, nomeadamente, Consultas de Cirurgia Geral, Consultas de Pediatria, (semanalmente), Consultas de Alergologia, Consultas Medicina Interna (quinzenalmente) e Consultas Ortopedia (mensalmente).

O método de trabalho existente no CSPS baseia-se na filosofia de Enfermeiro de Família. Segundo a MCSP (2005) *“Esta metodologia de trabalho, influencia os ganhos em saúde e o grau de satisfação dos utentes e suas famílias, assim como a satisfação dos próprios profissionais”*.

As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) são, por excelência campos de intervenção para os profissionais de saúde implementarem este método de trabalho. Nas Metas de Saúde XXI (Meta 15) a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que: *“no centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilos de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio”*. (MONTEIRO, 2009)

O CSPS estabelece parcerias com outras instituições, importantes para a concretização dos projectos que dinamiza. Está acordado por todas as Instituições, sejam elas públicas, privadas ou de solidariedade social, uma parceria transversal, que funciona sempre que disso haja necessidade, seja na cedência de pessoal, transporte, espaço físico, bens ou financiamento.

#### 2.4 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No exercício da profissão, de acordo com o enquadramento conceptual da ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2002), o foco de atenção do enfermeiro é o suporte das respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza a produção de um processo de cuidados em parceria com a pessoa alvo dos cuidados, centrado na relação interpessoal.

Segundo o SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (1996) no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os Enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais onde está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rapidamente possível. Nas intervenções de Enfermagem interdependentes e autónomas, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos que detêm, a identificação das necessidades da pessoa ou grupo alvo de cuidados, avaliando os benefícios, os riscos e problemas potenciais que daí advêm, actuando no melhor interesse da pessoa. Podem substituir, ajudar e complementar as competências funcionais das pessoas em situação de dependência na realização das suas necessidades fundamentais. Neste contexto, os enfermeiros orientam a sua intervenção para a satisfação dessas necessidades, a máxima independência na realização das suas actividades da vida, os processos de readaptação e adaptação funcional aos défices, ajudando a pessoa/alvo de cuidados a construir o seu projecto de saúde.

O DECRETO-LEI n.º 247/2009 (<http://www.dre.pt>, 2009), no artigo 9º, diz que:

*“o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respectivas qualificações e competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica, nomeadamente, quanto a:*

- Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional;*
- Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade;*
- Participar e promover acções que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde;*
- Desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência;*
- Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização”.*

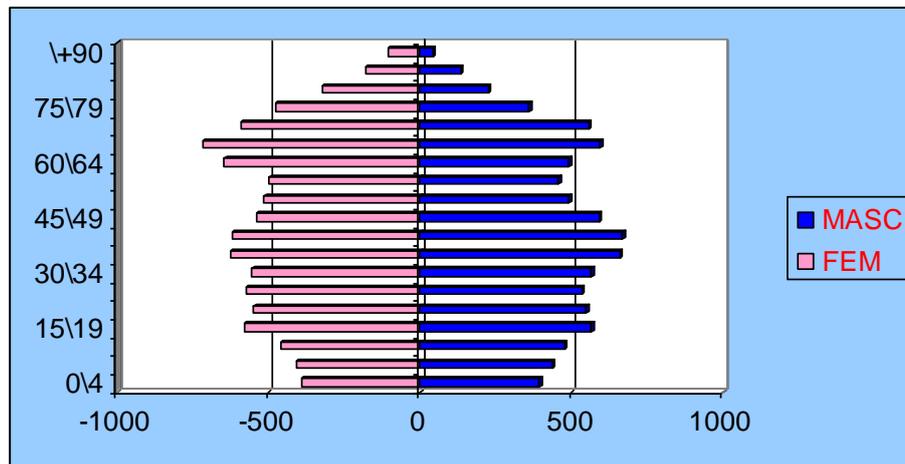
### 3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

#### 3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

O Centro de Saúde de Ponte de Sôr abrange uma população residente de 14372 pessoas (Censos 2001) e tem uma população inscrita de 15403 utentes, sendo que 12005 estão inscritos na Sede e os restantes nas 5 extensões de saúde (Galveias-1218; Longomel-1078; Torre das Vargens-111; Tramaga-538 e Vale de Açor-453).

O Centro de Saúde de Montargil abrange uma população residente de 3118 pessoas (Censos 2001) e tem uma população inscrita de 3349 utentes, sendo que 2510 estão inscritos na Sede e os restantes 839 na extensão de saúde de Foros do Arrão.

**Gráfico n.º 1 - Pirâmide de Idades do Concelho de Ponte de Sôr**



(Fonte: Censos 2001)

Segundo o PRÉ - DIAGNÓSTICO DA REDE SOCIAL DO CONCELHO DE PONTE DE SÔR (2004, p.54):

*“O envelhecimento da população do Concelho de Ponte de Sôr tem vindo a acentuar-se quer pela base da pirâmide etária, com a diminuição da população jovem, quer no topo com o incremento da população idosa. A pirâmide de idades (...) apresenta agora um estreitamento na base, como resultado da baixa fecundidade e um alargamento no topo decorrente da maior longevidade das pessoas mais idosas. Assiste-se (...) “inversão” da pirâmide de idades. A nível das diferenças nos sexos, (...) maior envelhecimento mais significativo nas mulheres, havendo uma forte tendência neste Concelho de envelhecimento e feminização.”*

Segundo os dados do Sistema de Informação Nacional de Unidades de Saúde (SINUS), estavam inscritos, a 30/09/2010, 15353 utentes, sendo 51,4 Porcentos (%) do sexo feminino e 48,6% do sexo masculino.

## 3.2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

Foram identificadas, a Outubro do ano de 2010, na área geográfica do Concelho de Ponte de Sor, 26 pessoas portadoras de ostomia (Quadro 1), sendo que 23 Portadores de ostomia de eliminação intestinal (16 pertencem ao Centro de Saúde de Ponte de Sôr e 7 ao Centro de Saúde de Montargil) e 3 Portadores de ostomia de eliminação vesical (2 pertencem ao Centro de Saúde de Ponte de Sôr e 1 ao Centro de Saúde de Montargil).

**Quadro 1** - Distribuição das pessoas portadoras de ostomia segundo sexo e tipo de eliminação

Sexo		Masculino		Feminino		Total	
		Eliminação Intestinal (Colostomia)	Eliminação Vesical (Urostomia)	Eliminação Intestinal (Colostomia)	Eliminação Vesical (Urostomia)	Frequência	Percentagem
Ponte de Sôr		9	2	7	0	18	67,6
Montargil		6	0	1	1	8	32,4
Total	Frequência	17		9		26	100,0
	Percentagem	65,0		35,0			

(Fonte: Dados obtidos nos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e Montargil)

Do total de 26 pessoas portadoras de ostomia 17 (65%) são do sexo masculino e 9 (35%) são do sexo feminino. Das 17 pessoas do sexo masculino, 15 são portadoras de ostomia de eliminação intestinal (9 de Ponte de Sôr e 6 de Montargil) e 2 são portadoras de ostomia de eliminação vesical (de Ponte de Sôr). Das 9 pessoas do sexo feminino, 8 são portadoras de ostomia de eliminação intestinal (7 de Ponte de Sôr e 1 de Montargil)

e 1 é portadora de ostomia de eliminação vesical (de Montargil). A incidência anual é de cerca de 2 – 3 novos casos.

No decorrer do Projecto, 2 pessoas portadoras de ostomia efectuaram intervenção cirúrgica para encerramento da mesma, 2 faleceram e registaram-se 2 recusas no preenchimento do Questionário. Após estes critérios de exclusão e o aparecimento de 1 novo caso foram consideradas como população alvo 21 pessoas portadoras de ostomia.

### 3.2.1 - Cuidados e necessidades específicas da população alvo

Segundo OLIVEIRA (<http://www.ostomizados.com/artigos>, 2010) o processo de cuidar da pessoa portadora de ostomia, visa a identificação das suas necessidades de forma a estabelecer um plano de intervenção de Enfermagem cujo objectivo fundamental é a sua reabilitação, inseri-lo novamente na sociedade, ajudá-lo a identificar e ultrapassar os obstáculos que envolvem dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Pretende-se que a pessoa portadora de ostomia alcance uma melhor qualidade de vida, de bem-estar e de autonomia.

Para COTRIM (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2007, p.100) tem-se verificado, ao longo do tempo, um crescendo da importância da Qualidade de Vida (QV) como um objectivo a alcançar no campo da saúde. Os profissionais de saúde estão, cada vez mais, conscientes que o progresso tecnológico permite o prolongamento do tempo de vida, por vezes com graves limitações e incapacidades. Assim é importante que esse tempo seja vivido com qualidade em detrimento da quantidade, incidindo na humanização e personalização dos cuidados, com a pessoa no centro dos cuidados.

A QV resulta da combinação de factores subjectivos (como o grau de satisfação geral de um indivíduo com a própria vida) e de factores objectivos, como o bem-estar material, boas relações familiares, disposição para o tratamento, a segurança em relação ao acompanhamento médico. A soma de todos eles proporciona tranquilidade, confiança, segurança, bem-estar. O aumento da QV visa suprir as necessidades humanas integrais, nos seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Um factor determinante para a diminuição da qualidade de vida do indivíduo é, sem dúvida, a doença. Segundo Kirkpatrick (1980), citado por COTRIM (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2007, p.24) “... *este facto agrava-se quando a doença tem repercussões ao nível*

*da auto-imagem e da satisfação das actividades de vida, como é o caso das neoplasias do intestino, com recurso a colostomia”.*

São vários os factores que influenciam a qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia. De entre estes salientam-se a capacidade de se auto cuidar como um dos aspectos mais importantes para a sua independência na realização das actividades diárias.

OLIVEIRA (<http://www.ostomizados.com/artigos>, 2010) refere que as palavras ostomia, ostoma, estoma ou estomia são de origem grega (stóma, -atos “boca, abertura”), cujo significado é pequeno orifício, poro ou abertura ou boca. Através de uma intervenção cirúrgica, realiza-se uma abertura na cavidade abdominal para eliminação de fezes e/ou urina. Conforme o segmento exteriorizado, que passa a ter contacto com o meio externo do corpo humano, as ostomias recebem nomes diferentes: se for do intestino grosso (cólon) denomina-se colostomia, se for do intestino delgado (íleon) ileostomia.

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização desse procedimento provoca alterações profundas no modo de vida das pessoas como alteração da fisiologia gastrointestinal, alteração da imagem corporal, auto estima, bem como alteração das actividades sociais, sexuais e quotidianas. Têm necessidade de realizar o auto cuidado ao estoma, adquirir material apropriado para acondicionar as fezes ou urina, adequar o regime alimentar, conviver com a perda do controle da continência intestinal ou vesical, com a eliminação de odores. Para tal necessitam adquirir conhecimentos relativos aos cuidados ao estoma, adaptação do vestuário, mudança dos dispositivos, irrigação do estoma, etc., de forma a prevenir o aparecimento de possíveis complicações. A prevenção destas complicações passa pela aprendizagem e aquisição de novos conhecimentos, salientando-se o importante papel do enfermeiro no ensino através de programas de educação para a saúde.

COTRIM (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2007) considera o enfermeiro como o suporte emocional, permitindo à pessoa portadora de ostomia a verbalização das suas dúvidas e receios. É essencial que os enfermeiros tenham uma preocupação crescente face à melhoria dos cuidados que prestam, enfatizando a interacção entre a humanização e a excelência. Para atingir estes objectivos é fundamental personalizar o atendimento à pessoa portadora de ostomia e família. É importante considerar a pessoa numa

perspectiva holística tendo em conta as dimensões física, emocional, sexual, social e psicológica na sua reabilitação.

A Estomaterapia é uma competência na área de enfermagem que pretende ajudar a pessoa a viver com uma ostomia, vivendo uma melhor qualidade de vida e autonomia no ambiente familiar, laboral e social.

Segundo SOUSA (2009) *“Em Portugal existe um número reduzido destas unidades em funcionamento, de forma a responder às necessidades dos utentes (...) muitas carências de formação a este nível, pouca normalização de cuidados”*.

### 3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO ALVO

No Concelho de Ponte de Sôr não existe nenhum estudo sobre programas de intervenção com esta população alvo. No entanto, durante a pesquisa bibliográfica verificou-se a existência de estudos a nível nacional sobre populações com características idênticas (serem portadoras de ostomia). Dos vários estudos existentes salientam-se os seguintes:

**\* O Projecto de Investigação denominado epidemiologia-investigação-cuidados em ostomia (EPICO)**, elaborado e realizado em 2005, foi constituído por três estudos. Incluiu a participação da pessoa portadora de ostomia, familiares e profissionais de saúde de várias instituições de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares a nível nacional.

O estudo 2, designado “Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada e seus Cuidadores relativamente à fonte de informação e qualidade da mesma e Qualidade de vida da pessoa ostomizada” pretendia avaliar o nível de qualidade de vida das Pessoas portadoras de ostomia e seus cuidadores, em função da informação recebida e incidiu sobre uma amostra de conveniência. Foram incluídas todas as pessoas portadoras de ostomia associadas na Associação Portuguesa de Ostomizados (APO), a quem foram enviados dois questionários, um a ser preenchido pela pessoa portadora de ostomia e o outro a ser preenchido pelo cuidador no caso de a pessoa portadora de ostomia não ser independente relativamente ao cuidado ao estoma.

Na população estudada verificou-se que 59% pertencia ao sexo masculino e 38% ao sexo feminino. A idade estava compreendida entre os 26 e os 91 anos, sendo a média de

67 anos. No que diz respeito à escolaridade, 15% eram analfabetos e 25% tinham escolaridade média de 6 anos. Das pessoas portadoras de ostomia do estudo, 82,3% vivem com outras pessoas, e um número considerável (17%), vive só. Quanto ao tempo decorrido após a cirurgia, a média era de 7 anos. Relativamente ao tipo de ostomia, 75% dos inquiridos tinham colostomia, 14% ileostomia e 9% urostomia.

Da análise do estudo constatou-se que:

- as pessoas portadoras de ostomia evidenciam que são as informações e aconselhamento dos enfermeiros com formação específica na área de Estomaterapia que melhor satisfazem as suas necessidades;
- que a informação relativa a aspectos práticos da vida diária (considerados relevantes) é escassa e é fornecida por outras fontes que não os profissionais, normalmente por outras pessoas portadoras de ostomia;
- existe o sentimento que a pouca informação sobre os cuidados ao estoma e aos aspectos práticos da vida diária interfere na adaptação à ostomia e na Qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia;
- que consoante a fonte que disponibiliza a informação à pessoa portadora de ostomia assim a direcciona para diferentes temáticas (o cirurgião refere-se maioritariamente aos tópicos relacionados com as consequências físicas da ostomia; o enfermeiro hospitalar centra-se, essencialmente, em como evitar lesões na pele, com a preparação para alta e com os cuidados ao estoma; os enfermeiros com formação específica em Estomaterapia, para além das consequências físicas da ostomia, informam sobre os produtos disponíveis que melhor satisfaçam as necessidades da pessoa portadora de ostomia e com a técnica de irrigação; os profissionais da indústria informam, maioritariamente, acerca dos dispositivos e acessórios.
- as pessoas portadoras de ostomia sentem que receberam pouca informação apresentando um baixo nível de satisfação relativamente ao reconhecimento das alterações do estoma (hérnia, prolapso), aos procedimentos de actuação em casos de diarreia e obstipação, às alterações da vida sexual decorrentes de uma ostomia e à execução da técnica de irrigação.

Os resultados sugerem que a pessoa portadora de ostomia que recebe menos informação sobre os cuidados ao estoma e sobre os aspectos práticos da vida diária apresenta deficiente adaptação à ostomia.

No que respeita às necessidades de informação, verifica-se que a pessoa portadora de ostomia com deficiente adaptação à ostomia necessita de mais informação sobre os cuidados diários com a ostomia.

Quanto às iniciativas de informação a desenvolver verificou-se que as pessoas portadoras de ostomia com pior ajustamento à ostomia são os que demonstram maior interesse face às mesmas.

Quanto ao impacto da pessoa portadora de ostomia na vida do cuidador os resultados realçam elevados níveis de sobrecarga subjectiva de stress traduzindo o impacto emocional das responsabilidades de prestar cuidados à pessoa portadora de ostomia.

**\*O Projecto “Depois da colostomia...experiências e vivências da pessoa portadora”** visou interpretar o significado que as pessoas portadoras de ostomia atribuem às interacções experienciadas de viver com uma colostomia definitiva e identificar as redes de suporte social e de saúde que utilizam e conhecer a resposta de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A amostra foi constituída por vinte pessoas portadoras de colostomia definitiva, a frequentar a consulta de estomaterapia do Centro Hospitalar do Alto Minho-EPE, com doença clinicamente controlada e sete enfermeiros de centros de saúde (2 urbanos e 5 rurais), do distrito de Viana do Castelo. A recolha de informação foi realizada entre Maio e Junho de 2007, através de entrevista semi-estruturada. A opção metodológica seguiu uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva.

A totalidade da amostra era portadora de neoplasia do cólon ou recto (12 do sexo masculino e 8 do sexo feminino), com idade compreendida entre 50 e 80 anos. Dos homens 8 tinham idade entre os 65 e 80 anos e 4, entre os 50 e 65 anos. As mulheres tinham, na sua totalidade, idade igual ou superior a 70 anos. Quanto ao estado civil: 10 eram casados, 7 viúvos e 3 solteiros, encontrando-se todos em situação de reforma.

Este estudo demonstrou que:

- a pessoa portadora de ostomia considerou que a doença é percebida como grave ou mortal, representando a colostomia a esperança e ou alívio da dor;
- as alterações de vida manifestam-se a nível individual, familiar, ocupacional e social, com necessidades em saúde, psico-afectivas, sócio-familiares e económicas;

- as redes de suporte formal (enfermeiro estomaterapeuta e cirurgião), informal (familiares e amigos) e sobrenatural (orações e promessas à entidade da sua devoção) são as mais utilizadas.
- as pessoas portadoras de ostomia não conhecem nem reconhecem os cuidados que os centros de saúde lhes podem oferecer;
- os enfermeiros dos CSP informam que estes utentes têm necessidades especiais, às quais não dão resposta satisfatória. Para uma intervenção mais eficaz, defendem a criação da consulta de ostomizados nos centros de saúde.

### 3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

O recrutamento da população alvo realizou-se através do registo em Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) existente nos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil, sendo estes os locais onde as pessoas portadoras de ostomia se deslocam para adquirir os dispositivos. A referenciação é realizada pelo Hospital onde foi executada a ostomia. No entanto não existe, de forma estruturada, articulação entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD).

#### 4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

Objectivo diz respeito a um fim que se quer atingir. Corresponde ao resultado que se pretende, permitindo aos indivíduos orientarem as acções para a concretização dos mesmos. Cada objectivo deve destacar a acção e as actividades para a concretização do resultado final. Segundo FORTIN (1996, p.116) os objectivos devem ser estruturados tendo em atenção a sua pertinência, precisão, realização e medição.

##### 4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

- *Implementar consulta de acompanhamento a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores no Centro de Saúde de Ponte de Sôr.*

Segundo LONGARITO (2010, p.13): *“O universo vivido pela pessoa com colostomia depende de variáveis internas mas também de uma rede de suporte sustentada na família, amigos, grupos de apoio social, profissionais de saúde e outros recursos que a comunidade lhe possa oferecer.”* O acompanhamento que é fornecido em Saúde pode influenciar a pessoa portadora de ostomia e cuidadores face às alterações inerentes da sua nova situação e na construção de uma perspectiva optimista de retoma da sua vida. Refere ainda que: *“Na opinião dos enfermeiros de cuidados de saúde primários (CSP), estes utentes e ou cuidadores informais têm necessidades especiais (...) Defendem (...) criação da consulta de estomaterapia nos centros de saúde, com enfermeiros com formação específica (...).”*

##### 4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO

- Identificar as pessoas portadoras de ostomia

É fundamental para o desenvolvimento do projecto e considerado, talvez, o primeiro objectivo, imprescindível para que seja possível dar continuidade ao mesmo.

Assim, FORTIN (1996, p.202) considera que para haver evolução num trabalho é necessário identificar elementos ou sujeitos que partilham características comuns. Diz a autora que *“uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo”*.

- Identificar necessidades /dificuldades das pessoas portadoras de ostomia

*“O processo de cuidar do ser humano ostomizado, visa a identificação das necessidades assistenciais individuais, o estabelecimento do nível de ajuda profissional exigido e o suficiente e adequado provimento de recursos para a reabilitação.”* (OLIVEIRA, <http://www.ostomizados.com>, 2005).

É após a identificação das suas necessidades que, no contexto comunitário, se percebe a realidade e se projectam as intervenções.

- Promover autonomia e auto-cuidado

Auto cuidado significa cuidar de si próprio. As atitudes e os comportamentos que cada pessoa tem, para seu próprio benefício, têm como finalidade a promoção da saúde.

A aquisição de conhecimentos é um suporte com relevância para qualquer tipo de prática. Neste sentido, COTRIM (<http://repositori-aberto.up.pt>, 2007), citando Pontieri-Lewis (2006, p.116) salienta que *“o papel do enfermeiro visa essencialmente dar ao doente coragem, suporte emocional e conselhos sobre a melhor forma de cuidar da sua ostomia no decurso das suas actividade de vida diárias”*.

O contexto da prática de enfermagem, segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2002) procura *“...ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. ...satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária... adaptação funcional aos défices...através de processos de aprendizagem.”*

- Identificar precocemente as pessoas portadoras de ostomia após alta hospitalar

A OE (2001, p. 12-14) nos Enunciados Descritivos refere que, nas categorias promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado e readaptação funcional, é importante, *“a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade”*; *“(...) implementar e avaliar intervenções”*; *“ a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem”*; *“ o planeamento da alta, (...) o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade”*.

Deste modo é fundamental que exista articulação entre os serviços de saúde, nomeadamente entre CSD e CSP para que a comunicação seja veiculada atempadamente com vista a uma intervenção precoce.

SILVA (1998), citado na Revista Nursing (<http://www.forumenfermagem.org/>, 2006) (...) “o apoio domiciliário deve ser iniciado precocemente, para poder ser eficaz e contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos”.

- Programar e realizar visitas domiciliárias;

Segundo MCNAMARA, citado em Sorensen e Luckmann (1998:493) entende-se por cuidados de saúde domiciliários: “*aquele componente dos cuidados globais de saúde, através do qual se proporciona assistência a indivíduos e famílias nos seus locais de residência, como fim de promover, manter ou restaurar a saúde ou minimizar os efeitos da doença ou incapacidade*”. Afirmar ainda que: “*a enfermagem no domicílio é de âmbito global, isto é, centrada holisticamente, tanto no indivíduo que requer o cuidado, como na família ou no sistema de suporte*”.

LEONARDO (1995), citado na Revista Nursing (<http://www.forumenfermagem.org/>, 2006) afirma que a essência do cuidar se baseia na relação enfermeiro – pessoa (percepcionado como um todo) e das expectativas dos familiares e tem como objectivo a promoção e manutenção da autonomia.

- Melhorar a Qualidade de Vida.

O termo QV tem vindo a ser considerado um objectivo importante a alcançar na área da saúde. Tal facto resulta da consciencialização crescente por parte dos profissionais de saúde relativamente à importância da qualidade do tempo que se vive, em detrimento da sua quantidade. O progresso tecnológico, permitindo o prolongamento da vida, tem vindo a contribuir para esta mudança de paradigma.

A QV foi definida pela OMS (WHOQOL Group, 1994, p. 28)., citada por CANAVARRO (<http://www.aidscongress.net/>) como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Esta definição reporta-se a uma concepção mais abrangente da QV, uma vez que considera que esta sofre influências diversas (saúde física, estado psicológico, nível de

independência, relações sociais, crenças pessoais e interacção com o meio envolvente), consoante a pessoa que a define.

A QV resulta assim da combinação de vários factores: subjectivos (como o grau de satisfação geral de um indivíduo com a própria vida) e objectivos (como o bem-estar material, as boas relações familiares). O resultado da soma dos vários itens proporciona tranquilidade, confiança, segurança, bem-estar.

A doença é, sem dúvida, um factor determinante para a diminuição da qualidade de vida do indivíduo.

A QV da pessoa portadora de ostomia é influenciada por vários factores, salientando-se a capacidade de se auto-cuidar como um dos aspectos importante para a sua independência na realização das actividades diárias e consequentemente na melhoria dessa qualidade.

- Prevenir Isolamento Social

A saúde é um processo dinâmico e contínuo que se pretende alcançar. No entanto cada pessoa reage de forma diferente a uma mesma situação. Segundo COSTA (2009, p.45), citando Amorim, Ferreira e Gabriel (1997) *“A aceitação de uma ostomia não se obtém de ânimo leve. O acompanhamento é muito importante, para que (...) possa haver uma reintegração “total” no meio social”*.

A pessoa é um ser social. A presença de uma ostomia provoca alterações a vários níveis, nomeadamente a nível social, sendo um factor de isolamento social. A promoção de encontros entre pessoas portadoras de ostomia proporciona além de um convívio salutar um suporte fundamental no processo de adaptação à nova condição.

## 5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

### 5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Segundo a APO (<http://www.apostomizados.pt>, 2005), existem em Portugal entre 10 e 15 mil pessoas portadoras de ostomia.

A existência de uma ostomia, quer seja temporária ou definitiva, desencadeia alterações profundas na vida das pessoas e respectivas famílias, através da manifestação de desajustes físicos, emocionais e sociais, que irão influenciar o seu processo de adaptação e qualidade de vida.

Para LONGARITO (2010, p.1) “ *Neste processo, é importante um trabalho integrado e continuado das equipas de saúde, onde os enfermeiros e grupos de suporte (familiares, amigos, ligas de ostomizados) têm um papel preponderante*”.

O acompanhamento continuado em saúde poderá influenciar o novo conceito de pessoa portadora de ostomia e a concretização de reconquista da sua vida.

A Estomaterapia é uma competência na área de enfermagem que pretende ajudar a pessoa a viver com uma ostomia, com melhor qualidade de vida e autonomia no ambiente familiar, laboral e social.

O Presidente da APO (<http://www.apostomizados.pt>, 2005), refere que: “*Os Centros de Saúde deveriam ter técnicos de enfermagem com formação de Estomaterapia para que pudesse ser dado ao doente, e até familiares, todo o apoio, tendo em vista a sua nova situação e integração no seu meio social*”.

Segundo SOUSA (2009): “*Em Portugal existe um número reduzido destas unidades em funcionamento, de forma a responder às necessidades dos utentes*”.

No Estatuto da ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009, p. 73), Artigo 80.º - Do dever para com a comunidade:

*“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados; c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.”*

Estão identificadas na área geográfica do Concelho de Ponte de Sôr (nos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil) em Outubro do ano de 2010, 26 pessoas portadoras de ostomia.

De acordo com o DECRETO-LEI n.º 247/2009 (<http://www.dre.pt/>, 2009), no artigo 9º são competências do Enfermeiro

*“Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional”; e “Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade”.*

DIAS [et al.] (<http://www.scielo.oces.mctes.pt/>, 2004, p.466), citando o Ministério da Saúde (1999) refere que na elaboração de documentos de promoção de saúde identificam-se determinados grupos da população, os quais requererem particular atenção da comunidade, pois estão “em risco”, sendo estabelecidas metas que visam satisfazer as suas necessidades. Assim, *“um determinado grupo está em risco quando não tem uma acessibilidade satisfatória aos cuidados de saúde. Nesta linha de análise, o risco é percebido como uma forma de desvantagem social.”*

Por isto e pelo facto da UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sôr não possuir um atendimento personalizado às pessoas portadoras de ostomia, justifica-se a implementação deste projecto.

Deste modo, para que cada objectivo seja concretizado deverão ser enunciadas as intervenções efectuadas:

- *Identificação de todas as pessoas portadoras de ostomia existentes na área geográfica*

FORTIN (1996, p.202) afirma que: *“Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”*

Deste modo realizou-se a recolha, através dos registos do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) no Centro de Saúde de Ponte de Sôr e no Centro de Saúde de Montargil, das pessoas portadoras de ostomia existentes no Concelho de Ponte de Sôr. De salientar que são apenas consideradas as pessoas portadoras de ostomia de eliminação (intestinal e vesical).

Foram identificadas 26 pessoas portadoras de ostomia, das quais 18 estão inscritas no Centro de Saúde de Ponte de Sôr e 8 no Centro de Saúde de Montargil.

Durante a implementação do Projecto registou-se que 2 pessoas portadoras de ostomia faleceram (uma delas estava inscrita no C.S.P.S. e outra no C.S.M.) e 2 realizaram intervenção cirúrgica para encerramento do estoma (uma de cada um dos C.S.).

Durante a implementação do projecto surgiu um novo caso no Centro de Saúde de Ponte de Sôr.

➤ *Elaboração de folha de registo com identificação das pessoas portadoras de ostomia e respectivos tipos de dispositivos*

Os registos em Enfermagem revestem-se de importância fundamental, pelas informações que representam, sendo um meio de comunicação de partilha de dados.

MARTINS (<http://cmapspublic.ihmn.us/rid>, 2008), citando Pimenta e Vale, citados por Rodrigues (2005, p.6), “*referem que estes devem ocupar um lugar de destaque, sendo insubstituíveis no dia-a-dia de qualquer enfermeiro, independentemente do local onde ele exerce a sua actividade.*”

A elaboração deste documento permite uma identificação imediata da pessoa portadora de ostomia e tipo de dispositivo que utiliza, proporcionando uma gestão adequada do mesmo. (Apêndice I).

➤ *Elaboração de instrumento de colheita de dados para identificação das necessidades das pessoas portadoras de ostomia*

FORTIN (1996, p.250) refere que “*Conceber um instrumento de medida requer da parte do investigador um conhecimento aprofundado do objectivo do estudo, do nível dos conhecimentos existentes sobre o fenómeno em estudo e da natureza dos dados a colher.*”

Para a sua elaboração procedeu-se à consulta de bibliografia sobre a temática, nomeadamente estudos realizados a populações com características idênticas.

É imprescindível, para atingir os objectivos propostos, escolher o método eficaz para proceder à colheita de dados. Assim, o método escolhido foi o questionário por ser um instrumento “*...menos dispendioso, (...) poder ser utilizado simultaneamente a um grande número de sujeitos repartidos por uma vasta região (...) obter mais*

*informações num conjunto populacional. (...) a sua apresentação uniformizada (...) facilitar as comparações entre os sujeitos.” (FORTIN, 1996, p.254)*

A autora refere ainda que o método questionário permite: “*colher informações junto dos participantes, relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes. (...) apoiam-se nos testemunhos dos sujeitos (...)*”.

QUIVY E CAMPENHOUDT (1998, p.164) referem que o questionário “*exige uma elaboração precisa e formal, adequa-se particularmente bem a uma utilização pedagógica*”.

Na redacção de um questionário a linguagem afirma-se como a componente mais sensível e decisiva.

Para FORTIN (1996) as questões devem ser claras, concisas e precisas, sem que sejam necessários complementos ou esclarecimentos adicionais, para que as respostas sejam adequadas.

O instrumento de recolha de dados escolhido, inclui questões fechadas, que são mais fáceis de compreender, preencher, tratar, interpretar e quantificar. Além destas, também foram colocadas questões abertas, nas quais a formulação e a ordem das questões foi fixa, mas foi permitido ao inquirido responder livremente.

Após a elaboração do Questionário (Apêndice II) e efectuado pedido de autorização às entidades responsáveis (Apêndice III), foi aplicado às pessoas portadoras de ostomia do Concelho de Ponte de Sôr, inscritas nos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e Montargil.

➤ *Aplicação de Questionário para identificação das necessidades das pessoas portadoras de ostomia e cuidadores*

A aplicação do questionário decorreu entre a terceira semana de Dezembro e a segunda de Janeiro no Concelho de Ponte de Sôr, às pessoas portadoras de ostomia inscritas nos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e Montargil. O seu preenchimento demorou aproximadamente entre 15 a 40 minutos.

Segundo FORTIN (1999, p.202) “*A população acessível que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador.*

*A população alvo raramente é acessível na sua totalidade ao investigador”.*

A análise e tratamentos de dados foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 18.0, tendo sido construída uma base de dados adequada ao questionário aplicado. Para efectuar os gráficos e quadros recorreu-se ao Programa *Microsoft Office Excel 2003*.

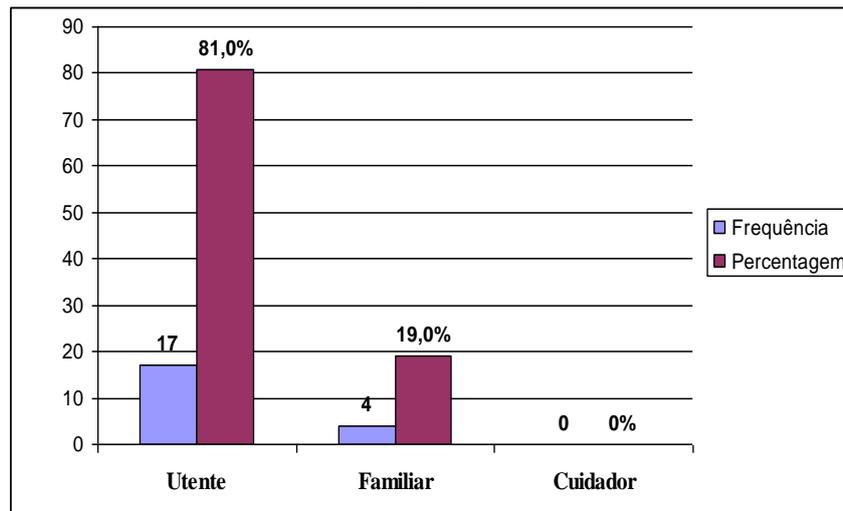
Durante a sua apresentação procede-se em simultâneo à sua análise. Tal como afirma FORTIN (1996, p.329): “Apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas.” Deste modo, os resultados serão apresentados segundo a sequência das variáveis contidas no questionário.

Questão 1 – Quem é o inquirido?

**Quadro 2** – Identificação do inquirido

Quem responde	Frequência			Percentagem		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Utente	17	4	<b>21</b>	81,0	19,0	<b>100,0</b>
Familiar	4	17	<b>21</b>	19,0	81,0	<b>100,0</b>
Cuidador	2	19	<b>21</b>	9,5	90,5	<b>100,0</b>

**Gráfico 2** – Identificação do inquirido



Da análise do **Quadro 2** e **Gráfico 2** constata-se que foi a própria pessoa portadora de ostomia quem respondeu ao questionário, num total de 17 (81%).

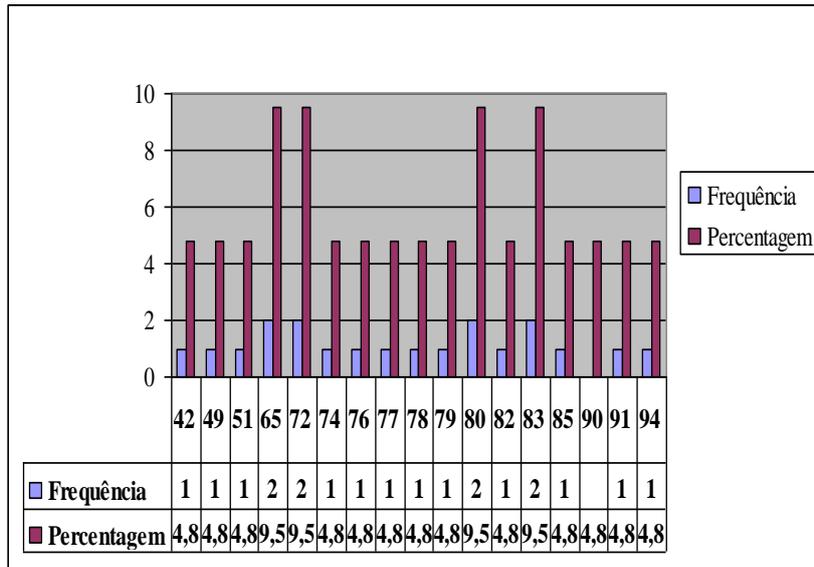
Devido à idade das pessoas portadoras de ostomia ser idade superior a 65 anos, foi realizada a avaliação do grau de independência, pelo Índice de Katz (Apêndice IV). Do total das pessoas portadoras de ostomia 5 (23,8%) apresentam dependência total, necessitando de ajuda nas seis actividades. Dos 4 familiares que responderam ao questionário 3 são filhos (2 do sexo feminino e 1 masculino) e 1 é sobrinha. Correspondem a três das pessoas portadoras de ostomia estão institucionalizados (1 em “Centro de Dia” e 2 em “Lar”) e uma permanece em casa dos filhos periodicamente. Salienta-se o facto de que 2 destes familiares são simultaneamente cuidadores.

Questão 2 – Idade da pessoa portadora de ostomia

**Quadro 3** – Idade da pessoa portadora de ostomia

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
42,0	1,0	4,8
49,0	1,0	4,8
51,0	1,0	4,8
65,0	2,0	9,5
72,0	2,0	9,5
74,0	1,0	4,8
76,0	1,0	4,8
77,0	1,0	4,8
78,0	1,0	4,8
79,0	1,0	4,8
80,0	2,0	9,5
82,0	1,0	4,8
83,0	2,0	9,5
85,0	1,0	4,8
90,0	1,0	4,8
91,0	1,0	4,8
94,0	1,0	4,8
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 3 – Idade da pessoa portadora de ostomia**



Pela análise do **Quadro 3** e **Gráfico 3** verifica-se que 18 pessoas portadoras de ostomia (85,7%) têm idade superior ou igual a 65 anos de idade.

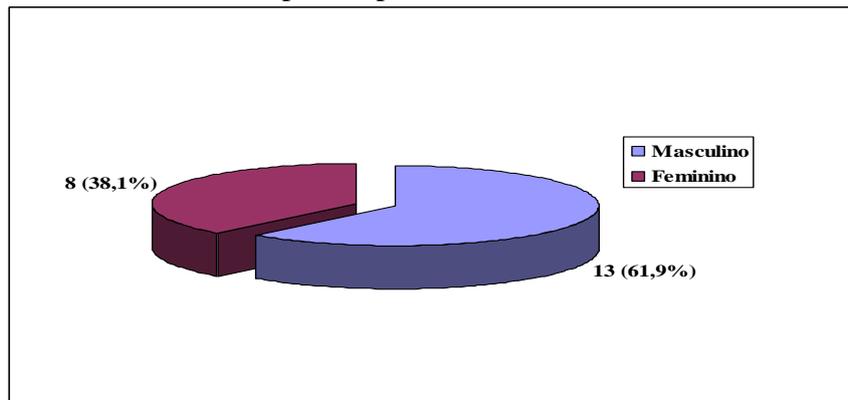
Segundo COTRIM ((<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2007, p.32) o cancro colo rectal “*é uma neoplasia pouco comum em indivíduos com idade inferior a 40 anos, sendo que a sua incidência aumenta com a idade. (...) A idade média do início da doença situa-se nos 62 anos.*”.

Questão 3 – Sexo da pessoa portadora de ostomia

**Quadro 4 – Sexo da pessoa portadora de ostomia**

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	13	61,9
Feminino	8	38,1
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 4 – Sexo da pessoa portadora de ostomia**



Pela análise do **Quadro 4** e **Gráfico 4** constata-se que 13 pessoas portadoras de ostomia são do sexo masculino (61,9%) e 8 são do sexo feminino (38,1%).

Segundo COTRIM (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2007), citando Trowbridge e Burt (2002) referem que “a incidência do cancro colo rectal é ligeiramente superior no sexo masculino do que no sexo feminino (...)”

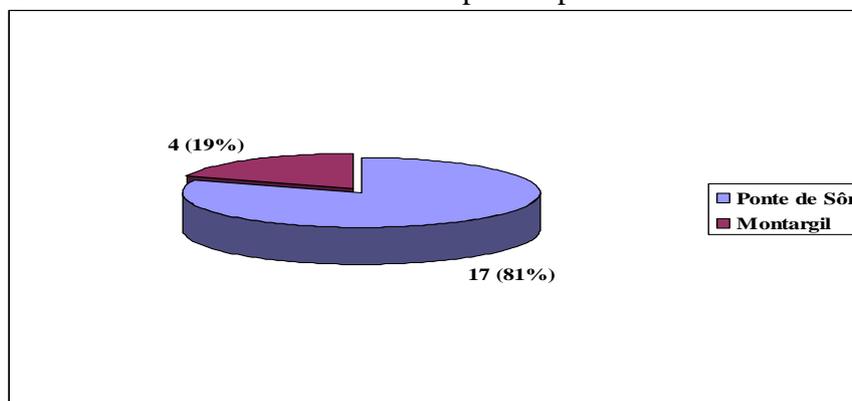
PINHEIRO [et al.] (2003) refere que “No que concerne a Portugal, e no ano 2000, o cancro colo rectal foi o cancro mais comum no sexo masculino (3173 novos casos) ”.

Questão 4 – Local de residência da pessoa portadora de ostomia

**Quadro 5 – Local de residência da pessoa portadora de ostomia**

Local de residência	Frequência	Percentagem
Ponte de Sôr	17	81,0
Montargil	4	19,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 5 – Local de residência da pessoa portadora de ostomia**



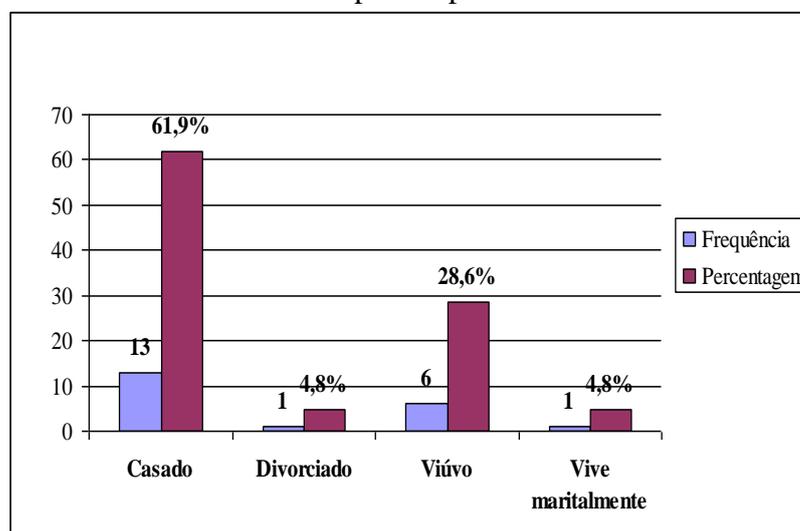
Da análise do **Quadro 5** e **Gráfico 5** verifica-se que existem 17 (81%) pessoas portadoras de ostomia inscritas no C.S.P.S. e 4 (19%) no C.S.M.. Tal facto deve-se à discrepância existente entre freguesias do mesmo Concelho relativamente à densidade populacional. Segundo o PRÉ-DIAGNÓSTICO SOCIAL DO CONCELHO DE PONTE DE SOR (2004, p.45) “... enquanto na Freguesia de Montargil não chega a haver 10 habitantes por Km<sup>2</sup>, na Freguesia de Ponte de Sôr, há cerca de 51 habitantes por Km<sup>2</sup>”.

Questão 5 – Estado civil da pessoa portadora de ostomia

**Quadro 6** – Estado civil da pessoa portadora de ostomia

Estado civil	Frequência	Percentagem
Casado	13,0	61,9
Divorciado	1,0	4,8
Viúvo	6,0	28,6
Vive maritalmente	1,0	4,8
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 6** - Estado civil da pessoa portadora de ostomia



Ao analisar-se o **Quadro 6** e **Gráfico 6** verifica-se que 13 (61,9%) das pessoas portadoras de ostomia são casadas e 6 (28,6%) pertencem ao estado civil “viúvo”. Destes últimos 2 são do sexo masculino e 4 são do sexo feminino, dado em consonância com o PRÉ-DIAGNÓSTICO SOCIAL DO CONCELHO DE PONTE DE SOR (2004,

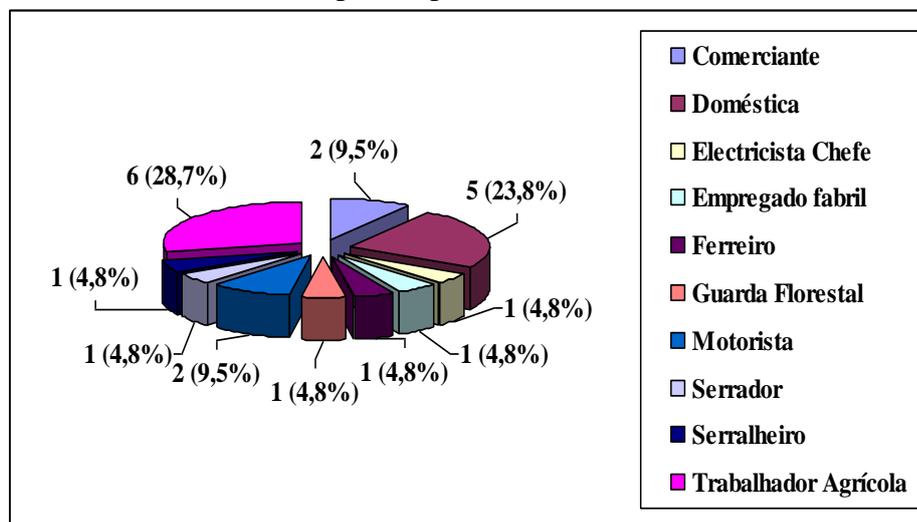
p.55) que refere “... A nível das diferenças nos sexos, verifica-se um maior envelhecimento mais significativo nas mulheres, havendo uma forte tendência neste Concelho de envelhecimento e feminização.”.

Questão 6 – Profissão da pessoa portadora de ostomia

**Quadro 7** – Profissão da pessoa portadora de ostomia

Profissão	Frequência	Percentagem
Comerciante	2	9,5
Doméstica	5	23,8
Electricista Chefe	1	4,8
Empregado Fabril	1	4,8
Ferreiro	1	4,8
Guarda-florestal	1	4,8
Motorista	2	9,5
Serrador	1	4,8
Serralheiro	1	4,8
Trabalhador Agrícola	6	28,6
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 7** - Profissão da pessoa portadora de ostomia



Da análise do **Quadro 7** e **Gráfico 7** constata-se que 6 (28,7%) das pessoas portadoras de ostomia são trabalhadores agrícolas, seguida de 5 (23,8%) que são domésticas. Segundo o PRÉ-DIAGNÓSTICO SOCIAL DO CONCELHO DE PONTE DE SOR (2004, p.103) “O Sector Primário corresponde basicamente, neste Concelho à

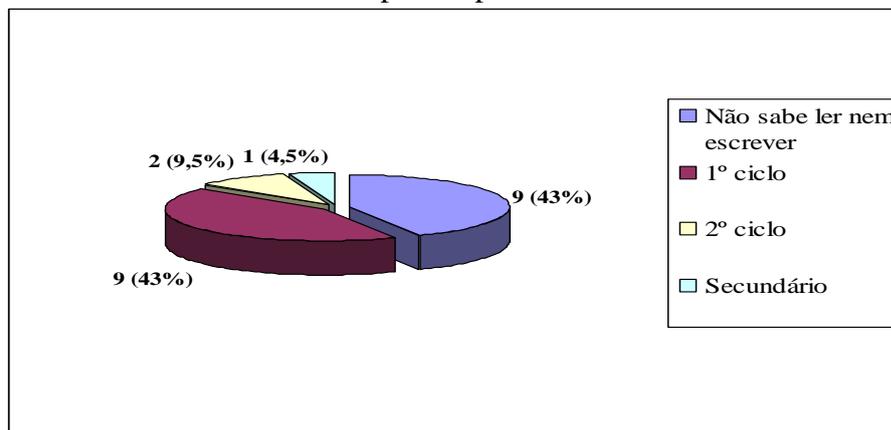
*actividade agrícola e à produção animal ... muitas freguesias com fortes características rurais, principalmente, entre a população de mais idade”.*

Questão 7 – Escolaridade da pessoa portadora de ostomia

**Quadro 8** – Escolaridade da pessoa portadora de ostomia

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Não sabe ler nem escrever	9	43,0
1º Ciclo	9	43,0
2º Ciclo	2	9,5
Secundário	1	4,5
Superior	0	0,0
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 8** – Escolaridade da pessoa portadora de ostomia



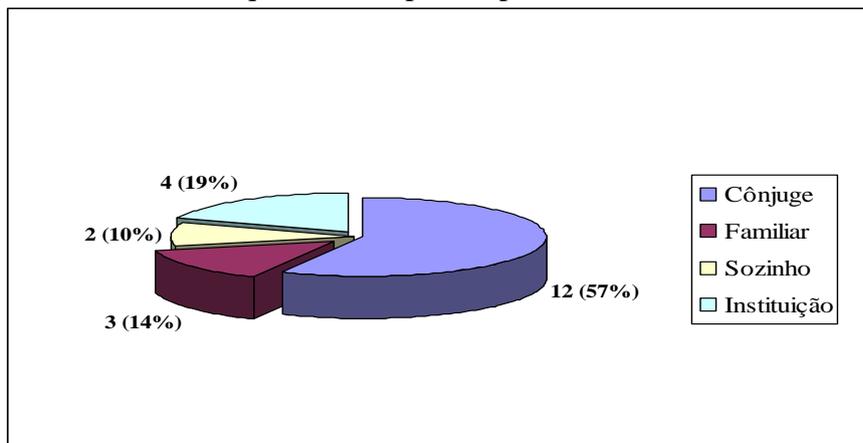
Verifica-se através do **Quadro 8** e **Gráfico 8** que o número de pessoas portadoras de ostomia que “não sabe ler nem escrever” (43%) é igual ao número das que têm a escolaridade “1º ciclo”. No que diz respeito a Portugal, e segundo dados do INE (Censos de 2001), a escolaridade “1º ciclo” é a que mais prevalece a nível nacional.

Questão 8 – Com quem vive a pessoa portadora de ostomia

**Quadro 9** – Com quem vive a pessoa portadora de ostomia

<b>Com quem vive</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Cônjuge	12	57,0
Familiar	3	14,0
Sozinho	2	10,0
Instituição	4	19,0
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 9 – Com quem vive a pessoa portadora de ostomia**



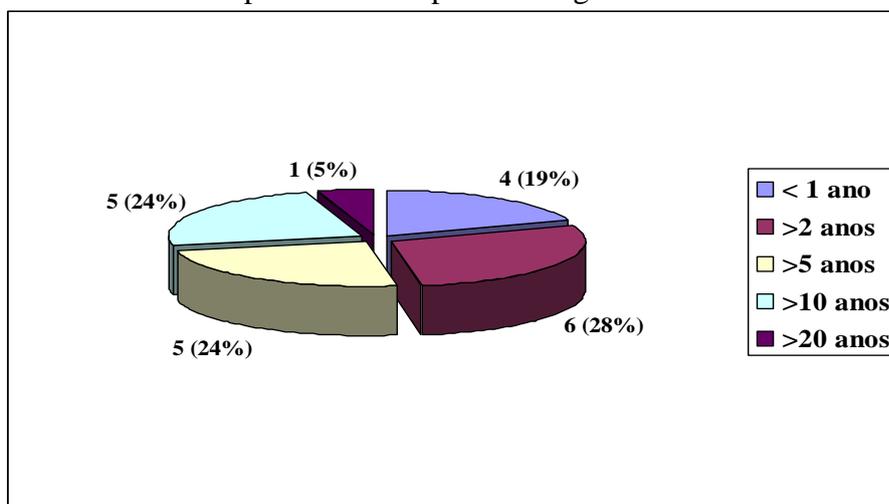
Constata-se pelo **Quadro 9** e **Gráfico 9** que 17 das pessoas portadoras de ostomia vivem com outras pessoas, 12 (57%) com o “cônjuge”, 4 (19%) vivem na “Instituição”, 3 (14%) vivem com “Familiar” e 2 (10%) vivem “Sozinho”.

Questão 9 – Tempo decorrido após a Cirurgia

**Quadro 10 – Tempo decorrido após a Cirurgia**

Tempo decorrido após a Cirurgia	Frequência	Porcentagem
< 1 ano	4	19,0
>2 anos	6	28,0
>5 anos	5	24,0
>10 anos	5	24,0
>20 anos	1	5,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 10 – Tempo decorrido após a Cirurgia**



Constata-se pelo **Quadro 10** e **Gráfico 10** que o tempo decorrido após a Cirurgia situa-se entre 2 a 10 anos, apenas 1 (5%) com mais de 20 anos e 4 (19%) com menos de um ano.

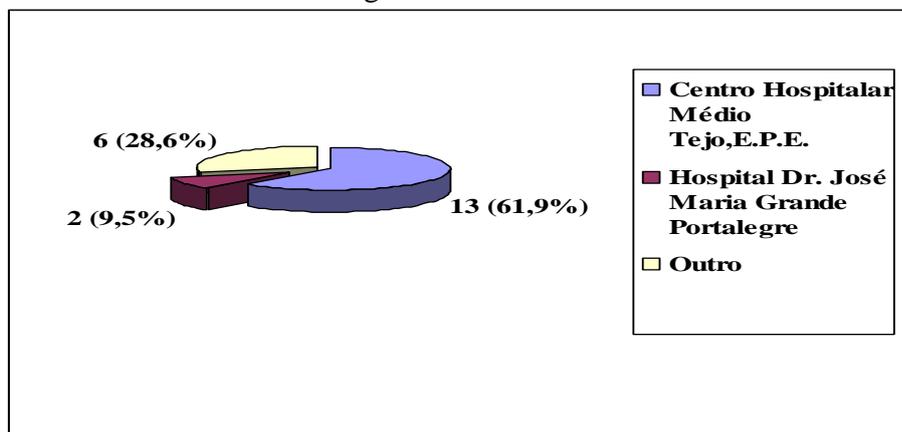
COTRIM (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2007) refere que *“importa salientar que o seu prognóstico depende essencialmente do estadio de desenvolvimento em que a doença se encontra; (...) o prognóstico do doente é influenciado por um conjunto variado de factores, internos e externos, pelo que é extremamente difícil defini-lo de forma fidedigna”*.

Questão 10 – Local da Cirurgia

**Quadro 11** – Local da Cirurgia

Local da Cirurgia	Frequência	Percentagem
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	13	61,9
Hospital Dr. José Maria Grande Portalegre	2	9,5
Outro	6	28,6
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 11** – Local da Cirurgia



Pode constatar-se pelo **Quadro 11** e **Gráfico 11** que é o Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. (CHMT, EPE) o Hospital de proveniência de 13 das pessoas portadoras de ostomia (61,9%), seguido do Hospital Doutor (Dr.) José Maria Grande com 2 pessoas portadoras de ostomia (28,6%). Tal facto deve-se à proximidade geográfica e ao

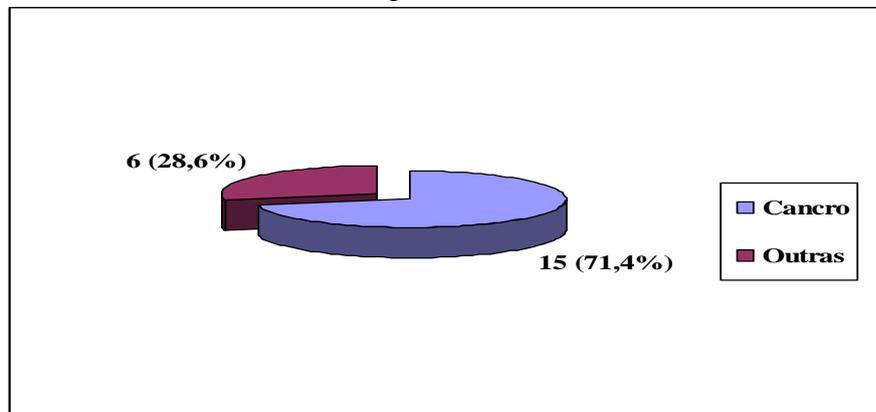
reduzido tempo de deslocação. Salienta-se, no entanto, que o Hospital de referência do Centro de Saúde de Ponte de Sôr é o Hospital Dr. José Maria Grande.

Questão 11 – Motivo da Cirurgia

**Quadro 12 – Motivo da Cirurgia**

Motivo da Cirurgia	Frequência	Percentagem
Cancro	15	71,4
Outras	6	28,6
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 12 – Motivo da Cirurgia**



Pelo **Quadro 12** e **Gráfico 12** verifica-se que da Cirurgia se deve ao Cancro em 15 (71,4%) das pessoas portadoras de ostomia.

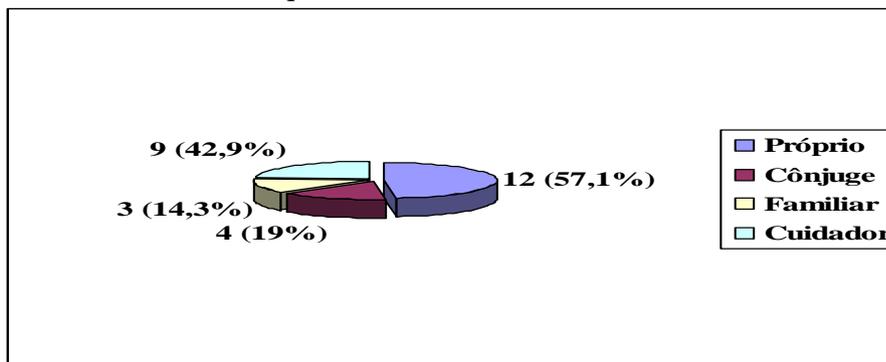
Segundo COTRIM (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2007), citando Cesaretti & Leite (2001) “Uma parte considerável dos doentes com cancro colorectal necessita de uma ostomia, curativa ou paliativa.” Relativamente ao motivo “Outras” foram referenciados Pólipos e Úlceras.

Questão 12 – Quem cuida do estoma

**Quadro 13 – Pessoa que cuida do estoma**

Pessoa que cuida do estoma	Frequência			Percentagem		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Próprio	12	9	<b>21</b>	57,1	42,9	<b>100,0</b>
Cônjuge	4	17	<b>21</b>	19,0	81,0	<b>100,0</b>
Familiar	3	18	<b>21</b>	14,3	85,7	<b>100,0</b>
Cuidador	9	12	<b>21</b>	42,9	57,1	<b>100,0</b>

**Gráfico 13** – Pessoa que cuida do estoma



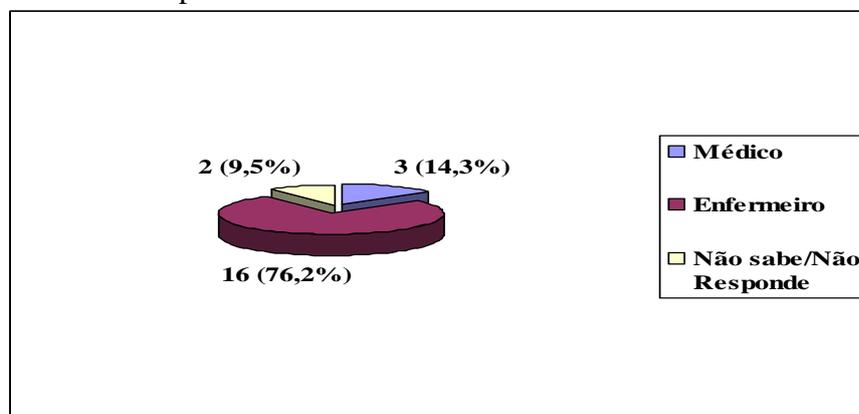
Da análise do **Quadro 13** e **Gráfico 13** constata-se que é a própria pessoa portadora de ostomia 12 (43%) que cuida do seu estoma, seguida de 9 (42,9%) pessoas que são “Cuidador”. Salienta-se o facto que 3 destas são simultaneamente “Familiar”. As restantes 6 pessoas incluem 4 pessoas portadoras de ostomia institucionalizadas e 2 pessoas que recebem apoio de Centro de Dia.

Questão 13 – Quem transmitiu os conhecimentos à pessoa portadora de ostomia

**Quadro 14** – Pessoa que transmitiu os conhecimentos à pessoa portadora de ostomia

Pessoa que transmitiu conhecimentos	Frequência	Porcentagem
Médico	3	14,3
Enfermeiro	16	76,2
Não sabe/Não responde	2	9,5
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 14** – Pessoa que transmitiu os conhecimentos à pessoa portadora de ostomia



Verifica-se através do **Quadro 14** e **Gráfico 14** que foi o Enfermeiro quem transmitiu maioritariamente (76,2%) os conhecimentos à pessoa portadora de ostomia, sendo o Médico (14,3%) o elemento que se segue com maior percentagem.

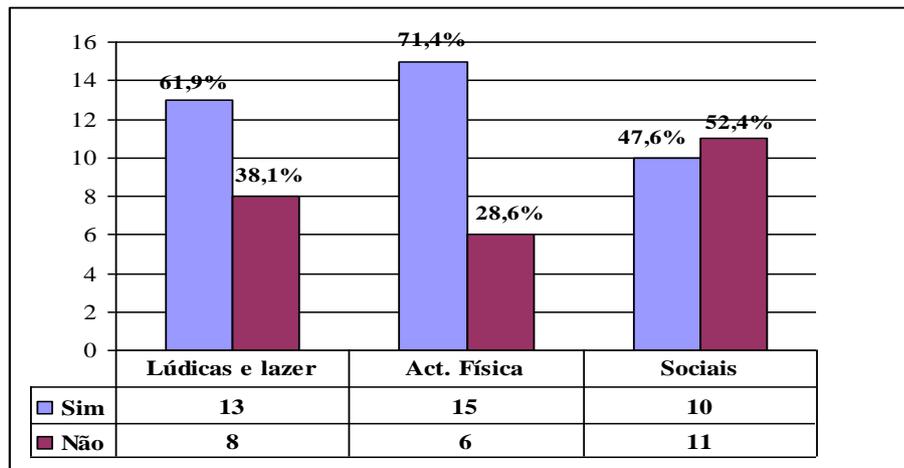
Segundo MORAIS [et al.] (2005) as pessoas portadoras de ostomia consideram que são “as informações e aconselhamento dos enfermeiros com formação especializada em Estomaterapia que melhor satisfazem as suas necessidades”.

Questão 14 – Actividades praticadas antes de ser portador de ostomia

**Quadro 15** – Actividades praticadas antes de ser portador de ostomia

Actividades	Frequência			Percentagem		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Lúdicas e lazer	13	8	<b>21</b>	61,9	38,1	<b>100,0</b>
Actividade Física	15	6	<b>21</b>	71,4	28,6	<b>100,0</b>
Sociais	10	11	<b>21</b>	47,6	52,4	<b>100,0</b>

**Gráfico 15** – Actividades praticadas antes de ser portador de ostomia

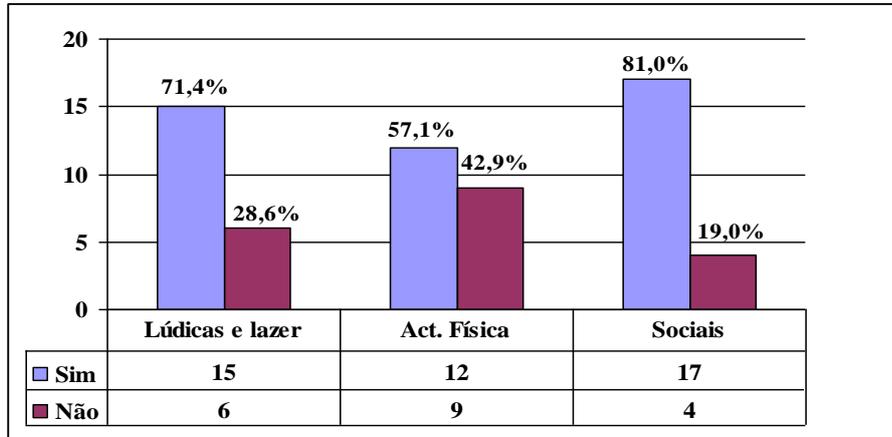


Questão 15 – Actividades que deixou de praticar após ser portador de ostomia

**Quadro 16** – Actividades que deixou de praticar depois de ser portador de ostomia

Actividades	Frequência			Percentagem		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Lúdicas e lazer	15	6	<b>21</b>	71,4	28,6	<b>100,0</b>
Actividade Física	12	9	<b>21</b>	57,1	42,9	<b>100,0</b>
Sociais	17	4	<b>21</b>	81,0	19,0	<b>100,0</b>

**Gráfico 16** – Actividades que deixou de praticar depois de ser portador de ostomia



Relativamente às actividades praticadas antes de serem portadores de ostomia constata-se pelo **Quadro 15** e **Gráfico 15** que a actividade mais praticada pelas pessoas portadoras de ostomia antes da Cirurgia é a “Actividade Física” (71,4%), seguida da “Actividade Lúdica e de Lazer” (61,9%). De referir que a caminhada é a “Actividade física” de eleição.

Da análise do **Quadro 16** e **Gráfico 16** constata-se que a Actividade “Sociais” foi a que apresentou um maior número de abandono (81%).

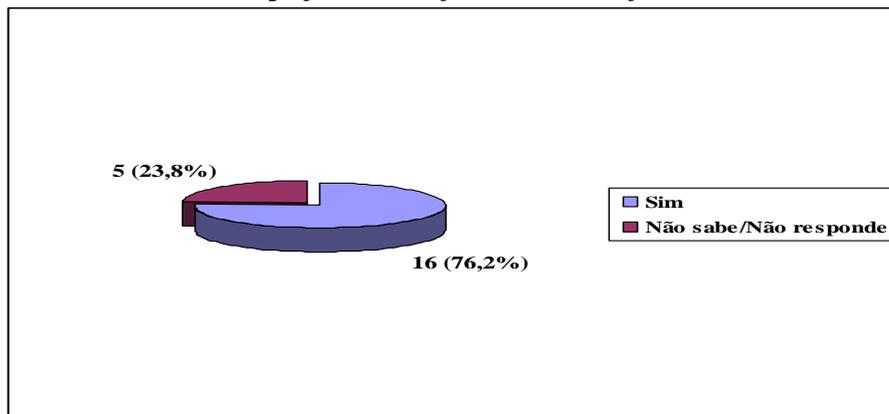
Segundo Szczepkowski (2002), citado por COTRIM (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2007, p.24): “...o cancro provoca alterações significativas na qualidade de vida dos doentes. A nível social salienta-se a relutância em retomar a sua actividade profissional após a cirurgia, com limitação dos contactos sociais e nas actividades de lazer, procuram actividades com contactos com menor número de pessoas”.

Questão 16 – Gostaria de participar em Acções de Formação

**Quadro 17** – Participação em Acções de Formação

Participação em acções de formação	Frequência	Percentagem
Sim	16	76,2
Não	0	0,0
Não sabe/Não responde	5	23,8
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 17 – Participação em Acções de Formação**



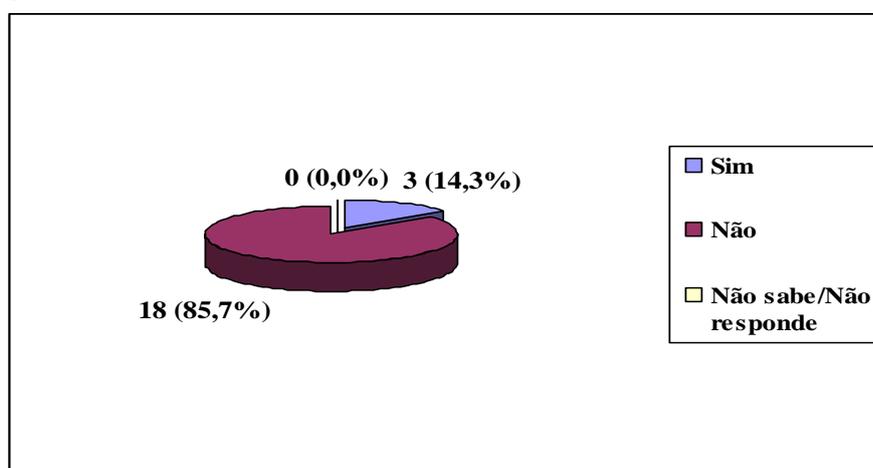
Da análise do **Quadro 17** e **Gráfico 17** verifica-se que 16 (76,2%) das pessoas portadoras de ostomia responderam positivamente à questão de participarem em Acções de Formação. As 5 (23,8%) que responderam “Não sabe/Não responde” correspondem às pessoas (“Familiar” e “Cuidador”) cuja pessoa portadora de ostomia está institucionalizada.

Questão 17 – Existência de actividade sexual da pessoa portadora de ostomia

**Quadro 18 – Existência de actividade sexual**

Existência de actividade sexual	Frequência	Porcentagem
Sim	3	14,3
Não	18	85,7
Não sabe/Não responde	0	0,0
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 18 – Existência de actividade sexual**

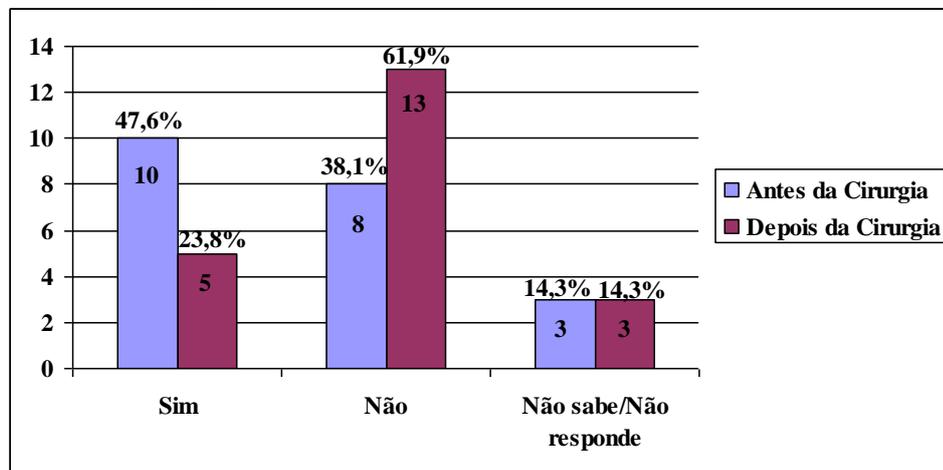


Questão 18 – Quando deixou de ter actividade sexual

**Quadro 19** – Quando deixou de ter actividade sexual

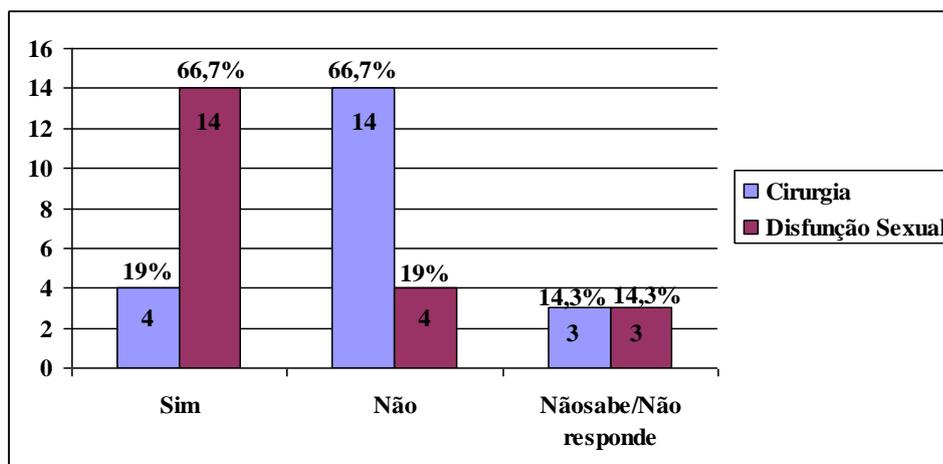
Quando deixou de ter actividade sexual	Frequência				Porcentagem			
	Sim	Não	Não sabe Não responde	Total	Sim	Não	Não sabe Não responde	Total
Antes da Cirurgia	10	8	3	<b>21</b>	47,8	38,1	14,3	<b>100,0</b>
Depois da Cirurgia	5	13	3	<b>21</b>	23,8	61,9	14,3	<b>100,0</b>

**Gráfico 19** – Quando deixou de ter actividade sexual



**Quadro 20** – Motivo que levou a pessoa a ter deixado de ter actividade sexual

Motivo por que deixou de ter actividade sexual	Frequência				Porcentagem			
	Sim	Não	Não sabe Não responde	Total	Sim	Não	Não sabe Não responde	Total
Cirurgia	4	14	3	<b>21</b>	19	66,7	14,3	<b>100,0</b>
Disfunção Sexual	14	4	3	<b>21</b>	66,7	19,0	14,3	<b>100,0</b>

**Gráfico 20** - Motivo que levou a pessoa a ter deixado de ter actividade sexual

Constata-se da observação do **Quadros 18, 19 e 20** e dos **Gráficos 18, 19 e 20** que, do total de 21 pessoas portadoras de ostomia, 3 (14,3%) têm actividade sexual e as restantes 18 (85,7%) não têm. Destas 10 (47,6%) referem que foi antes da Cirurgia que deixaram de ter actividade sexual e 5 (23,8%) referem que foi após a Cirurgia. Regista-se que as 3 (14,3%) pessoas que responderam “*Não sabe/Não responde*”, correspondem às pessoas institucionalizadas. O motivo mais indicado por 14 (66,7%) pessoas portadoras de ostomia é a “*Disfunção Sexual*”, nomeadamente incapacidade funcional e diminuição da libido.

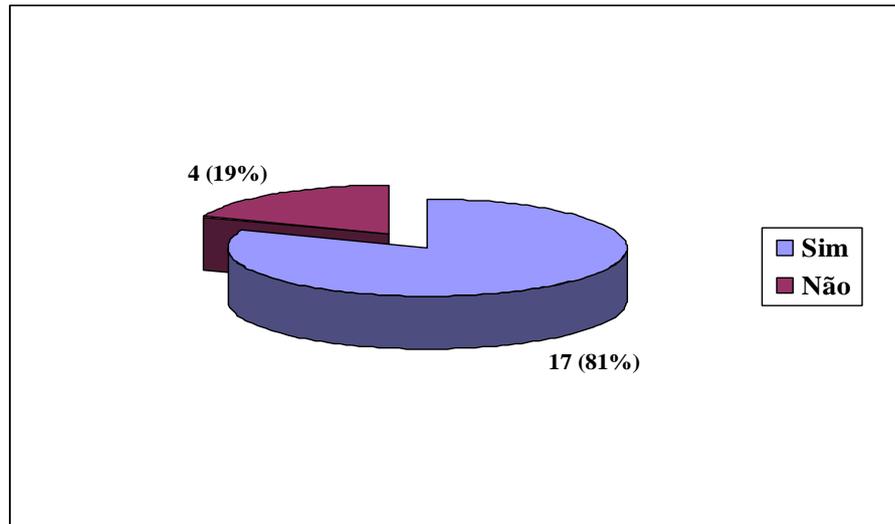
COTRIM ((<http://repositorio-aberto.up.pt,2007>, p.25), citando Nugent (1999) refere que “*a maioria dos doentes ostomizados verificam alguma mudança no seu estilo de vida (80%) e mais de 40% destes teve problemas com a sua vida sexual.*”; e citando Szczepkowski (2002) que “*os doentes ostomizados apresentam disfunção sexual mais acentuada que os doentes não ostomizados*”.

#### Questão 19 – Utilização da Rede de Cuidadores Informais

**Quadro 21** – Utilização da Rede de Cuidadores Informais

Utilização da Rede Cuidadores Informais	Frequência	Percentagem
Sim	17	81,0
Não	4	19,
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

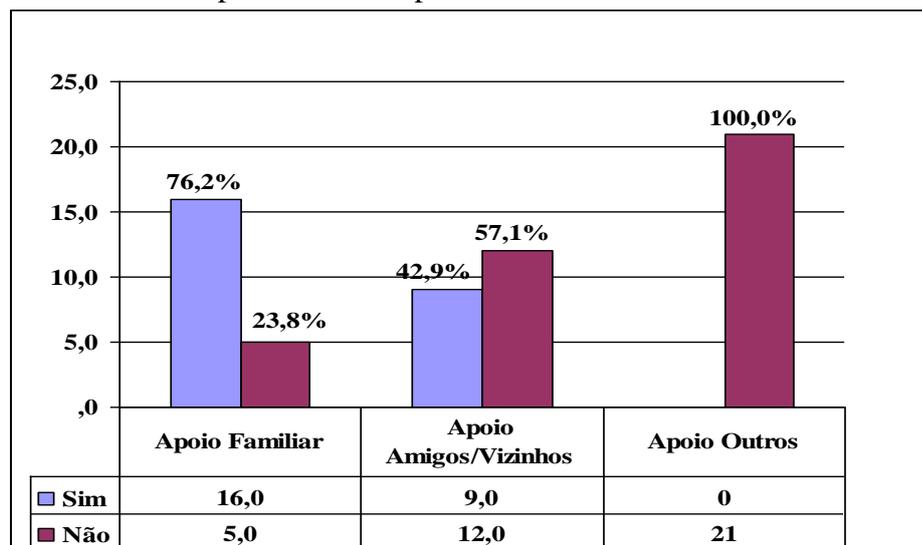
**Gráfico 21** – Utilização da Rede de Cuidadores Informais



**Quadro 22** – Apoio fornecido pela Rede de Cuidadores Informais

Apoio fornecido pela Rede Cuidadores Informais	Frequência			Porcentagem		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Apoio Familiar	16	5	<b>21</b>	76,2	23,8	<b>100,0</b>
Apoio Amigos/Vizinhos	9	12	<b>21</b>	42,9	57,1	<b>100,0</b>
Apoio Outros	0	21	<b>21</b>	0,0	100,0	<b>100,0</b>

**Gráfico 22** – Apoio fornecido pela Rede de Cuidadores Informais



Verifica-se pela análise dos **Quadros 21 e 22** e dos **Gráficos 21 e 22** que 17 (81%) das pessoas portadoras de ostomia recebem apoio da Rede de Cuidadores Informais, sendo

o tipo de apoio mais recebido o que provém da “Família” 16 (76,2%), seguido do apoio de “Amigos/Vizinhos” 9 (42,9%).

RODRIGUES (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2009, p.18) refere que “A família, ou um seu elemento, possui um papel fundamental em todo o processo de tratamento, prevenção ou promoção da saúde do cliente, visto ser a «continuidade do profissional de saúde», quando este não está”.

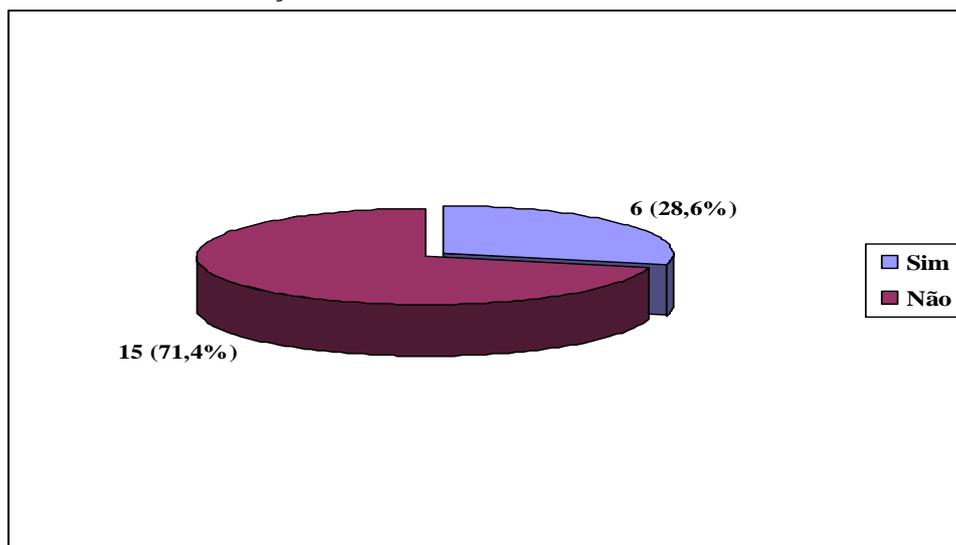
E, segundo o mesmo autor: “Ao longo das últimas décadas têm-se verificado alterações estruturais dos modelos familiares, assim, como o aumento da institucionalização das pessoas funcionalmente dependentes porém, segundo Rebelo (2001), é a família em 96,4% das situações, o principal agente dos cuidados informais”.

#### Questão 20 – Utilização da Rede de Cuidadores Formais

**Quadro 23** – Utilização da Rede de Cuidadores Formais

Utilização da Rede Cuidadores Formais	Frequência	Percentagem
Sim	6	28,6
Não	15	71,4
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

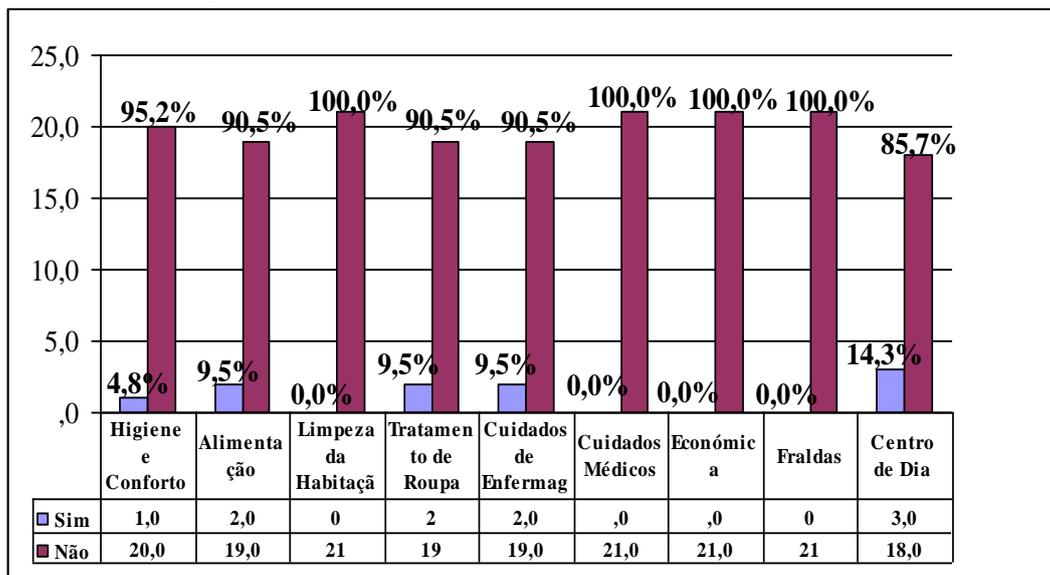
**Gráfico 23** – Utilização da Rede de Cuidadores Formais



**Quadro 24 – Apoio fornecido pela Rede de Cuidadores Formais**

Apoio fornecido pela Rede Cuidadores Informais		Frequência			Porcentagem		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Apoio Domiciliário	Higiene e conforto	1	20	21	4,8	95,2	100,0
	Alimentação	2	19	21	9,5	90,5	100,0
	Limpeza da Habitação	0	21	21	0,0	100,0	100,0
	Tratamento de roupa	2	19	21	9,5	90,5	100,0
Cuidados de Saúde	Cuidados de Enfermagem	2	19	21	9,5	90,5	100,0
	Cuidados Médicos	0	21	21	0,0	100,0	100,0
Segurança Social	Económica	0	21	21	0,0	100,0	100,0
	Fraldas ou outro material	0	21	21	0,0	100,0	100,0
Centro de Dia	Centro de Dia	3	18	21	14,3	85,7	100,0

**Gráfico 24 – Apoio fornecido pela Rede de Cuidadores Formais**



Relativamente à Rede de Apoio da Rede de Cuidadores Formais constata-se pelo **Quadro 23** e **Gráfico 23** que 6 (29%) das pessoas portadoras de ostomia recebem apoio da Rede de Cuidadores Formais. Após a leitura do **Quadro 24** e do **Gráfico 24**, verifica-se que utilizam maioritariamente o “Apoio Domiciliário” e o “Centro de Dia”. No que respeita ao “Apoio Domiciliário”, a “Alimentação” com 9,5% e o “Tratamento de Roupas” com 9,5% são as modalidades mais utilizadas, seguindo-se a “Prestação de

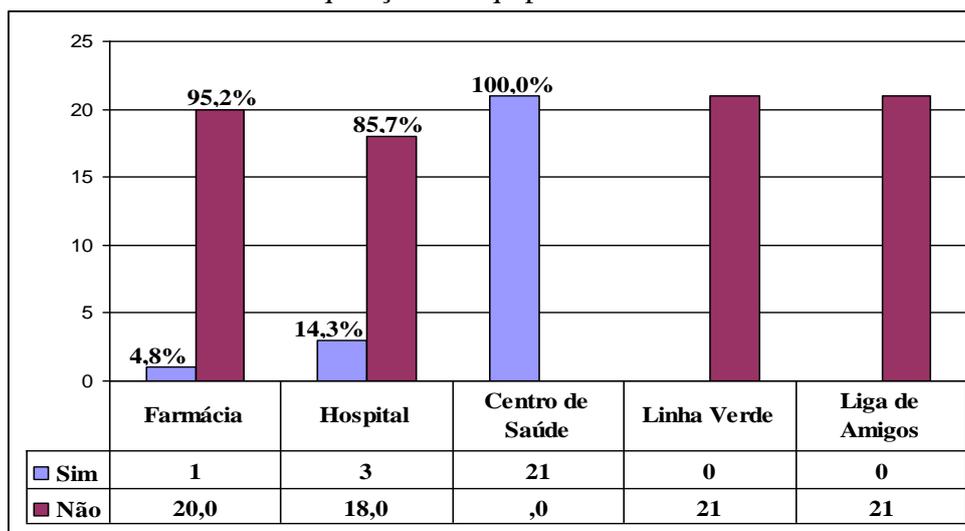
Cuidados de Higiene e Conforto” com 4,8%. É de referir que há famílias das pessoas portadoras de ostomia que recorrem a mais do que um tipo de apoio na Rede de Cuidadores Formais.

Questão 21 – Local de aquisição de equipamento

**Quadro 25** – Local de aquisição de equipamento

Local de aquisição equipamento	Frequência			Percentagem		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Farmácia	1	20	21	4,8	95,2	100,0
Hospital	3	18	21	14,3	85,7	100,0
Centro de Saúde	21	0	21	100,0	0,0	100,0
Linha Verde	0	21	21	0,0	100,0	100,0
Liga de Amigos	0	21	21	0,0	100,0	100,0

**Gráfico 25** – Local de aquisição de equipamento



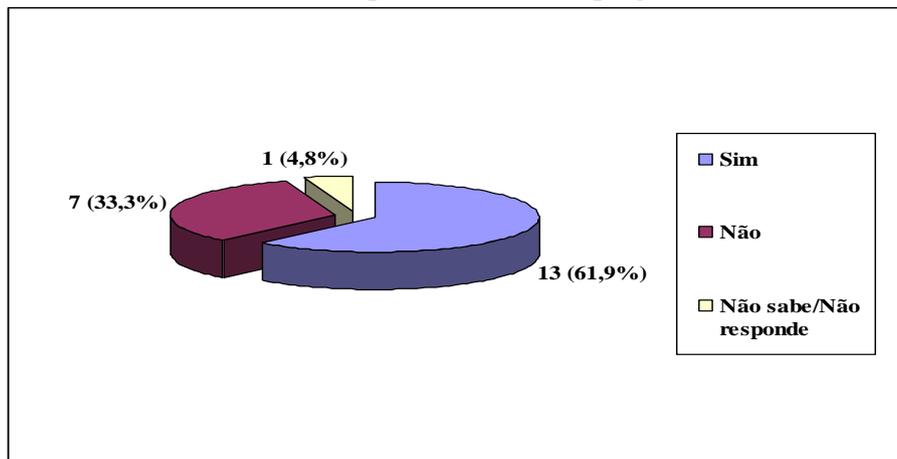
Da análise do **Quadro 25** e **Gráfico 25** verifica-se que as 21 pessoas portadoras de ostomia inquiridas (100,0%) adquirem o seu equipamento no “Centro de Saúde”, verificando-se que há pessoas que recorrem a mais do que um local, nomeadamente 1 (4,8%) recorre à “Farmácia” e 3 (14,3%) recorrem ao “Hospital”. De referir que os Centros de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil fornecem gratuitamente o equipamento às pessoas portadoras de ostomia inscritas nos mesmos. Deste modo a aquisição em outro local funciona como recurso durante o tempo que medeia a aquisição e fornecimento dos mesmos pelos Centros de Saúde.

Questão 23 – Existência de problemas de adaptação

**Quadro 26** – Existência de problemas de adaptação

Problemas de adaptação	Frequência	Porcentagem
Sim	13	61,9
Não	7	33,3
Não sabe/Não responde	1	4,8
<b>Total</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 26** – Existência de problemas de adaptação

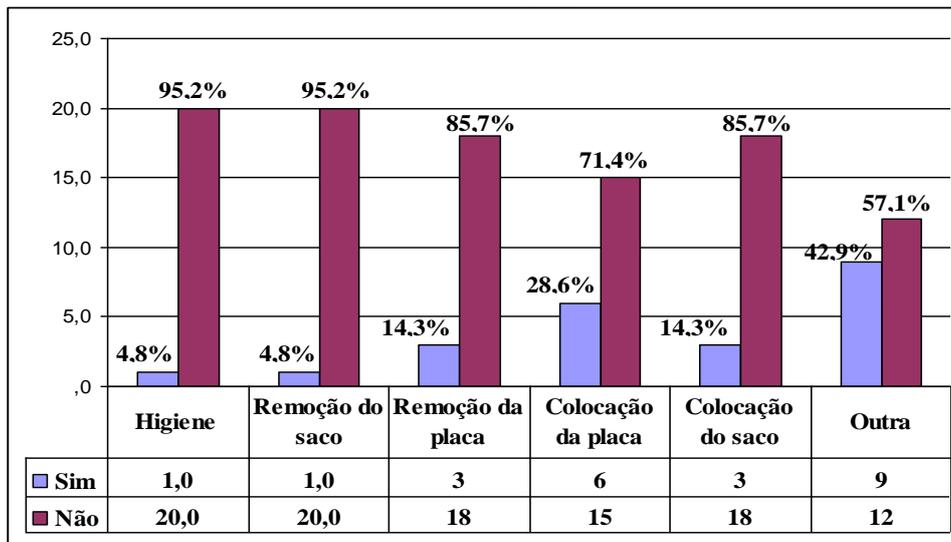


Questão 24 – Qual a área onde existe dificuldade de adaptação

**Quadro 27** - Área de dificuldade de adaptação

Área de dificuldade de adaptação	Frequência			Porcentagem		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Higiene	1	20	<b>21</b>	4,8	95,2	<b>100,0</b>
Remoção do saco	1	20	<b>21</b>	4,8	95,2	<b>100,0</b>
Remoção da placa	3	18	<b>21</b>	14,3	85,7	<b>100,0</b>
Colocação da placa	6	15	<b>21</b>	28,6	71,4	<b>100,0</b>
Colocação do saco	3	18	<b>21</b>	14,3	85,7	<b>100,0</b>
Outra	9	12	<b>21</b>	42,9	57,1	<b>100,0</b>

**Gráfico 27 - Área de dificuldade de adaptação**



Relativamente à existência de problemas de adaptação verifica-se no **Quadro 26** e **Gráfico 26** que são 13 (62%) as pessoas portadoras de ostomia com problemas de adaptação, sendo que a área de maior dificuldade de adaptação, da análise do **Quadro 27** e **Gráfico 27**, é “Outra” (42,9%), onde se incluem as dificuldades de adaptação à ostomia, nomeadamente dificuldades psicológicas e sociais, seguida da manipulação do equipamento pela dificuldade na colocação da placa (28,6%), remoção da placa e do saco (14,3%).

MORAIS [et al.] (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2005), refere no estudo EPICO que “a pouca informação sobre os cuidados ao estoma e aos aspectos práticos da vida diária interfere na adaptação à ostomia e na Qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia”, e que “Os resultados sugerem que a pessoa portadora de ostomia que recebe menos informação sobre os cuidados ao estoma e sobre os aspectos práticos da vida diária apresenta deficiente adaptação à ostomia.

- Transmissão de informação sobre ostomias e dispositivos às pessoas portadoras de ostomia e cuidadores através do recurso a sessões de esclarecimento com apresentação em Powerpoint

DIAS, [et al.], (<http://www.scielo.oces.mctes.pt>, 2004), citando Salleras (1985) e Mães (1991) refere que “a promoção é um conceito relacionado com a saúde e mais amplo

*que o da prevenção, na medida em que, implica não só a protecção e a manutenção da saúde mas também a promoção do óptimo estado vital, físico, mental e social da pessoa e da comunidade “.*

Uma estratégia usada na promoção da saúde é a educação para a saúde. A promoção da saúde permite que os indivíduos, os grupos e as comunidades melhorem a forma como controlam os determinantes pessoais e ambientais da saúde. A educação para a saúde constitui o instrumento que permite atingir os objectivos da promoção da saúde.

Para COTRIM (<http://repositori-aberto.up.pt>, 2007, p.85) a educação para a saúde está inserida nos cuidados que têm como objectivo a qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia, proporcionando-lhe conhecimentos e competências fundamentais para fazer face às necessidades que surgem ao longo do percurso de doença. Refere também que: *“Para uma melhor assimilação de toda a informação é importante que o enfermeiro tenha presente que a educação é um processo gradual e que deve ser efectuada não só ao doente mas também à família, como forma de promover a sua melhor sedimentação e um maior envolvimento da família em todo o processo terapêutico”.*

A família constitui o alicerce fundamental que dá suporte ao que somos e ao que fazemos ao longo de toda a nossa vida. É componente fundamental para a concretização de uma intervenção eficaz, em todo o processo de tratamento, prevenção ou promoção da saúde da pessoa portadora de ostomia, vista como «continuidade do profissional de saúde». A família tem diversas funções, entre elas predominam a função afectiva, de socialização, reprodutiva, económica e de prestação de cuidados de saúde.

Com o envelhecimento da população e ao aumento contínuo da esperança de vida tornam-se progressivamente mais limitadas as capacidades que cada indivíduo possui, para satisfazer as suas necessidades de forma independente. Daí as questões em torno dos cuidadores informais se amplificarem, com transferência, cada vez mais, do cuidar para o domicílio, responsabilizando assim as famílias.

JESUS (2005, p. 27), citando Rosenbaum, refere que o cuidador informal é *“aquela pessoa da família que assume primordialmente a responsabilidade de promover acções de suporte, que assiste e ajuda o cliente com necessidades evidentes ou previstas, tendo como objectivo uma melhoria e estilo de vida”.*

Ao longo das últimas décadas têm-se verificado alterações estruturais dos modelos familiares, pelo que houve necessidade de implementar uma estrutura de apoio. A

criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, procura dar resposta às carências de cuidados. Tem como objectivos, entre outros, “*o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados*”.

Para FIGUEIREDO (<http://www.repositorium.sdum.uminho.pt>, 2007, p.152) “*A educação para a saúde, componente também importante no processo de relação de ajuda, é considerada pelos profissionais de saúde como um desafio, uma vez que, esta se dirige para a promoção, manutenção, prevenção, reabilitação e assistência a pessoas*”.

Refere ainda que a educação constitui um contributo importante na adaptação à doença, capacitando-os na resolução de problemas inerentes à sua nova situação.

STANHOPE e LANCASTER, citando Swinford (1999, p.430) referem que “*Os enfermeiros prestam serviços de promoção da saúde, auxiliam as pessoas a alcançar conhecimentos, assumir atitudes e comportamentos associados à saúde*”.

Considera-os agentes de mudança através de diversas capacidades onde se incluem, entre outros, o inquirir, ajudar, ensinar e colaborar.

Para que a aprendizagem seja eficaz é importante o método e as técnicas utilizadas.

O processo ensino/aprendizagem integra o processo de enfermagem uma vez que todas as suas etapas são utilizadas para identificar necessidades e posteriormente determinar as acções adequadas às mesmas. Uma das estratégias deste processo é o ensino de grupo que tem como principal vantagem o facto de ser um recurso com pouco tempo desperdiçado e também por permitir reunir pessoas com as mesmas características possibilitando-lhe a troca de experiências, diferentes perspectivas e considerações sobre a temática.

Para Schutz, citado em STANHOPE e LANCASTER (1999, p.556) “*a comunicação de grupo em enfermagem é importante*”.

Foram realizadas duas sessões de educação para a saúde com recurso ao programa Microsoft Office Powerpoint 2003 como meio áudio visual. (Apêndice V)

A primeira sessão foi realizada a 14 de Janeiro de 2011, na Sala de ensinos do CSPS, para 10 pessoas portadoras de ostomia e 2 familiares/cuidadores (Apêndice V). Teve como principal objectivo a partilha de experiências entre as pessoas portadoras de ostomia e concomitantemente o convívio entre os mesmos. A segunda sessão decorreu

no dia 3 de Fevereiro de 2011, no Auditório do Lar de S. José da Santa Casa da Misericórdia de Montargil (Apêndice V), onde estiveram presentes 8 cuidadores formais e a responsável pela mesma instituição. O principal objectivo foi fornecer conhecimentos técnicos sobre a temática com vista a aquisição de competências fundamentadas.

Os temas abordados, em ambas as sessões, foram referenciados os dados estatísticos do número de pessoas portadoras de ostomia em Portugal; a anatomofisiologia do aparelho digestivo e definição de ostomia; as causas de ostomia e alterações provocadas pela sua existência; os tipos de dispositivos, com demonstração da técnica de mudança do dispositivo e conselhos diversos para a vida diária.

Utilizou-se o método descritivo, expositivo/participativo e demonstrativo.

- *Elaboração de folhetos informativos*
- *Elaboração de artigos para divulgação do projecto*
- *Elaboração de cartaz*

*BENNETT e MURPHY (1999, p.85) referem que a oferta de folhetos informativos é provavelmente “o método mais simples de facilitar a mudança comportamental”.*

A sua utilização correcta pode ser estimulante para a actividade de ensino. Estes autores consideram que a sua eficácia é mais significativa quando *“um folheto é usado em conjunto com o aconselhamento (por ex. RUSSELL e col, 1979), com outros recursos educacionais (Mc MASTER e col., 1985), provém de uma fonte fidedigna (LEY e col., 1976) ...”.*

Foram elaborados dois folhetos informativos: um referente a conselhos práticos da vida quotidiana (Apêndice VI) e outro sobre como cuidar da sua ostomia (Apêndice VI).

DIAS (<http://www.scielo.oces.mctes.pt>, 2004), citando Spacapan e Oskamp (1987) refere que as campanhas nos meios de comunicação social inserem-se nas estratégias de educação para a saúde como as que se concretizam individualmente, em grupo ou a nível comunitário. Os mass media são vistos como uma importante fonte de informação, credível e actualizada. Abrangem uma população alvo alargada e pode considerar-se que se está a “comunicar saúde”.

Deste modo, realizou-se um artigo sobre esta temática que foi publicado no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sôr no dia 3/02/2011 (Apêndice VII) e no Jornal local “Ecos do Sôr” a 22/02/2011 (Apêndice VII).

Elaborou-se também um cartaz para divulgação do projecto (Apêndice VIII).

- *Elaboração de Escala de Likert para avaliação das sessões de educação para a saúde*

Para a avaliação das sessões de esclarecimento recorreu-se à utilização de uma Escala de Likert (Apêndice IX). Segundo FORTIN (1999, p.257): “ (...) *consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis.*”

**Quadro 28** – Escala de Likert referente à sessão efectuada no Centro de Saúde de Ponte de Sôr

Respostas	Discorda plenamente		Discorda		Não concorda Nem discorda		Concorda		Concorda plenamente		Total	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Q. 1	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	4	33,4	8	66,6	12	100,0
Q. 2	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	16,7	10	83,3	12	100,0
Q. 3	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	4	33,4	8	66,6	12	100,0
Q. 4	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	16,7	10	83,3	12	100,0
Q. 5	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	16,7	10	83,3	12	100,0

Na sessão efectuada no Centro de Saúde de Ponte de Sôr a 14/01/2011 participaram 10 (83,3%) pessoas portadoras de ostomia, 1 familiar e 1 cuidador, das 11 pessoas portadoras de ostomia convocadas. Não foi possível convocar mais pessoas portadoras de ostomia porque a sala não comportava um número maior.

Verifica-se pela análise do **Quadro 28** que cerca de 8 (66,6%) do total de 12 das pessoas que assistiram à sessão consideram a sessão muito importante e que se deveria repetir e 10 (83,3%) referem terem ficado mais esclarecidas relativamente ao tema abordado.

Na sessão realizada no Lar de S. José em Montargil a 03/01/2011 foram, inicialmente, convocadas 5 pessoas portadoras de ostomia inscritas no Centro de Saúde de Montargil. Contudo, por motivo de doença ou ausência do domicílio, após ter-lhe sido comunicado que não seria possível a comparência das mesmas e dado haver na instituição duas pessoas portadoras de ostomia e outra a receber apoio domiciliário considerou-se importante manter a sessão visando as técnicas operacionais que prestam cuidados a parte desta população alvo.

**Quadro 29** – Escala de Likert referente à sessão efectuada no Lar de S.José (Montargil)

Respostas	Discorda plenamente		Discorda		Não concorda Nem discorda		Concorda		Concorda plenamente		Total	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Q. 1	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	11,1	8	88,9	<b>9</b>	<b>100,0</b>
Q. 2	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3	33,3	6	66,7	<b>9</b>	<b>100,0</b>
Q. 3	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	22,2	7	77,8	<b>9</b>	<b>100,0</b>
Q. 4	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	11,1	8	88,9	<b>9</b>	<b>100,0</b>
Q. 5	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	11,1	8	88,9	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Da análise do **Quadro 29** verifica-se que 8 (88,9%) do total de 9 das pessoas que assistiram à sessão consideraram-na importante devendo existir outras como esta. Dessas, cerca de 7 (77,8%) referiram ter ficado mais esclarecidas acerca da temática.

- *Estabelecimento de contacto com os elementos de referência do Hospital de cuja proveniência apresentou maior percentagem de pessoas portadoras de ostomia, identificado através do questionário*
- *Reunião com os elementos de referência*

A articulação entre CSP e CSD é da máxima importância para o funcionamento harmonioso do sistema de saúde.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE ( <http://www.portaldasaude.pt>, 2002) na Lei de Bases da Saúde relativamente aos níveis de cuidados de saúde o número 2 refere que

*“Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações delas carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes”.*

Perspectivando um contacto precoce com a pessoa portadora de ostomia, com uma primeira visita até às 48 horas após a alta hospitalar tornou-se evidente a importância da articulação entre os CSP e CSD.

Foi identificado, pelo questionário aplicado, o CHMT, EPE como o Hospital de cuja proveniência havia maior número de pessoas portadoras de ostomia. Foi estabelecido contacto telefónico (dia 17/02/2011) com os elementos de enfermagem responsáveis pela referência das pessoas portadoras de ostomia para alta hospitalar para agendamento de reunião.

Para VAZ (<http://www.rota83.com/>, 2010) a motivação *“é o resultado dos estímulos que agem com força sobre os indivíduos, levando-os a acção”*. Para tal é necessária a implementação de um estímulo (externo ou interno) para que haja acção ou reacção.

Considera que o modelo de Maslow, composto por um conjunto de cinco categorias de necessidades organizadas por níveis, numa hierarquia de importância e de influência, em forma de pirâmide: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, estima e de realização pessoal, são fundamentais ultrapassar para atingir a auto-realização.

A reunião realizou-se no dia 1/03/2011, na Unidade de Abrantes do CHMT, EPE com o Enfermeiro (Enf.º) Chefe do Hospital de Dia e a Enf.<sup>a</sup> de referência do Serviço de Cirurgia II, ambos responsáveis pelo atendimento da pessoa portadora de ostomia do CHMT, EPE – Unidade de Abrantes. (Apêndice X).

➤ *Elaboração de folha de articulação*

Com vista à concretização dos objectivos propostos foi elaborada uma proposta de folha de articulação (Apêndice XI) com os dados considerados relevantes. O CHMT, EPE possui já um documento de referência de Enfermagem para os CSP que possui um espaço informativo para referência da pessoa portadora de ostomia, não se justificando, assim, construir ou alterar o documento existente.

- *Realização de visitas domiciliárias (1ª vez – 48 h após alta hospitalar; 2ª – após 1 semana e 3ª – mensal)*
- *Elaboração de instrumento de registo de enfermagem*

O SEP no Artigo 9º do REPE (1996, p.11), regula as intervenções dos enfermeiros e no número 4, alínea d) refere que estes *“Participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário”*.

Com a diminuição do tempo de internamento hospitalar, verifica-se um regresso precoce a casa, constituindo um factor de preocupação para as pessoas portadoras de ostomia e famílias.

Para RODRIGUES (<http://repositorio-aberto.up.pt>, 2009, p.17) *“Um dos recursos existentes na comunidade, que permite acompanhamento e que pode reduzir as dificuldades do cliente/família, são os cuidados de saúde, prestados no domicílio, pelos enfermeiros do centro de saúde.”*

A Enfermagem em Saúde Comunitária inclui os cuidados de saúde domiciliários que, para este autor, citando Imaginário (2004) *“...não se restringem aos cuidados no domicílio, mas a um vasto número de actividades que vão de encontro às necessidades dos indivíduos/ família, relacionadas com a prevenção da doença e acidentes, promoção da saúde, cuidados de readaptação e suporte, nos seus locais habitacionais”*.

Esta exige uma prática continuada e global dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida, com actividades centradas nos indivíduos e famílias.

Segundo SORESEN e LUCKMANN (1998, p.501) *” A visita domiciliária é um lugar privilegiado onde o Enfermeiro assume papéis como prestador de cuidados de alto nível técnico, educador, advogado do doente, colaborador, líder e gestor de casos”*.

A Visita Domiciliária de Enfermagem promove um conjunto de Acções de Saúde cuja finalidade proporciona uma dinâmica nos Programas de Saúde, através do atendimento, tanto educativo como assistencial que, não exclusivamente de Vertente Curativa.

Durante o período decorrente do estágio surgiu apenas um novo caso. A 1ª visita ocorreu às 48 horas após a alta hospitalar tendo sido aplicado o questionário e a EQVF

durante a mesma, à pessoa portadora de ostomia. A 2ª ocorreu uma semana depois e a 3ª após 1 mês. Com vista a uma sistematização e uniformização de registos foram elaborados documentos de registo específicos para cada uma das visitas.

Na 1ª visita (Apêndice XII) pretende-se apresentar a Equipa e o Projecto “VIVER.col” à pessoa portadora de ostomia, família/cuidador; observar a localização do estoma e tipo de ostomia, vigiar o estoma/zona periestomal relativamente ao aspecto da pele, coloração e tipo de estoma; observar e identificar a existência de complicações; identificar quem realiza os cuidados ao estoma; identificar aspectos relacionados com nutrição e eliminação; aplicar questionário e EQVF.

Na 2ª visita (Apêndice XII) pretende-se observar e vigiar estoma e zona periestomal; avaliar auto-cuidado e adaptação ao dispositivo; aplicar Índice de Katz e Índice de Lawton,; esclarecer dúvidas (ensinos).

A 3ª visita é de follow-up e define-se com carácter mensal, ou não, consoante as necessidades/dificuldades detectadas na visita anterior. Os registos realizam-se em documentos concebidos para o efeito e no SAPE.

Realizaram-se também, visitas a seis pessoas portadoras de ostomia, das quais quatro estão inscritas no C.S.M. e duas pessoas estão inscritas no C.S.P.S.. A sua realização deveu-se ao facto de serem pessoas com dificuldade em se deslocarem, por serem dependentes ou se encontrarem institucionalizadas. Durante as mesmas procedeu-se à aplicação dos questionários e EQVF, Índice de Katz e Índice de Lawton.

➤ *Aplicação Escala de Qualidade de Vida de Flanagan*

Tendo como objectivo principal “medir” a QV utilizam-se instrumentos, na sua maioria desenvolvidos nos Estados Unidos e na Inglaterra. A sua forma de aplicação, extensão e conteúdo diferem de instrumento para instrumento. Para FERNANDES (2009), citando Ciconelli (1997); Cárdenas (1999); Fleck et al. (1999); Iglesias (2002); Kimura (1999); Paschoal (2000) e Wooddauphinee (1999), “ *Para que sejam utilizados em culturas diferentes devem ser submetidos ao processo de tradução e validação*”.

Esta autora refere ainda que, citando Seidl e Zannon (2004) que os questionários são os instrumentos mais usados para avaliar QV, sendo os métodos aplicados mais frequentes a auto-aplicação e a entrevista.

A EQVF foi desenvolvida pelo psicólogo americano John Flanagan na metade da década de 70. Segundo ALVES (<http://www.pg.utfpr.edu.br>, 2002) é um instrumento bastante utilizado nos Estados Unidos da América, pela validade e confiabilidade dos seus resultados.

Refere ainda que *“apesar de não ter sido validada na cultura brasileira, Hashimoto e colaboradores realizaram a sua tradução para o português e aplicaram-na em pacientes ostomizados.”* Foi também aplicada a grupo de idosos e *“os resultados confirmam a eficiência do instrumento (...) houve concordância entre o instrumento e a população alvo.”*

CAETANO e SOARES (<http://www.scielo.br>, 2007, p.31) referem que *“Avaliar a QV de pessoas com doenças crônicas tem sido uma maneira de determinar o impacto do cuidado de saúde quando a cura não é possível”*.

FERNANDES (2009) refere que a EQVF foi modificada por Burckhardt et al. em 1989 pela adição do item independência na realização de actividades para avaliação de pessoas com doenças crônicas (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003).

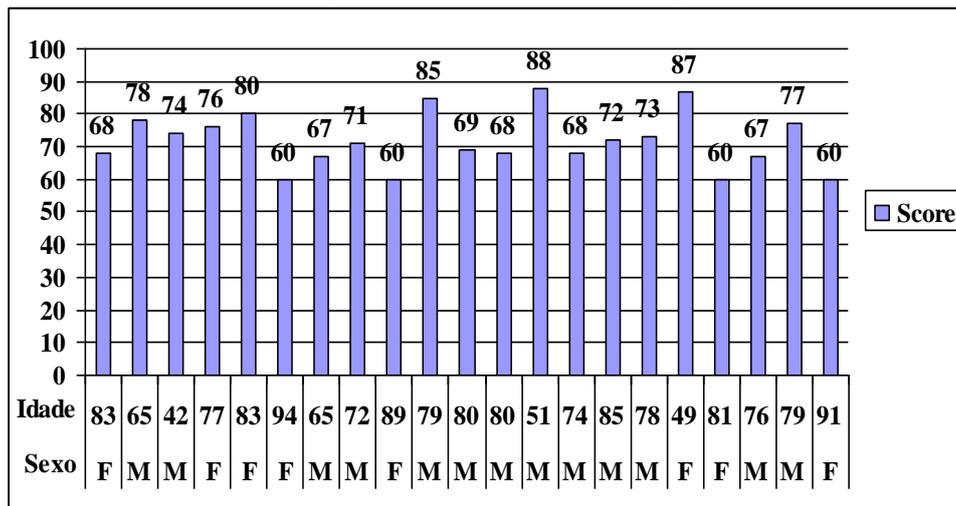
Hashimoto, Guedes e Pereira (1996) realizaram a tradução para a língua portuguesa e, posteriormente, Gonçalves, Dias e Liz (1999) verificaram, em estudo com idosos, a boa confiabilidade do instrumento.

A EQVF avalia a satisfação dos indivíduos em relação a cinco dimensões: bem-estar físico e mental; relação com outras pessoas; envolvimento em actividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação. Essas dimensões são mensuradas através de quinze itens nos quais os inquiridos têm sete pontos que variam entre: 1 = muito insatisfeito, 2 = insatisfeito; 3= pouco insatisfeito; 4 = indiferente; 5 = pouco satisfeito; 6 = satisfeito e 7 = muito satisfeito. A pontuação máxima alcançada na avaliação da qualidade de vida proposta por Flanagan é de 105 pontos, indicadora de alta qualidade de vida, e a mínima, de 15 pontos, que reflecte baixa qualidade de vida. (Apêndice XIII)

**Quadro 30** – Escala de Qualidade de Vida de Flanagan

EQVF		Score
Sexo	Idade	
F	83	68
M	65	78
M	42	74
F	77	76
F	83	80
F	94	60
M	65	67
M	72	71
F	89	60
M	79	85
M	80	69
M	80	68
M	51	88
M	74	68
M	85	72
M	78	73
F	49	87
F	81	60
M	76	67
M	79	77
F	91	60

**Gráfico 28** – Escala de Qualidade de Vida de Flanagan



Da análise do **Quadro 30** e **Gráfico 28** verifica-se que todas as pessoas portadoras de ostomia apresentam um Score igual ou superior ( $\geq$ ) a 60. Das 4 pessoas portadoras de

ostomia com score igual a 60, são todas do sexo feminino, 3 estão Institucionalizadas (1 em “Centro de Dia” e 2 em “Lar”) e 1, pelo seu grau de dependência, permanece em casa dos filhos, rotativamente.

➤ Aplicação de Índice de Katz

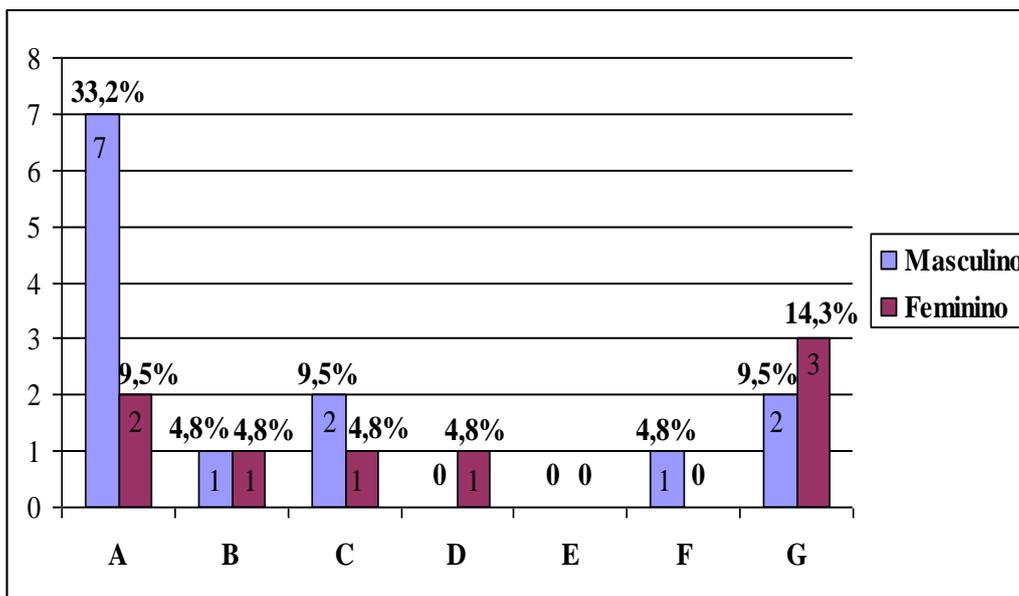
Segundo SEQUEIRA (2010, p.49) o Índice de *Katz* foi desenvolvido por Sidney Katz em 1963, para avaliar as actividades de vida diária em idosos. É constituído por seis itens cujas actividades de vida avaliadas são: banho, vestir-se, ir à casa de banho, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação.

Pode ser pontuado de zero (independência) a três (dependência total) através da utilização de uma escala de Likert, ou com score dependente ou independente.

Para avaliar a capacidade funcional das pessoas portadoras de ostomia foi utilizado o modelo do Índice de Katz vigente nos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e Montargil, emanado pela Administração Regional de Saúde do Alentejo – Sub-Região de Portalegre. São considerados independentes (grau A) quando realizam autonomamente as seis actividades; são considerados com independência parcial (grau B, C, D, E, F) quando necessitam de ajuda em uma, duas, três, quatro ou cinco actividades respectivamente, e com dependência total (grau G, H) quando necessitam de ajuda nas seis actividades ou em duas funções que não classificáveis em C, D ou F (Apêndice IV)

**Quadro 31 – Índice de Katz**

Sexo Índice de Katz	Frequência		Percentagem	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
A	7	2	33,2	9,5
B	1	1	4,8	4,8
C	2	1	9,5	4,8
D	0	1	0,0	4,8
E	0	0	0,0	0,0
F	1	0	4,8	0,0
G	2	3	9,5	14,3
<b>Total</b>	<b>21</b>		<b>100,0</b>	

**Gráfico 29** – Índice de Katz

Da análise do **Quadro 31** e **Gráfico 29** constata-se que existem 9 (42,7%) pessoas portadoras de ostomia que são Independentes (A). Existem 7 (33,2%) com Independência parcial (B, C, D, E, F), isto é, necessitam de ajuda em uma, duas, três, quatro ou cinco actividades respectivamente. Com dependência total (G) existem 5 (23,8%) pessoas portadoras de ostomia, necessitam de ajuda nas seis actividades.

➤ Aplicação de Índice de Lawton

O Índice de Lawton (Lawton e Brody, 1969), citado por SEQUEIRA (2010, p.53) “*é um instrumento de avaliação das actividades instrumentais da vida diária (AIVD)*”.

Pretende avaliar o grau de dependência nas AIVD.

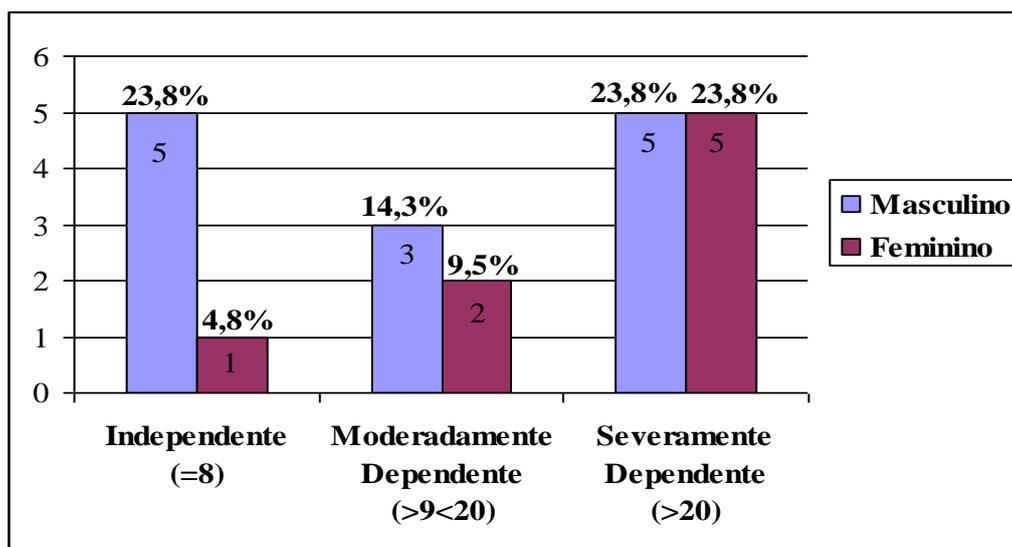
Através deste instrumento pode-se planejar e avaliar intervenções em idosos e estabelecer o quão um indivíduo é independente no exercício de determinadas funções ou se, pelo contrário necessita de ajuda. É composto por oito actividades que são as seguintes: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação das refeições, fazer compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação. Para cada item existem entre três e cinco diferentes níveis de dependência. Assim, cada actividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5. Se o resultado apresentar uma pontuação elevada significa que existe um maior grau de dependência global.

Na interpretação global, este índice varia entre 8 e 30 pontos. Assim 8 significa ser independente; de 9 a 11 moderadamente dependente, necessitando de uma certa ajuda; mais de 20 severamente dependente, necessitando de muita ajuda. (Apêndice XIV)

**Quadro 32 - Índice de Lawton**

Sexo \ Índice de Lawton	Frequência		Porcentagem	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Independente (=8)	5	1	23,8	4,8
Moderadamente Dependente ( $\geq 9 < 20$ )	3	2	14,3	9,5
Severamente Dependente ( $\geq 20$ )	5	5	23,8	23,8
<b>Total</b>	<b>21</b>		<b>100,0</b>	

**Gráfico 30 – Índice de Lawton**



Da análise do **Quadro 33** verifica-se que apenas 6 (28,6%), do total das pessoas portadoras de ostomia, são independentes, sendo 5 (23,9%) do sexo masculino e 1 (4,76%) do sexo feminino. Do total das pessoas portadoras de ostomia 10 (47,6%) apresentam um score de 30, isto é, são consideradas “Severamente Dependentes”, necessitando de muita ajuda. A idade destas pessoas é superior a 72 anos, sendo 5 (23,9%) do sexo feminino e 5 (23,9%) do sexo masculino. Existe uma pessoa com 42 anos que é tetraplégica.

- Fomentação da criação de um grupo de inter-ajuda
- Utilização da Educação por pares

Ao longo dos contactos efectuados com as pessoas portadoras de ostomia percebeu-se e questionou-se a possibilidade da criação de um grupo que pudesse ajudar outras pessoas portadoras de ostomia na aceitação da sua nova condição ou no esclarecimento de dúvidas. Algumas das pessoas manifestaram-se interessadas em colaborar com outras pessoas portadoras de ostomia, relativamente a dúvidas.

Após a sessão efectuada no Centro de Saúde de Ponte de Sôr registou-se um encontro entre duas pessoas portadoras de ostomia com sensivelmente a mesma idade, mesmo sexo e nível social idêntico. Durante o mesmo houve partilha de informação, experiências vivenciadas, esclarecimentos que induziram uma das pessoas portadoras de ostomia a sentir-se mais integrada na sua actual condição.

Considerou-se uma estratégia eficaz de educação para a saúde, com registo de ganhos em saúde principalmente para os envolvidos neste processo.

PINHEIRO (<http://www.aparepasso.blogspot.com>, 2007) refere que a Educação pelos Pares é um “*processo de influência de um grupo (pares educadores) em relação a outro grupo (pares educandos)*”. Caracteriza-se por ambos partilharem características idênticas (demográficas, psicológicas, sociais e culturais) possibilitando uma identificação com os seus pares com o estabelecimento de um ambiente de respeito e aceitação recíproca.

- Promoção de actividades de lazer: Passeios, Caminhadas, Encontros

O envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida e consequente possibilidade de diminuição de actividade pode induzir, entre outros, à diminuição da auto-estima e solidão. O isolamento social acarreta consequências negativas para o próprio, família e sociedade em geral. O Homem é um ser social e é importante que tenha objectivos, participe em actividades, principalmente fora de casa, para sentir melhoria da auto-estima e do seu bem-estar físico e psíquico.

CRUZ (<http://www.formate.com>) citando Dumazedier, (1976), define lazer como o “*conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, (...)*”

*para divertir-se, recrear-se e entreter-se, (...) para desenvolver a sua informação ou formação desinteressada, a sua participação social voluntária...”.*

Considera-se assim que esta prática permite a integração entre as pessoas que a vivenciam, independentemente da sua idade.

Foi programada uma caminhada para o dia 5/03/2011 com o objectivo de proporcionar convívio entre as pessoas portadoras de ostomia e dinamizar momento de lazer através da prática de actividade física. (Apêndice XV). Contudo esta actividade não se concretizou em virtude do mau tempo nesse dia e foi alterada para o mês de Maio.

## 5.2 – METODOLOGIAS

Inserido no Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem (Regulamento Geral dos Mestrados da Universidade de Évora), procedeu-se, inicialmente, à realização de um Projecto de Estágio, numa área necessitada de intervenção, para a qual foram planeadas e desenvolvidas actividades que são parte integrante da elaboração deste Relatório.

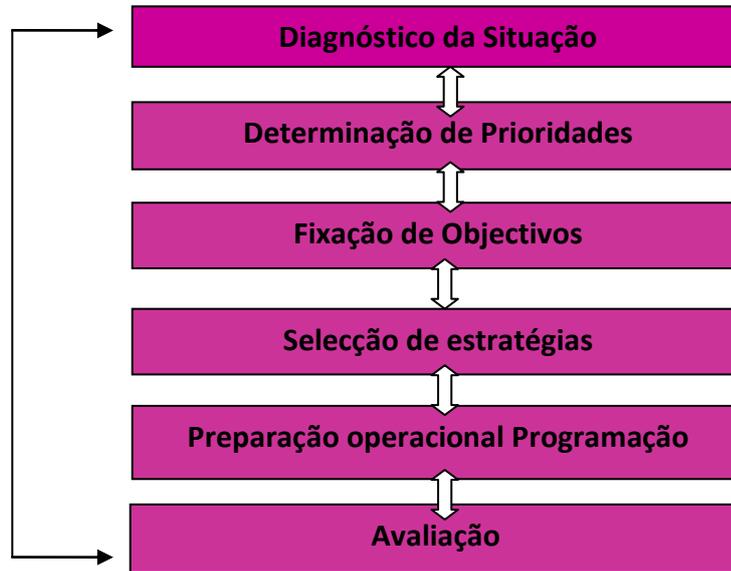
TAVARES (1990) refere que o Planeamento em Saúde tem como finalidade um estado de saúde através da promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações. Em Saúde, Planear é “ (...) *um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) óptima (s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro*”.

É também um processo dinâmico, uma vez que as suas várias etapas não podem ser tidas como definitivamente concluídas porque na etapa seguinte, poderá surgir a necessidade de voltar à etapa anterior, a realização de nova recolha de dados, implicando o refazer de todo o processo.

Para Planear em Saúde é fundamental conhecer a população e os recursos existentes (humanos, materiais e outros), de forma a permitir a identificação dos problemas e posterior selecção de prioridades que direcionem a acção.

Ao conhecer melhor a população em causa pretende-se agir para obter mudanças nessa mesma população.

O Processo de Planeamento da Saúde, segundo o modelo teórico de Tavares (1990), desenvolve-se em 6 etapas (Figura 5):



**Fig. 5** - Etapas no Processo de Planeamento da Saúde (Extraído e modificado de Imperatori e Giraldes, 1982)

Para a elaboração do trabalho é necessário reflectir acerca da metodologia utilizada, com vista a integrar a problemática que se pretende estudar no plano de trabalho, de forma a estabelecer as actividades para a realização do mesmo.

FORTIN (1996, p.372) define metodologia como o “*Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica*”.

O primeiro passo neste processo é o Diagnóstico de Saúde, essencial para o trabalho na comunidade, enquanto estratégia de ganhos em saúde, decisivo para começar a actuar.

Segundo IMPERATORI e GIRALDES (1993), esta etapa enquanto instrumento de identificação dos principais problemas/necessidades de saúde da comunidade constitui-se como fundamental no processo de Planeamento em Saúde.

Neste trabalho optou-se por uma abordagem quantitativa por parecer ser a mais adequada para responder ao problema em estudo, por se tratar de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, sendo baseada em factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (FORTIN, 1999, p.22).

A população inserida neste trabalho inclui todas as pessoas portadoras de ostomia e cuidadores do Concelho de Ponte de Sôr e que estão inscritas nos Centros de Saúde deste Concelho.

Segundo QUIVY (1998, p.159): “(...) *as informações úteis, muitas vezes, só podem ser obtidas junto dos elementos que constituem o conjunto.*”

Foi necessário elaborar um instrumento de colheita de dados, tendo-se optado pelo inquérito, tendo em atenção os dados que se pretendiam colher assim como os objectivos do trabalho. Um bom questionário é o que se adapta tanto à problemática que o suscitou, como aos objectivos do inquérito e às características e particularidades da população em estudo.

Segundo QUIVY E CAMPENHOUDT (1998), o inquérito por questionário permite conhecer as condições, modos de vida, comportamentos e opiniões de uma população, tal como permite uma análise de um determinado fenómeno social que se julga poder apreender melhor partindo de informações relativas aos indivíduos da população em questão.

Este instrumento teve por base a bibliografia consultada, a experiência profissional, os objectivos delineados, assim como os conhecimentos adquiridos e os sentimentos percebidos durante o contacto profissional/pessoal estabelecido com as pessoas portadoras de ostomia.

A sua elaboração teve como finalidade a recolha de um conjunto de informações de forma a proporcionar uma caracterização fidedigna da pessoa portadora de ostomia, relativamente às variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e profissionais, situação laboral e zona de residência) e variáveis clínicas (diagnóstico, tempo pós cirurgia, tipo de acompanhamento, familiar ou outro e as necessidades/dificuldades relativamente à sua nova condição).

Trata-se de um questionário constituído por questões fechadas, que são mais fáceis de compreender, preencher, tratar, interpretar e quantificar. Em contrapartida, os riscos de artificialismo, enviesamento e influência das respostas são maiores. Além destas, também foram colocadas questões abertas.

Segundo FORTIN (1996) as questões devem ser claras, concisas e precisas, sem que sejam necessários complementos ou esclarecimentos adicionais, para que as respostas sejam adequadas. A autora refere ainda que a aplicação do inquérito carece de

verificação através do pré-teste, detectando-se os problemas que possa apresentar de modo a ser melhorado. Esta etapa é indispensável e o seu principal objectivo consiste em avaliar a eficácia, pertinência, validade interna e operacionalidade do inquérito.

Na aplicação do pré-teste deu-se particular atenção à existência de questões que, pela sua formulação, não forneciam informação importante e, por outro lado, repetiam informação. Realizou-se um pré-teste a 14% das pessoas portadoras de ostomia, pertencentes à população alvo que recorreram ao Centro de Saúde de Ponte de Sôr durante a terceira semana de Dezembro.

Verificaram-se algumas dificuldades na sua aplicabilidade, pelo que se procedeu às alterações na construção frásica de algumas questões, pois as respostas não correspondiam ao pretendido e também foram acrescentadas hipóteses de resposta noutras questões.

Após a autorização das respectivas instituições, foi pedido que dessem o seu Consentimento Informado (Apêndice XVI), tendo este sido precedido de uma breve explicação sobre os objectivos do inquérito, garantido o cumprimento dos princípios éticos, entre eles a confidencialidade e anonimato das informações, bem como, a liberdade de não participar, se assim o desejassem.

O Questionário aplicado foi de “administração indirecta” dado ser o próprio inquiridor que o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido.

Dado o número considerável de pessoas portadoras de ostomia com idades superiores aos 65 anos foi importante avaliar a sua capacidade funcional. Escolheu-se o Índice de *Katz*, utilizado para avaliar a capacidade de realizar as AVD e por ser uma das escalas utilizadas nos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e Montargil, por indicação da U.L.S.N.A., E.P.E. E, simultaneamente, aplicou-se também o Índice de Lawton. Foi também aplicado um instrumento de avaliação da QV, a EQVF com objectivo de avaliar, posteriormente, o impacto das intervenções realizadas.

A Definição de Prioridades deve atender à hierarquização dos problemas de saúde com identificação dos factores determinantes, os condicionantes (tais como o tempo e os recursos) e as consequências possíveis dos problemas de saúde na comunidade. TAVARES (1990) refere que deve recorrer-se ao uso de Critérios para a selecção dos problemas identificados. Salienta, no entanto que a subjectividade na planificação depende da pessoa que a determina.

Deste modo, tendo em conta os recursos existentes e a escassez de tempo foi utilizada uma hierarquização cronológica dos problemas identificados.

A etapa de Fixação de Objectivos permite proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa.

TAVARES (1990) considera que a formulação de um objectivo deve ser: pertinente, preciso, realizável e mensurável.

Segue-se a etapa de Selecção de Estratégias, fundamental na escolha de um conjunto de técnicas com o fim de atingir determinado objectivo, estudar estratégias alternativas e estimar os seus custos face aos recursos existentes (Tavares, 1990). Trata-se na sua essência, de um processo de tomada de decisão. A selecção das estratégias depende dos objectivos definidos anteriormente e também dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho que pretende desenvolver uma actividade.

A Preparação Operacional – Programação é uma etapa extremamente importante para o sucesso de um projecto. Consiste essencialmente num estudo detalhado das actividades necessárias à execução parcial ou total de uma estratégia predefinida que visa atingir um ou mais objectivos. Nesta fase definem-se os calendários de execução e cronogramas do plano de acção que contêm a descrição das actividades, sua calendarização, recursos humanos e materiais, o local, os objectivos e a avaliação. (Apêndice XVII)

A fase da Avaliação, considerada a última etapa do planeamento em saúde, pode relançar um novo ciclo, e se a avaliação for transversal a todo o processo, pode levar a um novo diagnóstico, no decorrer do planeamento. Tem como finalidade melhorar os programas, orientar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas, justificar actividades já realizadas e identificar novos problemas e encontrar novas estratégias.

Segundo IMPERATORI (1993, p.127) *“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir.”*

Na avaliação das sessões de esclarecimento recorreu-se à utilização de uma Escala de Likert, por ser um instrumento simples e de fácil preenchimento.

Foram efectuadas medidas correctivas ao longo do Projecto, nomeadamente a implementação da Educação pelos Pares e os Encontros Concelhios.

### 5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

A Estratégia é definida como os recursos que serão alocados para se atingir determinado objectivo.

Thietart (1984), citado por NICOLAU (<http://www.pcc5301.pcc.usp.br>, 2001) define estratégia como “*o conjunto de decisões e acções relativas à escolha dos meios e à articulação de recursos com vista a atingir um objectivo.*”.

*Hax e Majluf (1988)*, citados pela mesma autora, definem estratégia como “*o conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras que determina e revela a vontade da organização em termos de objectivos de longo prazo, programa de acções e prioridade na afectação de recursos*”.

A Selecção das Estratégias depende dos objectivos previamente definidos assim como dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho. Permite ainda estabelecer qual o plano mais adequado para suprimir os problemas prioritários.

Na elaboração deste trabalho foram delineadas as seguintes estratégias:

- Envolvimento da Coordenadora do Centro de Saúde para a implementação da consulta e da equipa de enfermagem para a nomeação de outro elemento para a mesma;
- Estruturação e implementação da consulta de Enfermagem a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores.

Considerou-se oportuno otimizar os recursos já existentes, nomeadamente ao nível das infra-estruturas (sempre difíceis de adquirir), e que deverão ser rentabilizadas, de modo a que a população possa usufruir desses espaços.

Foram efectuadas reuniões com a Coordenadora do Centro de Saúde de Ponte de Sôr, com entrega do Projecto “VIVER.col” para viabilização da implementação do mesmo (Apêndice XVIII) e com a Equipa de Enfermagem para a nomeação de um novo elemento (Apêndice XIX).

- Formação contínua

Vivemos então numa sociedade dinâmica, sempre a evoluir. Aprender faz parte da natureza humana e ocorre em qualquer situação.

VIEIRA e GARCIA (<http://www.scielo.br>, 2004, p.7) referem que “*A gestão do conhecimento, por sua vez; cumpre a finalidade de criar um ambiente de aprendizagem contínuo para que a gestão de competências seja uma realidade.*”

A aprendizagem contínua está no cerne da melhoria contínua. Como tal considerou como estratégia desenvolver esforços para sedimentar e adquirir conhecimentos na área de estomaterapia: Participou como formanda nas 4as Jornadas em Estomaterapia organizadas pela Associação Portuguesa de Enfermeiros em Cuidados de Estomaterapia (APECE). (Apêndice XX) e aguarda Curso de Formação dinamizado pelo Gabinete de Estomaterapia do IPO.

- Estabelecer protocolos de referenciação entre Cuidados de Saúde Diferenciados e Cuidados de Saúde Primários.

É de extrema importância motivar as entidades a participarem num projecto para pessoas portadoras de ostomia, incentivando a estratégia de trabalho em parceria e articulando as necessidades/dificuldades dos parceiros, procurando respostas que beneficiem a optimização dos recursos.

- Estabelecer parcerias com agentes da Comunidade.

Com o intuito da concretização deste Projecto estabeleceram-se contactos com agentes da comunidade com vista à sua implementação como uma realidade.

O envolvimento foi visível, não só pelo grau de participação dos presentes, mas também pelo interesse manifestado em participarem na implementação deste projecto.

#### 5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

A realização de qualquer Projecto implica a utilização de Recursos Humanos, Materiais e Financeiros. Os recursos Materiais envolvidos foram: computador e impressora com instalação dos sistemas SINUS e SAPE; Resma de papel, caneta, lápis, borracha; Material para realização de pensos; Sala para Consulta de Enfermagem equipada com sala de tratamentos; Sala de Ensinos do Centro de Saúde de Ponte de Sôr (sessões de educação para a saúde); Auditório do Lar de S. José da Santa Casa da Misericórdia de

Montargil; Material didáctico (aparelho de data show e computador portátil); Dispositivos adequados a cada pessoa portadora de ostomia e Linha telefónica.

Os recursos Humanos envolvidos foram: as pessoas portadoras de ostomia dos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil; Enfermeira; Enfermeira Chefe dos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e Montargil; Equipa de Enfermagem dos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e Montargil; Responsável pelos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil; Responsável pelo Lar de S. José da Santa Casa da Misericórdia de Montargil; Responsável pelos Gabinetes de Estomaterapia do IPO Coimbra e Centro de Saúde de Marinha Grande; Enfermeiros de referência do CHMT, EPE e os Laboratórios que fornecem os diferentes tipos de dispositivos existentes;

### 5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

A concretização do projecto implicou trabalho de equipa, envolvendo, além da população alvo todas as entidades que constituem a comunidade onde está inserida. Foi por isso extremamente importante motivar/envolver todos a participarem neste projecto, pois o caminho para a mudança e a optimização dos recursos dependia desta articulação. Foram os seguintes os contactos desenvolvidos e respectivas entidades:

- Gabinete de Estomaterapia do IPO de Coimbra, na pessoa responsável pelo mesmo, a Enf.<sup>a</sup> Isabel Morais. Após contacto telefónico e através de correio electrónico realizou-se no dia 20/11/2010 (Apêndice XXI) visita ao Gabinete de Estomaterapia, que se, com o intuito de conhecer a realidade organizacional e física de uma Unidade de Estomaterapia;
- Gabinete de Estomaterapia do Centro de Saúde da Marinha Grande, numa das pessoas responsáveis pelo mesmo, a Enf.<sup>a</sup> Sofia Carneirinho, que disponibilizou toda a informação relativa ao mesmo, telefonicamente e por correio electrónico.
- Centro de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil, na pessoa coordenadora pelos mesmos, a Dr.<sup>a</sup> Gracinda Rodrigues. A 9/12/2010 foi solicitada autorização para a aplicação dos questionários às pessoas portadoras de ostomia do Concelho de Ponte de Sôr, inscritas nos Centros de Saúde de Ponte de Sôr e de Montargil. (Apêndice III).

A 10/02/2011 foi solicitada autorização para implementação da consulta de atendimento a pessoas portadoras de ostomia, com definição do horário de atendimento. (Apêndice XVIII).

- Lar de S. José, Lar da Santa Casa da Misericórdia de Montargil, pelo contacto com a Directora Técnica, Doutora (Dr.ª) Ivone foi formulado o pedido de autorização para a realização do questionário às duas pessoas portadoras de ostomia que aí residiam. A aplicação dos questionários ocorreu no dia 22/12/2010 e a acção de formação realizou-se no dia 3/02/2011 (Apêndice III).

- Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sôr, na pessoa responsável pelo mesmo, Dr.ª Márcia para publicação de artigo sobre a temática com o objectivo de divulgar e referenciar o Projecto em curso. A sua publicação ocorreu a 3/02/2011. (Apêndice VII)

- Jornal local “Ecos do Sôr”, através da parceria pré-existente entre este e o C.S.P.S., para publicação de artigo para divulgação da temática e da existência do Projecto. Foi publicado a 22/02/2011. (Apêndice VII)

- Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. (Unidade de Abrantes), nomeadamente os elementos que referenciam as pessoas portadoras de ostomia. Após contacto telefónico a 17/02/2011 realizou-se reunião com o Enfermeiro Chefe do Hospital de Dia e a Enfermeira do Serviço de Cirurgia II, ambos responsáveis pelo atendimento a pessoas portadoras de ostomia. (Apêndice X)

- Laboratórios produtores dos diversos dispositivos existentes no mercado com o objectivo de obter material para demonstração às pessoas portadoras de ostomia. O contacto realizou-se no dia 25/02/2011 durante as 4as Jornadas da APECE, em Aveiro. (Apêndice XXII)

## 5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Segundo a INFOPÉDIA, o Orçamento corresponde ao acto de calcular as despesas necessárias para a realização de um trabalho ( <http://www.infopedia.pt>, 2011).

Relativamente ao orçamento previamente delineado para este Projecto verificou-se a inexistência de quaisquer tipos de custos para a Instituição.

Recorreu-se ao uso das Parcerias existentes entre o CSPA e aos diversos agentes da comunidade para a deslocação de pessoas portadoras de ostomia ao CSPA, para participarem nas actividades previstas.

Não se previu, no entanto a deslocação ao Gabinete de Estomaterapia do IPO de Coimbra, importante na aquisição de conhecimentos sobre a dinâmica do mesmo. Foram, no entanto, despesas custeadas por si.

### 5.7 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma é um instrumento de planeamento e controlo onde são definidas e detalhadas minuciosamente as actividades a serem executadas durante um estimado período.

Com vista a uma melhor compreensão e desenvolvimento das actividades planeadas, foi elaborado um Cronograma (Apêndice XVII).

As intervenções inicialmente delineadas foram realizadas em cumprimento com o cronograma previamente estabelecido, havendo apenas a salientar a alteração da actividade “Caminhada pela Vida” que não ocorreu na data prevista devido às condições climáticas ocorridas nesse período.

## 6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação constitui a fase final do processo de planeamento devendo ser precisa e pertinente. Consiste em comparar o que se realizou com um modelo pré-definido tendo como finalidade corrigir. IMPERATORI (1993, p.127) refere que “*os progressos alcançados com as actividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objectivos e metas marcadas*”.

### 6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

TAVARES (1990, p.205) refere que “*a avaliação faz uma confrontação entre objectivos e estratégias, ao nível da adequação*”.

Na avaliação os elementos mais utilizados são os indicadores que vão traduzir-se no resultado prático da implementação do projecto, permitindo avaliar as fases do mesmo, susceptíveis de sofrer estratégias diferentes, de acordo com o resultado pretendido. Segundo IMPERATORI (1993, p.132) “*os indicadores são os dados referentes às variáveis em estudo que estão disponíveis através da captação directa do observador (...) serão relações (taxas ou ratios)*”.

#### **Quadro 33** – Avaliação do objectivo: “*Identificar as pessoas portadoras de ostomia*”

Intervenções	Indicadores	Meta	Avaliação
Identificação do registo das pessoas portadoras de ostomia no SAPE;  Elaboração de folha de registo das pessoas portadoras de ostomia e respectivo tipo de dispositivo	Nº de Pessoas portadoras de ostomia identificadas / Nº total de de pessoas portadoras de ostomias inscritas x100	100%	100%

Pela análise do **Quadro 33** verificou-se que o objectivo “*Identificar as pessoas portadoras de ostomia*” foi totalmente atingido (100%), tendo sido elaborada uma folha de registo de todas as pessoas portadoras de ostomia com referência dos respectivos equipamentos utilizados com vista à sua rápida identificação.

**Quadro 34** – Avaliação do objectivo: “*Identificar necessidades /dificuldades*”

Intervenções	Indicadores	Meta	Avaliação
Elaboração, aplicação e tratamento dos dados referentes ao instrumento de colheita de dados (questionário)	Nº de questionários aplicados/ Nº total de pessoas portadoras de ostomia (população alvo) x100	95%	100%
	Nº de questionários tratados/Nº questionários aplicados x100	100%	100%

Relativamente ao objectivo “*Identificar necessidades /dificuldades*” verifica-se, pela análise do **Quadro 34**, que foi possível atingir a meta estabelecida e que face ao tratamento dos dados dos questionários aplicados também se verificou a concretização da meta estabelecida (100%).

**Quadro 35** – Avaliação do objectivo: “*Promover autonomia e auto-cuidado*”

Intervenções	Indicadores	Meta	Avaliação
Transmissão de conhecimentos sobre ostomia e equipamento (Ensinar; Instruir; Treinar) - recurso a sessões de educação para a saúde	Nº total de Pessoas portadoras de ostomia que assistem às sessões/Nº total de Pessoas portadoras de ostomia convocadas x100	75%	92,3%
	Nº total de Pessoas portadoras de ostomia que se auto-cuidam/Nº total de Pessoas portadoras de ostomia (população alvo) x100	50%	57,1%

Em relação ao objectivo “*Promover autonomia e auto-cuidado*” foram realizadas sessões de educação para a saúde, com uma meta estabelecida de 75% em virtude do número de pessoas com idade superior a 75 anos ser significativa. Pela análise do **Quadro 35** verifica-se que a meta estabelecida foi superada (92,3%), uma vez que, das 13 pessoas convocadas compareceram 12 pessoas portadoras de ostomia.

Do total de 21 pessoas portadoras de ostomia inquiridas, verifica-se que destas, 12 (57,1%) auto-cuidam-se.

**Quadro 36** – Avaliação do objectivo: “*Identificar precocemente as pessoas portadoras de ostomia*”

Intervenções	Indicadores	Meta	Avaliação
Identificação de novos casos para proceder à realização de visitas: 1ª - 48h; 2ª - 1ª semana; 3ª – mensal.	Nº de Pessoas portadoras de ostomia c/ resposta inferior a 48h após referenciação/ Nº total de novos casos de pessoas portadoras de ostomias x100	90%	100%

Através da observação do **Quadro 36** verifica-se que o objectivo “*Identificar precocemente as pessoas portadoras de ostomia*” foi atingido a 100%. Desde o início do projecto surgiu um novo caso ao qual foi dada resposta até às 48 horas após a alta hospitalar e realizadas as restantes visitas programadas.

**Quadro 37** – Avaliação do objectivo: “*Programar e realizar visitas domiciliárias: 1ª até 48h; 2ª após uma semana; 3ª e seguintes mensais*”

Intervenções	Indicadores	Meta	Avaliação
Realização de visitas: 1ª - 48h; 2ª - 1ª semana; 3ª – mensal.	Nº total de VD realizadas/Nº total de VD programadas x100	95%	100%

Relativamente ao objectivo “*Programar e realizar visitas domiciliárias: 1ª até 48h; 2ª após uma semana; 3ª e seguintes mensais*”, verifica-se pelo **Quadro 37** que a meta foi atingida a 100%. Registou-se um caso novo, cuja identificação precoce permitiu a concretização das visitas pré-estabelecidas.

**Quadro 38** – Avaliação do objectivo: “*Melhorar a Qualidade de Vida*”

Intervenções	Indicadores	Meta	Avaliação
Aplicação de escala de Qualidade de Vida de Flanagan (no início e após 6 meses)	Nº total de pessoas portadoras de ostomia a quem foi aplicada a escala de Qualidade de vida de Flanagan/Nº total de Pessoas portadoras de ostomia (população alvo) x100	100%	100%
	Nº total de Pessoas portadoras de ostomia satisfeitos (Score $\geq$ 65) /Nº total de Pessoas portadoras de ostomia (população alvo) x100	75%	80,9%

Pela análise do **Quadro 38** observa-se que o objectivo “*Melhorar a Qualidade de Vida*”, através da escala de QVF, foi atingido a 100%.

Foi previamente estabelecido como meta um Score  $\geq 65$ , por tratar-se de uma população envelhecida e com algum grau de dependência. Verificou-se que apenas 4 pessoas portadoras de ostomia apresentaram score de 60, tratando-se de pessoas dependentes, 3 encontram-se institucionalizadas (2 em regime de “Lar” e 1 em regime de “Centro de Dia”) e 1 reside com os filhos.

Não foi possível, à data da realização deste relatório, proceder à avaliação da melhoria da QV das pessoas portadoras de ostomia com a implementação deste projecto, dado ter sido definido a avaliação seis meses após a implementação projecto, através de aplicação da EQVF, que deverá ocorrer no final de Junho.

**Quadro 39** – Avaliação do objectivo: “*Prevenir Isolamento Social*”

Intervenções	Indicadores	Meta	Avaliação
Promoção de actividades de lazer: - Passeios/ Caminhadas;	Nº total de Pessoas portadoras de ostomia participantes nas actividades	50%	0%
- Encontros Concelhios;	/Nº total de Pessoas portadoras de ostomia convocadas x100	50%	92,3%

Relativamente ao objectivo “*Prevenir Isolamento Social*”, verifica-se pelo **Quadro 39** que não foi possível a sua avaliação devido à actividade definida para a concretização do mesmo não se ter realizado, em virtude das condições climáticas verificadas no período definido. No entanto, foi reagendada para 14 de Maio verificando-se a existência de 12 pessoas portadoras de ostomia inscritas, o que corresponde a 57,1%.

Constata-se que 12 (92,3%) das treze pessoas portadoras de ostomia convocadas participaram em encontros concelhios.

## 6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Para a implementação de um Programa é necessário percorrer um processo de planeamento em saúde. Em Saúde, Planear é um processo contínuo com a finalidade de prever os recursos existentes (humanos, materiais e outros) e os serviços necessários, de

forma a estabelecer prioridades que direccionem a acção na concretização dos objectivos. (TAVARES, 1990, p.29)

O Diagnóstico de Saúde (1ª etapa) é fundamental no processo e é determinante na pertinência do programa. Para a sua concretização utilizou-se um instrumento de recolha de dados (questionário), cuja finalidade foi recolher um conjunto de informações que caracterizasse a pessoa portadora de ostomia e cuidadores.

A Definição de Prioridades (2ª etapa) corresponde, após a identificação dos problemas de saúde, à selecção dos critérios que são considerados mais importantes para a determinação das prioridades. Tornou-se prioritário identificar as pessoas portadoras de ostomia do Concelho de Ponte de Sôr, constituintes da população alvo, caracterizando-a, assim como, identificar as suas necessidades/dificuldades.

A Fixação de Objectivos (3ª etapa) permite delinear os resultados que se pretendem alcançar. Neste caso a implementação de um atendimento à pessoa portadora de ostomia e cuidadores.

A Selecção de Estratégias (4ª etapa) é fundamental para atingir determinado objectivo. Nesta etapa foram seleccionadas estratégias, hierarquizadas cronologicamente, consideradas essenciais para a concretização dos objectivos delineados.

A Preparação Operacional – Programação (5ª etapa) consiste essencialmente num conjunto detalhado de actividades necessárias à concretização de uma estratégia predefinida. Definiu-se um plano de acção com a descrição das actividades, dos recursos humanos e materiais, a sua calendarização, o local, os objectivos e a avaliação.

A Avaliação (6ª etapa), cuja finalidade é a melhoria dos programas, orientar a distribuir os recursos a partir das informações obtidas, justificar actividades já realizadas e identificar novos problemas e encontrar novas estratégias. A avaliação das actividades efectuou-se através do estabelecimento de indicadores.

### 6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

Segundo IMPERATORI (1993) “a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos (...) justificar actividades já realizadas ou identificar insuficiências”.

Procedeu-se a avaliações intermédias no decurso da realização das actividades com o objectivo de adequar o que estava preconizado com os resultados obtidos.

Relativamente à fomentação da criação de um grupo de inter ajuda verificou-se que o resultado não correspondia ao esperado, havendo necessidade de reformular a intervenção. A medida correctiva correspondeu à implementação da Educação de pares cuja finalidade é um par influenciar positivamente a saúde de outro par através das suas experiências/vivências de aprendizagem e de desenvolvimento.

Relativamente à promoção de Encontros Regionais constatou-se que havia dificuldade na deslocação das pessoas portadoras de ostomia com implicação de alguns encargos. A medida correctiva consistiu em proporcionar Encontros Concelhios de pessoas portadoras de ostomia, de diferentes freguesias, registando-se maior facilidade em deslocarem-se, sendo possível solicitar a intervenção de agentes da comunidade.

## 7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Segundo o SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (SEP), no REPE (1996, p. 6)

*“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.*

A OE (<http://www.ordemenfermeiros.pt>, 2011) refere que “ (...) a resolução dos vários problemas depende fundamentalmente do empenho e competência dos profissionais de saúde e da qualidade dos seus cuidados”, o que exige do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária “ (...) a optimização das suas competências” no planeamento em saúde quando realiza “(...) o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de programas e projectos de intervenção” culminando na avaliação da “(...) qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes”.

Para a concretização deste projecto foram mobilizadas e adquiridas várias competências:

➤ *Competência do domínio da melhoria da qualidade*

Para a implementação do projecto de atendimento a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores contribuiu o seu papel dinamizador no desenvolvimento do mesmo, constituindo uma iniciativa estratégica no CSPS. Tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade concebeu e geriu o programa de implementação de atendimento a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores. No seu planeamento identificou a oportunidade de melhoria, estabeleceu prioridades e seleccionou estratégias. Com vista à boa prática de cuidados de enfermagem elaborou diversas folhas de registos.

➤ *Competência do domínio da gestão dos cuidados*

Com vista à satisfação das necessidades de cuidados à população alvo optimizou o trabalho com a equipa de enfermagem, adequando os recursos humanos necessários à implementação da consulta de atendimento a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores. Desenvolveu capacidade de liderança ao gerir os recursos humanos (com a

nomeação do novo elemento de enfermagem para dar continuidade ao atendimento) e os materiais adequados (através dos vários contactos estabelecidos para aquisição de material a utilizar em demonstrações). Para tal aplicou estratégias de motivação da equipa de enfermagem do CSPS, assim como, da equipa de enfermagem do Hospital de referência para concretização de uma articulação efectiva entre CSP e CSD, visando a promoção da qualidade de cuidados.

➤ *Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

A formação contribui para a construção das competências profissionais, privilegiando os problemas reais da prática, relacionando-os com a qualidade dos cuidados, de forma a proporcionar possíveis mudanças a nível institucional.

Considera que a praxis deve ser baseada em padrões de conhecimento sólidos e válidos no atendimento a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores pelo que reconheceu a necessidade de desenvolver auto-conhecimento na área da Estomaterapia tendo participado nas Jornadas desenvolvidas pela APECE e aguarda curso de formação em Estomaterapia promovido pelo IPO de Coimbra.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária mobilizadas e adquiridas foram:

➤ *Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*

No contexto comunitário, é fundamental conhecer a população e os recursos existentes (humanos, materiais e outros), de forma a permitir a identificação dos problemas, e posterior selecção de prioridades que direccionem a acção.

Após identificação das necessidades da população alvo, definiu objectivos mensuráveis, estabeleceu estratégias exequíveis, coerentes e articuladas, face às prioridades das necessidades estabelecidas. Concebeu e planeou intervenções optimizando os recursos existentes/necessários à sua realização.

Com vista a garantir uma maior eficácia das intervenções promoveu diversas parcerias com outras instituições, nomeadamente com o Lar de S. José em Montargil.

O Planeamento de Saúde é essencial e procura um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação é visto enquanto estratégia de ganhos em saúde.

➤ *Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*

A actuação do enfermeiro envolve, entre outras, dimensões da educação, orientação e aconselhamento de grupos e comunidades com vista à sua maior autonomia, através da criação de oportunidades, reforçando convicções e competências, num processo de crescimento e desenvolvimento.

Como Enfermeira de Saúde Comunitária é responsável pelo processo de capacitação das pessoas portadoras de ostomia e cuidadores, facilitando a sua aprendizagem e autonomia. Após ter identificado as suas necessidades formativas, planeou, concebeu, e dinamizou programas de educação para a saúde, promovendo a capacitação activa das pessoas portadoras de ostomia e cuidadores na tomada de decisões face à sua saúde.

## CONCLUSÃO

Uma ostomia é considerada um acontecimento que produz uma carga de vulnerabilidade em função do significado que representa para cada pessoa. As alterações físicas e funcionais são geradoras de adaptações insatisfatórias com consequências na Saúde e na Qualidade de Vida.

Da análise dos dados constatou-se que das 21 pessoas portadoras de ostomia inquiridas 13 (61,9%) pertenciam ao sexo feminino e 8 (38,1%) ao sexo masculino. A idade estava compreendida entre os 42 e os 94 anos, sendo a média de 74 anos. Destas, 17 (81%) residiam em Ponte de Sôr e 4 (19%) em Montargil. Relativamente ao estado civil 14 (66,7%) eram casados e 6 (28,6%) viúvos. A profissão exercida era de 6 (28,6%) trabalhadores agrícolas e 5 (23,8%) domésticas. No que diz respeito à escolaridade, 9 (43%) eram analfabetos e 9 (43%) tinham uma escolaridade média de 6 anos. Das pessoas portadoras de ostomia inquiridas, 15 (71%) viviam com outras pessoas (cônjuge ou familiares) e apenas 2 (10%) viviam sozinhas, registando-se que 4 (19%) estavam institucionalizadas. Quanto ao tempo decorrido após a cirurgia 6 (28%) foi há mais de 2 anos, 11 (48%) foi entre 5 e 10 anos. Apenas 1 (4,8%) a Cirurgia decorreu há mais de 20 anos. Relativamente ao tipo de ostomia, 18 (85,7%) dos inquiridos tinham colostomia e 3 (14,3%) urostomia, sendo o cancro, em 15 (71,4%) dos casos, o motivo da cirurgia. Cerca de 13 (61,9%) das pessoas portadoras de ostomia realizaram a Cirurgia no CHMT, EPE e 2 (9,5%) no Hospital Dr. José Maria Grande. Eram 12 (57,1%) as próprias pessoas portadoras de ostomia que cuidavam do estoma e 4 (19%) recebiam ajuda do cônjuge. Quanto à informação recebida 16 (76,2%) das pessoas referenciaram o Enfermeiro como o elemento que lhes forneceu os conhecimentos.

Relativamente às actividades praticadas antes e após a Cirurgia, 15 (71,4%) das pessoas portadoras de ostomia praticava Actividade Física, das quais 9 (43%) deixaram após a Cirurgia, 13 (61,9%) praticava Actividades Lúdicas e de Lazer e após a Cirurgia 6 (28,6%) deixaram de o fazer e 10 (47,6%) tinham Actividades Sociais tendo 4 (19%) deixado após a Cirurgia. Quanto à existência de Actividade sexual apenas 3 (14,3%) das pessoas portadoras de ostomia referiram ter actividade sexual. Das restantes, 10 (47,8%) referiram ter deixado de ter actividade sexual antes da Cirurgia, 5 (23,8%) depois da Cirurgia e 3 (14,3%) responderam “Não sabe/Não responde”. Os motivos referidos

foram a respectiva Cirurgia e a disfunção sexual em, respectivamente, 4 (19%) e 14 (66,7%) das pessoas portadoras de ostomia. Sendo a sexualidade uma área com consequentes alterações e cuja dimensão na qualidade de vida é muitas vezes descurada pelos profissionais de saúde e pelas próprias pessoas portadoras de ostomia, é imperiosa a adopção de medidas baseadas na comunicação e na correcta informação destas e respectiva família/cuidadores.

Relativamente à utilização das Redes de Cuidadores Informais e Formais verificou-se que 17 (81%) das pessoas portadoras de ostomia referiram a utilização da primeira, sendo o “Apoio da Família” e o “Apoio dos Amigos/Vizinhos” os mais referidos e em alguns casos, utilizados em simultâneo. A utilização da segunda foi referida por apenas 6 (28,6%) pessoas, nomeadamente o “Centro de Dia” e o “Apoio Domiciliário”.

O “Centro de Saúde” foi o local onde todas as pessoas portadoras de ostomia adquiriam o equipamento. A “Farmácia” e o “Hospital” são locais de recurso em situações pontuais. Foi fundamental utilizar este meio para a criação de uma estrutura de saúde com suporte efectivo às pessoas portadoras de ostomia de forma a ajudá-las a desenvolver mecanismos de adaptação à doença, promovendo uma melhoria significativa da sua qualidade de vida.

Relativamente à adaptação 13 (61,9%) das pessoas portadoras de ostomia tiveram problemas de adaptação, nomeadamente 6 (28,6%) na colocação da placa, 3 (14,3%) na remoção e colocação do saco e 9 (42,9%) referiram ser “Outra” o motivo da adaptação.

A Promoção da Saúde é um processo essencial de capacitação dos indivíduos no controlo e melhoria da sua saúde, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde.

Quanto aos cuidadores/familiares foi importante o desenvolvimento de estratégias baseadas no apoio emocional e social, na informação e na educação para a saúde, proporcionando-lhes as competências necessárias com vista à prestação de cuidados de qualidade.

Os enfermeiros têm desenvolvido novas e diferenciadas formas de actuação com vista a respeitar os interesses e necessidades da comunidade, contribuindo para a excelência de cuidados especializados, centrados no indivíduo e na sua família.

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PORTUGAL, <http://www.acs.min-saude.pt/pns-2011-2016/>, 2011) defende um sistema de saúde que visa “maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos

*os sectores, com foco na cidadania, equidade e acesso, políticas saudáveis e qualidade”.*

A concretização deste Projecto proporcionou-lhe uma enorme satisfação quer pelo culminar dos objectivos propostos mas, principalmente pela oportunidade de estabelecer contactos com pessoas portadoras de ostomia e cuidadores, com partilha de experiências enriquecedoras a nível pessoal e profissional. Considera que é extremamente importante promover serviços de saúde acessíveis a todos, com a prestação de cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia e o seu total restabelecimento, através de um acompanhamento digno e humano.

Foi, contudo, um caminho com algumas contrariedades, nomeadamente a não integração dos cuidados às pessoas portadoras de ostomia na Unidade de Cuidados na Comunidade. Sente que o facto de haver uma equipa estabelecida e motivada superou as dificuldades e permitiu a continuidade na Unidade de Cuidados Personalizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNETT, Paul; MURPHY, Simon – **Psicologia e Promoção da Saúde**. Climepsi Editores. Lisboa. Setembro de 1999. ISBN 972-8449-48-8. 208 p.;

FERNANDES; Margarida; [et al.] – **Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de doentes com AVC**. Revista Sinais Vitais, nº 43. Julho 2002. p. 31-35;

FORTIN, Marie-Fabienne – **O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência. 1996. ISBN: 972-8383-10-X. 388 p.;

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria Rosário – **Metodologias do Planeamento da Saúde**. 3ª ed. Obras avulsas. Lisboa. 1993;

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2001. **Recenseamento Geral da População**. Resultados Definitivos. Lisboa: INE, 2001;

JESUS, Clarinda Sousa; SILVA, Cristina Maria Ribeiro dos Santos; ANDRADE, Fernanda Maria Mendes – **Alta Clínica e continuidade de cuidados no domicílio**. Revista Sinais Vitais, nº 59. Março 2005. p. 25-28;

LONGARITO, Clementina; [et al.] - **Depois da colostomia: experiências e vivências da pessoa portadora de ostomia**. Trabalho apresentado na Conferência APE. Lisboa, 2010;

MONTEIRO, Maria João Pinto – **Enfermagem de Família: A construção de competências**. In: **Da investigação à prática de Enfermagem de Família**. Edição: Linha de Investigação de Enfermagem de Família. Maio de 2009. ISBN: 978-989-96103-2-3. p. 13 – 19.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos.** Lisboa: Setembro de 2002. Grafinter – Sociedade Gráfica, Lda. 16 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **ESTATUTO.** Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa. 2009. 83 p.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **MANUAL DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS.** Radiva – Publicações Lda. Lisboa, 1998. 188 p. ISBN 972-662-275-1;

SEQUEIRA, Carlos – **CUIDAR DE IDOSOS: COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL.** Lidel, Edições Técnicas Lda, Lisboa-Porto, Outubro 2010. 360 p. ISBN 978-972-757-717-0;

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – **ESTATUTO PROFISSIONAL: UMA REALIDADE. REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE).** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Setembro 1996. 16 p.

SORENSER; LUCKMANN – **Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica.** Lisboa: Lusodidacta. 1998. ISBN 972-96610-6-5;

SOUSA, Maria Sofia Carneirinho – **Projecto em Estomaterapia.** Projecto de apresentação da Consulta de Estomaterapia no Centro de Saúde da Marinha Grande. Marinha Grande. 2009. 10 p.

STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanete - **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. 4ª ed. Lisboa. 1999. ISBN 972-8383-05-3.

TAVARES, António – **MÉTODOS E TÉCNICAS DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**. Ministério da Saúde. Caderno de Formação 2, 1990. 223 p.;

Referências Electrónicas

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE OSTOMIZADOS. **Ostomizados carecem de diversos apoios**. *Jornal Saúde Pública*. Janeiro de 2005, nº22. [citado em 3/11/2010]. Disponível em <<http://www.apostomizados.pt/ostomizados.asp?action=show&id=17>>;

ALVES, Everton Fernando- **Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida**. Brasil. Disponível em <<http://www.pg.utfpr.edu.br/depog/periodicos/index.php/rbqv/article/viewFile/690/598>>

CAETANO, Joselany Afio; SOARES, Enedina - **Qualidade de Vida de Clientes Pós-Infarto Agudo do Miocárdio**. *Esc Anna Nery R Enfermagem*. 2007, Março. 11 (1): 30 - 37. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100004&lng=en&nrm=iso)>;

CANAVARRO, M.<sup>a</sup> Cristina; [et al.] – **Desenvolvimento dos instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIVWHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: apresentação de um projecto**. Disponível em <<http://www.aidscongress.net/Modelos/WebCAidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=35&CommID=175>>;

COSTA, Mariana da Vitória – **A educação para a Saúde e a sua importância na melhoria da QV dos doentes ostomizados**. Porto. 2009. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem. 90 p. Disponível em <

[https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1211/3/Monografia\\_%20MarianaCosta.pdf](https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1211/3/Monografia_%20MarianaCosta.pdf);

COTRIM, Hortense Maria Tavares Simões - **Impacto do cancro colorectal no doente e cuidadores/família: implicações no cuidar**. Porto: [s.n.], 2007. 353 p. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7231/2/Doutoramentoreform.pdf>>;

CRUZ, Regina - **Acompanhamento e Animação de Idosos**. Disponível em <<http://www.forma-te.com/mediateca/download-document/2513-manual-acompanhamento-e-animacao-de-idosos.html+import%C3%A2ncia+de+actividades+sociais+e+l%C3%BAdicas+como+perven%C3%A7%C3%A3o+do+isolamento&hl=pt->>>;

**Cuidados Domiciliários, Uma modalidade de intervenção**. Artigo cedido pela Revista Nursing, nº 216. 2006. Disponível em <[http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2688:cuidados-domiciliários-uma-modalidade-de-intervenção&catid=142:>](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2688:cuidados-domiciliários-uma-modalidade-de-intervenção&catid=142:>)>;

DECRETO-LEI nº28/2008 D.R.I Série-nº38-22 de Fevereiro de 2008. Disponível em <<http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/dec.%20lei%2028-2008.pdf>>;

DECRETO-LEI 247/2009- D.R. I Série nº 184 (09-09-22). Pág. 6758-6761. Disponível em <http://www.dre.pt>;

DIAS, Maria do Rosário; [et al.] - **Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia?** *Análise Psicológica*, 2004, 3 (XXII): 463-473. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a04.pdf>>;

FERNANDES, Janielle Silva - **Qualidade de Vida dos Enfermeiros das Equipas Saúde da Família**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto

Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. 2009;

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva – **Enfermagem de Família: um contexto no cuidar**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto. 2009. 550p. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>>;

FIGUEIREDO, Ana Paula Rodrigues da Silva - **Impacto do Tratamento do Cancro Colorrectal no Doente e Cônjuge: Implicações na Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica, Representações de Doença e Stress Pós-Traumático**. Braga. 2007. Dissertação de Mestrado em Educação, área de especialização em Educação para a Saúde, apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. 307 pg. Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt>>;

INFOPÉDIA, Dicionário de Língua Portuguesa – **ORÇAMENTO**. Disponível em <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/or%C3>>;

MARTINS, Amaro; [et al.] - **Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?**. PENSAR ENFERMAGEM. Vol. 12, nº 12, 2º semestre. 2008. Disponível em <<http://cmapspublic.ihmc.us/rid%3D1HVR8X3QJ-1TGpXC6-11CK/Qual%2520o%2520Lugar%2520da%2520Escrita%2520Sens%25C3%25ADvel.pdf>>;

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: **Linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa. Janeiro de 2006 (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro – DR nº 196, I Série), 48 p. Disponível em <[http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf)>;

MORAIS, Isabel; [et al.] - **Estudo Épico. Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada e Seus Cuidadores.** Acedido em 6/10/2010. Disponível em <<http://www.coloplast.pt/Ecompany/PTMed/Homepage.nsf/1989cec9be30ee68c12569ff00369d/0dob9af221a0eac8c12573d100419d8e?OpenDocument>>;

NICOLAU, Isabel - **O CONCEITO DE ESTRATÉGIA.** ISCTE, Setembro de 2001 (citado em 5/02/2011). Disponível em <[http://pcc5301.pcc.usp.br/PCC%25205301%25202005/Bibliografia%25202005/Conceito%2520Estrat%25C3%25A9gia%2520\(Nicolau\).pdf](http://pcc5301.pcc.usp.br/PCC%25205301%25202005/Bibliografia%25202005/Conceito%2520Estrat%25C3%25A9gia%2520(Nicolau).pdf)>;

OLIVEIRA, Gilson; [et al.] – **Impacto da ostomia: sentimentos e habilidades desenvolvidas frente à nova condição de vida.** PORTAL OSTOMIZADOS. Revista Estima. Vol.8 (1). 2010 [citado em 25/06/2010]. Disponível em <[http://www.ostomizados.com/artigos/unip/impacto\\_estomia.html#ixzz11Vka4aVQ](http://www.ostomizados.com/artigos/unip/impacto_estomia.html#ixzz11Vka4aVQ)>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **O Planeamento em Saúde no âmbito do desenvolvimento Comunitário.** [citado em 01-02-2011]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OrdemEnfermeirosOplaneamentoemsaude.aspx>>;

PINHEIRO, M. R. - **Educação pelos Pares: De Educandos a Educadores... Uma Estratégia atractiva mas de grande exigência.** Ser Solidário - Boletim Informativo da Associação Saúde em Português. Publicada por (EX) PRESSÕES 100 RISCOS 2006. Ano 4, nº 34, pp. 7-9. Disponível em <<http://aparesepasso.blogspot.com/2007/04/educacao-pelos-pares-o-que-parte-i.html>>;

PORTUGAL, Ministério da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016.** Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns-2011-2016/>>;

PORTUGAL – Ministério da Saúde - Portal da Saúde. **“História do Serviço Nacional de Saúde” Lei de Bases da Saúde** - Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Disponível em

<<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saud e/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>>;

**PRÉ-DIAGNÓSTICO DA REDE SOCIAL DO CONCELHO DE PONTE DE SÔR.** 2009. Elaborado pelo Núcleo Executivo da Rede Social de Ponte de Sôr. Ponte de Sôr:[s.n.].2004. 201 p. Disponível em < [http://www.cm-pontedesor.pt/upload/doc\\_pre\\_diagnostico.pdf](http://www.cm-pontedesor.pt/upload/doc_pre_diagnostico.pdf)>;

RODRIGUES, Alexandre - **FACTORES INFLUENCIADORES DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NO SERVIÇO DOMICILIÁRIO** Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, 2009.128 p. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20163/2/dissertação%20alexandre%20Rodrigues.pdf>>;

VAZ, Rafael- **TEORIA DE MASLOW: HIERARQUIA DAS NECESSIDADES.** Disponível em <http://www.rota83.com/teoria-de-maslow-hierarquia-das-necessidades.html>

VIEIRA, Adriane; GARCIA, Fernando. **Gestão do Conhecimento e das Competências Gerenciais: um estudo de caso na indústria automobilística.** 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raee/lv3n1a07.pdf>, acedido em 05/12/07;

VILAÇA, Cyntia Marques; [et al.] – **O AUTO CUIDADO DE CUIDADORES INFORMAIS EM DOMICILIO: PERCEPÇÃO DE ACADÉMICOS DE ENFERMAGEM.** *Revista electrónica de Enfermagem.* Vol.7, nº 2, p.221-26, 2005. Acedido em 15/10/2010. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>;

# APÊNDICES

## APÊNDICE I

Folha de registo das pessoas portadoras de ostomia e respectivo tipo de dispositivo

REGISTO DAS PESSOAS PORTADORAS DE OSTOMIA/RESPECTIVO DISPOSITIVO

NOME	COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA UROSTOMIA SACOS/PLACAS	QUANTIDADE FORNECIDA
A. J. M.	<b>Sacos de Urostomia Sensura Click Coloplast 40mm</b> <b>Placas de Urostomia – Penso Alterna Coloplast 40mm</b>	Sacos- Placas- Data-
D. M. M.	<b>Sacos Colostomia</b> Almarys ou Flexima 10-70mm	Sacos- Data-
E. C. C.	<b>Sacos Colostomia</b> Almarys ou Flexima 10-70mm	Sacos- Data-
F. T. G.	<b>Sacos Colostomia</b> Almarys ou Flexima 10-70mm	Sacos- Data-
F. M. V.	<b>Sacos Colostomia</b> Almarys ou Flexima 10-70mm	Sacos- Data-
G. P. V.	<b>Sacos Colostomia</b> Proxima2 BBraun <b>50mm</b> Ref. 73150A <b>Placas Colostomia</b> Proxima2 <b>50mm</b> Ref. 73050A	Sacos- Placas- Data-
J. M. S.	<b>Sacos Colostomia</b> Convatec CombihesiveIIS <b>45mm</b> Ref. 400990 <b>Placas Colostomia</b> Convatec CombihesiveIIS <b>45mm</b> Ref. 125134	Sacos- Placas- Data-
J. A.S.	<b>Sacos Colostomia</b> Almarys ou Flexima 10-70mm	Sacos- Data-
J. N. C.	<b>Sacos Colostomia</b> Proxima2 BBraun <b>50mm</b> Ref. 73150A <b>Placas Colostomia</b> Proxima2 <b>50mm</b> Ref. 73050A	Sacos- Placas- Data-

<b>NOME</b>	<b>COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA UROSTOMIA SACOS/PLACAS</b>	<b>QUANTIDADE FORNECIDA</b>
D. M. M.	<b>Sacos Colostomia</b> Almarys ou Flexima 10-70mm	Sacos- Data-
L. P. R.	<b>Sacos Colostomia</b> Almarys ou Flexima 10-70mm	Sacos- Data-
J. G. C.	<b>Sacos Colostomia 60mm Placas Colostomia 60mm</b>	Sacos- Placas- Data-
M. C.	<b>Sacos Colostomia Proxima2 BBraun 50mm</b> Ref. 73150A <b>Placas Colostomia Proxima2 50mm</b> Ref. 73050A	Sacos- Placas- Data-
L. B. C.	<b>Sacos Colostomia</b> Almarys ou Flexima 10-70mm	Sacos- Data-
D. G. N.	<b>Sacos Colostomia</b> Almarys ou Flexima 10-70mm	Sacos- Data-
A. M. M. A.	<b>Sacos Colostomia Convatec CombihesiveIIS 45mm</b> Ref. 400990 <b>Placas Colostomia Convatec CombihesiveIIS 45mm</b> Ref. 125134	Sacos- Placas- Data-
A. R. C.	<b>Sacos Colostomia 60mm Placas Colostomia 60mm</b>	Sacos- Placas- Data-

## APÊNDICE II

Instrumento de recolha de dados (Questionário)

## QUESTIONÁRIO

Questionário nº .....

Q1 – Quem responde?

<b>1</b> – Utente	
<b>2</b> – Familiar	
<b>3</b> – Cuidador	

Q2 - Idade .....

Q3 - Sexo:

<b>1</b> – Masculino	
<b>2</b> – Feminino	

Q4 - Morada:

<b>1</b> - Ponte de Sôr	
<b>2</b> – Montargil	

Q5 - Estado civil:

<b>1</b> - Solteiro(a)	
<b>2</b> - Casado(a)	
<b>3</b> - Divorciado(a)	
<b>4</b> - Viúvo(a)	
<b>5</b> - Vive maritalmente	

Q6 - Profissão:.....

Q7 – Escolaridade

<b>1</b> – Não sabe ler nem escrever	
<b>2</b> – 1º ciclo	
<b>3</b> – 2º ciclo	
<b>4</b> – 3º ciclo	
<b>5</b> – Secundário	
<b>6</b> – Superior	

Q8 - Com quem vive?

<b>1</b> – Cônjuge	
<b>2</b> – Familiar	
<b>3</b> – Sozinho	
<b>4</b> – Instituição	

Q9 - Há quantos anos é ostomizado?

<b>1</b> – < 1 ano	
<b>2</b> – >2 anos	
<b>3</b> – > 5anos	
<b>4</b> – >10 anos	
<b>5</b> – >20 anos	

Q10 – Qual o hospital onde realizou a cirurgia?

<b>1</b> – Centro Hospitalar Médio Tejo	
<b>2</b> – Hospital Dr. José Maria Grande	
<b>3</b> – Outro	

Q11 - Razão de ser portador de ostomia?

<b>1</b> – Cancro	
<b>2</b> – Doença de Crohn	
<b>3</b> – Outra	

Q12 – Quem cuida da sua ostomia?

<b>1</b> – Próprio	
<b>2</b> – Cônjuge	
<b>3</b> – Familiar	
<b>4</b> – Cuidador	

Q13 – Quem foi a pessoa que lhe transmitiu conhecimentos sobre a ostomia e como cuidar dela?

<b>1</b> – Médico	
<b>2</b> – Enfermeiro	
<b>3</b> – Não sabe/Não responde	

Q14 – Quais as Actividades que praticava antes de ser portador de ostomia?

	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>
<b>1</b> – Actividades lúdicas/lazer		
<b>2</b> – Actividade física		
<b>3</b> - Actividades sociais		

Q15 – Quais as Actividades que deixou de praticar depois de ser portador de ostomia?

	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>
<b>1</b> – Actividades lúdicas/lazer		
<b>2</b> – Actividade física		
<b>3</b> - Actividades sociais		

Q16 – Gostaria de participar em Acções de formação/ Encontros sobre o tema?

<b>1</b> – Sim	
<b>2</b> – Não	
<b>3</b> – Não sabe/Não responde	

Q17 – Tem actividade sexual?

<b>1</b> – Sim	
<b>2</b> – Não	
<b>3</b> – Não sabe/Não responde	

Q17.1 – Se não, quando deixou de ter vida sexual?

	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>
<b>1</b> – Antes da Cirurgia		
<b>2</b> – Após a Cirurgia		

Q17.2 – Qual o motivo de ter deixado de ter vida sexual?

	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>
<b>1 – Idade</b>		
<b>2 – Cirurgia</b>		
<b>3 – Disfunção Sexual</b>		

Q18 - Tem apoio da Rede de Cuidadores Informais?

<b>1 – Sim</b>	
<b>2 – Não</b>	

Q18.1 – Se tem, qual é?

	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>	<b>3 - Não sabe/Não responde</b>
<b>1 – Família</b>			
<b>2 - Amigo(s)/Vizinho (s)</b>			
<b>3 – Outros</b>			

Q19 - Tem apoio da Rede de Cuidadores Formais?

<b>1 – Sim</b>	
<b>2 – Não</b>	

Q19.1 – Se tem, qual é?

		1 - Sim	2 - Não
<b>Apoio Domiciliário</b>	<b>1- Higiene e conforto</b>		
	<b>2 - Alimentação</b>		
	<b>3 – Limpeza da Habitação</b>		
	<b>4 - Tratamento de roupa</b>		
<b>Cuidados de Saúde</b>	<b>5 - Cuidados de Enfermagem</b>		
	<b>6 - Cuidados Médicos</b>		
<b>Segurança Social</b>	<b>7 – Económica</b>		
	<b>8 - Fraldas ou outro material</b>		
<b>Centro de Dia</b>	<b>9 – Centro de Dia</b>		

Q20 – Onde adquire, habitualmente, o seu equipamento?

	1 - Sim	2 - Não
<b>1 – Farmácia</b>		
<b>2 - Hospital</b>		
<b>3 - Centro de Saúde</b>		
<b>4 - Linha Verde (Laboratório)</b>		
<b>5 - Liga de Amigos</b>		

Q21 – Teve/ Tem dificuldades na adaptação à ostomia?

<b>1 – Sim</b>	
<b>2 – Não</b>	
<b>3 – Não sabe/Não responde</b>	

Q21.1 – Em que área?

	<b>1 - Sim</b>	<b>2 - Não</b>
<b>1</b> – Higiene		
<b>2</b> - Mudança/Remoção do saco		
<b>3</b> - Mudança/Remoção da placa		
<b>4</b> - Mudança/Colocação da placa		
<b>5</b> - Mudança/Colocação do saco		
<b>6</b> – Outra		

Muito Obrigada pela sua colaboração.

## APÊNDICE III

Pedido de autorização às entidades responsáveis

(Centro de Saúde de Ponte de Sôr e Lar de S. José)

Exma Sr.ª Directora  
do Centro de Saúde de Ponte de Sôr

Paula Filomena Santos de Castro Galveias Catela Belo, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora está a realizar um Projecto de acompanhamento de pessoas portadoras de ostomia e vem por este meio solicitar autorização para aplicar questionário de levantamento das necessidades desta população.  
Em anexo junta uma cópia do Projecto e do Questionário.

Pede deferimento,

*Paula Filomena Santos de Castro Galveias Catela Belo*

Ponte de Sôr, 9 de Dezembro de 2010

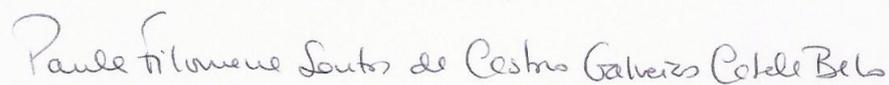
À  
Responsável pelo  
Lar Santa Casa da Misericórdia  
de Montargil

Paula Filomena Santos de Castro Galveias Catela Belo, Enfermeira, a exercer funções no Centro de Saúde de Ponte de Sôr, frequenta o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Évora, com o Projecto de acompanhamento de pessoas portadoras de ostomia e cuidadores. Tendo conhecimento da existência de duas pessoas portadoras de ostomia na Vossa instituição, solicita a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para proceder à realização de uma Acção de Formação para estas pessoas portadoras de ostomia, na instituição, sobre cuidados a ter com a ostomia. O objectivo desta acção visa proporcionar maior apoio à pessoa portadora de ostomia de forma a alcançar uma melhor qualidade de vida e autonomia nos cuidados e proporcionar conhecimentos sobre ostomia e equipamento. Os visados seriam as pessoas portadoras de ostomia (os dois utentes da V. instituição e os restantes 4 da freguesia) assim como as assistentes operacionais que com elas têm contacto. Considera poder tratar-se de uma mais-valia para os visados e também para a instituição pela aquisição de conhecimentos e competências nesta área.

Grata pela atenção.

Atenciosamente,

Pede deferimento,



(Paula Filomena Santos de Castro Galveias Catela Belo)

Ponte de Sôr, 18 de Janeiro de 2011



# SANTA CASA DA MISERICÓRDIA MONTARGIL

MEDALHA DE SERVIÇOS DISTINTOS EM 26/2/92 PELA CÂMARA MUNICIPAL DE PONTE DE SÔR

Telef. 242900040

Fax 24290445

Contribuinte n.º 501057137

R. Manuel Falcão de Sousa

E-Mail : [scmmontargil@gmail.com](mailto:scmmontargil@gmail.com)

[www.scmm.com.sapo.pt](http://www.scmm.com.sapo.pt)

7425 - 130 MONTARGIL

Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup>.

Enf<sup>a</sup> Paula Filomena S.C.G.C. Belo

ASSUNTO: Doentes portadores de Ostomia

Informo V. Ex<sup>a</sup> que foi deferido o seu pedido para proceder à realização de uma Acção de Formação para as pessoas portadoras de Ostomia e seus cuidadores, na S. C. M. Montargil, sobre os cuidados a ter com esta situação

Sem outro assunto, apresentamos os nossos mais respeitosos cumprimentos

Pela Mesa Administrativa

A Provedora

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA  
DE MONTARGIL

Prof<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José França Ferreira

## APÊNDICE IV

Índice de Katz

SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE PORTALEGRE  
 UAI  ADI   
 Concelho de \_\_\_\_\_

# INDICE DE KATZ

N.º PROC. FAM.   
 N.º PROC. IND.

Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_

DATA							
KATZ							

*Para cada uma das áreas de função escolha a descrição que melhor se aplica:*

**BANHIO** - quer esponja banheira ou duche.

Não recebe ajuda       Recebe ajuda só para banhar uma perna ou as costas       Recebe ajuda para lavar + do que um parte do corpo

**VESTIR** - inclui tirar a roupa dos armários e gavetas (também roupa interior), outros adereços e abotoar-se.

Recolhe a roupa e veste-se sem ajuda       Só necessita de ajuda para apertar os sapatos       Recebe ajuda ou para recolher roupa ou vestir-se ou fica total ou parcialmente despi

**RETRETE** - ir à retrete para urinar ou defecar; limpar-se e arranjar as roupas.

Vai à retrete, limpa-se e arranja as roupas sem ajuda       Recebe ajuda para ir à retrete ou para limpar-se ou para arranjar as roupas ou para usar o urinol ou o bacio       Não vai à retrete

**DEITAR / SENTAR**

Deita-se, senta-se e levanta-se sem ajuda       Deita-se, senta-se e levanta-se sem ajuda       Não sai da cama

**CONTROLE DE ESFINCTERES**

Controla os esfíncteres sozinho       Tem acidentes ocasionais       Necessita de supervisão para manter os esfíncteres sob controle; usa algália ou é incontinente

**ALIMENTAÇÃO**

Come sem ajuda       Come sem ajuda excepto para barrar o pão ou para cortar a carne       Come com ajuda ou é alimentado total ou parcialmente por tubos ou parenteralmente

- CLASSIFICAR:**
- A - Independente para alimentar-se, controlar esfíncteres, levantar/sentar, urinar e defecar, vestir e tomar banho.
  - B - Independente em todas menos uma destas funções.
  - C - Independente em todas excepto tomar banho e outra função.
  - D - Independente em todas excepto tomar banho, vestir e outra função.
  - E - Independente em todas excepto tomar banho, vestir, ir à casa de banho e outra função.
  - F - Independente em todas excepto tomar banho, vestir, ir à casa de banho, sentar / levantar e outra função.
  - G - Dependente nas seis funções
  - H - Dependente em pelo menos duas funções mas não classificável em C, D ou E.

## APÊNDICE V

Sessões de Educação para a Saúde (Power point)

Planos de sessão

## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Tema:** Cuidados a pessoas portadoras de ostomia

**Quem:** Enfermeira Estagiária do Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Comunitária

**Local:** Centro de Saúde de Ponte de Sor

**Data:** 14/01/11

**Hora:** 14,30 h

**Duração:** 60`

**População Alvo:** Pessoas portadoras de ostomia do Centro de Saúde de Ponte de Sor

**Objectivos:** Proporcionar maior apoio à pessoa portadora de ostomia de forma a alcançar uma melhor qualidade de vida e autonomia nos cuidados. Proporcionar conhecimentos sobre ostomia, cuidados com o estoma e equipamento.

	<b>Tempo</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos /Estratégias</b>
<b>Introdução</b>	10`	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação da prelectora</li><li>- Apresentação do tema</li><li>- Apresentação dos objectivos</li></ul>	Expositivo
<b>Desenvolvimento</b>	30`	<ul style="list-style-type: none"><li>- O que é uma estomia</li><li>- Tipos de ostomias</li><li>- Anatomo-fisiologia do intestino</li><li>- Causas que levam à realização de uma ostomia</li><li>- Mudanças ocorridas face a uma ostomia</li></ul>	Expositivo/Directivo/Demonstrativo  Interacção com os formandos ao longo de toda a sessão

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivos para colostomias (Exemplificação)</li> <li>- Dispositivos para Ileostomias (Exemplificação)</li> <li>- Dispositivos para Urostomias (Exemplificação)</li> <li>- Sinais de alerta</li> <li>- Procedimentos necessários para a mudança de dispositivo</li> <li>- Prevenção de complicações</li> <li>- Conselhos para a vida diária</li> </ul>	
<b>Conclusão</b>	10`	<p><b>- A reforçar (importante):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A sua vida deve manter-se o mais normal possível</li> <li>➤ Se detectar qualquer tipo de alteração deve contactar o médico/enfermeiro.</li> </ul> <p>Quando sai de casa deve levar sempre consigo a bolsa de segurança.</p>	<p>Expositivo/Directivo</p> <p>Interacção com os formandos ao longo de toda a sessão</p>
<b>Avaliação</b>	10`	- Aplicação de escala de Likert	Participativo/Interactivo

## VIVER.col

Paula Catela Belo

### Plano de sessão

*Tema: Cuidados a pessoas portadoras de ostomia*

*Data: 14/01/2011*

*Objectivo Geral: Maior apoio à pessoa portadora de ostomia de forma a alcançar uma melhor qualidade de vida e autonomia nos cuidados.*

*Objectivo Específico: Proporcionar conhecimentos sobre ostomia e equipamento.*

*Ostomia é uma abertura na parede abdominal (feita através de uma cirurgia) que se chama ESTOMA pelo qual se dá a saída de fezes ou de urina para o exterior.*



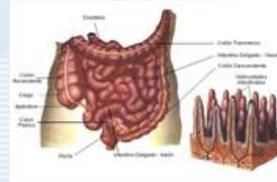
## Tipo de ostomias

As ostomias recebem nomes diferentes conforme o segmento do intestino exteriorizado.

no intestino grosso = cólon = colestomia;

no intestino delgado = íleo = ileostomia.

Quando a ostomia é do aparelho urinário = urestomia.



## Intestino delgado

Onde ocorre a parte mais importante de digestão e é absorvida a maior parte dos nutrientes. É um tubo com pouco mais de 6 m de comprimento por 4cm de diâmetro, dividida em três regiões: duodeno (cerca de 25 cm), jejuno (cerca de 5 m) e íleon (cerca de 1,5 cm).



## Intestino grosso

O intestino grosso tem um importante trabalho na absorção da água (o que determina a consistência do bolo fecal). Mede cerca de 1,5 m de comprimento, divide-se em cego, cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente, cólon sigmóide e recto.

## Causas

**Pólipos ou adenomas no cólon:** Os pólipos são tumores benignos, parecidos com verrugas que se desenvolvem na parede interna do cólon e recto. Cerca de 60% dos pólipos do intestino são adenomas, os quais apresentam potencial para malignização.



**Doença de Crohn:** inflamação crónica no aparelho digestivo (que vai desde a boca ao ânus), concentrando-se especialmente nos intestinos.

**Tumor do cólon:** começa sempre como uma lesão benigna que vai evoluindo lentamente até transformar-se num tumor maligno.

## Tipo de ostomia

*Ostomias definitivas ou permanentes (quando não é possível restabelecer o trânsito intestinal devido a cancro intestinal)*

*Ostomias temporárias (quando se pretende prevenir a ocorrência de determinadas complicações após cirurgias de grande complexidade, manter a zona operada sem contaminação fecal)*

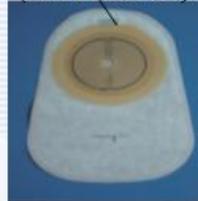
## Mudanças



## Dispositivos para Colostomias

Filtro de carvão.  
Activo 6-8 h

Sistema de uma peça  
(mudado diariamente)



Saco de colostomia

Usado nos 3 meses após a cirurgia, quando há irritação e tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

Sistema de duas peças



Placa  
(pode manter-se 4-5 dias)



Saco de colostomia  
(mudado diariamente)

## Dispositivos para Ileostomias

Sistema de uma peça  
(mudado diariamente)



Saco de Ileostomia

ULSNA+

Sistema de duas peças



Placa  
(pode manter-se 4-5 dias)



Saco de ileostomia  
(mudado diariamente)

WVER.col

## Dispositivos para Urostomias

Sistema de uma peça  
(mudado diariamente)



ULSNA+

Sistema de duas peças



Placa  
(pode manter-se 4-5 dias)



Saco de urostomia  
(mudado diariamente)

WVER.col

## Estar atenta a:

Ao estoma que pode afundar-se na parede abdominal (retração);

Ao estoma que pode sair da parede abdominal (prolapso);

Ao aparecimento de saliência (hérnia) em redor do estoma por fraqueza dos músculos abdominais ou por esforços exagerados;

Ao estoma que pode ficar muito estreito (apertado), dificultando a saída das fezes (estenose).



Falar com a Enfermeira Estomatoterapeuta ou com o Médico

ULSNA+

WVER.col

*O estoma tem cor rosa ou vermelha viva, ao tacto húmido e pode aparecer muco (farrapos brancos) em seu redor;*

*Tocar no estoma não provoca dor;*

*O estoma pode sangrar um pouco durante a sua higiene ou quando se muda o dispositivo. Não fique preocupado, é normal;*

*O dispositivo deve ser mudado (se for fechado) ou despejado (se for aberto) quando estiver a metade da sua capacidade;*

*Os dispositivos (sacos e placas), devem ser guardados dentro das caixas, em local seco, à temperatura ambiente para não alterar as suas propriedades.*

## Como mudar os Dispositivos

1º Lavar as mãos

2º Verificar o tamanho do estoma (melde)



3º Marcar o tamanho na placa



4º Recortar pela medida com tesoura de pontas curvas



5º Passar o indicador em volta do recorte para amaciar e tirar algumas arestas



6º Prepare o material que vai utilizar:

- dispositivo já recortado;
- sabonete líquido (ph neutro);
- esponja natural;
- lenços de papel, compressas, papel higiénico;
- saco de sujos.



7º Retire o dispositivo usado, de cima para baixo, com as duas mãos. À medida que vai descolando vá segurando sempre na pele em redor.



8º Coloque o dispositivo usado no saco de sujos.



9º Retire o excesso de fezes ou urina do estoma e da pele com papel higiénico;

10º Sem esfregar, lave o estoma e a pele, com a esponja humedecida em água morna e sabonete. Repita a operação com a esponja embebida só com água.



11º Seque bem o estoma e a pele em redor, com papel higiénico ou lenços de papel, com movimentos saltitantes, suaves e sem esfregar.

### Dispositivos de uma peça

Retire o papel autocolante do adesivo evitando tocá-lo.



Encoste o rebordo do orifício ao bordo inferior do estoma e cole o adesivo ou protector cutâneo, de baixo para cima, ao longo da pele em redor do estoma.

*Com a mão aberta sobre o dispositivo, pressione ligeiramente durante uns segundos para que este cole melhor à sua pele.*



*Para verificar que ficou seguro, puxe-o ligeiramente.*

### *Dispositivo de duas peças*



*Retire o papel autocolante ou protector adesivo da placa que já está recortada.*

*Encoste o rebordo da placa ao bordo inferior do estoma, colando-a à pele. pressione ligeiramente com os dedos à volta do estoma e em toda a placa.*



*Adapte o arco do saco à placa e pressione ligeiramente*



*Para verificar que ficou preso, puxe-o ligeiramente*

Sempre que mudar o dispositivo e cuidar do seu estoma deve estar atento:

- mudança da cor e tamanho do estoma;
- alterações da pele em redor (vermelha ou com "feridas")



Em caso de alterações contacte a Enfermeira e/ou Médico

## Conselhos

### Prevenção problemas de pele:

- recorte do dispositivo;
- colagem do dispositivo;
- limpeza da pele (produtos);
- corte dos pelos em redor do estoma;
- utilização de cremes;
- mudanças frequentes.



### Higiene pessoal:

- banho;
- filtro;
- temperatura da água.

### Vestuário:

- não usar cintos ou elásticos sobre o estoma;
- ou suspensórios;
- faixa ou cinta própria.



### Alimentação:

- variada e equilibrada;
- alimentos novos em pequena quantidade;
- beba líquidos (água, chá, sumos naturais).



Aumenta a quantidade de ingestão no calor e sempre que transpire.



### Actividade profissional:

- 6 a 8 semanas após;
- não levantar pesos (> 20 Kg).

**Desporto e divertimento:**

- sair, estar com amigos;
- ir à praia;
- não deve praticar judo, Karaté, boxe e rãguebi.



**Viagens:**

- levar mais material (referências);
- avião (bagagem junto de si, refeição ligeira).

**Sexualidade:**

- alterações pela cirurgia ou factores (ansiedade e medo de não ser aceite);
- partilhe sentimentos com companheiro (a) e com Enfermeira e/ou Médico.



**Quando sair de casa**



*Leve sempre bolsa de segurança*

**Obrigada**

## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Tema:** Cuidados a pessoas portadoras de ostomia

**Quem:** Enfermeira Estagiária do Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Comunitária

**Local:** Auditório do Lar de S. José Montargil

**Data:** 03/02/11

**Hora:** 11,00 h

**Duração:** 60`

**População Alvo:** Assistentes Operacionais do Lar de S. José da Santa Casa da Misericórdia de Montargil

**Objectivos:** Fornecer conhecimentos sobre cuidados a ter com ostomia, equipamento e seu manuseamento, de forma a proporcionar maior apoio à pessoa portadora de ostomia e melhor qualidade de vida.

	<b>Tempo</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos /Estratégias</b>
<b>Introdução</b>	10`	- Apresentação da prelectora - Apresentação do tema - Apresentação dos objectivos	Expositivo
<b>Desenvolvimento</b>	30`	- O que é uma estomia - Tipos de ostomias - Anatomo-fisiologia do intestino - Causas que levam à realização de uma ostomia - Mudanças ocorridas face a uma ostomia	Expositivo/Directivo/Demonstrativo  Interacção com os formandos ao longo de toda a sessão

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivos para colostomias (Exemplificação)</li> <li>- Dispositivos para Ileostomias (Exemplificação)</li> <li>- Dispositivos para Urostomias (Exemplificação)</li> <li>- Sinais de alerta</li> <li>- Procedimentos necessários para a mudança de dispositivo</li> <li>- Prevenção de complicações</li> <li>- Conselhos para a vida diária</li> </ul>	
<b>Conclusão</b>	10`	<p><b>- A reforçar (importante):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A vida da pessoa portadora deve manter-se o mais normal possível.</li> <li>➤ A Qualidade dos cuidados prestados pode prevenir complicações.</li> <li>➤ Se detectar qualquer tipo de alteração deve contactar o médico/enfermeiro.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Expositivo/Directivo</p> <p style="text-align: center;">Interação com os formandos ao longo de toda a sessão</p>
<b>Avaliação</b>	10`	- Aplicação de escala de Likert	Participativo/Interactivo

## VIVER.col

Paula Catela Belo

### Plano de sessão

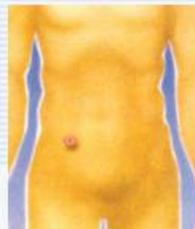
*Tema: Cuidados a pessoas portadoras de ostomia*

*Data: 03/02/2011*

*Objectivo Geral: Proporcionar maior apoio à pessoa portadora de ostomia de forma a alcançar uma melhor qualidade de vida e autonomia nos cuidados.*

*Objectivo Específico: Fornecer conhecimentos sobre cuidados a ter com ostomia, equipamento e seu manuseamento.*

*Ostomia é uma abertura na parede abdominal (feita através de uma cirurgia) que se chama ESTOMA pelo qual se dá a saída de fezes ou de urina para o exterior.*



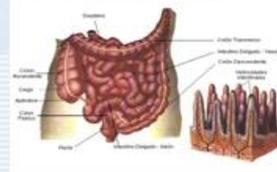
## Tipo de ostomias

As ostomias recebem nomes diferentes conforme o segmento do intestino exteriorizado.

no intestino grosso = cólon = celostomia;

no intestino delgado = íleo = ileostomia.

Quando a ostomia é do aparelho urinário = urestomia.



## Intestino delgado

Onde ocorre a parte mais importante de digestão e é absorvida a maior parte dos nutrientes. É um tubo com pouco mais de 6 m de comprimento por 4cm de diâmetro, dividido em três regiões: duodeno (cerca de 25 cm), jejuno (cerca de 5 m) e íleon (cerca de 1,5 m).



## Intestino grosso

O intestino grosso tem um importante trabalho na absorção da água (o que determina a consistência do bolo fecal). Mede cerca de 1,5 m de comprimento, divide-se em cego, cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente, cólon sigmóide e recto.

## Causas

**Pólipos ou adenomas no cólon:** Os pólipos são tumores benignos, parecidos com verrugas que se desenvolvem na parede interna do cólon e recto. Cerca de 60% dos pólipos do intestino são adenomas, os quais apresentam potencial para malignização.



**Doença de Crohn:** inflamação crónica no aparelho digestivo (que vai desde a boca ao ânus), concentrando-se especialmente nos intestinos.

**Tumor do cólon:** começa sempre como uma lesão benigna que vai evoluindo lentamente até transformar-se num tumor maligno.

## Tipa de ostomia

*Ostomias definitivas ou permanentes (quando não é possível restabelecer o trânsito intestinal devido a cancro intestinal)*

*Ostomias temporárias (quando se pretende prevenir a ocorrência de determinadas complicações após cirurgias de grande complexidade, manter a zona operada sem contaminação fecal)*

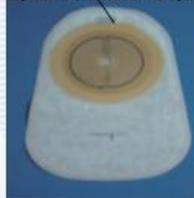
## Mudanças



## Dispositivos para Colostomias

Filtro de cavão  
Active 6-8 h

Sistema de uma peça  
(mudado diariamente)



Saco de colostomia

Usado nos 3 meses após a cirurgia, quando há irradiação e tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

Placa  
(pode manter-se 4-5 dias)

Sistema de duas peças



Saco de colostomia  
(mudado diariamente)

## Dispositivos para Ileostomias

Sistema de uma peça  
(mudado diariamente)



Saco de Ileostomia

ULSNA+

Sistema de duas peças



Placa  
(pode manter-se 4-5 dias)



Saco de ileostomia  
(mudado diariamente)

VIVER.col

## Dispositivos para Urostomias

Sistema de uma peça  
(mudado diariamente)



ULSNA+

Sistema de duas peças



Placa  
(pode manter-se 4-5 dias)



Saco de urostomia  
(mudado diariamente)

VIVER.col

## Estar atenta a:

À estoma que pode afundar-se na parede abdominal (retração);

À estoma que pode sair da parede abdominal (prolapso);

À aparecimento de saliência (hérnia) em redor do estoma por fraqueza dos músculos abdominais ou por esforços exagerados;

À estoma que pode ficar muito estreito (apertado), dificultando a saída das fezes (estenose).



Falar com a Enfermeira Estomaterapeuta ou com o Médico

ULSNA+

VIVER.col

*O estoma tem cor rosa ou vermelha viva, ao toque húmido e pode aparecer muco (farrapos brancos) em seu redor;*

*Toçar no estoma não provoca dor;*

*O estoma pode sangrar um pouco durante a sua higiene ou quando se muda o dispositivo. Não fique preocupado, é normal;*

*O dispositivo deve ser mudado (se for fechado) ou despejado (se for aberto) quando estiver a metade da sua capacidade;*

*Os dispositivos (sacos e placas), devem ser guardados dentro das caixas, em local seco, à temperatura ambiente para não alterar as suas propriedades.*

## Como mudar os Dispositivos

1º Lavar as mãos

2º Verificar o tamanho do estoma (melde)



3º Marcar o tamanho na placa



4º Recortar pela medida com tesoura de pontas curvas



5º Passar o indicador em volta do recorte para amaciar e tirar algumas arestas



6º Prepare o material que vai utilizar:

- dispositivo já recortado;
- sabonete líquido (ph neutro);
- esponja natural;
- lenços de papel, compressas, papel higiénico;
- saco de sujos.



7º Retire o dispositivo usado, de cima para baixo, com as duas mãos. À medida que vai descolando vá segurando sempre na pele em redor.



8º Coloque o dispositivo usado no saco de sujos.



9º Retire o excesso de fezes ou urina do estoma e da pele com papel higiénico;

10º Sem esfregar, lave o estoma e a pele, com a esponja humedecida em água morna e sabonete. Repita a operação com a esponja embebida só com água.



11º Seque bem o estoma e a pele em redor, com papel higiénico ou lenços de papel, com movimentos saltitantes, suaves e sem esfregar.

### Dispositivos de uma peça

Retire o papel autocolante do adesivo evitando tocar-lhe.



Encoste o reberdo do orifício ao bordo inferior do estoma e cole o adesivo ou protector cutâneo, de baixo para cima, ao longo da pele em redor do estoma.

*Com a mão aberta sobre o dispositivo, pressione ligeiramente durante uns segundos para que este cole melhor à sua pele.*



*Para verificar que ficou seguro, puxe-o ligeiramente.*

### Dispositiva de duas peças



*Retire o papel autocolante ou protector adesivo da placa que já está recortada.*

*Encoste o rebordo da placa ao bordo inferior do estoma, colando-a à pele. pressione ligeiramente com os dedos à volta do estoma e em toda a placa.*



*Adapte o arco do saco à placa e pressione ligeiramente*



*Para verificar que ficou preso, puxe-o ligeiramente*

Sempre que mudar o dispositivo e cuidar do seu estoma deve estar atento:

- mudança da cor e tamanho do estoma;
- alterações da pele em redor (vermelha ou com "feridas")



Em caso de alterações contacte a Enfermeira e/ou Médico

### Conselhas

#### Prevenção problemas de pele:

- recorte do dispositivo;
- colagem do dispositivo;
- limpeza da pele (produtos);
- corte dos pelos em redor do estoma;
- utilização de cremos;
- mudanças frequentes.



#### Higiene pessoal:

- banho;
- filtro;
- temperatura da água.

#### Vestuário:

- não usar cintos ou elásticos sobre o estoma;
- suspensoires;
- faixa ou cinta própria.



#### Alimentação:

- variada e equilibrada;
- alimentos novos em pequena quantidade;
- beba líquidos (água, chá, sumos naturais).



Aumenta a quantidade de ingestão no calor e sempre que transpire.



#### Actividade profissional:

- 6 a 8 semanas após;
- não levantar pesos (> 20 Kg).

**Desperta e divertimento:**

- sair, estar com amigos;
- ir à praia;
- não deve praticar judo, Karaté, boxe e rãguebi.



**Viagens:**

- levar mais material (referências);
- avião (bagagem junto de si, refeição ligeira).

**Sexualidade:**

- alterações pela cirurgia ou factores (ansiedade e medo de não ser aceite);
- partilhe sentimentos com companheiro (a) e com Enfermeira e/ou Médico.



**Quando sair de casa**



Leve sempre bolsa de segurança

**Obrigada**

## APÊNDICE VI

Folhetos

*Retire o papel autocolante do adesivo.*



*Encoste o rebordo da placa ao bordo inferior da estoma*



*Adapte o arco do saco à placa e pressione ligeiramente.*



*Verifique se que ficou segura, puxe-a ligeiramente.*



*Sempre que mudar o dispositivo e cuidar do seu estoma deve estar atento:*

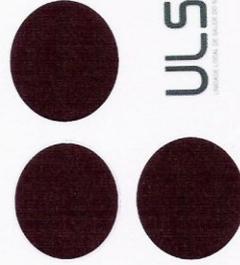
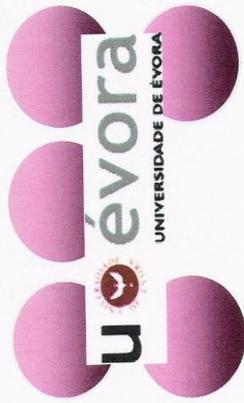
*- mudança da cor e tamanho do estoma;*

*- alterações da pele em redor (vermelha ou com "fovidas")*



*Em caso de alterações contacte a Enfermeira e/ou Médica*

***Come cuidar da sua Estomia***



*Elaborado por:  
Paula Catela Belo*

*Centro de Saúde Ponte de Sôr  
Contacto: 242292000*

*0306R.col  
2011*

Lave as mãos;



Verifique o tamanho do estoma e marque o tamanho na placa



Recorte pela medida com tesoura de pontas curvas.



Passa o indicador em volta do recorte para amaciar e tirar algumas arestas



Prepare o material : dispositivo já recortado (2 peças), sabonete líquido (ph neutro), esponja natural, lenças de papel, compressas, papel higiênico, saco de sujas.



Retire o dispositivo , de cima para baixo. A medida que vai descolando vá segurando sempre na pele em redor.



Coloque o dispositivo usado no saco de sujas.



Retire o excesso de fezes ou urina do estoma e da pele com papel higiênico;



Sem esfregar, lave o estoma e a pele, com a esponja humedecida em água morna e sabonete. Repita a operação com a esponja embebida só com água.



Seque bem o estoma e a pele em redor, com papel higiênico ou lenças de papel, com movimentos saltitantes, suaves e sem esfregar.



ligada a factores como: ansiedade e medo de não ser aceite pelo outro. Partilhe os seus sentimentos com o(a) seu(a) companheiro(a) e não tenha medo de falar com a Enfermeira e Médico. Eles estão disponíveis para o (a) ajudar.

Sempre que sair de casa:



Leve uma bolsa com:

- 2 ou 3 dispositivos já recortados;
- lenças de papel ou papel higiénico macios;
- saca de sujos;
- garrafa de água.

Assim poderá resolver a situação se a situação se ramper.

Em caso de dúvidas



Contate a Enfermeira e/ou Médica

Elaborado por  
Paula Catela

Centro de Saúde de Ponte de Sôr  
Contacto: 24292000

*Ter um estoma não deve alterar a sua vida diária. É importante cuidar sozinho da sua estomia para ter uma vida independente.*

#### Higiene pessoal



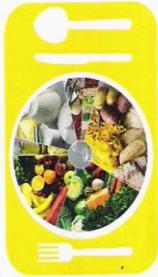
*Pode tomar banho com ou sem a dispositivo (material que não deixa passar a água e seca facilmente com toalha). Se tomar o dispositivo coloque um adesivo sobre o filtro para não se molhar e perder as propriedades. Atenção à água quente.*

#### Vestuário



*Não use cintas e elásticas sobre o estoma. Pode usar suspensórios. Pode usar cinta ou faixa com enfição para o estoma, sem apertar.*

#### Alimentação



*Faça uma alimentação variada e equilibrada (5-6 refeições). Os alimentos novos devem ser comidos em pequena quantidade. Beba 2l água/dia. Aumentar quando os dias forem muito quentes e se transpirar muito.*

#### Atividade profissional:



*Pode voltar ao trabalho após 6 a 8 semanas. Não deve levantar pesos (> 20 Kg) pois pode ter complicações (hérnia).*

#### Desporto/divertimento:



*Saia de casa, esteja com a família e amigos. Pode ir à praia, nadar. Não deve praticar judo, Judo-tê, boxe e nãquebi.*

#### Viagens:



*Quando viaje leve o material que necessita (em maior quantidade). Pode levar as referências do material. Se viajar de avião leve o material na bagagem junto de si (Por vezes há perda de bagagem). Deve tomar uma refeição ligeira antes de partir.*

#### Sexualidade



*As alterações da sexualidade podem estar relacionadas com a operação mas, na maior parte das vezes, está*

## APÊNDICE VII

Artigo de divulgação

Publicada por SÔR SAÚDE em 04:16 0 comentários

Reacções: divertido (0) interessante e fantástico (0)

QUINTA-FEIRA, 3 DE FEVEREIRO DE 2011

## “VIVER.COL”



Existem em Portugal, segundo a Associação Portuguesa de Ostomizados, entre 10 e 15 mil pessoas portadoras de ostomia.

As palavras ostomia, ostoma, estoma ou estomia são de origem grega (stóma, -atos “boca, abertura”), cujo

significado é pequeno orifício, poro, abertura ou boca. Deste modo, através de um acto cirúrgico, procede-se à abertura de um órgão, formando uma boca que passa a ter contacto com o meio externo para eliminação de fezes e/ou urina. Conforme o segmento exteriorizado, as ostomias recebem nomes diferentes: no intestino grosso = cólon = colostomia, no intestino delgado = íleon = ileostomia, no aparelho urinário = urostomia. A realização de uma ostomia pode ser decorrente de várias causas:

- Pólipos ou adenomas no cólon (tumores benignos, parecidos com verrugas que se desenvolvem na parede interna do cólon e recto). Cerca de 60% dos pólipos do intestino são adenomas, os quais apresentam potencial para malignização.
- Doença de Crohn: inflamação crónica no aparelho digestivo (que vai desde a boca ao ânus), concentrando-se especialmente nos intestinos.
- Tumor do cólon: tem sempre início numa lesão benigna que vai evoluindo, lentamente, até transformar-se num tumor maligno.

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização de uma ostomia acarreta uma série de alterações na vida do indivíduo, tais como: necessidade de realização do auto cuidado ao estoma, aquisição de material apropriado assim como manuseamento do mesmo, adequação alimentar, perda do controle da eliminação intestinal ou vesical, eliminação de odores, alteração da imagem corporal, bem como alteração das actividades sociais, sexuais e quotidianas.

O impacto resulta, muitas vezes, em sentimentos negativos como sentimento de perda, não-aceitação, falta de privacidade, inutilidade, desgosto, depressão, isolamento, alterações na vida sexual.

É essencial que os enfermeiros tenham uma preocupação crescente face à melhoria dos cuidados que prestam, enfatizando a interacção entre a humanização e a excelência. Para atingir estes objectivos é fundamental personalizar o atendimento do doente e família. É importante considerar a pessoa portadora de ostomia como um todo, numa perspectiva holística, não esquecendo que a sua reabilitação não

estará completa sem que os problemas relativos às suas dimensões física, emocional, sexual, social e psicológica estejam identificados e resolvidos.

Para o Enfermeiro o cuidado desses indivíduos objectiva o reiniciar da sua vida, a manutenção das suas actividades sociais, familiares, interpessoais e de lazer, anteriores à cirurgia. Inserir-lo novamente na sociedade, ajudá-lo a identificar e ultrapassar os obstáculos que envolvem dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Pretende-se que a pessoa portadora de ostomia alcance uma melhor qualidade de vida, de bem-estar e de autonomia.

A Estomatoterapia é uma competência na área de enfermagem que pretende ajudar a pessoa a viver com uma ostomia, com melhor qualidade de vida e autonomia no ambiente familiar, laboral e social.

O Centro de Saúde de Ponte de Sôr fornece, gratuitamente, o material necessário ao auto-cuidado, às pessoas portadoras de ostomia inscritas. Actualmente, está a desenvolver um projecto de acompanhamento a pessoas portadoras de ostomia cujo

objectivo é que a pessoa portadora de ostomia seja acompanhada e cuidada, sempre que possível, no seu ambiente sócio familiar. O horário e local de atendimento serão divulgados posteriormente.

Enfermeira Paula Catela Belo

# Projecto de acompanhamento de pessoas portadoras de ostomia "VIVER. col"

**POR ENFERMEIRA PAULA CATELA BELO**  
CENTRO DE SAÚDE DE PONTE DE SÓR

**E**xistem em Portugal, segundo a Associação Portuguesa de Ostomizados, entre 10 e 15 mil pessoas portadoras de ostomia.

As palavras ostomia, ostoma, estoma ou estomia são de origem grega (stóma, - atos "boca, abertura"), cujo significado é pequeno orifício, poro, abertura ou boca. Deste modo, através de um acto cirúrgico, procede-se à abertura de um órgão, formando uma boca que passa a ter contacto com o meio externo para eliminação de fezes e/ou urina. Conforme o segmento exteriorizado, as ostomias recebem nomes diferentes: no intestino grosso = cólon = colostomia, no intestino delgado = ileon = ileostomia, no aparelho urinário = urostomia. A realização de uma ostomia pode ser decorrente de várias causas:

- **Pólipos ou adenomas no cólon**

(tumores benignos, parecidos com verrugas que se desenvolvem na parede interna do cólon e recto). Cerca de 60% dos pólipos do intestino são adenomas, os quais apresentam potencial para malignização.

- **Doença de Crohn:** inflamação crónica no aparelho digestivo (que vai desde a boca ao ânus), concentrando-se especialmente nos intestinos.

- **Tumor do cólon:** tem sempre início numa lesão benigna que vai evoluindo, lentamente, até transformar-se num tumor maligno. Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização de uma ostomia acarreta uma série de alterações na vida do indivíduo, tais como: necessidade de realização do auto cuidado ao estoma, aquisição de material apropriado assim como manuseamento do mesmo, adequação alimentar, perda do controlo da eliminação intestinal ou vesical, eliminação de odores, alteração da imagem corporal, bem como alteração das actividades sociais, sexuais e quotidianas.

O impacto resulta, muitas vezes, em sentimentos negativos como sentimento de perda, não-aceitação, falta de privacidade, inutilidade, desgosto, depressão, isolamento, alterações na vida sexual. É essencial que os enfermeiros tenham uma preocupação crescente face à melhoria dos cuidados que prestam, enfatizando a interacção entre a humanização e a excelência. Para atingir estes objectivos é fundamental personalizar o atendimento do doente e família. É importante considerar a pessoa portadora de ostomia como um todo, numa perspectiva holística, não esquecendo que a sua reabilitação não estará completa sem que os problemas relativos às suas dimensões física, emocional, sexual, social e psicológica estejam identificados e resolvidos.

Para o Enfermeiro o cuidado desses indivíduos objectiva o reiniciar da sua vida, a manutenção das suas actividades sociais, familiares, interpersonais e de lazer, anteriores à cirurgia. Inserir-lo novamente na

sociedade, ajudá-lo a identificar e ultrapassar os obstáculos que envolvem dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Pretende-se que a pessoa portadora de ostomia alcance uma melhor qualidade de vida, de bem-estar e de autonomia.

A Estomatologia é uma competência na área de enfermagem que pretende ajudar a pessoa a viver com uma ostomia, com melhor qualidade de vida e autonomia no ambiente familiar, laboral e social. O Centro de Saúde de Ponte de Sôr fornece, gratuitamente, o material necessário ao auto-cuidado, às pessoas portadoras de ostomia inscritas. Actualmente, está a desenvolver um projecto de acompanhamento a pessoas portadoras de ostomia cujo objectivo é que a pessoa portadora de ostomia seja acompanhada e cuidada, sempre que possível, no seu ambiente sócio familiar. O horário e local de atendimento serão divulgados posteriormente.

## APÊNDICE VIII

Cartaz de divulgação

# “VIVER.col”

Consulta de atendimento a  
pessoas portadoras de ostomia

O que é uma ostomia?  
Ostomia é uma abertura na parede abdominal (feita através de uma cirurgia) que se chama ESTOMA pelo qual se dá a saída de fezes ou de urina para o exterior.



Provoca alterações :  
imagem corporal ,  
auto estima,  
actividades  
sociais,  
quotidiano ,  
sexualidade.

**OBJECTIVO:** Que a pessoa portadora de ostomia alcance uma melhor qualidade de vida, de bem-estar e de autonomia.

**Horário de Atendimento:**  
3ª feiras das 14 às 16h.  
(Enf.ª Paula Catela  
Enf.ª Lurdes Ribeiro)

Elaborado por  
Paula Catela  
Aluna Mestrado  
Enfermagem Comunitária

## APÊNDICE IX

Avaliação das sessões através de uma Escala de Likert

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**Tema:** Cuidados a pessoas portadoras de ostomia

**Local:** Centro de Saúde de Ponte de Sôr

**Data:** 07/01/11

Numa escala de 1 a 5 faça uma avaliação desta sessão, sendo que 1 discorda plenamente e 5 concorda plenamente.

Marque com um X o seu grau de concordância para cada uma das frases abaixo.

### 1 - Considera que esta sessão foi importante?

--	--	--	--	--

Discorda                  Discorda                  Não concorda                  Concorda                  Concorda  
plenamente                                  nem discorda                                  plenamente

### 2 - Considera que ficou mais esclarecido em relação às dúvidas que tinha sobre os cuidados a ter com o estoma?

--	--	--	--	--

Discorda                  Discorda                  Não concorda                  Concorda                  Concorda  
plenamente                                  nem discorda                                  plenamente

### 3 - Considera importante a realização de outras sessões como esta?

--	--	--	--	--

Discorda                  Discorda                  Não concorda                  Concorda                  Concorda  
plenamente                                  nem discorda                                  plenamente

**4 - Considera que a prelectora foi explícita na forma como apresentou o tema?**

Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente

**5 - Considera que a prelectora demonstrou conhecimentos acerca do tema?**

Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente

Obrigado pela colaboração dispensada

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**Tema:** Cuidados a pessoas portadoras de ostomia

**Local:** Lar de S. José – Lar da Santa Casa da Misericórdia de Montargil

**Data:** 03/02/11

Numa escala de 1 a 5 faça uma avaliação desta sessão, sendo que 1 discorda plenamente e 5 concorda plenamente.

Marque com um X o seu grau de concordância para cada uma das frases abaixo.

### 1 - Considera que esta sessão foi importante?

--	--	--	--	--

Discorda                  Discorda                  Não concorda                  Concorda                  Concorda  
plenamente                                  nem discorda                                  plenamente

### 2 - Considera que ficou mais esclarecido em relação às dúvidas que tinha sobre os cuidados a ter com o estoma?

--	--	--	--	--

Discorda                  Discorda                  Não concorda                  Concorda                  Concorda  
plenamente                                  nem discorda                                  plenamente

### 3 - Considera importante a realização de outras sessões como esta?

--	--	--	--	--

Discorda                  Discorda                  Não concorda                  Concorda                  Concorda  
plenamente                                  nem discorda                                  plenamente

**4 - Considera que a prelectora foi explícita na forma como apresentou o tema?**

Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente

**5 - Considera que a prelectora demonstrou conhecimentos acerca do tema?**

Discorda plenamente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda plenamente

Obrigado pela colaboração dispensada

## APÊNDICE X

Acta Reunião com elementos de referência do CHMT, EPE

## ACTA DE REUNIÃO DE ENFERMAGEM

Ao 1º dia do mês de Março do ano de dois mil e onze, pelas doze horas, foi realizada uma reunião de enfermagem na Consulta de Ostomizados (Hospital de Dia) da Unidade de Abrantes do Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E., na qual se encontraram presentes:

- Enfermeiro Jorge Lains, Enfermeiro-chefe do Hospital de Dia; .....
- Enfermeira Natália Gonçalves, enfermeira da Cirurgia II; .....
- (É da responsabilidade de ambos o Atendimento dos Utentes Ostomizados do CHMT – Unidade de Abrantes, às 3ªs feiras das 9.00 às 16.00h). .....
- Enfermeira Paula Belo, Enfermeira do CS de Ponte de Sôr, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária. ....

A Ordem de trabalhos apresentada pela Enfermeira Paula, foi a seguinte: .....

- 1 – Breve apresentação do seu Projecto que visa implementar uma Consulta de atendimento a pessoas portadoras de ostomia no Centro de Saúde de Ponte de Sôr, denominado “Viver.col”; .....
- 2 – A necessidade de melhoria da articulação entre a Unidade de Abrantes do CHMT e o Centro de Saúde de Ponte de Sôr relativamente às pessoas portadoras de ostomia que provêm dessa Unidade; .....
- 3 – Apresentação, numa folha, de tópicos considerados importantes; .....
- 4 - Outros assuntos. ....

A Enfermeira Paula informou os Enfermeiros Jorge e Natália que tem um projecto de implementação de uma consulta de atendimento às pessoas portadoras de ostomia no concelho de Ponte de Sôr. Saliu que o motivo principal da reunião se prende com a necessidade de existir um documento de referência que permita uma articulação concreta entre o Hospital de Abrantes e o Centro de Saúde de Ponte de Sôr, dado a maioria dos seus ostomizados serem provenientes deste Hospital. ....

Após análise destes dados, constata-se que os dados referidos estão integrados na “Referência de Enfermagem” que lhe foi facultada. Nesse Impresso que foi construído no Distrito de Santarém com a participação dos Enfermeiros dos quatro Hospitais e os vinte e um Centros de Saúde nele existentes, constam elementos sob a forma permanente (fechada) e os outros cabem na Avaliação de Enfermagem onde devem ser

colocados os elementos diagnósticos e nas observações onde devem ser escritas as especificações, tais como as sugeridas pela Enfermeira Paula. ....

Os Enfermeiros Jorge e Natália comprometeram-se a transmitir esta informação e os resultados desta reunião à Enfermeira Idalina Belo, elemento do serviço de Cirurgia I que já integrou a Consulta de Ostromizados, faz com ela uma ponte mas não pôde estar presente. O Enfermeiro Jorge admitiu ainda poder conversar com as chefias dos Serviços de Cirurgia. A Enfermeira Natália reforçou a ideia de ao nível pessoal na Consulta, poder colaborar mas não ter condições para se responsabilizar pelo envolvimento dos restantes elementos do seu serviço. ....

Foi ainda discutida a melhor forma de troca de informações em tempo real, concluindo-se que o contacto telefónico será provavelmente a via mais viável para o conhecimento prévio e para as situações problemáticas momentâneas. ....

Salienta-se que a criação de qualquer documento para circular como oficial dentro do CHMT carece de um processo técnico muito complexo e necessita ainda de aprovação superior. ....

Sendo claro que os Ostromizados saem com um dispositivo do Hospital e a saber dominá-lo mas a opção definitiva dos seus dispositivos e acessórios só pode acontecer posteriormente pois o processo de experimentação para opção definitiva cabe à Consulta de Ostromizados no Hospital para onde todos são referenciados. ....

Sem outro assunto a abordar foi dada por terminada a reunião da qual foi lavrada a presente acta e cujos presentes assinaram após a sua leitura. ....

  
.....  
(Jorge Lains)

  
.....  
(Natália Gonçalves)

  
.....  
(Paula Belo)

## APÊNDICE XI

Proposta de folha de articulação

FOLHA DE ARTICULAÇÃO HOSPITAL-CENTRO DE SAÚDE  
PESSOA PORTADORA DE OSTOMIA

SERVIÇO CIRURGIA

CIRURGIA I

CIRURGIA II

IDENTIFICAÇÃO

NOME .....  
IDADE ..... SEXO MASCULINO ..... SEXO FEMININO .....  
MORADA .....

DIAGNÓSTICO ..... TIPO DE CIRURGIA .....

OSTOMIA

LOCALIZAÇÃO à direita ..... à esquerda ..... bilateral .....

TIPO

Colostomia ..... transversa ..... em ansa .....  
Sigmóide ..... Terminal ....  
Ileostomia .....  
Urostomia .....  
Nefrostomia .....

DURAÇÃO Temporária ..... Definitiva .....

ESTOMA/ZONA PERIESTOMAL

ASPECTO DA PELE S/ Alterações ..... Ruborizada ..... Macerada ....

ESTOMA

COR Rosa .... Vermelho ..... Outra .....

TIPO Saliente ..... Raso ..... Invaginado .....

TAMANHO .....mm

TIPO DISPOSITIVO

....1 PEÇA/... 2 PEÇAS Opaco ..... Transparente .....  
Drenável .... Não Drenável .....

Diâmetro da Placa .....mm

ENSINOS

MUDANÇA DISPOSITIVO: 1 - Cortar dispositivo; 2 - Retirar dispositivo; 3 - Higiene do estoma/cuidados com a pele; 4 - Aplicar dispositivo

DIFICULDADES: .....(colocar número correspondente)

OBSERVAÇÕES

DATA PROVÁVEL DA ALTA  
RÚBRICA

DATA



# CHMT

CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.  
UNIDADE ABRANTES

Nº Processo

Masculino

Data Nasc: ( anos)

## REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Admissão no hospital: Alta: Serviço (que referencia): *Cirurgia I*

Avaliação de Enfermagem:

Estado de Consciência: Alterações:

Comunicação: Alterações:

Visão: Diminuída  Compensada  Invisual  Audição: Diminuída  Compensada  Surdez

### NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA

Higiene e Conforto: Independente  Dependente: *Parcial*  *Total*  Cuidados especiais:

Alimentação: Independente  Dependente: *Parcial*  *Total*  Dieta:

Obs.:

SNG n.º Motivo: Temporária  Definitiva

Mudar após: Enf.  Médico  Centro de Saúde  Hospital  Serviço:

Eliminação: Independente  Dependente: *Parcial*  *Total*

Alteração do controlo dos esfíncteres: Vesical:  Anal:  Dispositivo Urinário  Fralda

Algália n.º Tipo: Enf.  Médico  Centro de Saúde  Hospital  Serviço:

Hábitos Intestinais/ Alterações:

Ostomizado:  Tipo: Temporário:  Definitivo:

Movimentação: Independente  Supervisão  Dependente: *Parcial*  *Total*

Auxiliares de Marcha: Bengala  Canadianas  Pirâmide  Andarilho  Cadeira de rodas

Outros: Alternar decúbitos de:

Cuidados especiais:

Equipamento cedido pelo serviço social:

Integridade cutânea:

Penso: Diário  Dias alternados  Outro  Centro de Saúde  Hospital

Modo de executar:

Terapêutica:

Cuidados especiais:

Orientação/ensino: Apto(a) a cuidar: Próprio  Família/Substituto  Dificuldades:

Pedida colaboração: Centro Saúde  S. Social  IPSS  Outros

Observações

Próxima Consulta de:

Data:

Hora:

Data: 11-03-2011 Assinaturas do(a) Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_

## APÊNDICE XII

Folhas de registo das visitas domiciliárias

## Folha de registo inicial de Enfermagem

(Pessoa portadora de ostomia)

Nome: .....

Morada: .....

Nº Processo: .....

Médico de Família: .....

Diagnóstico: .....

Tipo de Cirurgia: .....Hospital: .....

### Ostomia

Localização:	à direita	à esquerda	bilateral
Tipo:	colostomia	ileostomia	urostomia
Duração:	Temporária	Definitiva .....	

### Estoma/Zona periestomal

Aspecto da pele:	S/ Alterações	Ruborizada	Macerada
Estoma:	Rosa	Vermelho	Outra
Cuidados habituais:	.....		
Quem realiza os cuidados:	.....		

### Complicações

Edema	Úlcera	Granulomas	Estenose
Hemorragia	Abcesso	Isquémia	Outra
Dermatite contacto	Hérnia	Prolapso	
Dermatite alérgica	Infecção	Retracção	

Quem cuida:

Próprio

Familiar

Cuidador

## Folha de registo contínua de Enfermagem

(Pessoa portadora de ostomia)

Nome:

Morada:

Nº Processo:

Médico de Família

### Estoma/Zona periestomal

Aspecto da pele:	S/ Alterações	Ruborizada	Macerada
Estoma:	Rosa	Vermelho	Outra
Cuidados habituais:	.....Próprio	Familiar	Cuidador

### Complicações

Edema	Úlcera	Granulomas	Estenose
Hemorragia	Abcesso	Isquémia	Outra

### Mudança do dispositivo (Ensino)

Retirar dispositivo ..... (Data)

Higiene do estoma e zona/periestomal ..... (Data)

Observação do estoma .....(Data)

Recortar o dispositivo .....(Data)

Aplicar dispositivo .....(Data)

### Auto-cuidado (Ensino)

Higiene corporal: Sim..... Não.....

Vestuário: Sim..... Não .....

Actividade física: Sim..... Não .....

Actividade recreativa: Sim..... Não .....

Actividade sexual: Sim ..... Não .....

## APÊNDICE XIII

Escala de Qualidade de Vida de Flanagan

### Escala de Qualidade de Vida de Flanagan – EQVF

A escala EQVF busca avaliar a qualidade de vida utilizando as seguintes expressões lingüísticas:

 ← ————— →  ————— → 

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Indiferente	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

Às expressões lingüísticas são atribuídos escores numa faixa de 1 a 7 pontos, conforme indicado acima. Responda cada um dos itens abaixo assinalando o escore que indica seu grau de satisfação em relação aos seguintes aspectos de sua vida:

 ← ————— → 

Qual a sua satisfação em relação a:	1	2	3	4	5	6	7
1. Conforto Material: casa, alimentação, situação financeira.							
2. Saúde: fisicamente bem e vigoroso(a).							
3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda.							
4. Constituir família: ter e criar filhos.							
5. Relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante.							
6. Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões.							
7. Voluntariamente, ajudar e apoiar a outras pessoas.							
8. Participação em associações e atividades de interesse público.							
9. Aprendizagem: freqüentar outros cursos para conhecimentos gerais.							
10. Auto-conhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações.							
11. Trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante que vale a pena.							
12. Comunicação criativa.							
13. Participação em recreação ativa.							
14. Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos.							
15. Socialização: "fazer amigos".							

**Dados pessoais:**

Idade: \_\_\_\_\_ anos. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino.

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Casado/Vive Maritalmente.

Atualmente você reside na mesma cidade que morava antes de iniciar este curso? ( ) Não ( ) Sim.

Há quantos meses você está matriculado neste curso? \_\_\_\_\_ meses.

Em quantos créditos você está matriculado atualmente? \_\_\_\_\_ créditos.

Graduação: Qual o curso que você fez? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses.

Você realizou outro Curso de Pós-Graduação? ( ) Não ( ) Sim.

Qual? ( ) Especialização (cite o mais recente). Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses.

( ) Mestrado. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses.

Atualmente você mora: ( ) com sua família ( ) sozinho ( ) com outras pessoas.

Além das atividades de estudante, você exerce outras atividades (remuneradas ou não)? ( ) Não ( ) Sim.

Quais? \_\_\_\_\_

Utilize o verso desta folha, se desejar, para falar sobre QUALIDADE DE VIDA PARA VOCÊ: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE XIV

Índice de Lawton

ÍNDICE DE LAWTON: ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AIVD)

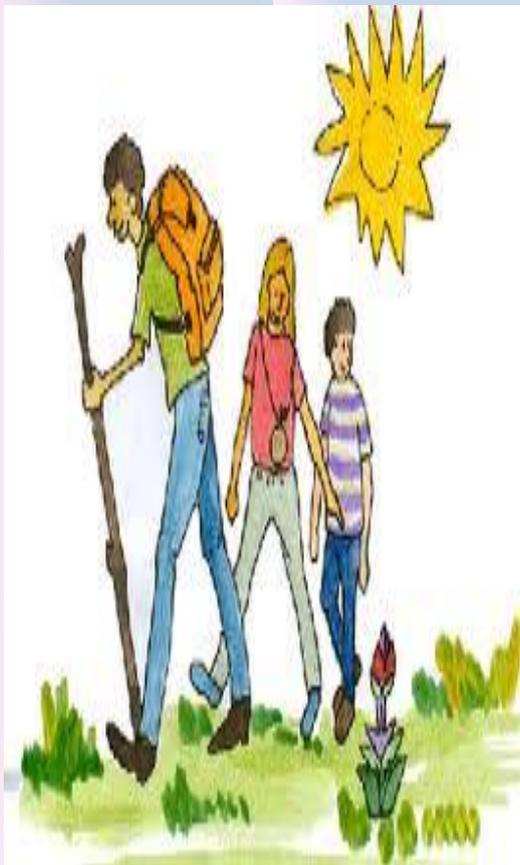
Actividades instrumentais da Vida diária	Itens	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo, excepto o trabalho pesado	2
	Só executa tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
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

## APÊNDICE XV

Cartaz de divulgação de actividade de lazer



# CAMINHADA pela Vida



5 de Março de 2011

**14 horas**

VENHA CONNOSCO

(Encontro junto à entrada  
do Centro de Saúde)

Projecto “Viver.col”

## APÊNDICE XVI

Consentimento informado

## Formulário de consentimento informado

Exmo. (a) Sr. (a)

O presente questionário destina-se à recolha de dados, imprescindíveis para a realização de um levantamento das necessidades da população portadora de ostomia para realizar o Projecto de implementação de consulta de acompanhamento de utentes ostomizados e cuidadores, enquanto aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora.

Todas as informações são confidenciais e sigilosas.

A sua colaboração é essencial de forma a atingir os objectivos propostos, pelo que agradeço que responda a todas as questões.

Para formalizar o seu consentimento livre e informado, solicito que assinale com uma cruz o quadrado seguinte

Fui informado dos objectivos e âmbito do questionário e aceito participar no mesmo

Grata pela colaboração,

A aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária

## APÊNDICE XVII

Cronograma de actividades







## APÊNDICE XVIII

Pedido de aprovação para implementação da consulta de acompanhamento de pessoas portadoras de ostomia e respectivo horário de funcionamento

Projecto de acompanhamento de pessoas portadoras de ostomia: “VIVER.col”

## **1 - Identificação**

**Designação:** “VIVER.col”

**Entidade Promotora:** Centro de Saúde de Ponte de Sôr

**Responsável pelo Projecto:** Enfermeira Graduada, com Especialidade em Enfermagem Comunitária – Paula Filomena Santos de Castro Galveias Catela Belo

## **2 - Fundamentação**

Existem em Portugal, segundo a Associação Portuguesa de Ostomizados, entre 10000 e 15000 pessoas portadoras de ostomia.

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização de uma ostomia acarreta uma série de alterações na vida do indivíduo, tais como: necessidade de realização do auto cuidado, aquisição de material apropriado assim como manuseamento do mesmo, adequação alimentar, perda do controle da eliminação intestinal ou vesical, eliminação de odores, alteração da imagem corporal, bem como alteração das actividades sociais, sexuais e quotidianas.

O impacto resulta, muitas vezes, em sentimentos negativos como sentimento de perda, não-aceitação, falta de privacidade, inutilidade, desgosto, depressão, isolamento, alterações na vida sexual.

Para o Enfermeiro o cuidado desses indivíduos objectiva o reiniciar da sua vida, a manutenção das suas actividades sociais, familiares, interpessoais e de lazer, anteriores à cirurgia.

A Estomaterapia é uma competência na área de enfermagem que pretende ajudar a pessoa a viver com uma ostomia, vivendo uma melhor qualidade de vida e autonomia no ambiente familiar, laboral e social.

Segundo António Cabral, Presidente da Associação Portuguesa de Ostomizados: *“Os Centros de Saúde deveriam ter técnicos de enfermagem com formação de Estomaterapia para que pudesse ser dado ao doente, e até familiares, todo o apoio, tendo em vista a sua nova situação e integração no seu meio social”*.

Pretende-se uma concretização, da teoria à prática, de forma à criação de uma unidade de acompanhamento de pessoas portadoras de ostomia no Centro de Saúde de Ponte de Sôr.

## **3- População alvo**

Os destinatários são todos os utentes abrangidos pelo Centro de Saúde de Ponte de Sôr portadoras de ostomia (colostomias, urostomias, ileostomias, nefrostomias). Como população alvo incluem-se também as famílias/cuidadores destes utentes.

## **4- Objectivo geral**

Proporcionar maior apoio à pessoa portadora de ostomia e cuidadores de forma a alcançar uma melhor qualidade de vida e autonomia nos seus cuidados.

#### 4.1- Objectivos específicos

- Implementar consulta de Enfermagem a pessoas portadoras de ostomia e cuidadores;
- Identificar precocemente as pessoas portadoras de ostomia de forma a programar e realizar visitas domiciliárias (1ª - 48h após alta hospitalar; 2ª - 1ª semana; 3ª – mensal – consoante necessidade);
- Acolher as pessoas portadoras de ostomia e cuidadores em atendimento próprio, com privacidade, de forma a responder a dúvidas e realizar ensinios sobre como viver com uma ostomia, promovendo autonomia e auto-cuidado e prevenindo complicações;
- Adquirir material necessário de estomaterapia (dispositivos e acessórios) para apresentar à pessoa portadora de ostomia e cuidadores de forma à obtenção de uma melhor qualidade de vida;
- Aplicar Escala de Qualidade de Vida de Flanagan;
- Proporcionar encontros entre pessoas portadoras de ostomia de forma a prevenir o isolamento social.
- Orientar a nível de recursos existentes, incluindo comparticipações, benefícios fiscais;
- Detectar complicações e encaminhá-las, quando necessário.

#### 5- Objectivo, intervenções, indicadores de avaliação e Metas a atingir

Objectivos	Intervenções	Indicadores	Meta
Identificar precocemente as pessoas portadoras de ostomia	<ul style="list-style-type: none"><li>- Criação de lista de pessoas portadoras de ostomia desde o primeiro contacto (registos através do SAPE);</li><li>- Criação de protocolo de referenciação com os Cuidados de Saúde Diferenciados (elemento de referência) de forma a identificar precocemente as pessoas portadoras de ostomia;</li></ul>	Nº de pessoas portadoras de ostomia c/ resposta inferior a 48h após referenciação/ Nº total de pessoas portadoras de ostomias em programa x100	90%

<p>Divulgar o atendimento a pessoas portadoras de ostomia da área de abrangência do Centro de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acessibilidade do Atendimento através de informação na entrada do Centro de Saúde e junto à sala de uso para o efeito.</li> <li>-Divulgação do Atendimento a todos os profissionais do Centro de Saúde (equipa de enfermagem, equipa médica, administrativos e auxiliares).</li> <li>- Criação de cartaz informativo sobre o atendimento/Horário, a divulgar na instituição e nos Hospitais de referência.</li> <li>- Informação sobre o Atendimento no Jornal Ecos do Sôr.</li> </ul>	<p>Nº total de Pessoas portadoras de ostomia que recorrem ao Atendimento /Nº total de Pessoas portadoras de ostomia em programa x100</p>	<p>50%</p>
<p>Promover autonomia e auto cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar conhecimentos sobre ostomia e equipamento através de sessões de esclarecimento;</li> <li>- Contacto com os laboratórios e recepção de amostras de material (dispositivos, acessórios e material para tratamentos);</li> <li>- Criação de material informativo ao utente sobre os cuidados em estomaterapia e as principais dúvidas.</li> </ul>	<p>Nº total de Pessoas portadoras de ostomia que assistem às sessões /Nº total de Pessoas convocadas x100</p> <p>Nº total de Pessoas portadoras de ostomia que se auto-cuidam /Nº total de Pessoas portadoras de ostomia em programa x100</p>	<p>75%</p>
<p>Promover Qualidade de Vida</p>	<p>Aplicação de escala de Qualidade de Vida de Flanagan a todas as pessoas portadoras de ostomia (Inicio e 1 ano após o atendimento)</p>	<p>Nº total de pessoas portadoras de ostomia a quem foi aplicada a escala de Qualidade de vida de Flanagan/ Nº total de Pessoas portadoras de ostomia em programa x100</p>	

		Nº total de Pessoas portadoras de ostomia satisfeitos /Nº total de Pessoas portadoras de ostomia em programa x100	75%
Prevenir Isolamento Social	Promoção de actividades de lazer: -Passeios -Caminhadas; -Festas; -Encontros regionais;	Nº total de Pessoas portadoras de ostomia participantes nas actividades/Nº total de Pessoas portadoras de ostomia convocadas x100	50%
Normalizar os cuidados em estomaterapia	- Criação de manual de procedimentos de acordo com as práticas utilizadas em Gabinete de Estomaterapia;  - Frequência de curso de competências do Gabinete de Estomaterapia do IPO Coimbra;  - Encaminhamento de situações que necessitem de cuidados mais especializados para a instituição hospitalar que acompanha a situação do utente, sempre que possível através da unidade de estomaterapia dessa instituição.	Nº de encaminhamentos efectuados/ Nº de situações detectadas em pessoas portadoras de ostomia x100	50%

## 6- Recursos, custos e benefícios

### 6.1- Recursos físicos disponíveis

Quanto à sala solicita-se que seja utilizada a sala de tratamentos, à 3ª feira à tarde, das 14 às 16h por ser o período de menor fluxo de actividades na mesma. Aqui serão realizados os ensinamentos e cuidados ao estoma.

Existe marquês, água canalizada, material de tratamentos, contentor de lixo, janelas para arejamento, computador para registos.

## **6.2 - Recursos necessários para além dos disponíveis na sala, referidos no ponto anterior**

### **6.2.1- Recursos físicos**

- Um armário para colocação de material de estomaterapia (que serão fornecidos, através de alguns laboratórios para demonstração às pessoas portadoras de ostomia);
- Cartão de visita ou panfleto de apresentação do Atendimento, também a distribuir no Hospital Dr. José Maria Grande e no Centro Hospitalar Médio Tejo;
- Stock de compressas tecido-não tecido
- Gel pH neutro
- Sacos pequenos pretos
- Espelho de corpo inteiro

### **6.2.2- Recursos humanos necessários**

Devem estar dois enfermeiros envolvidos neste projecto, embora não seja necessário actuarem conjuntamente. No entanto é essencial a continuação do projecto mesmo em alturas de férias ou possíveis faltas.

### **6.3- Custos e benefícios**

Não há necessidade de investimento financeiro, não existindo custos.

Quanto aos benefícios salienta-se a melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia e cuidadores, com a promoção da autonomia e ensinamentos sobre como viver com uma ostomia. Diminuição de encaminhamentos desnecessários, identificação precoce de situações que requerem actuação especializada e prevenção dessas mesmas situações. Aumento da articulação entre centro de saúde e instituições hospitalares, de forma a aumentar ganhos em saúde para a pessoa portadora de ostomia, como a acessibilidade de cuidados, a equidade e eficiência na prestação de cuidados.



## APÊNDICE XIX

Acta da reunião de Enfermagem (nomeação elemento)

## ACTA DE REUNIÃO DE EQUIPA ENFERMAGEM

Aos 15 dias do mês de Janeiro do ano de dois mil e onze, pelas dezasseis horas, foi realizada a reunião mensal da Equipa de Enfermagem. Encontravam-se presentes 90 % dos profissionais que desempenham funções no Centro de Saúde de Ponte de Sor.

De entre a ordem de trabalho importa realçar os seguintes aspectos:

- Informação à Equipa de Enfermagem relativamente ao facto das Enfermeiras Paula Belo e Lurdes Ribeiro se encontrarem a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária;
- Apresentação dos projectos em desenvolvimento pelas duas colegas;

A Enfermeira Paula apresentou o Projecto "Viver.col", que pretende a implementação de uma consulta de acompanhamento a pessoas portadoras de ostomia e os objectivos do mesmo. De forma a dar continuidade aos cuidados, em caso de ausência da responsável, por motivo de férias ou doença, salientou-se a necessidade de existirem dois elementos no atendimento a estas pessoas. Aos profissionais presentes foi solicitada colaboração e foi deliberado que a Enfermeira Lurdes Ribeiro seria o elemento a integrar a Equipa de atendimento a pessoas portadoras de ostomia no Centro de Saúde de Ponte de Sôr.

Terminados os assuntos agendados foi dada por terminada a reunião da qual foi lavrada a presente acta.

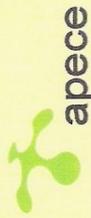
Enf.<sup>a</sup> Chefe

**Constança Matos**

*Constança Matos*  
*Paula Celeste*  
*Lurdes Ribeiro*

## APÊNDICE XX

Certificado de presença nas 4<sup>as</sup> Jornadas da APECE



Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatologia

## CERTIFICADO

Certifica-se que, Paula Filomena Santos de Castro Galveias Catela Belo, esteve presente nas 4<sup>as</sup> Jornadas da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatologia, que se realizaram nos dias 25 e 26 de Fevereiro de 2011, intituladas "Rumo ao Futuro", no Centro Cultural e de Congressos - Aveiro.

Aveiro, 26 de Fevereiro de 2011

PEL'A COMISSÃO ORGANIZADORA

*Ana Seixas*

A PRESIDENTE DA A.P.E.C.E.

*apece*

*[Signature]*

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatologia

Contribuinte N.º 507 223 438

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatologia  
Contribuinte n.º 507 223 438

## APÊNDICE XXI

Acta da reunião de Enfermagem IPO Coimbra

## ACTA DE REUNIÃO DE ENFERMAGEM

Aos 20 dias do mês de Novembro do ano de dois mil e dez, pelas dez horas e trinta minutos, foi realizada uma reunião de enfermagem no Gabinete de Estomaterapia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, na qual se encontraram presentes a Enfermeira Isabel Morais, responsável pelo dito Gabinete e a Enfermeira Paula Belo, Enfermeira a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária.

A Ordem de trabalhos foi a seguinte:

- Contacto directo com uma Unidade, de referência nacional, na área da Estomaterapia.
- Recolha de informações sobre o Gabinete de Estomaterapia, nomeadamente, dinâmica funcional, objectivos e protocolos de actuação.
- Outros assuntos.

A Enfermeira Paula, após as apresentações à Enfermeira Isabel Morais, informou-a dos objectivos da sua visita ao Gabinete de Estomaterapia, assim como referiu os objectivos do seu projecto, mediante mostra da Proposta do Projecto efectuada à Universidade de Évora.

Solicitou informação sobre o funcionamento do Gabinete de Estomaterapia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, tendo-lhe sido explicado o percurso da pessoa portadora de ostomia durante todo o processo na Instituição e os protocolos de actuação, com especial enfoque na articulação com os Cuidados de Saúde Primários.

Foi-lhe dado conhecimento da existência de um Projecto na área de Cuidados de Saúde Primários, com contornos idênticos ao que se propõe implementar, no Centro de Saúde de Marinha Grande, tendo sido disponibilizado o contacto da Enfermeira responsável pelo mesmo.

Foi abordada a vital importância da formação na área da Estomaterapia. Tendo conhecimento prévio da realização de cursos de formação, nesta área, promovidos pelo Instituto Português de Oncologia, manifestou o seu interesse em participar no mesmo.

Ficou o compromisso de que a realizar-se uma formação nesta área será contactada para frequentar a mesma.

Procedeu finalmente à visita das instalações do Gabinete de Estomaterapia (salas de atendimento e de tratamento), local de armazenamento dos diversos tipos de dispositivos.

Foram-lhe disponibilizados os contactos da linha verde dos diversos laboratórios existentes.

Sem outro assunto a abordar foi dada por terminada a reunião da qual foi lavrada a presente acta e cujos presentes assinaram após a sua leitura.

Josefaria Ribeiro Gomes Santos  
Paula Filomena Santos de Costa Galvez Celeste Belo

## APÊNDICE XXII

Contactos dos Laboratórios

