

Mariana da Vitória Costa

**A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A SUA IMPORTÂNCIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE  
DE VIDA DOS DOENTES COLOSTOMIZADOS**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009



Mariana da Vitória Costa

**A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A SUA IMPORTÂNCIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE  
DE VIDA DOS DOENTES COLOSTOMIZADOS**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2009

Mariana da Vitória Costa

**A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A SUA IMPORTÂNCIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COLOSTOMIZADOS - UMA AMOSTRA DA CONSULTA EXTERNA DE CIRURGIA – GABINETE DE ESTOMATERAPIA DE UM HOSPITAL DO GRANDE PORTO**

---

Mariana da Vitória Costa

Monografia apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de licenciada  
em Enfermagem.

Porto, 2009

## SUMÁRIO

A presente monografia insere-se no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, e o tema abordado foi “A Educação para a Saúde e a sua Importância para a Melhoria da Qualidade de Vida dos Doentes Colostomizados”.

Este estudo surgiu de uma problemática vivenciada em Ensinos Clínicos pela autora, após ter tido contacto com colostomizados, idealizando-se uma vida futura em enfermagem com ensinos nesta área, adequados às reais necessidades destes doentes.

A pesquisa bibliográfica efectuada permitiu a construção do quadro teórico desta monografia, no qual são abordados temas como: anatomofisiologia do intestino grosso, conceitos relativos à colostomia, conceitos relativos à Estomaterapia, ensinos de enfermagem ao doente colostomizado e a qualidade de vida relativa a estes doentes.

Encontrada a problemática de investigação, foi escolhido o método de abordagem quantitativo e um tipo de estudo descritivo simples e transversal, em que o instrumento de colheita de dados foi o questionário, através do método de administração pelo elo de ligação deste estudo.

O estudo foi realizado com base numa amostra de 30 colostomizados, que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um Hospital do Grande Porto, no período de 12 de Janeiro de 2009 a 31 de Março de 2009.

O tratamento dos dados obtidos foi efectuada mediante o recurso ao programa informático *SPSS for Windows*, versão 15.0, e na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva, através de medidas de tendência central. Desta análise verifica-se que os elementos da amostra são constituídos na sua maioria por elementos do sexo masculino, numa moda de idades entre 57 e os 67 anos.

Da análise dos dados salienta-se que mais de metade dos elementos constituintes da amostra foram submetidos à construção da colostomia devido a neoplasia do recto ou neoplasia do cólon.

Apurou-se neste estudo de investigação que os colostomizados inquiridos não foram, na sua totalidade, alvo de ensinamentos pré-operatórios, facto que levou a alguma inquietação por parte da autora, no que respeita às consequências que esta lacuna poderá causar na melhoria da qualidade de vida dos colostomizados pertencentes à amostra.

A avaliação dos ensinamentos, referentes ao período pré-operatório, por parte dos colostomizados inquiridos que os receberam, revelou-se favorável, no que respeita à sua opinião quanto à importância destes para a melhoria da sua qualidade de vida.

No que respeita aos ensinamentos preconizados para o período pós-operatório, concluiu-se que todos os indivíduos colostomizados, pertencentes à amostra, foram alvo de recepção destes ensinamentos, embora não se verificando uma constante na sua frequência.

A avaliação dos ensinamentos preconizados para o período pós-operatório e efectuada pelos indivíduos da amostra demonstrou-se bastante favorável no que se refere aos seguintes ensinamentos: higiene da colostomia, alimentação, material para a colostomia e o ensino sobre o vestuário. No que respeita aos restantes ensinamentos, as opiniões foram inconclusivas, pelo facto de se ter obtido classificações bastante dispersas, quanto à importância de cada ensinamento para a melhoria da qualidade de vida dos colostomizados da amostra.

Deste modo, pensa-se que a presente monografia permite, não só identificar os ensinamentos que são efectuados aos colostomizados, que frequentam esta consulta de Estomatoterapia, no pré e no pós-operatório, bem como a importância que estes ensinamentos possuem para a melhoria da sua qualidade de vida, mas também, contribuir para a melhoria da qualidade dos ensinamentos de enfermagem prestados nesta área. Por outro lado, esta monografia permitiu começar uma caminhada na área de investigação pela autora, ficando certo que muito mais haverá para trabalhar nesta área de estudo.

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

Gerhard Erich Boehme

## **Agradecimentos**

Uma investigação é sempre o resultado de um percurso de grande esforço, dedicação e disponibilidade de todos os seus intervenientes, não sendo nunca um trabalho individual.

Deste modo, no culminar deste trabalho, sente-se o dever e a necessidade de expressar os sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a realização desta monografia.

Em primeiro lugar, a todos os colostomizados intervenientes e em anonimato, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho de investigação.

À Enfermeira Estomaterapeuta que exerce funções na Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um Hospital do Grande Porto, Enfermeira Maria Manuel Castro, pela pronta ajuda, disponibilidade e compreensão que forneceu, por ter sido o elo de ligação deste estudo e pela orientação que ofereceu, fulcral para a elaboração desta monografia.

À minha família, principalmente aos meus pais e à minha irmã, ao meu namorado e a todos os meus amigos, pela paciência demonstrada para comportar e partilhar os momentos de maior ansiedade, estando sempre presentes.

A todos os professores que tive ao longo desta licenciatura, que tanto ensinaram pela troca de experiências de trabalho, de vida e de tantas outras vivências profissionais.

A todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, tiveram influência neste meu percurso de investigação e de crescimento

...o meu muito obrigada a todos!!!

## ÍNDICE

<b>I – INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>II – FASE CONCEPTUAL</b> .....	<b>19</b>
<b>1 – PROBLEMÁTICA, QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2 – MATRIZ TEÓRICA</b> .....	<b>21</b>
2.1 – ANATOMOFISIOLOGIA DO INTESTINO GROSSO .....	22
2.1.1 – <i>Anatomia do Intestino Grosso</i> .....	22
2.1.2 – <i>Secreções do Intestino Grosso</i> .....	24
2.1.3 – <i>Movimentos do Intestino Grosso</i> .....	25
2.2 – COLOSTOMIA .....	25
2.2.1 – <i>Conceito de Colostomia</i> .....	25
2.2.2 – <i>Etiologia e Factores Desencadeantes</i> .....	28
2.2.3 – <i>Complicações Precoces e Tardias</i> .....	28
2.2.4 – <i>Dispositivos para o Cuidado à Colostomia</i> .....	30
2.3 – ESTOMATERAPIA.....	33
2.4 – ENSINOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COLOSTOMIZADO .....	35
2.4.1 – <i>Ensinos de Enfermagem no Pré-Operatório</i> .....	36
2.4.2 – <i>Ensinos de Enfermagem no Pós-Operatório</i> .....	40
2.4.3 – <i>Avaliação dos Ensinos de Enfermagem</i> .....	44
2.4.4 – <i>Acompanhamento do Doente Colostomizado</i> .....	44
2.5 – QUALIDADE DE VIDA .....	45
2.5.1 – <i>Qualidade de Vida do Doente Colostomizado</i> .....	46
<b>III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>1 – ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>47</b>
<b>2 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>49</b>
2.1 – TIPO DE ESTUDO .....	49
2.2 – POPULAÇÃO .....	50
2.3 – AMOSTRA .....	50
2.4 – VARIÁVEIS .....	51

2.5 – MÉTODO E INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	52
2.6 – PRÉ-TESTE .....	53
2.7 – PREVISÃO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	53
2.8 – PREVISÃO DE RECURSOS MATERIAIS .....	55
2.9 – PREVISÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	55
<b>IV – FASE EMPÍRICA.....</b>	<b>56</b>
<b>1 – APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>56</b>
1.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM ESTUDO.....	57
1.2 – DESCRIÇÃO DOS ENSINOS REALIZADOS NO PRÉ E NO PÓS-OPERATÓRIO E A SUA IMPORTÂNCIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA.....	64
<b>2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>
<b>V – CONCLUSÃO.....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNCIDE I – TÉCNICA DE IRRIGAÇÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNCIDE II – NUTRIÇÃO DOS OSTOMIZADOS - ALIMENTOS QUE INFLUENCIAM A FUNÇÃO DIGESTIVA.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNCIDE III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>90</b>

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO AO GÉNERO, EM PERCENTAGEM (%) ..... 57

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO AO ESTADO CIVIL, EM PERCENTAGEM (%) ..... 58

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO AO RENDIMENTO MENSAL, EM PERCENTAGEM (%)..... 61

GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO À SUA PROVENIÊNCIA, EM PERCENTAGEM (%) ..... 61

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO À RECEPÇÃO DE INFORMAÇÃO, ANTES DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA, SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, EM PERCENTAGEM (%) ..... 64

GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO À RECEPÇÃO DE INFORMAÇÃO, DEPOIS DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA, SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, EM PERCENTAGEM(%)..... 69

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - NUTRIÇÃO DOS OSTOMIZADOS - ALIMENTOS QUE INFLUENCIAM A FUNÇÃO DIGESTIVA.....	95
TABELA 2 – PREVISÃO DE RECURSOS MATERIAIS .....	55
TABELA 3.A – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO AO GRUPO ETÁRIO, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%)......	57
TABELA 3.B - APRESENTAÇÃO DOS DADOS DE ACORDO COM MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL .....	57
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO ÀS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%)......	59
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO À PROFISSÃO, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%)......	59
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS EM RELAÇÃO À COABITAÇÃO, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%)......	62
TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO AO MOTIVO DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%)......	62
TABELA 8.A – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO AO TEMPO QUE POSSUEM A COLOSTOMIA, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%)......	63
TABELA 8.B - APRESENTAÇÃO DOS DADOS DE ACORDO COM MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL .....	63
TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS, QUE RECEBERAM INFORMAÇÃO ANTES DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, QUANTO AO LOCAL DE OBTENÇÃO DESSA INFORMAÇÃO, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%) .....	65
TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS, QUE RECEBERAM INFORMAÇÃO ANTES DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, QUANTO À PESSOA QUE FORNECEU ESSA INFORMAÇÃO, EM PERCENTAGEM (%) .....	65
TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS, QUE RECEBERAM INFORMAÇÃO ANTES DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, QUANTO ÀS ÁREAS DE CUIDADOS ENSINADAS, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%) .....	66
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS, QUE RECEBERAM INFORMAÇÃO ANTES DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, QUANTO À	

IMPORTÂNCIA, PARA A SUA QUALIDADE DE VIDA, DAS ÁREAS DE CUIDADOS ENSINADAS, EM PERCENTAGEM (%).....	67
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS, QUE RECEBERAM INFORMAÇÃO DEPOIS DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, QUANTO AO LOCAL DE OBTENÇÃO DESSA INFORMAÇÃO, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%) .....	69
TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS, QUE RECEBERAM INFORMAÇÃO DEPOIS DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, QUANTO À PESSOA QUE FORNECEU ESSA INFORMAÇÃO, EM PERCENTAGEM (%).....	70
TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS, QUE RECEBERAM INFORMAÇÃO DEPOIS DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, QUANTO ÀS ÁREAS DE CUIDADOS ENSINADAS, EM FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS (Fi) E EM PERCENTAGEM (%) .....	70
TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS, QUE RECEBERAM INFORMAÇÃO DEPOIS DA REALIZAÇÃO DA COLOSTOMIA SOBRE OS CUIDADOS A TER COM O ESTOMA, QUANTO À IMPORTÂNCIA, PARA A SUA QUALIDADE DE VIDA, DAS ÁREAS DE CUIDADOS ENSINADAS, EM PERCENTAGEM (%).....	72

## I – INTRODUÇÃO

A investigação científica, como sendo um processo metódico e sistemático, surge da imensa necessidade do Homem em analisar e procurar a resolução de diversos problemas, compreendendo desta forma o universo de fenómenos do mundo em que vive (Fortin, 1999).

No que respeita ao método de aquisição de conhecimentos, a investigação científica destaca-se por ser o método mais rigoroso e o mais aceitável, visto que assenta num processo racional, permitindo a obtenção de respostas para questões precisas que carecem uma investigação (Fortin, 1999).

No âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, foi proposta a elaboração de um trabalho monográfico como meio de obtenção do grau de licenciatura.

O principal objectivo da monografia consiste em desenvolver um tema numa área que a autora considere relevante e, principalmente, que seja do seu interesse, com o apoio de um professor mais vocacionado para a área de investigação pretendida. Nesta monografia, a orientação esteve a cargo da Professora Enfermeira Maria Manuel Castro.

Para a realização desta monografia, a autora elaborou os seguintes objectivos académicos, que passa a citar:

- Responder a uma exigência curricular;
- Aprofundar conhecimentos na área de investigação em enfermagem;
- Aplicar conhecimentos relativos à metodologia científica em investigação;
- Aprofundar conhecimentos sobre o tema escolhido.

A investigação em enfermagem incorpora um papel fulcral para o estabelecimento de uma base científica para conduzir a uma prática de cuidados responsável, fazendo parte integrante do dever da profissão (Fortin, 1999).

Surgindo com Florence Nightingale, enfatizando a promoção da saúde, prevenção da doença e o cuidado ao doente, a investigação em enfermagem iniciou, assim, o seu percurso, onde o objecto de investigação é o estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de conhecimentos próprios de enfermagem (Fortin, 1999).

Tendo em conta tudo o que foi escrito anteriormente, este trabalho de investigação foi desenvolvido numa área de grande interesse para a autora, cuja problemática surgiu de uma reflexão profunda, intranquilidade e preocupação a nível pessoal no que respeita aos ensinamentos de enfermagem efectuados aos doentes colostomizados e à contribuição destes ensinamentos para a melhoria da sua qualidade de vida. Esta problemática resultou de experiências vivenciadas pela autora com doentes colostomizados nos Ensinos Clínicos, realizados ao longo da licenciatura, idealizando-se uma vida futura em Enfermagem com ensinamentos nesta área, apropriados às reais necessidades destes doentes. Ao cuidar destes doentes a autora indagou-se sobre “Quais os ensinamentos realizados na educação para a saúde no pré e no pós-operatório dos doentes colostomizados e qual a importância que estes ensinamentos incorporam na melhoria da sua qualidade de vida?”. Esta questão inicial conduziu ao seguinte tema: “A Educação para a Saúde e a sua Importância para a Melhoria da Qualidade de Vida dos Doentes Colostomizados”.

Ao compreender os ensinamentos preconizados na educação para a saúde de enfermagem, no pré e no pós-operatório, aos doentes colostomizados e a respectiva importância que estes ensinamentos reflectem na melhoria da sua qualidade de vida, a autora espera, que no futuro exercício da sua profissão e no grande desejo de contactar com doentes colostomizados, melhorar a adaptação dos ensinamentos de enfermagem, de modo a actuar assertivamente e a adequar a educação para a saúde nesta área às reais necessidades de cada doente e da sua família/pessoas significativas, tendo em conta as suas características físicas, psíquicas e sociais.

Delineado o problema de investigação, tornou-se necessário formular as questões de investigação de forma a abordar a problemática existente.

Como tal, passa-se a citar as questões de investigação deste trabalho de investigação:

- Quais os ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pré-operatório, dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto?
- Qual a importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pré-operatório, para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto?
- Quais os ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pós-operatório, dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto?
- Qual a importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pós-operatório, para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto?

Definida a problemática e as questões de investigação, foram traçados os objectivos da investigação, tendo em conta as questões de investigação, e que são os seguintes:

- Identificar os ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pré-operatório, dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto;
- Determinar a importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pré-operatório, para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto;
- Identificar os ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pós-operatório, dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto;

- Determinar a importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pós-operatório, para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto.

No que concerne à estrutura deste trabalho monográfico, este divide-se em 4 partes principais:

- Inicialmente e numa fase conceptual, são abordadas a problemática, as questões e os objectivos da investigação; posteriormente e no mesmo capítulo apresenta-se a matriz teórica, onde são explorados os seguintes temas: anatomofisiologia do intestino grosso, conceitos relativos à colostomia, conceitos relativos à Estomaterapia, ensinamentos de enfermagem ao doente colostomizado e a qualidade de vida relativa a estes doentes.
- A segunda parte da monografia é atribuída à metodologia de investigação, onde se expõe os aspectos éticos, o desenho de investigação, que inclui o tipo de estudo, a população, a amostra, as variáveis, o método e o instrumento de colheita de dados, o pré-teste, a previsão de tratamento e análise dos dados, previsão de recursos materiais e previsão de recursos humanos.
- Na terceira parte e numa fase empírica, é realizada a interpretação dos resultados, onde primeiramente se apresenta os resultados obtidos e, posteriormente, se elabora a discussão pertinente dos mesmos.
- A quarta e última parte engloba a conclusão e sugestões que a autora considerou como imprescindíveis e pertinentes de serem partilhadas, esperando neste sentido, dar um contributo para o futuro exercício da profissão de enfermagem.

Neste trabalho de investigação, foi utilizado um método de abordagem quantitativo e um estudo do tipo descritivo e transversal, pois o que se pretende neste estudo reside no facto de descrever os ensinamentos realizados no pré e no pós-operatório e a importância destes ensinamentos para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados da amostra.

Para a consecução deste estudo procedeu-se à aplicação de um questionário aos colostomizados que frequentaram a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto, num período de tempo que se estendeu de 12 de Janeiro de 2009 a 31 de Março de 2009.

No decorrer da realização deste trabalho monográfico, algumas dificuldades foram sentidas, no que respeita à inexperiência da autora na área de investigação. O tempo para a elaboração desta monografia exigiu um grande esforço e capacidade de organização por parte da autora, visto ter sido difícil aliar a elaboração deste trabalho monográfico com todas as outras unidades curriculares, constituintes deste último ano de licenciatura em enfermagem. No entanto, a autora está certa que todas as dificuldades foram ultrapassadas e que conseguiu, a bom termo, percorrer o caminho para alcançar todos os objectivos a que se propôs.

## II – FASE CONCEPTUAL

### 1 – Problemática, Questões e Objectivos de Investigação

A etapa inicial deste trabalho monográfico consistiu em encontrar um domínio de investigação que interessasse e preocupasse a autora e que o seu domínio estivesse associado a preocupações na área da enfermagem. Como indica Fortin (1999, p.48)

“qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno”.

A problemática desta investigação foi delineada através da seguinte questão: “Quais os ensinamentos realizados na educação para a saúde no pré e no pós-operatório dos doentes colostomizados e qual a importância que estes ensinamentos incorporam na melhoria da sua qualidade de vida?”.

Como já foi referido numa fase introdutória, esta problemática surgiu de experiências vivenciadas pela autora com doentes colostomizados nos Ensinamentos Clínicos, realizados ao longo da licenciatura, idealizando-se uma vida futura em Enfermagem com ensinamentos nesta área, apropriados às reais necessidades destes doentes.

Sendo a autora futura profissional de enfermagem, ao compreender os ensinamentos preconizados na educação para a saúde de enfermagem, no pré e no pós-operatório, aos doentes colostomizados e a respectiva importância que estes ensinamentos reflectem na melhoria da sua qualidade de vida, a autora espera, que no futuro exercício da sua profissão e no grande desejo de contactar com doentes colostomizados, melhorar a adaptação dos ensinamentos de enfermagem, de modo a actuar assertivamente e a adequar a educação para a saúde nesta área às reais necessidades de cada doente e da sua família/pessoas significativas, tendo em conta as suas características físicas, psíquicas e sociais.

Uma vez delineado o problema de investigação, torna-se necessário formular as questões de investigação de forma a abordar a problemática em estudo.

A questão de investigação é definida por Fortin (1999, p.51) como “(...) um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Como tal, passa-se a citar as questões de investigação deste estudo:

- Quais os ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pré-operatório, dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto?
- Qual a importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pré-operatório, para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto?
- Quais os ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pós-operatório, dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto?
- Qual a importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pós-operatório, para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto?

Uma vez definido o problema e as questões de investigação, foram traçados os objectivos desta investigação, tendo em atenção as respectivas questões, procurando dar resposta à problemática que existe. Entende-se por objectivo de um estudo, na perspectiva de Fortin (1999, p.100), o “(...) enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

Assim, pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Identificar os ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pré-operatório, dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto;
- Determinar a importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pré-operatório, para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto;
- Identificar os ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pós-operatório, dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto;
- Determinar a importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde, no pós-operatório, para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto.

## **2 – Matriz Teórica**

Para a elaboração de um trabalho monográfico torna-se necessário realizar uma pesquisa sobre trabalhos recentes já realizados, revistas de importância científica actualizadas e livros pertinentes e recentes relacionados com o tema escolhido, de forma a construir um quadro teórico.

Fortin (1999, p.69), define quadro teórico da seguinte forma:

“ (...) quando as variáveis foram antes estudadas e demonstraram relações mútuas. Neste caso, está-se em presença seja de uma teoria específica que fornece uma explicação em relação à acção das variáveis, seja de um autor que propõe uma explicação sobre a acção das mesmas variáveis a partir do resultado do seu estudo”.

A recolha bibliográfica necessita de credibilidade científica para fornecer essa credibilidade ao trabalho monográfico, aspecto que nunca foi esquecido pela autora.

De seguida apresenta-se a matriz teórica desta monografia, onde se aborda: anatomofisiologia do intestino grosso, conceitos relativos à colostomia, conceitos relativos à Estomaterapia, ensinamentos de enfermagem ao doente colostomizado e a qualidade de vida relativa a estes doentes. Só deste modo se poderá evidenciar posteriormente o que se concluiu nesta primeira etapa de investigação.

## **2.1 – Anatomofisiologia do Intestino Grosso**

O intestino grosso (ver Anexo I – Figura 1) é a porção do tubo digestivo que se inicia da junção ileocecal e que termina no ânus, sendo composto pelo cego, cólon (dividindo-se em cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente e cólon sigmoideu), recto e canal anal (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

O conteúdo do intestino grosso demora 18-24 horas a percorrer toda a sua extensão, tornando-se o quimo (produto final da digestão no estômago) em fezes aquando da permanência no cólon. Estas fezes, formadas e armazenadas no cólon até serem eliminadas na defecação, surgem pelos seguintes fenómenos “(...) absorção de água e sais, secreção de muco, bem como a acção intensiva de microrganismos (...)” (Seeley, Stephens e Tate, 2005, p. 905).

Os mesmos autores afirmam que por dia chegam cerca de 1500 ml de quimo ao cego, mas mais de 90% do seu volume é reabsorvido, de forma a que apenas 80-150 ml de fezes sejam normalmente eliminadas pela defecação.

### **2.1.1 – Anatomia do Intestino Grosso**

Seeley, Stephens e Tate (2005, p. 905) referem que “O cego é a porção proximal do intestino grosso, sendo o local onde o intestino delgado e o intestino grosso se unem na junção ileocecal.”.

O cego, inferiormente e em forma de fundo de saco, estende-se cerca de 6 cm, após a junção ileocecal, existindo ligado ao cego um pequeno tubo sego sacular que mede cerca de 9 cm – o apêndice vermiforme – cujas paredes apresentam muitos nódulos linfáticos (ver Anexo I – Figura 1).

O cólon mede cerca de 1,5 – 1,8 m de comprimento, dividindo-se em quatro partes distintas: cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente e cólon sigmoideu. O cólon ascendente encontra-se superiormente ao cego num ângulo hepático, junto do bordo inferior direito do fígado. O cólon transverso situa-se entre o ângulo cólico direito até ao ângulo esplénico. Por outro lado, o cólon descendente estende-se do ângulo cólico esquerdo até à abertura superior da pequena bacia. Aqui, o cólon sigmoideu apresenta-se em forma de tubuladura em ‘S’ que se estende para o interior da bacia e termina no recto.

No que diz respeito à musculatura existente no cólon, Seeley, Stephens e Tate (2005, p. 907) afirmam que:

“A camada de músculo circular é completa, mas a de músculo longitudinal é incompleta, não envolvendo completamente a parede intestinal. Forma três faixas, as teniae coli (faixas cólicas), que acompanham todo o comprimento do cólon (...). As contracções das faixas cólicas originam saculações, chamadas haustros, que formam linha ao longo da extensão do cólon, dando-lhe um aspecto enrugado.”.

Ao longo de toda a extensão do cólon e ligados à sua face externa encontram-se os apêndices epliplóicos, constituídos por pequenas bolsas de tecido conjuntivo cheias de gordura (ver Anexo I – Figura 1).

Seeley, Stephens e Tate (2005, p.907) referem que “O revestimento mucoso do intestino grosso é constituído por epitélio cilíndrico simples”, não apresentando este pregas ou vilosidades, mas que é constituído por muitas glândulas tubulares rectas – criptas – onde existem células de absorção, grande predomínio de células caliciformes, e células granulares.

“O recto é um tubo muscular que começa na terminação do cólon sigmoideu e termina no canal anal (...)” (Seeley, Stephens e Tate, 2005, p. 907). Internamente apresenta um

revestimento de epitélio cilíndrico simples, sendo a sua túnica muscular relativamente espessa.

“O canal anal corresponde aos 2-3 últimos cm do tubo digestivo (...), iniciando-se na terminação inferior do recto e terminando no ânus (abertura externa do tubo digestivo)” (Seeley, Stephens e Tate, 2005, p. 907). O esfíncter anal interno encontra-se na porção superior do canal anal e o esfíncter anal externo na terminação inferior do mesmo (ver Anexo I – Figura 1).

### **2.1.2 – Secreções do Intestino Grosso**

O cólon segrega essencialmente muco que lubrifica a sua parede e ajuda à agregação da matéria fecal. Os estímulos tácteis, a irritação das paredes do cólon e a estimulação parassimpática aumentam a secreção mucosa (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

Em resposta aos ácidos, produzidos pelas bactérias do cólon, os iões bicarbonato são trocados por iões cloro, através de uma bomba nas células epiteliais, os iões sódio são, também, trocados por iões hidrogénio, através de um processo idêntico. A favor do gradiente de concentração do cloreto de sódio, a água atravessa as paredes do cólon por osmose. As bactérias existentes no cólon, sintetizam, ainda, vitamina K, que é absorvida de forma passiva no cólon, e degradam pequenas quantidades de celulose em glicose.

As fezes expelidas pelo ânus são constituídas por água, substâncias sólidas, microrganismos e células epiteliais descamadas.

Os gases ou flatos, produzidos pela actividade bacteriana no cólon, dependem parcialmente, no que respeita à sua quantidade, da população bacteriana presente no cólon e do tipo de alimentação.

### **2.1.3 – Movimentos do Intestino Grosso**

Segundo Seeley, Stephens e Tate (2005), o quimo percorre progressivamente o cólon ascendente devido, principalmente, às ondas peristálticas. Estas últimas são mais fortes e com maior intervalo entre si (três a quatro vezes por dia) nos grandes segmentos do cólon transversal e do cólon descendente, chamando-se, assim, movimentos de massa. Estes movimentos de massa são muito frequentes no período pós-pandrial, visto iniciarem-se pela presença de alimentos no estômago ou no duodeno. Se têm início no estômago, são designados por reflexos gastrocólicos, se são iniciados no duodeno designam-se reflexos duodenocólicos ou enterocólicos. (ver Anexo I – Figura 2).

A distensão da parede rectal, incitada pela presença das fezes, actua como estímulo para o início do reflexo da defecação. Os reflexos locais provocam pequenas contracções do recto e o relaxamento do esfíncter anal interno. Os reflexos parassimpáticos, principais responsáveis pelo reflexo de defecação, provocam contracções fortes do recto. Por sua vez, o esfíncter anal externo, que tem um controlo cerebral voluntário, impede o movimento das fezes para fora do recto, através do orifício anal. Quando este esfíncter se relaxa as fezes são expelidas para fora do organismo (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

## **2.2 – Colostomia**

Tendo em conta a problemática deste estudo, torna-se necessário abordar os temas relativos à colostomia, tais como o seu conceito, a sua etiologia e factores desencadantes, as complicações precoces e tardias e os dispositivos existentes para a execução dos cuidados à colostomia.

### **2.2.1 – Conceito de Colostomia**

Hurtado, Sáenz e Velasco (1994) definem colostomia como a exteriorização do cólon através da parede abdominal, suturando-o à pele, com o objectivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal (Ver Anexo II – Figura 3).

Também Osório (1999, p.19) define colostomia como sendo:

“a exteriorização à pele de uma víscera oca [cólon]. A sua construção é determinada pela necessidade de obter uma via alternativa para (...) a drenagem de conteúdo fecal num paciente impossibilitado de defecar normalmente pelo ânus”.

“Quando um órgão é ligado à pele, resulta uma ostomia.” (Tavares e Castro, *s.d.*, p.8). Esta adquire o nome do órgão envolvente no procedimento cirúrgico para a construção do estoma, chamando-se colostomia, quando é o cólon que está ligado à pele.

Assim, o indivíduo portador de uma colostomia, designa-se por colostomizado. Este é:

“uma pessoa que, por inviabilização de tratamento medicamentoso, clínico ou cirúrgico de uma patologia específica, foi submetido a uma cirurgia para derivação do intestino [cólon] (...) a uma abertura artificial do abdómen, [colostomia] (...), pela qual expele as fezes (...) para um dispositivo apropriado e estanque.” (Costa, 1999, p.55).

No que respeita à classificação das colostomias, Carvalho, Yamamoto e Cistia (2005, p.143) afirmam que “As colostomias podem ser temporárias ou definitivas.”

Carvalho, Yamamoto e Cistia (2005, p.143) defendem, ainda, que:

“A colostomia temporária pode ser realizada com a finalidade de proteger a anastomose nas regiões pélvicas. As colostomias definitivas são indicadas para pacientes que necessitam de amputação do recto para tratamento de carcinoma rectal.”

Hurtado, Sáenz e Velasco (1994) defendem que as colostomias definitivas realizam-se depois da cirurgia do recto e do esfíncter anal, sendo as doenças mais comuns que levam a esta situação os carcinomas do recto, situados no terço inferior, e os carcinomas do canal anal. Com menor frequência, a doença de Crohn rectal pode ser uma causa para a realização de uma colostomia definitiva. Também, mas muito menos habituais, podem ser causas de execução de uma colostomia definitiva a incontinência fecal, os traumatismos anais ou rectais, as lesões traumáticas ou congénitas da medula espinal e as fístulas rectovaginais ou

rectovesicais, desde que todas estas causas não possam ser resolvidas com outras técnicas ou métodos.

As neoplasias são também causas da construção de uma colostomia definitiva, pela extensão da neoplasia ou pelo mal estado geral do doente (Hurtado, Sáenz e Velasco, 1994).

Como já foi referido anteriormente, o cólon está dividido em quatro áreas – o cólon ascendente, o cólon transversal, cólon descendente e o cólon sigmoideu. Assim, existem quatro tipos de colostomias: colostomia ascendente, colostomia transversal, colostomia descendente e sigmoidostomia, tendo em conta a parte do cólon que é suturada à pele (Tavares e Castro, *s.d.*).

A colostomia ascendente é o tipo menos comum dos quatro tipos de colostomia, sendo na maior parte das vezes uma colostomia temporária e realizada no caso de doença neoplásica ou inflamatória distal. Normalmente, o estoma situa-se no quadrante inferior direito do abdómen e elimina fezes líquidas ou não formadas.

A colostomia transversal costuma ser realizada aquando da evidência de obstrução intestinal aguda, descomprimindo o intestino e desviando o conteúdo fecal do segmento afectado distal.

A colostomia descendente ou a sigmoidostomia costumam ser colostomias definitivas, sendo realizadas quando é preciso uma ressecção abdominoperineal do recto (Beyesus e Dudas, 1989).

As características do conteúdo fecal eliminado através da colostomia dependem da localização anatómica desta. Assim e segundo Hurtado, Sáenz e Velasco (1994), a colostomia ascendente é exteriorizada no quadrante inferior direito da parede abdominal e o efluente ou conteúdo fecal apresenta uma consistência líquida a pastosa; a colostomia transversal é exteriorizada no quadrante inferior ou superior direito ou esquerdo, sendo que o efluente é pastoso a semiformado; a colostomia descendente é exteriorizada no quadrante inferior esquerdo da parede abdominal e o efluente apresenta-se semiformado a formado.

### **2.2.2 – Etiologia e Factores Desencadeantes**

De acordo com Canseco (1992), as patologias que têm como indicação a realização de uma colostomia são: doenças neoplásicas, como, o cancro do cólon e do recto; doenças inflamatórias ou infecciosas, tais como, a diverticulite, a colite ulcerosa, a doença de Crohn e a polipose familiar; doenças traumáticas, especialmente a perfuração do cólon por arma branca, fogo ou acidente; doenças congénitas, tais como a mal-formação anorrectal, megacólon, doença de Hirschsprung e atresia anorrectal; por último doenças adquiridas, como a fístula e a estenose por radiação ou de origem iatrogénica.

### **2.2.3 – Complicações Precoces e Tardias**

Segundo Matos e Cesaretti (2005), as colostomias estão sujeitas a complicações, que podem ocorrer imediatamente após a sua realização, denominando-se por isso complicações precoces ou imediatas, ou podem ocorrer algum tempo depois, chamando-se complicações tardias.

Os mesmos autores defendem que, tanto as complicações precoces ou imediatas, como as complicações tardias, normalmente, determinam a diminuição acentuada da qualidade de vida do indivíduo, “(...) podendo, em algumas circunstâncias, determinar a necessidade de reintervenção para serem corrigidas.” (Matos e Cesaretti, 2005, p.196).

No que respeita às complicações precoces ou imediatas, destaca-se a hemorragia, a isquemia, a necrose, o edema, a retracção, a deiscência da sutura mucocutânea do estoma e a sepsis peristomal (Matos e Cesaretti, 2005).

A hemorragia é pouco frequente, podendo ser a consequência de uma hemostase inadequada ou advir dos vasos da submucosa intestinal.

A isquemia e a necrose caracterizam-se pela alteração da cor do estoma, que normalmente é rosa escuro ou vermelho vivo brilhante, sendo o resultado de uma circulação sanguínea insuficiente. Assim, o estoma apresenta-se de coloração pálida, evoluindo para cianose, sendo a necrose o resultado da evolução do processo de isquemia.

O edema é uma complicação precoce ou imediata comum, podendo ser considerada como resposta fisiológica ao trauma cirúrgico, causado pelo manuseamento e pela mobilização intestinal, pelo ligamento de vasos e pela exteriorização intestinal através da parede abdominal.

No pós-operatório imediato, pode ocorrer a retracção ou afundamento do estoma, que pode ser parcial ou total. Nesta situação, o estoma encontra-se abaixo do plano da pele do abdómen, situação esta que decorre de uma má fixação da ansa intestinal ou, mais frequentemente, da exteriorização insuficiente da mesma. Nestas circunstâncias, a retracção pode estar associada a dor na parede da ansa intestinal, por estiramento dos vasos sanguíneos e consequente isquemia e/ou necrose.

A deiscência da sutura mucocutânea do estoma, frequentemente precedida por edema e por eritema, é uma complicação pouco frequente. Esta complicação precoce ou imediata caracteriza-se pela deiscência parcial ou total da linha de sutura que une o estoma à pele da parede abdominal.

A sepsis peristomal é descrita como a contaminação do tecido à volta do estoma, podendo ser uma causa decorrente da retracção do estoma, associada à isquemia intestinal.

No que respeita às complicações tardias, Matos e Cesaretti (2005) salientam a retracção, a estenose, o prolapso, a hérnia periestomal e a dermatite periestomal como as principais complicações que podem ocorrer no pós-operatório tardio.

A retracção do estoma, já descrita anteriormente, também pode ocorrer no pós-operatório tardio, tendo como causas mais frequentes a existência de outras complicações precoces, como a isquemia, a necrose, o descolamento mucocutâneo ou ainda o ganho excessivo de peso após a cirurgia.

A estenose caracteriza-se pelo estreitamento do lúmen / diâmetro do estoma, pelo que o doente poderá apresentar um quadro de suboclusão ou oclusão intestinal.

O prolapso do estoma é a exteriorização da ansa intestinal, em extensão variável, pelo próprio estoma, podendo ser parcial ou total.

A hérnia peristomal caracteriza-se pela protusão de vísceras abdominais, através do trajecto do estoma, sendo importante uma correcta escolha do local de construção da colostomia, para permitir a inserção do estoma através dos músculos rectos abdominais.

A dermatite peristomal é a causa principal de perda da integridade da pele peristomal, sendo a dermatite irritativa ou de contacto, a dermatite alérgica, a dermatite por trauma mecânico e a dermatite por infecção, as diferentes classificações existentes, no que respeita à etiologia desta complicação tardia.

#### **2.2.4 – Dispositivos para o Cuidado à Colostomia**

Segundo Alves (1999), todo o material existente para o cuidado à colostomia deve ser seguro, permitir a máxima protecção da pele, ser cómodo e ser discreto.

Segundo o Grupo C.I.D.O. (1997), os dispositivos para o cuidado à colostomia podem ser: colectores, continentes, acessórios e protectores cutâneos.

Os sistemas colectores existentes para o cuidado à colostomia utilizam-se para obter uma confortável e eficiente recolha das excreções intestinais. Estes tipo de sistemas estão formados por uma parte adesiva que cola em redor do estoma e por um saco para recolher os produtos eliminados.

O Grupo C.I.D.O. (1997) defende que os sistemas colectores devem reunir as seguintes características principais (que afectam o adesivo): segurança, de modo a que o adesivo tenha um poder de fixação suficiente, que assegure a independência do colostomizado; protecção da pele, de forma a que os materiais constituintes do adesivo previnam a irritação da pele peristomal. No que respeita às características secundárias, os sistemas colectores devem ser: eficazes, recolhendo todos os resíduos e facilitando a eliminação de gases; maneabilidade

fácil , tanto na sua aplicação como na sua extracção; discricção; e por fim possuir filtração para os maus odores.

Os sistemas colectores, existentes para o cuidado à colostomia, são classificados quanto ao tipo de eliminação, quanto ao modo como o sistema adere à parede abdominal e quanto à cor do saco constituinte do sistema colector.

Quanto ao tipo de eliminação, os sistema colectores podem ser fechados ou abertos. Os sistemas colectores fechados estão termoselados, sendo necessário um saco para cada utilização. Nos sistemas colectores abertos, o extremo inferior está aberto, podendo-se fechar por meio de uma pinça.

Quanto ao modo como o sistema é segurado à parede abdominal, os sistemas colectores podem ser únicos ou múltiplos. Nos sistemas colectores únicos, o adesivo e o saco formam uma só peça, que se coloca directamente sobre a pele do colostomizado. Nos sistemas colectores múltiplos, o disco adesivo e o saco são dois elementos que se apresentam separados. Neste caso, o saco adapta-se ao disco através de um aro de plástico.

Quanto à cor, os sistemas colectores podem ser transparente ou opacos. Os sistemas colectores transparentes permitem observar o estoma e ver o conteúdo intestinal eliminado, sendo os mais utilizados a nível hospitalar. Os sistemas colectores opacos são de cor bege e mais discretos.

No que respeita aos sistemas continentes, utilizados no cuidado à colostomia, estes são utilizados para conseguir o controlo voluntário e o domínio do momento de evacuação das fezes e dos flatos. Segundo o Grupo C.I.D.O. (1997), existem os seguintes tipos de sistemas continentes: a irrigação, o obturador e a combinação da irrigação e o obturador. A utilização dos sistemas continentes está indicada nas colostomias descendentes e nas sigmoidostomias, onde as fezes são sólidas e existe uma regularidade do seu débito.

A irrigação é o método mecânico de regulação da actividade intestinal, que consiste numa lavagem intestinal, por meio da introdução de água (500 a 1500 cc), à temperatura corporal,

através do estoma. Este método permite que a colostomia só funcione como resposta ao estímulo mecânico de instilação regular de água (cada 24 ou 48 horas).

A irrigação é especialmente recomendada a todos os colostomizados activos e nos casos em que existe uma estenose do estoma, isto é, “(...) quando o diâmetro do estoma se torna tão reduzido que impede a saída normal das fezes.” (Alves, 1999, p.49).

Para uma melhor compreensão da técnica de irrigação, esta encontra-se disponível no Apêndice I desta monografia.

O obturador, tal como afirma o Grupo C.I.D.O. (1997), é uma prótese externa com forma de tampão, que assegura a continência da colostomia, durante o período em que está aplicado.

O mecanismo de acção do obturador é simples, visto que passados poucos segundos de ser introduzido no estoma, a película hidrossolúvel, que reveste o obturador, dissolve-se e o obturador expande-se impedindo a saída de fezes, mas permitindo a saída de gases. Assim, o ruído dos flatos elimina-se e o mau odor fica retido num filtro, conseguindo-se uma continência real, sem ruídos nem odores.

Existem 2 versões de obturadores: o obturador de uma peça, onde o adesivo e o tampão formam um só elemento, estando pronto para ser usado, e o obturador de duas peças, composto por um disco adesivo e um obturador, sendo o disco recortável. Em Portugal, actualmente, só existe o obturador de uma peça.

No caso do obturador de uma peça, o colostomizado deverá utilizar um saco de uma peça depois de retirar o obturador. Se o colostomizado usar o obturador de 2 peças, utilizam-se sacos especiais, que encaixam no disco do obturador, depois deste ser retirado.

Segundo o Grupo C.I.D.O. (1997), o obturador pode ser adoptado como método de continência para realizar todas as actividades, onde o colostomizado prefira sentir-se continente, levando um dispositivo mais higiénico e discreto. O tempo máximo da sua utilização depende de cada indivíduo.

No que diz respeito à combinação da técnica de irrigação e o obturador, estes dois sistemas continentais são compatíveis, visto que se complementam. A irrigação permite o controlo das descargas fecais, mas não garante a saída imprevista de gases e, portanto, a existência de ruídos e odores. O obturador assegura a continência durante a sua utilização, eliminando os ruídos e os odores.

Na expressão do Grupo C.I.D.O. (1997), existem, ainda nos dispositivos para o cuidado à colostomia, diversos acessórios e protectores cutâneos, que podem ser usados pelos colostomizados. Neste tipo de dispositivos existem as placas adesivas, as pastas niveladoras, os desodorizantes, os filtros, os cremes de barreira, as películas protectoras, os toalhetes e as loções de limpeza.

Tendo em conta toda a informação descrita, no âmbito dos dispositivos existentes para o cuidado à colostomia, torna-se necessário referir os critérios de eleição dos dispositivos.

Segundo o Grupo C.I.D.O. (1997), a eleição do dispositivo adequado vai depender fundamentalmente do tipo de colostomia, da consistência das fezes e da sensibilidade da pele periestomal. Assim, nas colostomias ascendentes e nas colostomias transversas, o dispositivo mais adequado é o saco aberto, se as fezes são muito líquidas, ou o saco fechado, se as fezes são pastosas, podendo eleger-se dispositivos de 1 a 3 peças. Nas colostomias descendentes e nas sigmoidostomias está indicado o uso de sacos fechados, podendo, também, eleger-se dispositivos de 1 a 2 peças; utilização de métodos continentais, como a irrigação, o obturador ou ambos.

### **2.3 – Estomaterapia**

A Estomaterapia é uma área muito específica da competência de Enfermagem, sendo exercida por enfermeiros, que fazem a respectiva especialização em Estomaterapia, após o Curso Geral de Enfermagem (Tavares, 1999).

Na perspectiva de Silva (1999, p.35), Estomaterapia:

A Educação para a Saúde e a sua Importância para a Melhoria da Qualidade de Vida dos Doentes Colostomizados

“É a ciência de conhecimentos técnicos e princípios de relação de ajuda que permitem ao ostomizado reencontrar a sua autonomia o mais rapidamente possível, após a cirurgia, para poder retomar a sua vida pessoal, profissional e social.”.

O mesmo autor define Enfermeira Estomaterapeuta como:

“(…) a enfermeira munida da capacidade de prever, organizar, prestar e a avaliar cuidados de enfermagem ao doente / utente ostomizado, de forma individualizada tendo em conta os conhecimentos técnicos e os princípios da relação de ajuda apreendidos com a estomaterapia.”.

Silva (1999, p.35) afirma ainda que a Consulta de Estomaterapia é o

“Local onde a enfermeira estomaterapeuta atende o actual ou futuro ostomizado, no pré (...) ou pós-operatório, no internamento ou no ambulatório. Deverá dentro do possível ser respeitada a privacidade entre os intervenientes atendendo à importância especial do assunto.”.

Partilhando do pensamento de Cesaretti e Leite (2005, p.25),

“ (...) os enfermeiros estomaterapeutas devem incentivar a formação pessoal e profissional, promover o conhecimento através de comunicação (...) e participar de programas de pesquisa para aperfeiçoar o conhecimento científico da especialidade, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada.”

Os mesmos autores defendem ainda que o saber técnico-científico do enfermeiro estomaterapeuta fundamenta o seu agir, ao cuidar de pessoas ostomizadas.

De acordo com Tavares (1999, p.49) a “Estomaterapia visa o acompanhamento integral da pessoa ostomizada, não a esquecendo como ser holístico, integrada numa família e numa comunidade (...)”.

Deste modo, o enfermeiro estomaterapeuta compreende que cada pessoa é uma personalidade diferente, com uma história mais ou menos intermitente, entre sucessos e fracassos na sua dinâmica psicossomática, vivências familiares, relacionamento social, actividade profissional,

intervenção social, política e cultural, de acordo com uma escala de valores éticos, estéticos e religiosos.

Marques (1999, p.39) defende que, no pré-operatório do doente colostomizado, o enfermeiro estomaterapeuta deve ter em conta que “(...) a informação tem que ser progressiva, contínua, dizendo apenas o mais importante e que a outra parte do ensino fica para o pós-operatório.”.

## **2.4 – Ensinos de Enfermagem ao Doente Colostomizado**

A necessidade de aprender é definida por Phaneuf (2001, p.85) como:

“Necessidade para o ser humano de adquirir conhecimentos sobre si próprio, sobre o seu corpo e o seu funcionamento, sobre os seus problemas de saúde e sobre os meios de os prevenir e de os tratar a fim de desenvolver hábitos e comportamentos adequados.”.

Desta forma, a mesma autora defende que, estando o ser humano constantemente em situação de aprendizagem, este experimenta, de uma forma contínua, a necessidade de aprender, devendo a pessoa, que quer manter a saúde, combater a doença ou modificar os seus hábitos de vida, receber frequentemente informação.

Conforme refere Malagarriga (1999), toda a intervenção cirúrgica implica uma hospitalização e, por isso, uma situação de desequilíbrio e de stress que exige uma adaptação. Este desequilíbrio advém da separação do ambiente familiar, da interrupção das actividades quotidianas e do medo do desconhecido, da morte, do prognóstico, entre outros factores.

Silva e Rodrigues (2005, p.26) afirmam que “Uma colostomia altera de uma forma radical e profunda a vida do indivíduo submetido a esta.”. Assim, o enfermeiro tem o dever de facilitar a adaptação do indivíduo à sua nova vida, através do estabelecimento de uma relação de ajuda e através de um ensino abrangente, que foque os aspectos técnicos, os aspectos sociais e profissionais e a adaptação à vida íntima do indivíduo.

Phaneuf (2001, p.401) define o ensino ao cliente da seguinte forma:

“Intervenção profissional pela qual a enfermeira estabelece um processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada, à família ou a um grupo informação sobre a doença, a sua prevenção e o seu

tratamento, com vista a levar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades de autonomia e a responsabilizar-se pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde.”.

Desta forma, o ensino ao cliente é um processo que se desenrola entre a educadora e a pessoa cuidada, implicando o uso de uma comunicação pedagógica, que tem por objectivo enriquecer ou aprofundar os conhecimentos da pessoa sobre determinados aspectos. Este ensino pode ser espontâneo ou previamente estruturado e pode dirigir-se a uma só pessoa ou a um grupo.

#### **2.4.1 – Ensinos de Enfermagem no Pré-Operatório**

De acordo com Malagarriga (1999), os cuidados pré-operatórios devem iniciar-se no momento em que se comunica ao doente que este vai ser operado, pois é a partir desse momento que começam a surgir as dúvidas, os medos, as angústias que todo o ambiente e a intervenção cirúrgica implicam.

Os cuidados pré-operatórios diminuem a ansiedade e o medo do doente, ajudando na função anestésica, reduzem as complicações, facilitam a aceitação e a adaptação à nova situação e, por isso, contribuem para uma recuperação mais rápida.

Antes de dar início ao ensino pré-operatório, é necessário fazer a avaliação do doente. De acordo com Canseco (1992), é importante efectuar um estudo da situação global da pessoa antes da intervenção, que determinará em que condição se encontra, a nível das suas necessidades, e, por sua vez, adquirir dados úteis para a planificação e educação sanitária do doente. Assim, avaliar-se-á o individuo a quem é proposta uma cirurgia para realização de uma colostomia, tendo em conta: o seu estado nutricional e metabólico, a eliminação, a higiene e o asseio, a situação cognitiva e da percepção, actividades e movimentos que desenvolve quotidianamente, capacidades e impedimentos existentes a ter em conta no ensino do cuidado do estoma ao doente e familiares, a actividade laboral, o nível de auto-estima, o papel que a pessoa desempenha dentro do seu grupo familiar e social, a dependência/independência que tem em relação ao seu grupo, a sexualidade e a reprodução, as crenças e valores e, por fim, o estudo da história clínica.

Partilhando do pensamento de Canseco (1992), mediante a entrevista e a observação obter-se-á a informação precisa para se poder hierarquizar as necessidades do doente. A informação é

dada, em primeiro lugar pelo cirurgião, posteriormente é reforçada pela enfermeira estomaterapeuta e/ou pelos profissionais de enfermagem.

Marques (1999, p.40) defende que, numa fase pré-operatória,

“(...) o mais importante é escutar. Escutar implica uma atenção desperta, que oferece disponibilidade, começando-se a desenvolver um processo de comunicação muito importante para a família e por consequência para o ostomizado.”.

Ainda na perspectiva de Marques (1999, p.40)

“para a família, o facto de poder ajudar é um elemento que diminui o impacto criado pela globalidade da situação. Impõe-se a sua integração tendo em conta os factores socioculturais: condições básicas de higiene e conforto, nível cultural e capacidade de aprendizagem.”.

A família deve ser envolvida no processo terapêutico, com o consentimento do ostomizado, visto que esta pode ser um elemento muito importante.

A mesma autora refere que a família é um elemento cooperativo no autocuidado, devendo apenas substituir o doente numa situação de impossibilidade total e nunca numa tentativa de substituição total, pois sem se aperceber a família estaria a classifica-lo como incapacitado.

Um dos aspectos a ter em conta pelo enfermeiro estomaterapeuta é proporcionar ao doente o contacto com outros colostomizados, trocando impressões com outros doentes, com o mesmo problema, mas já adaptados. Este contacto com colostomizados já adaptados e que dão o testemunho real da sua própria situação, permite ao doente acreditar que se o outro conseguiu ultrapassar, ele também consegue.

Costa (1999, p.56) refere que

“Neste período de tensão emocional, a presença de um voluntário ostomizado é fundamental e necessária, tal como a pessoa em causa, também já sofreu os mesmos sintomas e as mesmas reacções adversas à situação em crise, pelo que o contacto pessoal produz uma lufada de ar fresco,

testemunho de esperança e vida e a possibilidade de questionar, olhar o outro, apresentar dúvidas sobre o momento em passagem.”.

Segundo Marques (1999, p.41), no pré-operatório, a marcação do local para a ostomia “(...) é um aspecto fundamental para a independência do ostomizado.”.

Na perspectiva do Grupo C.I.D.O. (1997), a localização do estoma deve estabelecer-se antes da intervenção cirúrgica, num local visível e de fácil acesso, para proporcionar ao doente uma melhor qualidade de vida.

Marques (1999, p.41) defende que:

“Um estoma desembocado numa prega abdominal, pode implicar uma deficiente aparelhagem de um saco ou de uma placa permitindo a fuga de efluentes e cheiros, criando uma insegurança a cada minuto.”.

Segundo o Grupo C.I.D.O. (1997), é muito importante avaliar as características individuais de cada um, como o seu estado físico, a constituição, peso e altura, morfologia abdominal, capacidade visual, os hábitos de higiene e alimentares, assim como os seus passatempos, profissão e vestuário.

Assim, na marcação do local para a ostomia deve-se evitar: proeminências ósseas (crista ilíaca e grade costal), a depressão umbilical, a curvatura da virilha, a linha natural da cintura, a zona média do púbis, as incisões operatórias ou qualquer outra cicatriz, sítios onde rocem aparelhos ou próteses cirúrgicas e as pregas cutâneas.

Para a realização da marcação do local para a ostomia, é preciso que o doente colabore com a estomaterapeuta, pedindo-se ao doente que se coloque em três posições: de pé, sentado e deitado (Marques, 1999).

Silva, P. (1999, p.22) refere que:

“Deve ser desenhado um triângulo imaginário unindo o umbigo à espinha ilíaca antero-superior, esta à espinha do púbis e esta de novo ao umbigo .O estoma deve ser construído no centro deste triângulo.”.

Uma vez localizado o sítio para o estoma, deve-se marcar o sítio com lápis indelével ou um centímetro de azul de metileno por via subcutânea (Grupo C.I.D.O., 1997).

No caso da localização do estoma não puder ser feita antes da cirurgia, Silva, P. (1999, p.22) afirma que:

“Os princípios devem ser respeitados e tal como na marcação pré-operatória, o estoma deve atravessar o músculo recto anterior, deve ser afastado pelo menos 6 cm. do umbigo e de proeminências ósseas, afastado de cicatrizes e pregas de pele.”.

No período pré-operatório do doente, a preparação mecânica do cólon tem os seguintes objectivos: eliminar a matéria fecal, reforçar a acção dos antibióticos e facilitar a técnica cirúrgica (Grupo C.I.D.O., 1997).

As possibilidades de actuação na preparação mecânica do cólon são várias e cada instituição tem o seu próprio protocolo. Deste modo, deve-se ter em conta os seguintes aspectos: informação completa ao doente sobre o que significa esta preparação, a importância que tem e os incómodos que pode ocasionar; vigilância da administração da dieta oral adequada; lavagem intestinal total com soluções orais, se o protocolo hospitalar assim o determinar; vigilância especial nos doentes idosos ou com quadro clínico complexo.

Ainda no período pré-operatório, para além da preparação mecânica do cólon, poderá ser efectuada uma profilaxia antibiótica e/ou uma profilaxia tromboembólica, ensinando ao doente, no que respeita a esta última, exercícios de mobilização dos membros inferiores e técnicas de fisioterapia respiratória.

A apresentação de dispositivos é, também, um dos aspectos a considerar no período pré-operatório. Deste modo, é importante informar o doente sobre a intervenção a que vai ser submetido e ensinar-lhe o tipo de saco que vai utilizar no futuro. Neste momento, não é

aconselhável entrar em detalhes sobre o seu uso, mas sim mostrar-lhe, de forma muito geral, o produto, para que conheça a realidade e diminua a sua ansiedade (Grupo C.I.D.O., 1997).

Dependendo da moral e do interesse do doente, pode-se aconselhar que utilize o saco no dia antes da intervenção cirúrgica, para se ir habituando e comunique se o lugar eleito lhe parece o mais adequado ou, pelo contrário, lhe causa algum problema, já que este é o momento de corrigi-lo.

Ainda no período pré-operatório, é importante dar ao doente uma breve informação da situação em que se encontrará ao sair do bloco operatório e descrever as possíveis sondas e drenos que pode trazer, minimizando a questão da dor. O objectivo da informação sobre a sua situação ao sair do bloco operatório é, assim, tranquilizar e dissipar o medo da cirurgia (Grupo C.I.D.O., 1997).

#### **2.4.2 – Ensinos de Enfermagem no Pós-Operatório**

No período pós-operatório, segundo Alves (1999, p.43), “(...) dá-se continuidade aos cuidados iniciados ainda na fase do pré-operatório.” Assim, desenvolvem-se acções com o objectivo de melhorar a qualidade de vida, através da promoção de um maior nível de auto-cuidados e diminuição da dependência do doente.

A mesma autora defende que, na fase do pós-operatório, estabelece-se um plano de cuidados que aborde aspectos físicos e psicológicos do doente, visando a sua alta hospitalar.

O acompanhamento pós-operatório do doente é constituído por uma diversidade de ensinos efectuados nas seguintes áreas: higiene da colostomia, alimentação, material para a colostomia, vestuário, exercício físico, viagens, actividade laboral, irrigação (Alves, 1999). e sexualidade.

No que respeita ao ensino sobre a higiene da colostomia, Alves (1999, p.44) refere que “O estoma e a pele circundante devem ser limpos com água e sabão.” O sabão tem de ser neutro, podendo ser em barra ou líquido, e deve-se utilizar uma esponja macia. Para secar bem a pele, deve-se utilizar uma toalha de felpo macia. Esta autora defende que a pele não deve ser esfregada e que não se deve utilizar cremes gordurosos e produtos irritantes, como as soluções

anti-sépticas, éter ou o álcool. No caso da existência de pêlos em redor do estoma, estes devem ser cortados com uma tesoura, não utilizando nunca cremes depilatórios ou laminas de barbear. Deve-se também ensinar ao colostomizado que higiene do estoma pode ser realizada em simultâneo com o duche ou banho de imersão, ou podem ser efectuados cuidados de higiene parciais ao estoma. No duche, o colostomizado pode estar com ou sem saco.

No ensino sobre a alimentação ao colostomizado, Alves (1999, p.45) defende que “Se antes da cirurgia [o colostomizado] não fazia dieta especial, o mais certo é que continue assim.”. Contudo, a mesma autora refere que se deve respeitar os seguintes conselhos gerais: fazer refeições regulares e calmamente; mastigar cuidadosamente todos os alimentos; evitar alimentos irritantes como as gorduras, fritos e chaturaria; introduzir os alimentos de forma gradual, alargando, progressivamente, o regime até atingir uma dieta equilibrada. O colostomizado deve ser ensinado sobre as propriedades de certos alimentos, para poder controlar a sua dieta e poder detectar alguma alteração intestinal que possa ocorrer. Desta forma, é mais fácil para o colostomizado identificar o ou os alimentos responsáveis por alguma reacção menos desejada.

De acordo com Amândio (1999, p.25):

“Deve ser fornecida aos ostomizados digestivos uma lista de alimentos adaptada a cada país referindo quais os que aceleram ou atrasam o trânsito intestinal e os que provocam mais ou menos gases (...)” (ver Apêndice II).

No que respeita ao material para a colostomia (ver capítulo II, título 2.2.4 desta monografia), Alves (1999, p.46) afirma que “Existem vários modelos de material comercializados por laboratórios distintos, à disposição dos ostomizados.”. Assim, todo o material deve ser dado a conhecer ao colostomizado, para que possa optar pelo mais indicado à sua situação.

Quanto ao ensino no pós-operatório sobre o vestuário, Alves (1999, p.47) refere que:

“O ostomizado poderá manter o mesmo estilo de vestuário, pois actualmente o material é muito cómodo e discreto. Deve no entanto, ter a preocupação de não colocar cintos ou roupas muito apertadas por cima do estoma o que será pouco confortável.”.

No caso de necessidade e/ou vontade e mediante prescrição médica, o ostomizado pode utilizar uma cinta abdominal apropriada.

Partilhando ainda do pensamento de Alves (1999, p.47): “Como qualquer indivíduo, o ostomizado pode e deve praticar desporto.”. Deste modo, deve ser ensinado ao colostomizado, no que respeita ao exercício físico, que este não deverá escolher modalidades violentas, como o boxe, o judo ou o karaté, mas sim optar por desportos como o ciclismo, natação, atletismo, ténis ou ginástica de manutenção. Assim, conclui-se que “(...) qualquer desporto ou actividade física que implique grande esforço abdominal, está contra-indicado.” (Alves, 1999, p.48).

No ensino pós-operatório sobre viagens, o colostomizado deve tomar conhecimento que pode viajar sempre que quiser, podendo utilizar todos os meios de transporte habituais. Nas viagens de avião, o colostomizado deve transportar o material para a ostomia junto de si, já que a bagagem se pode extraviar. Quando viajar, o colostomizado deve levar consigo material em quantidade significativa para todas as mudanças necessárias. Mesmo para pequenas saídas de casa, o colostomizado deve ser ensinado que deve levar material para uma possível necessidade de substituição. Por fim, a mesma autora defende que, para a higiene fora de casa, o colostomizado deve ser aconselhado a usar lenços de papel ou papel higiénico, para limpar e secar a pele.

No que concerne ao ensino sobre a actividade laboral, Alves (1999,p.48) afirma que: “(...) o ostomizado pode fazer quase tudo como antes da cirurgia.”. Deste modo, o ostomizado, logo que esteja completamente restabelecido após a cirurgia, deve retornar ao seu emprego, salvo nos casos em que o esforço físico é incompatível com a sua situação de ostomizado. Nestes casos, deverá pôr-se a hipótese de uma possível reconversão profissional na mesma entidade empregadora. Em casos específicos, o não retorno à actividade laboral, anterior à cirurgia, pode ser aconselhado pelo cirurgião.

No que respeita à técnica de irrigação, esta deve ser ensinada ao colostomizado no período pós-operatório, sempre sob a orientação de uma enfermeira estomaterapeuta. Este método mecânico de regulação da actividade intestinal foi anteriormente explicado, de forma detalhada, no capítulo II título 2.2.4. desta monografia.

Segundo Magalhães (2006, p.41), “A sexualidade não pode ser esquecida no indivíduo colostomizado, é (...) um aspecto muito importante e que apesar de geralmente não ser verbalizado, preocupa-o bastante.”.

Segundo Clara, I. (<http://www.apagina.pt>), a sexualidade é definida pela Organização Mundial de Saúde como:

“(...) uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental.”.

Para Rebelo (1999, p.54)

“a perda de prazer e os sentimentos de incapacidade / inutilidade / frustração são frequentemente alargados à sexualidade, sendo que os estudos têm vindo a demonstrar que a ausência de desejo sexual é a área mais afectada em situações de doença ainda que de uma forma geral seja passageira, podendo-se prolongar conforme a atitude assumida pelo próprio e companheiro face à doença”.

O facto de alguém ter um estoma não significa que a sua sexualidade esteja terminada, visto que, muitas vezes, o casal pode por si só implementar estratégias no sentido de se adaptarem de uma forma criativa e construtiva à nova realidade (Rebelo, 1999). Embora e segundo Magalhães (2006, p.41) “(...) poderão ser necessários vários meses após a cirurgia para um casal conseguir restabelecer uma relação sexual satisfatória.”.

Depois da cirurgia para a construção de uma ostomia, os doentes podem sentir-se menos atractivos, temendo a rejeição do parceiro. A relação do casal, vivida anteriormente à intervenção cirúrgica, condicionará a sexualidade entre ambos os membros deste (Grupo C.I.D.O., 1997). Deste modo, a comunicação entre o ostomizado e o seu parceiro sexual tem uma importância fulcral, assim como a comunicação entre o ostomizado e a equipe de saúde.

Segundo Smeltzer e Bare (1993, p.819): “O paciente é encorajado a discutir os planos de um retorno para sua actividade sexual habitual.”.

“Na discussão dos problemas relacionados com a sexualidade deverá estar sempre presente o parceiro sexual.” (Murphy, 2000, p.148).

Na opinião de Rebelo (1999, p.53), “Quando uma situação de doença atinge um dos elementos do casal ambos são afectados.”.

Se os problemas sexuais aparecerem, deve ser procurado aconselhamento e ajuda de um especialista (Grupo C.I.D.O., 1997).

### **2.4.3 – Avaliação dos Ensinos de Enfermagem**

Partilhando do pensamento de Phaneuf (2001, p.341):

“A avaliação é um julgamento comparativo sistemático do estado da pessoa, (...) considerando para isso os objectivos fixados. Ao medir o progresso alcançado, a enfermeira pode dar-se conta dos resultados obtidos e da eficácia das suas acções.”.

Deste modo e tendo em conta o processo de enfermagem estabelecido para cada doente, a avaliação dos ensinos de enfermagem consiste em efectuar um julgamento sobre o estado da pessoa cuidada em relação aos objectivos propostos inicialmente.

A avaliação dos ensinos de enfermagem, efectuados ao doente colostomizado, tem como finalidade assegurar a prestação de cuidados de qualidade, verificando continuamente a sua pertinência face aos resultados obtidos. Permite não só efectuar um julgamento sobre o atingir do objectivo, mas sobretudo melhorar constantemente a qualidade dos ensinos prestados (Phaneuf, 2001).

### **2.4.4 – Acompanhamento do Doente Colostomizado**

Segundo Ripoll (1999), cada pessoa é um todo, um ser individual diferente do outro, com pensamentos, sentimentos e formas diferentes de ver e de enfrentar a vida e a doença. A alta hospitalar é algo esperado e desejado, mas ao mesmo tempo algo temido pelo doente.

De acordo com Amorim, Ferreira e Gabriel (1997, p.10): “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.”.

Destes modo e conforme afirma Ripoll (1999), a Consulta de Estomaterapia deve proporcionar a continuidade dos cuidados à pessoa ostomizada e à sua família.

Canseco (1992) defende que, quando o doente recorre à Consulta de Estomaterapia, são realizadas as seguintes revisões: comprovar o aspecto do estoma e da zona periestomal; anotar as mudanças apresentadas em folhas de registo; verificar se o autocuidado está bem focado e se a sua realização é correcta; levar a cabo revisões periódicas dependendo das necessidades; esclarecer o doente sobre as dúvidas da prática de relações sexuais, entre outras; comprovar se estão satisfeitas todas as necessidades físicas, psicológicas e relacionais.

## **2.5 – Qualidade de Vida**

Valente (<http://www.cei.pt>) afirma que “(...) não existe uma definição unânime em relação à noção de qualidade de vida, sendo utilizada e confundida muitas vezes com o nível de vida e o bem-estar (...)”.

Segundo WHOQOL GROUP (<http://www.ufrgs.br>), a qualidade de vida é a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no que respeita à cultura e sistema de valores, nos quais o indivíduo vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

De acordo com Valente (<http://www.cei.pt>):

“A qualidade de vida é um conceito subjectivo que varia de indivíduo para indivíduo e de sociedade para sociedade, evoluindo com o progresso científico e tecnológico nos mais variados domínios (ex. saúde, habitação, transportes).”.

Segundo a mesma autora, a qualidade de vida relaciona-se com a satisfação das necessidades a nível económico, social, psicológico, espiritual e ambiental, proporcionando tranquilidade, segurança e esperança de um futuro melhor.

Assim, avaliar a qualidade de vida constitui uma tarefa difícil porque envolve uma dimensão objectiva e mensurável e uma dimensão subjectiva, directamente relacionada com a percepção, diferente em cada indivíduo.

Michelone e Santos (2004), no que respeita às componentes subjectiva e objectiva da qualidade de vida, afirmam que o aspecto subjectivo é essencial, porque a percepção da satisfação pessoal é intrínseca à qualidade de vida; a componente objectiva é também necessária, pois as pessoas, que vivem em situações de pobreza e miséria, podem sentir-se satisfeitas com a sua vida, enquanto que outras pessoas, enfrentando condições adversas de risco de saúde, podem avaliar a sua qualidade de vida pior que a desejada.

### **2.5.1 – Qualidade de Vida do Doente Colostomizado**

De acordo com Brunete, Santos e Ragué (1999), a medição da qualidade de vida constitui, na actualidade, um procedimento clínico indispensável para o estudo de doentes ostomizados.

Leão, Almeida e Araújo (<http://www.scribd.com>) afirmam que “O enfermeiro deve ter uma visão holística do utente de forma a criar capacidades para este desfrutar de uma qualidade de vida igual ou melhor à que tinha antes da ostomia.”.

Os mesmo autores defendem ainda que, através de uma intervenção de enfermagem adequada, os enfermeiros têm a obrigação de ajudar este tipo de utentes a alcançar a qualidade de vida a que todos têm direito.

### **III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

Para a elaboração de um trabalho de investigação torna-se necessário reflectir acerca da sua metodologia, precisando a forma como a problemática em estudo será integrada no plano de trabalho, ditando, desta forma, as actividades conducentes à realização da investigação.

Fortin (1999, p.372) define metodologia como o “Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.”. Deste modo, no decurso desta fase metodológica, a autora operacionaliza o estudo, referindo os aspectos éticos e estabelecendo o desenho de investigação deste trabalho, de forma clara e objectiva.

#### **1 – Aspectos Éticos**

A ética, como a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, coloca problemas particulares aos investigadores, podendo entrar em conflito com o rigor da investigação.

Na expressão de Fortin (1999, p.113) “Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais.”. Perante esta afirmação, ao longo da execução desta investigação, a autora teve sempre em contemplação os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça, tendo sido sempre respeitados em todos os momentos da realização deste estudo.

Fortin (1999, p.113) afirma que:

“Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.”.

Tendo em conta estes pressupostos, a autora teve o cuidado de proteger os direitos e liberdades das pessoas que participaram no estudo, regendo-se por cinco princípios ou direitos fundamentais, aplicáveis aos seres humanos, que foram determinados pelos códigos de ética e que são os seguintes:

- Direito à autodeterminação

Tendo em conta este direito, os colostomizados foram convidados a participar no estudo, decidindo livremente a sua participação ou não na investigação, não tendo sido utilizado, pelo elo de ligação deste estudo, qualquer meio coercivo técnico ou psicológico para influenciar a decisão dos sujeitos.

- Direito à intimidade

Este estudo foi realizado com o cuidado de ser o menos invasivo possível, assegurando-se, sempre, a protecção da intimidade dos colostomizados que participaram nesta investigação.

- Direito ao anonimato e à confidencialidade

No que respeita a este direito, os colostomizados responderam ao questionário de forma anónima e confidencial, de modo a que a sua identidade não fosse associada a qualquer resposta dada.

- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo

Este trabalho de investigação foi realizado tendo sempre em atenção as regras de protecção da pessoa contra os inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem: prejuízos de ordem fisiológica, psicológica, legal e económica.

- Direito a um tratamento justo e equitativo

Os colostomizados, participantes neste estudo, foram informados sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como os métodos utilizados na realização da mesma. Estas informações foram dadas para que o colostomizado consentisse ou não a sua participação, assinando, após a aceitação de participação no estudo, a respectiva Declaração de Consentimento (ver Apêndice III).

## **2 – Desenho de Investigação**

O desenho de investigação destina-se a ordenar um conjunto de actividades, de forma a permitir ao investigador a realização efectiva do seu trabalho. De acordo com Fortin (1999, p.131) o desenho de investigação“(…) constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação.”

Assim, e conforme afirma Fortin (1999, p.367), o desenho de investigação consiste num “Plano e estratégia de investigação com vista a obter uma resposta válida às questões de investigação (…).”

Os elementos que constituem o plano ou desenho de investigação deste estudo serão descritos nos próximos parágrafos, sendo abordados os seguintes componentes: o tipo de estudo, a população, a amostra, as variáveis, o método e instrumento de colheita de dados, o pré-teste, a previsão de tratamento e análise dos dados, previsão de recursos materiais e, por último, a previsão de recursos humanos.

### **2.1 – Tipo de Estudo**

Segundo Fortin (1999, p.133): “A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação (…).”

No que concerne à elaboração deste estudo e tendo em conta as questões de investigação formuladas inicialmente e os respectivos objectivos de investigação, optou-se pela abordagem quantitativa. Esta é definida por Fortin (1999, p.22) como:

“(…) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (...) A objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem.”

Após se ter decidido pelo método de abordagem quantitativo, importa assinalar que o tipo de estudo adoptado foi o estudo do tipo descritivo simples, pois o que se pretende neste estudo

reside no facto de descrever os ensinamentos realizados no pré e no pós-operatório e a importância destes ensinamentos para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados da amostra.

Fortin (1999, p.163) afirma que:

“O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”.

Ainda na classificação do tipo de estudo utilizado nesta investigação, para além de ser um estudo quantitativo, do tipo descritivo simples, é também classificado como transversal, visto ser utilizado, para este estudo, um questionário para a recolha de dados que “(...) visa (...) recolher informação relativa à frequência de problemas de saúde no momento do inquérito.” (Fortin, 1999, p.170).

## **2.2 – População**

Na expressão de Fortin (1999, p.373), entende-se por população: “Conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.”.

A mesma autora refere que a população alvo é a “População para a qual serão generalizados os resultados de uma investigação obtidos a partir de uma amostra.” (Fortin, 1999, p.373).

Nesta perspectiva, a população seleccionada para a realização deste estudo foram os doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto, os quais constituem a população alvo deste estudo.

## **2.3 – Amostra**

Após delimitada a população deste estudo, torna-se fundamental decidir os critérios de selecção dos seus elementos, de modo a formar a amostra – “Conjunto de sujeitos retirados de uma população.” (Fortin, 1999, p.363). Para tal, recorre-se a um método de amostragem. Fortin (1999, p.363) define amostragem como o “Conjunto de operações que consiste em

escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada.”.

Tendo em conta o tipo de estudo e o factor tempo para a realização desta investigação, o método de amostragem utilizado foi o método de amostragem não probabilística, que consiste num “Processo pelo qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra” (Fortin, 1999, p.363), do tipo acidental, isto é, “(...) os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso.” (Fortin, 1999, p.208).

Para este estudo a amostra seleccionada foram os doentes colostomizados que frequentaram a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto no período de 12 de Janeiro de 2009 a 31 de Março de 2009.

O número de elementos constituintes desta amostra foi de 30 sujeitos.

## **2.4 – Variáveis**

Numa investigação, é importante definir quais as variáveis que vão estar em estudo, no decorrer da mesma. Na perspectiva de Gil (1995, p.61), variável é:

“qualquer coisa que pode ser classificada em duas ou mais categorias. Uma variável pode ser considerada como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia: um conceito operacional, que contém valores, aspecto, propriedade ou factos, discernível em um objecto de estudo passível de mensuração.”.

Neste trabalho de investigação estão presentes variáveis que caracterizam a amostra em estudo – variáveis atributo – e variáveis que intervêm no próprio estudo – variáveis em estudo.

Considera-se variável atributo, de acordo com Fortin (1999, p.376) como “Característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever a amostra.”.

As variáveis atributo deste estudo são: género, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, rendimento mensal, proveniência do sujeito, coabitação, motivo da realização da colostomia e o tempo que possui a colostomia.

Como variáveis em estudo considera-se as seguintes variáveis:

- Variável Dependente: qualidade de vida dos doentes colostomizados;
- Variáveis Independentes: ensinamentos realizados na educação para a saúde no pré-operatório; importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde no pré-operatório; ensinamentos realizados na educação para a saúde no pós-operatório; importância dos ensinamentos realizados na educação para a saúde no pós-operatório.

## **2.5 – Método e Instrumento de Colheita de Dados**

Considerando o tipo de estudo e as variáveis em investigação, optou-se pelo questionário, como instrumento de colheita de dados, sendo este aplicado pelo elo de ligação deste estudo – Enfermeira Maria Manuel Castro, Enfermeira Estomatoterapeuta a exercer funções no local de colheita de dados para esta investigação.

O questionário (ver Apêndice IV) divide-se em duas partes, a primeira parte caracteriza a população e a segunda parte destina-se a obter dados para descrever os ensinamentos realizados no pré e no pós-operatório e a importância destes ensinamentos para a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomatoterapia de um hospital do Grande Porto.

O questionário é constituído por questões fechadas, onde se incluem questões dicotómicas, questões de escolha múltipla e questões de facto ou de opinião. Nestas últimas recorreu-se à utilização da Escala de Likert, que segundo Fortin (1999, p.257):

“(…) consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis.”.

Os questionários foram entregues pela autora na Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto, no período de 12 de Janeiro de 2009 a 31 de Março de 2009, para serem aplicados pela Enfermeira Estomaterapeuta Maria Manuel Castro – elo de ligação deste estudo. Os colostomizados, que se apresentaram na consulta durante este período e de uma forma livre e esclarecida, preencheram os questionários individualmente, sob anonimato e de forma confidencial.

## **2.6 – Pré-Teste**

Com o intuito de verificar se as questões constituintes do questionário eram bem compreendidas pelos inquiridos e de avaliar a eficácia do questionário para a realização desta investigação, foi elaborado o pré-teste. Para Polit, Beck e Hungler (2004, p.254), o pré-teste é “(...) um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.”.

O pré-teste foi aplicado aos colostomizados, que frequentaram a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto, que não foram incluídos na amostra, mas possuíam características semelhantes aos elementos da amostra em estudo, no período de 5 de Janeiro de 2009 a 9 de Janeiro de 2009.

Considerando que o número de elementos da amostra foi de 30 elementos, o pré-teste foi realizado a 10 elementos que não pertenciam à amostra da população em estudo.

Com a aplicação do pré-teste, a autora concluiu que o questionário se adaptava aos indivíduos em estudo.

## **2.7 – Previsão de Tratamento e Análise dos Dados**

Neste estudo de investigação, o tratamento dos dados obtidos será efectuado através do programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows*, versão 15.0, com apresentação, em gráficos e tabelas, dos seguintes elementos:

- o número de sujeitos (frequência absoluta), que optou por cada uma das respostas;
- a percentagem correspondente (a frequência relativa) para cada uma das respostas.

Para a realização desta etapa, utilizar-se-á a estatística descritiva, cujo principal objectivo é, segundo Maroco e Bispo (2003, p.31) “(...) caracterizar os dados através de valores únicos que permitem resumir o comportamento das variáveis em estudo”. Deste modo, aplicar-se-á a estatística descritiva através das seguintes medidas de tendência central:

- Média aritmética:

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p.317): “A média aritmética é igual à soma de todos os valores dividida pelo número de participantes.”

- Moda:

Maroco e Bispo (2003, p.33) afirmam que a moda:

“(...) corresponde ao valor observado mais frequente (...). Para variáveis categorizadas (...) a moda corresponde à categoria cuja frequência é máxima, sendo esta denominada por classe modal. As distribuições com uma única moda são designadas por unimodais e as distribuições com vários máximos de frequências designam-se por plurimodais.”

- Mediana:

A mediana, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2003, p.316), é “(...) o ponto na distribuição acima e abaixo do qual estão 50% dos casos”.

Tendo em consideração as questões formuladas no questionário, a estatística descritiva só será aplicada a algumas.

## 2.8 – Previsão de Recursos Materiais

**Tabela 2 – Previsão de Recursos Materiais**

<b>Recursos</b>	<b>Euros</b>
Deslocações	90
Material de escritório diverso (tinteiro, papel, canetas, lápis e borracha )	100
Fotocópias	125
Telefone	30
Material de pesquisa bibliográfica	110
Total	455

## 2.9 – Previsão de Recursos Humanos

Para este estudo de investigação, irão ser necessários os seguintes recursos humanos:

- ❖ Investigador;
- ❖ Orientador da monografia;
- ❖ Elo de Ligação do estudo;
- ❖ Doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto (pré-teste);
- ❖ Doentes colostomizados que frequentam a Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto (amostra);
- ❖ Enfermeiros que exercem funções na Consulta Externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia de um hospital do Grande Porto.

#### **IV – FASE EMPÍRICA**

Esta é a fase mais gratificante da realização de uma investigação e a mais ansiada por qualquer investigador, pelo facto de permitir uma reflexão sobre o estudo realizado, colocando em destaque os resultados obtidos, tendo em consideração os objectivos de investigação, a matriz teórica elaborada e a metodologia utilizada.

Uma vez realizado o tratamento estatístico dos dados obtidos, importa apresentar e analisar os resultados e discuti-los à luz das questões de investigação formuladas.

##### **1 – Apresentação e Interpretação dos Resultados**

Esta etapa da investigação visa a apresentação e a interpretação dos resultados obtidos, após o tratamento da respectiva informação.

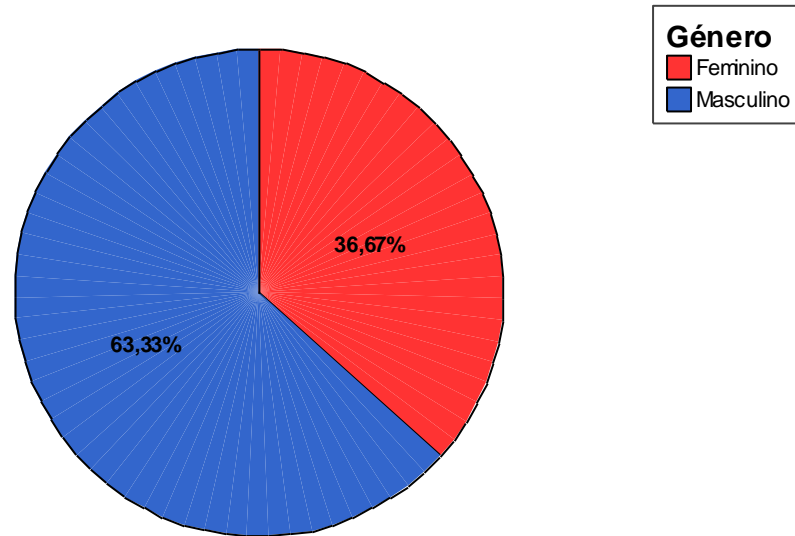
Tal como afirma Fortin (1999, p.329) “Apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas.”.

Deste modo, os resultados serão apresentados segundo a sequência das variáveis contidas no questionário.

Os dados obtidos foram tratados estatisticamente de forma informática (*SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - for Windows*, versão 15.0), e serão apresentados, nos próximos parágrafos, em tabelas ou gráficos, sendo realizada em simultâneo a respectiva análise.

### 1.1 – Caracterização da amostra em estudo

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos quanto ao género, em percentagem (%)



De acordo com o Gráfico 1, a amostra em estudo (30 colostomizados) é constituída na sua maioria por indivíduos do sexo masculino, numa percentagem de 63,33 %.

Tabela 3.A – Distribuição dos inquiridos quanto ao grupo etário, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)

Idade	Frequência Absoluta Fi	Percentagem %
Menos de 35 anos	4	13,3
35 – 45 anos	4	13,3
46 – 56 anos	3	10,0
57 – 67 anos	8	26,7
68 – 78 anos	7	23,4
Mais de 78 anos	4	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Tabela 3.B - Apresentação dos dados de acordo com medidas de tendência central

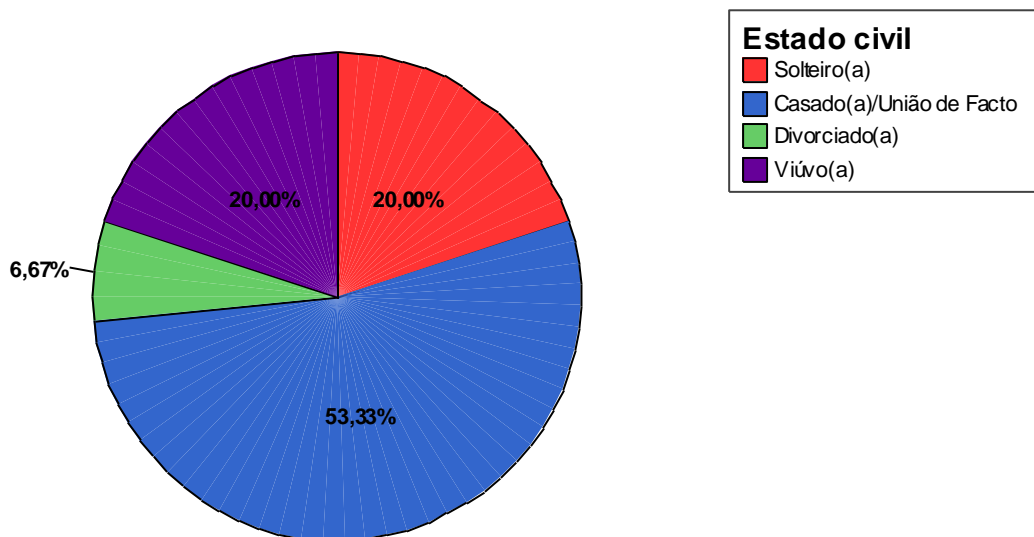
Medidas de tendência central		
Média <sup>1</sup>	Moda	Mediana
58,2 anos	57 – 67 anos	57 – 67 anos

Analisando os dados obtidos, pode-se

concluir que o

grupo etário com mais incidência na amostra é o intervalo de idades compreendidas entre os 57 – 67 anos, com uma frequência absoluta de 8 indivíduos e representando uma percentagem de 26,7%. Importa salientar que este intervalo corresponde à moda. O grupo etário com menos incidência é o grupo que compreende o intervalo dos 46 – 56 anos. A média das idades da amostra é 58,2 anos.

**Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos quanto ao estado civil, em percentagem (%)**



Analisando o Gráfico 2, pode-se concluir que, da amostra de 30 colostomizados, a maioria dos inquiridos é casado(a) ou vive em união de facto, numa percentagem de 53,33%. 20% da

<sup>1</sup> É de realçar que, de acordo com Neves (1998, p.87) “chama-se média a este valor mas ele é apenas um valor aproximado, pois quando os dados estão agrupados em classes não é possível calcular exactamente a média”.

amostra é solteiro(a) e em percentagem igual viúvo(a). Os restantes inquiridos são divorciados, numa percentagem de 6,67%.

**Tabela 4 – Distribuição dos inquiridos quanto às habilitações literárias, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)**

<b>Habilitações literárias</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
Não sabe ler nem escrever	1	3,3
Ensino primário incompleto	1	3,3
Ensino primário completo	6	20,0
Ciclo preparatório	4	13,3
Curso liceal	7	23,3
Curso superior	11	36,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

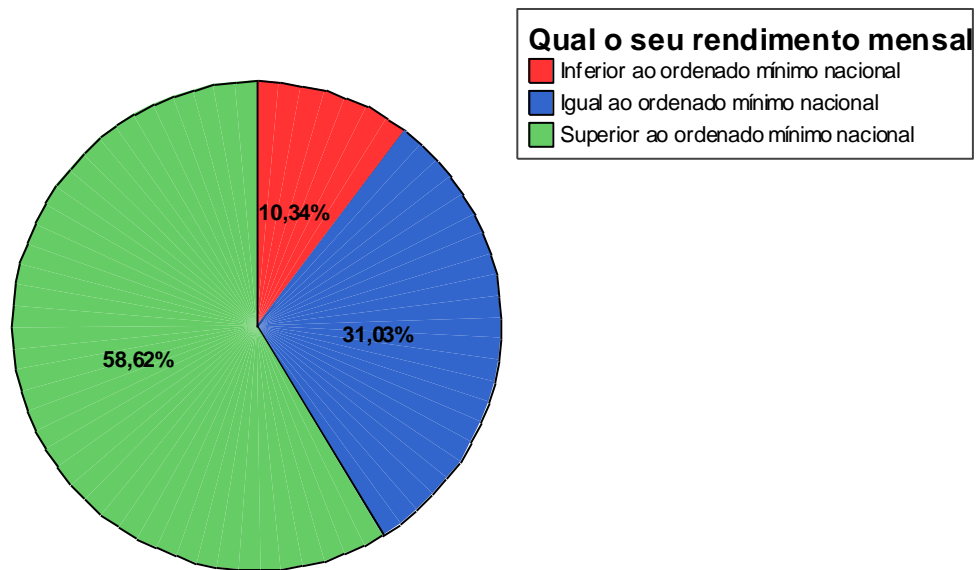
Da análise da Tabela 4 pode-se concluir que, da amostra de 30 colostomizados, apenas 1 pessoa não sabe ler nem escrever e também 1 pessoa tem o ensino primário incompleto, representando uma percentagem de 3,3% cada. Da amostra total, 6 indivíduos têm o ensino primário completo, numa percentagem de 20%, 4 indivíduos têm o ciclo preparatório, numa percentagem de 13,3%. Dos restantes inquiridos, 7 indivíduos têm o curso liceal e 11 indivíduos o curso superior, numa percentagem de 23,3% e 36,7%, respectivamente.

**Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos quanto à profissão, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)**

<b>Profissão</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
Doméstica	5	16,7
Padeiro(a)	1	3,3
Estudante	1	3,3
Bancário(a)	1	3,3
Reformado(a)	10	33,3
Professor(a)	1	3,3
Empregado(a) fabril	1	3,3
Administrativo(a)	3	10,0
Contabilista	1	3,3
Motorista	1	3,3
Lavrador(a)	1	3,3
Desempregado(a)	1	3,3
Advogado(a)	1	3,3
Empregado construção civil	1	3,3
Logista	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

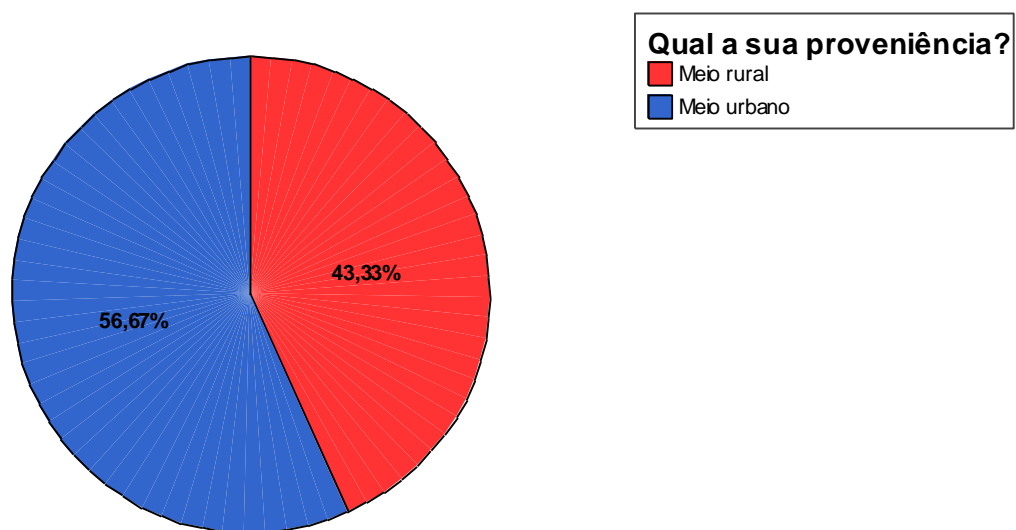
Analisando a Tabela 5, conclui-se que a maioria dos indivíduos da amostra é reformado(a), num total de 10 pessoas, representando uma percentagem de 33,3% do total da amostra. 5 pessoas têm a profissão de domésticas, numa percentagem de 16,7 % e 3 indivíduos são administrativos(as), representando uma percentagem de 10%. Os restantes inquiridos possuem diversas profissões, que representam uma percentagem de 3,3% cada.

**Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos quanto ao rendimento mensal, em percentagem (%)**



No que respeita à análise do Gráfico 3, pode-se concluir que 56,67% da amostra recebe um rendimento mensal superior ao ordenado mínimo nacional, 33,33% recebe o ordenado mínimo nacional e uma percentagem de 10% obtém um rendimento mensal inferior ao ordenado mínimo nacional.

**Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos quanto à sua proveniência, em percentagem (%)**



Da análise do Gráfico 4, verifica-se que 56,67% dos 30 colostomizados inquiridos são de proveniência do meio urbano e que 43,33% são de proveniência do meio rural.

**Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos em relação à coabitação, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)**

<b>Com quem vive?</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
Família	23	76,7
Lar de terceira idade	2	6,7
Sozinho	5	16,7
Outro	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Perante os resultados da Tabela 6, conclui-se que 23 indivíduos vivem com a família, representando 76,7% da amostra, 5 indivíduos vivem sozinhos, numa percentagem de 16,7% e 2 indivíduos vivem num lar de terceira idade, numa percentagem de 6,7%. Nenhum inquirido apresentou outra opção de coabitação.

**Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos quanto ao motivo da realização da colostomia, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)**

<b>Porque motivo teve de ser realizada a colostomia?</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
Perfuração intestinal	1	3,3
Doença de Crohn	2	6,7
Colite ulcerosa	2	6,7
Diverticulite	1	3,3
Traumatismo por acidente	1	3,3
Neoplasia do recto	14	46,7
Neoplasia do cólon	8	26,7
Oclusão intestinal	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Analisando a Tabela 7, pode-se afirmar que o motivo de realização da colostomia mais frequente na amostra é a neoplasia do recto, num total de 14 indivíduos, correspondente a uma percentagem de 46,7%. O segundo motivo mais frequente de realização da colostomia é a neoplasia do cólon, incorporando 8 indivíduos, representando uma percentagem de 26,7% da amostra total; segue-se a doença de Crohn e a colite ulcerosa, com uma frequência absoluta de 2 indivíduos e numa percentagem de 6,7%, cada e respectivamente. A perfuração intestinal, a diverticulite, o traumatismo por acidente e a oclusão intestinal foram os motivos de realização da colostomia menos frequentes na amostra, correspondendo a 3,3% da amostra.

**Tabela 8.A – Distribuição dos inquiridos quanto ao tempo que possuem a colostomia, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)**

<b>Há quanto tempo possui a colostomia?</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
[0 - 1 mês[	7	23,3
[1 - 3 meses[	9	30,0
[3 - 6 meses[	7	23,3
[6 - 12 meses[	3	10,0
[12 meses ou mais]	4	13,3
Total	30	100,0

**Tabela 8.B - Apresentação dos dados de acordo com medidas de tendência central**

<b>Medidas de tendência central</b>		
<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Mediana</b>
2,60	[1 - 3 meses[	[1 - 3 meses[

No que respeita à análise da distribuição dos inquiridos quanto ao tempo que possuem a colostomia, pode-se concluir que a maioria dos inquiridos da amostra possuem a colostomia entre [1 - 3 meses[, num total de 9 indivíduos e correspondente a 30% da amostra. Entre

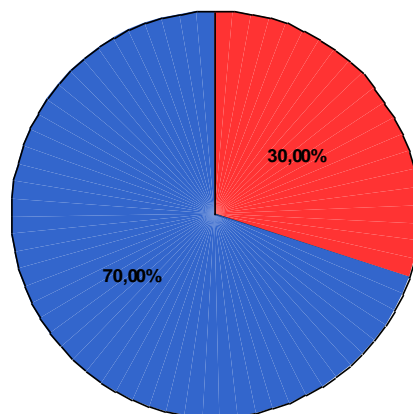
[0 - 1 mês[ e entre [3 - 6 meses[, responderam num total de 7 indivíduos cada, numa percentagem de 23,3%. Dos restantes inquiridos, 4 possuem a colostomia há [12 meses ou mais] e 3 entre [6 - 12 meses[, correspondendo a uma percentagem de 13,3% e 10 %, respectivamente.

## 1.2 – Descrição dos ensinamentos realizados no pré e no pós-operatório e a sua importância para a melhoria da qualidade de vida

**Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos quanto à recepção de informação, antes da realização da colostomia, sobre os cuidados a ter com o estoma, em percentagem (%)**

Foi informado(a) antes da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma?

■ Sim  
■ Não



No que respeita à obtenção de informação, antes da realização da colostomia, sobre os cuidados a ter com o estoma, 70% dos inquiridos da amostra responderam que não foram informados e os restantes 30% (9 indivíduos pertencentes à amostra) responderam que foram informados.

**Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos, que receberam informação antes da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma, quanto ao local de obtenção dessa informação, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)**

<b>Se sim, onde foi informado sobre os cuidados a ter com o estoma antes da realização da colostomia?</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
Na consulta pré-operatória	8	88,9
Na consulta externa – gabinete de estomaterapia	6	66,7
No serviço de internamento	3	33,3
Outro	0	0

Analisando a Tabela 9 e tendo em conta que apenas 30% da amostra (9 indivíduos) obteve informação sobre os cuidados a ter com o estoma, antes da realização da colostomia, pode-se verificar que 88,9% desses indivíduos receberam essa informação na consulta pré-operatória; 66,7% receberam essa informação na consulta externa – gabinete de estomaterapia; e 33,3% desses colostomizados obtiveram-na no serviço de internamento. Nenhum colostomizado referiu outro local de obtenção de informação sobre os cuidados a ter com o estoma, antes da realização da colostomia.

**Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos, que receberam informação antes da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma, quanto à pessoa que forneceu essa informação, em percentagem (%)**

<b>Quem deu essa informação?</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
O cirurgião	7	77,8
O enfermeiro	8	88,9
A família	0	0
Outro	0	0

Através da análise dos dados obtidos, verifica-se que 77,8%, dos 9 indivíduos que receberam informação, antes da realização da colostomia, sobre os cuidados a ter com o estoma, obtiveram-na pelo cirurgião; 88,9% de colostomizados receberam essa informação através do enfermeiro. Nenhum inquirido recebeu a informação através da família ou outro.

**Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos, que receberam informação antes da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma, quanto às áreas de cuidados ensinadas, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)**

<b>Antes da realização da colostomia, quais das seguintes áreas de cuidados lhe foram ensinadas?</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
Contacto com outros ostomizados	3	33,3
Marcação do local para a ostomia	8	88,9
Preparação intestinal (preparação mecânica do cólon)	7	77,8
Ensino sobre a intervenção cirúrgica para a construção da colostomia	9	100
Apresentação de dispositivos para o cuidado à colostomia	8	88,9
Ensino sobre a situação em que se encontrará após a saída do bloco operatório	9	100
Outro	2	22,2

Pela leitura analítica da Tabela 11 e tendo em conta apenas os indivíduos que obtiveram informação antes da realização da colostomia (30% da amostra ou 9 indivíduos), pode-se verificar que todos foram ensinados sobre a intervenção cirúrgica para a construção da colostomia e sobre a situação em que se encontrariam após a saída do bloco operatório. O ensino sobre a marcação do local da ostomia e a apresentação de dispositivos para o cuidado à colostomia foram transmitidos a 8 indivíduos, representando uma percentagem de 88,9% cada; a preparação intestinal (preparação mecânica do cólon) foi ensinada a uma percentagem de 77,8%, neste grupo de 9 indivíduos. O ensino sobre o contacto com outros ostomizados foi obtido por 3 indivíduos, incorporando uma percentagem de 33,3% de um total de 9 colostomizados. Apenas 2 colostomizados referiram outras áreas de ensino transmitidas, antes da realização da colostomia, representando uma percentagem 22,2%, ambos mencionando os cuidados com a colostomia no dia-a-dia.

**Tabela 12 - Distribuição dos inquiridos, que receberam informação antes da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma, quanto à importância, para a sua qualidade de vida, das áreas de cuidados ensinadas, em percentagem (%)**

**Qual a importância, para a sua qualidade de vida, que atribui a cada uma das áreas de ensino que lhe foram transmitidas antes da realização da colostomia?**

Áreas de Ensino	Nada Importante (%)	Pouco Importante (%)	Nem muito nem pouco importante (%)	Importante (%)	Muito Importante (%)	Total (%)
Contacto com outros ostomizados	11,1	22,2	33,4	0	33,3	100
Marcação do local para a ostomia	0	0	0	66,7	33,3	100
Preparação intestinal (preparação mecânica do cólon)	0	0	0	88,9	11,1	100
Ensino sobre a intervenção cirúrgica para a construção da colostomia	0	0	0	11,1	88,9	100
Apresentação de dispositivos para o cuidado à colostomia	0	0	0	33,3	66,7	100
Ensino sobre a situação em que se encontrará após saída do bloco operatório	0	0	0	44,4	55,6	100
Outro	0	0	0	0	100	100

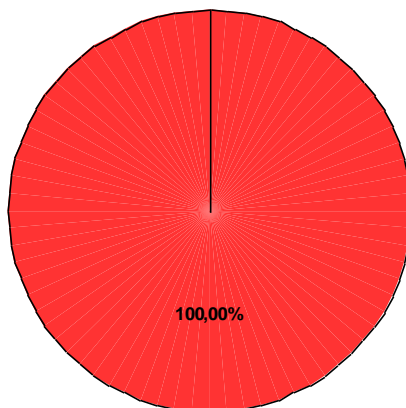
Analisando a informação obtida na Tabela 12, pode-se concluir que, dos indivíduos que obtiveram o ensino, antes da realização da colostomia, sobre o contacto com outros ostomizados, a maioria, 33,4% consideraram este ensino nem muito nem pouco importante; 33,3% avaliaram-no como muito importante; 22,2% referiram que o mesmo é pouco importante; os restantes indivíduos, 11,1%, atribuiu a classificação de nada importante para a

melhoria da qualidade de vida. No que concerne ao ensino sobre a marcação do local para a ostomia, 66,7% dos colostomizados, que receberam este ensino, atribuíram a classificação de importante e os restantes 33,3% apontaram para a classificação de muito importante para a melhoria da sua qualidade de vida. No que respeita à área de ensino sobre a preparação intestinal (preparação mecânica do cólon), 88,9% dos indivíduos que receberam esta informação consideraram-na importante para a melhoria da sua qualidade de vida; os restantes colostomizados, 11,1%, classificam-na como muito importante. O ensino sobre a intervenção cirúrgica para a construção da colostomia foi avaliado por 11,1% de colostomizados como importante para a sua qualidade de vida; a maioria, 88,9%, consideraram-no como muito importante. A apresentação de dispositivos para o cuidado à colostomia foi classificada como um ensino muito importante para 66,7% dos colostomizados que adquiriram esta informação; os restantes 33,3% classificaram-na como importante para sua qualidade de vida. O ensino sobre a situação em que se encontrarão os colostomizados após a saída do bloco operatório foi avaliado como importante para 44,4% e como muito importante para a maioria, 55,6% de colostomizados. Como já foi referido anteriormente, 2 colostomizados mencionaram que obtiveram o ensino sobre os cuidados com a colostomia no dia-a-dia, ao qual ambos atribuíram a classificação de muito importante para a sua qualidade de vida.

**Gráfico 6 – Distribuição dos inquiridos quanto à recepção de informação, depois da realização da colostomia, sobre os cuidados a ter com o estoma, em percentagem(%)**

Foi informado(a) depois da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma?

■ Sim  
■ Não



Após a análise do Gráfico 6, verifica-se que todos os colostomizados, pertencentes à amostra, foram informados, depois da realização da colostomia, sobre os cuidados a ter com o estoma.

**Tabela 13 – Distribuição dos inquiridos, que receberam informação depois da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma, quanto ao local de obtenção dessa informação, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)**

<b>Se sim, onde foi informado sobre os cuidados a ter com o estoma depois da realização da colostomia?</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
Na consulta externa – gabinete de estomaterapia	18	60,0
No serviço de internamento	30	100
Outro	0	0

Da análise da Tabela 13, pode-se constatar que 18 colostomizados receberam, na consulta externa – gabinete de estomaterapia, a informação, depois da realização da colostomia, sobre os cuidados a ter com o estoma, representando uma percentagem de 60%. A mesma informação foi recebida no serviço de internamento por todos os indivíduos pertencentes à amostra (30 colostomizados). Nenhum indivíduo referiu outro local de obtenção do mesmo conhecimento.

**Tabela 14 – Distribuição dos inquiridos, que receberam informação depois da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma, quanto à pessoa que forneceu essa informação, em percentagem (%)**

<b>Quem deu essa informação?</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
O cirurgião	4	13,3
O enfermeiro	30	100
A família	0	0
Outro	0	0

Através da análise dos dados obtidos, verifica-se que 13,3% de colostomizados (4 indivíduos) receberam informação depois da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma através do cirurgião; 100% dos colostomizados da amostra receberam a mesma informação através do enfermeiro. Nenhum inquirido recebeu a informação através da família ou outro.

**Tabela 15 - Distribuição dos inquiridos, que receberam informação depois da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma, quanto às áreas de cuidados ensinadas, em frequências absolutas (Fi) e em percentagem (%)**

<b>Quais das seguintes áreas de cuidados lhe foram ensinadas depois da realização da colostomia?</b>	<b>Frequência Absoluta Fi</b>	<b>Percentagem %</b>
Higiene da colostomia	30	100
Alimentação	30	100
Material para a colostomia	30	100
Vestuário	29	96,7
Exercício físico	26	86,7
Viagens	14	46,7
Actividade laboral	22	73,3
Irrigação	12	40,0
Sexualidade	18	60,0
Outro	3	10,0

Da análise da Tabela 15 e tendo em conta que todos os indivíduos pertencentes à amostra obtiveram informação depois da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma, pode-se verificar que todos foram ensinados sobre a higiene da colostomia, sobre a

alimentação e sobre o material para a colostomia. O ensino sobre o vestuário foi transmitido a 29 colostomizados, representando uma percentagem de 96,7%; o ensino sobre o exercício físico foi obtido por 26 colostomizados, incorporando uma percentagem de 86,7% da amostra; o ensino sobre viagens foi comunicado a 14 indivíduos, numa percentagem de 46,7%; a actividade laboral foi ensinada a 22 indivíduos, representando uma percentagem de 73,3%; o ensino sobre a irrigação foi obtido por 12 colostomizados e o ensino sobre a sexualidade por 18 colostomizados, incorporando uma percentagem de 40% e de 60%, respectivamente. Apenas 3 colostomizados (10% de colostomizados da amostra) referiram outra área de ensino transmitida depois da realização da colostomia, mencionado o ensino sobre quimioterapia.

**Tabela 16 - Distribuição dos inquiridos, que receberam informação depois da realização da colostomia sobre os cuidados a ter com o estoma, quanto à importância, para a sua qualidade de vida, das áreas de cuidados ensinadas, em percentagem (%)**

**Qual a importância, para a sua qualidade de vida, que atribui a cada uma das áreas de ensino que lhe foram transmitidas depois da realização da colostomia?**

Áreas de Ensino	Nada Importante (%)	Pouco Importante (%)	Nem muito nem pouco importante (%)	Importante (%)	Muito Importante (%)	Total (%)
Higiene da colostomia	0	0	0	10,0	90,0	100
Alimentação	0	0	3,3	26,7	70,0	100
Material para a colostomia	0	0	0	10,0	90,0	100
Vestuário	0	0	0	36,7	63,3	100
Exercício físico	0	3,3	6,7	53,3	36,7	100
Viagens	13,3	13,3	16,7	23,3	33,3	100
Actividade laboral	3,3	10,0	10,0	23,3	53,3	100
Irrigação	33,3	10,0	26,7	10,0	20,0	100
Sexualidade	16,7	13,3	13,3	23,3	33,3	100
Outro	0	0	0	33,3	66,7	100

Analisando a informação obtida na Tabela 16, pode-se verificar que 90% dos colostomizados da amostra classificaram o ensino sobre a higiene da colostomia como muito importante para a melhoria da qualidade de vida; os restantes 10% afirmaram que é importante. No que respeita ao ensino sobre a alimentação, a maioria dos inquiridos, 70%, declarou ser muito importante; numa percentagem menos significativa, 3,3% classificou o mesmo como nem muito nem pouco importante. O ensino sobre o material para a colostomia foi considerado por 90% de indivíduos como muito importante, classificando-o como importante os restantes 10%. No que concerne ao ensino sobre o vestuário, a maioria dos inquiridos classificou-o como muito importante (63,3%); 36,7% considerou-o importante para a melhoria da

qualidade de vida. Quanto ao ensino sobre exercício físico, as respostas foram mais dispersas, verificando-se que 53,3% classificam-no como importante, 36,7% como muito importante, 6,7% como nem muito nem pouco importante e os restantes 3,3% como pouco importante. O ensino sobre viagens, também com classificações dispersas, foi considerado por 33,3% dos inquiridos como muito importante; 23,3% classificaram-no como importante; 16,7% como nem muito nem pouco importante e, finalmente, a classificação de nada importante e de pouco importante foi obtida por 13,3% cada. O ensino sobre a actividade laboral foi entendido como muito importante para a maioria dos inquiridos, numa percentagem de 53,3%; 23,3% consideraram-no como importante; nem muito nem pouco importante e pouco importante obtiveram a mesma percentagem, 10%; os restantes inquiridos, 3,3%, consideram-no como nada importante. No que respeita ao ensino sobre a irrigação, verifica-se que as respostas também não foram muito homogéneas, tendo sido a classificação mais significativa a de nada importante (33,3%), seguindo-se a classificação de nem muito nem pouco importante, com uma percentagem de 26,7%. No que concerne ao ensino sobre a sexualidade, também este com classificações não homogéneas, 33,3% dos colostomizados classificam-no como muito importante para a qualidade de vida; 23,3% como importante; 16,7% como nada importante; os restantes indivíduos classificaram-no como pouco importante e como nem muito nem pouco importante, numa percentagem de 13,3% cada. A área de ensino sobre quimioterapia, referida por 3 inquiridos, obteve a classificação de muito importante para a qualidade de vida, numa percentagem de 66,7%; os restantes 33,3% consideraram-no como importante.

## **2 – Discussão dos resultados**

Após a apresentação e interpretação dos resultados obtidos deste estudo de investigação, alcançou-se uma nova etapa, que consiste na discussão dos resultados.

Relativamente à caracterização da amostra, apurou-se que 63,33% dos inquiridos são do sexo masculino; no que respeita à moda do grupo etário, verifica-se um predomínio de indivíduos com idades compreendidas entre os 57 e os 67 anos; a maioria dos inquiridos da amostra são casados ou vivem em união de facto, representando uma percentagem de 53,33% da amostra; uma percentagem predominante de 36,7%, transmite a informação que a maioria dos indivíduos possuem o curso superior; quanto à profissão, uma percentagem significativa de inquiridos são reformados; apurou-se também neste estudo de investigação que 58,62% da

amostra total apresentam um rendimento mensal superior ao ordenado mínimo nacional; a proveniência dos indivíduos constituintes da amostra é, na sua maioria e numa percentagem de 56,67%, o meio urbano; quanto à coabitação, uma percentagem bastante significativa vive com a família.

Ainda no que se refere à caracterização da amostra, aferiu-se que 46,7% dos inquiridos foram submetidos à realização da colostomia devido a neoplasia do recto; o segundo motivo mais frequente da realização da colostomia nos inquiridos foi a neoplasia do cólon, numa percentagem de 26,7%. Tais factos estão de acordo com o descrito na matriz teórica sobre esta área.

O motivo pelo qual um indivíduo tem de realizar uma colostomia é um dado de importância significativa, dado que a adaptação do indivíduo à nova situação e a melhoria da sua qualidade de vida dependem, em parte, da sua doença, nomeadamente, tipo de doença, fase de evolução, sintomas, tipo de tratamento e ensinamentos efectuados, não esquecendo que cada situação é uma situação particular e única.

A moda de tempo que os elementos desta amostra possuem a colostomia corresponde à classe [1 - 3 meses].

De acordo com Malagarriga (1999), os cuidados pré-operatórios devem iniciar-se no momento em que se comunica ao doente que este vai ser operado, pois é a partir desse momento que começam a surgir as dúvidas, os medos, as angústias que todo o ambiente e a intervenção cirúrgica implicam.

No que respeita à recepção de informação, antes da realização da colostomia, sobre os cuidados a ter com o estoma, 70% dos inquiridos receberam ensinamentos no pré-operatório; na sua maioria estes ensinamentos foram efectuados na consulta pré-operatória; o enfermeiro e o cirurgião foram as pessoas identificadas pelos inquiridos, que forneceram a informação no pré-operatório. Este último facto obtido está de acordo com Canseco (1992), que afirma que a informação pré-operatória é dada, em primeiro lugar, pelo cirurgião e posteriormente é reforçada pela enfermeira estomaterapeuta e/ou pelos profissionais de enfermagem.

Ainda no que respeita ao período antes da realização da colostomia, todos os ensinamentos, referentes ao pré-operatório e descritos na matriz teórica, foram efectuados aos indivíduos, com variações na sua frequência.

No que respeita à importância, para a melhoria da qualidade de vida, atribuída pelos inquiridos a cada ensinamento no pré-operatório, o ensinamento avaliado com mais dispersão, quanto à sua importância, foi o contacto com outros ostomizados. Marques (1999) refere que um dos aspectos a ter em conta pelo enfermeiro estomaterapeuta é proporcionar ao doente o contacto com outros colostomizados, trocando impressões com outros doentes, com o mesmo problema, mas já adaptados. Assim, aferiu-se que 33,4% dos inquiridos, que receberam este ensinamento, classificaram-no como nem muito nem pouco importante para a melhoria da sua qualidade de vida; 33,3% classificaram-no como muito importante; os restantes inquiridos qualificaram-no como pouco importante e nada importante, numa percentagem de 22,2% e 11,1%, respectivamente.

Ainda no mesmo âmbito, o ensinamento sobre a intervenção cirúrgica para a construção da colostomia foi o ensinamento que obteve a classificação de maior importância para a melhoria da qualidade de vida – 88,9% qualificaram-no como muito importante e os restantes 11,1% como importante.

Como já foi referido anteriormente numa fase de apresentação dos resultados, dois colostomizados mencionaram que obtiveram o ensinamento sobre os cuidados com a colostomia no dia-a-dia, ao qual ambos atribuíram a classificação de muito importante para a sua qualidade de vida.

A apresentação de dispositivos é, também, um dos aspectos a considerar no período pré-operatório. Deste modo, é importante ensinar ao ostomizado o tipo de saco que vai utilizar no futuro. (Grupo C.I.D.O., 1997). No que respeita a este ensinamento, 66,7% classificou-o como muito importante para a melhoria da sua qualidade de vida; os restantes 33,3% qualificaram-no como importante.

O Grupo C.I.D.O. (1997) afirma que, ainda no período pré-operatório, é importante dar ao doente uma breve informação da situação em que se encontrará ao sair do bloco operatório. O objectivo da informação sobre a sua situação ao sair do bloco operatório é tranquilizar e

dissipar o medo da cirurgia. Este ensino foi classificado por 55,6% dos inquiridos como muito importante para a melhoria da sua qualidade de vida; os restantes 44,4% classificaram-no como importante.

Segundo Marques (1999, p.41), a marcação do local para a ostomia “(...) é um aspecto fundamental para a independência do ostomizado.”. Respeitante a este ensino, aferiu-se que 66,7% dos inquiridos qualificaram-no como importante para a melhoria da sua qualidade de vida; os restantes 33,3% classificaram-no como muito importante para o mesmo critério.

O ensino sobre a preparação intestinal (preparação mecânica do cólon) obteve a classificação de importante para uma percentagem de 88,9% dos colostomizados, que receberam este ensino; os restantes 11,1% qualificaram-no como muito importante.

Alves (1999) defende que, no período pós-operatório, desenvolvem-se acções com o objectivo de melhorar a qualidade de vida, através da promoção de um maior nível de auto-cuidados e diminuição da dependência do doente.

No que respeita à recepção de informação, depois da realização da colostomia, sobre os cuidados a ter com o estoma, aferiu-se que a totalidade dos indivíduos, pertencentes à amostra, obtiveram essa informação. Esta informação foi recebida, também pela totalidade da amostra, no serviço de internamento; 60% da amostra afirmou ter recebido também essa informação na consulta externa – gabinete de estomaterapia. O enfermeiro foi a pessoa identificada, por todos os indivíduos pertencentes à amostra, como a fonte dos ensinós pós-operatórios; apenas 13,3% dos inquiridos afirmaram ter recebido essa informação também pelo cirurgião.

Ainda no que respeita ao período depois da realização da colostomia, todos os ensinós, referentes ao pós-operatório e descritos na matriz teórica desta monografia, foram efectuados aos indivíduos, com variações na sua frequência.

No que respeita à importância, para a melhoria da qualidade de vida, atribuída pelos inquiridos a cada ensino no pós-operatório, apurou-se que o ensino sobre a higiene da colostomia e o ensino sobre o material para a colostomia foram os ensinós que obtiveram a classificação de maior importância para a melhoria da qualidade de vida dos colostomizados

da amostra, ambos com a classificação de muito importante, para 90% dos inquiridos, e com a classificação de importante para os restantes 10%.

O ensino sobre a alimentação, no período pós-operatório, foi avaliado por 70% dos inquiridos como muito importante para a melhoria da sua qualidade de vida; 26,7% classificaram-no como importante; os restantes 3,3% da amostra avaliaram-no com uma classificação neutra.

Como já foi referido numa fase de apresentação dos resultados, outra área de ensino, quimioterapia, referida por 3 inquiridos, obteve a classificação de muito importante para a melhoria da qualidade de vida, numa percentagem de 66,7%; os restantes 33,3% consideraram-no como importante.

No que respeita ao ensino sobre o vestuário, apurou-se que 63,3% da amostra classificou-o de muito importante para a melhoria da sua qualidade de vida; os restantes 36,7% avaliaram-no como importante para o mesmo objectivo.

Alves (1999) defende que, o ostomizado, logo que esteja completamente restabelecido após a cirurgia, deve retornar ao seu emprego, salvo nos casos em que o esforço físico é incompatível com a sua situação de ostomizado. Tendo em conta esta afirmação, o ensino sobre a actividade laboral obteve classificações dispersas – 53,3% avaliaram-no como muito importante para a melhoria da qualidade de vida; 23,3% classificaram-no como importante; numa categoria neutra e numa categoria pouco importante obteve-se 10% da amostra, para cada; os restantes 3,3% classificaram-no como nada importante.

Reflectindo sobre o pensamento de Alves (1999, p.47): “Como qualquer indivíduo, o ostomizado pode e deve praticar desporto.”. Neste estudo de investigação concluiu-se que o ensino sobre exercício físico foi avaliado por 36,7% dos inquiridos como muito importante para a melhoria da sua qualidade de vida; 53,3% avaliaram-no como importante; 6,7% manifestaram uma opinião neutra e os restantes 3,3% classificaram-no como pouco importante.

No que respeita ao ensino sobre viagens, Alves (1999) defende que, o colostomizado deve tomar conhecimento que pode viajar sempre que quiser, podendo utilizar todos os meios de transporte habituais. Nesta investigação apurou-se classificações também dispersas nesta área

de ensino. 33,3% da amostra avaliou o ensino sobre viagens como muito importante para a melhoria da qualidade de vida; 23,3% classificou-o como importante; 16,7% declarou uma avaliação neutra; a apreciação de pouco importante e nada importante foi referida por 13,3% da amostra, respectivamente.

No que se refere ao ensino sobre a irrigação, apurou-se que 33,3% da amostra classificou-o como nada importante; 26,7% manifestou uma avaliação neutra para a melhoria da sua qualidade de vida; 20% avaliou-o como muito importante; a classificação de importante e a classificação de pouco importante foi obtida por 10% da amostra, respectivamente.

Segundo Magalhães (2006, p.41), “A sexualidade não pode ser esquecida no indivíduo colostomizado, é (...) um aspecto muito importante e que apesar de geralmente não ser verbalizado, preocupa-o bastante.”. Nesta investigação, apurou-se que o ensino sobre a sexualidade foi avaliado por 33,3% dos inquiridos como muito importante; 23,3% manifestaram a classificação de importante para a melhoria da qualidade de vida; a avaliação neutra e a avaliação de pouco importante foi obtida por 13,3% da amostra, respectivamente; os restantes 16,7% avaliaram-no como nada importante.

## V – CONCLUSÃO

Na área estritamente didáctica, este trabalho monográfico revelou um enorme contributo a nível da formação pessoal. O facto da autora ser inexperiente a realizar este tipo de trabalhos, aliado ao facto do tempo limitado para a sua realização, levou a que a autora sentisse algumas dificuldades na sua elaboração. Apesar de este ser um factor dificultador, acabou por se tornar, também, um factor dinamizador, de modo a agregar todos os esforços para conciliar horários e cumprir prazos estipulados pela universidade.

O facto de ter sido dos trabalhos mais longos, árduos, de pesquisa intensa e de colheita de informações, associado à vontade de querer saber mais sobre cada pormenor, que dizia respeito à problemática em estudo, fez nascer o orgulho de ver concluído este trabalho, marcando, assim, um pequeno contributo para a investigação em Enfermagem.

Terminada esta primeira parte, referente à reflexão sobre o que este trabalho de investigação significou para a autora, importa agora reflectir sobre o trabalho de investigação propriamente dito.

Através da elaboração da matriz teórica, verificou-se que existem vários ensinios padronizados, a efectuar ao indivíduo ostomizado, e distintos para o período pré-operatório e para o período pós-operatório. Estes ensinios preconizados irão interferir com a melhoria da qualidade de vida dos doentes colostomizados, tendo os enfermeiros a obrigação de ajudar estes indivíduos a alcançar uma melhor qualidade de vida.

Verificou-se, através da análise e interpretação global dos resultados obtidos, que mais de metade dos colostomizados inquiridos foram submetidos à construção da colostomia devido a neoplasia do recto ou neoplasia do cólon.

Apurou-se nesta investigação que os colostomizados inquiridos não foram, em parte, alvo de ensinios pré-operatórios, facto que levou a alguma inquietação por parte da autora, no que respeita às consequências que esta lacuna poderá causar na melhoria da qualidade de vida dos colostomizados pertencentes à amostra.

A avaliação dos ensinamentos, referentes ao período pré-operatório, por parte dos colostomizados inquiridos que os receberam, revelou-se favorável, no que respeita à sua opinião quanto à importância destes para a melhoria da sua qualidade de vida. É importante salientar que, no período pré-operatório, o ensino sobre o contacto com outros ostomizados foi o ensino que obteve maior divergência de opiniões, quanto à sua importância para a melhoria da qualidade de vida dos inquiridos, que receberam este ensino.

No que respeita aos ensinamentos preconizados para o período pós-operatório, concluiu-se que todos os indivíduos colostomizados, pertencentes à amostra, foram alvo de recepção destes ensinamentos, embora não se verificando uma constante na sua frequência.

A avaliação dos ensinamentos preconizados para o período pós-operatório e efectuada pelos indivíduos da amostra demonstrou-se bastante favorável no que se refere aos seguintes ensinamentos: higiene da colostomia, alimentação, material para a colostomia e o ensino sobre o vestuário. No que respeita aos restantes ensinamentos, as opiniões foram inconclusivas, pelo facto de se ter obtido classificações bastante dispersas, quanto à importância de cada ensino para a melhoria da qualidade de vida dos colostomizados da amostra.

Da análise da interpretação dos resultados obtidos, a autora está ciente que atingiu os objectivos a que se propôs, tendo obtido resposta às questões de investigação, inicialmente colocadas. No entanto, devido ao tipo de amostragem seleccionado, este estudo não pode ser extrapolado para outras instituições e identidades, só podendo ser aplicado aos elementos da amostra inquirida.

A autora não queria terminar sem salientar que, atendendo à importância desta temática e aos problemas que dela possam advir, é indispensável que os profissionais de saúde estejam aptos a informar o doente e ajudá-lo no processo de melhoria da sua qualidade de vida, a que todos têm direito.

Neste sentido, a autora pensa que este trabalho monográfico será uma mais valia na qualidade dos ensinamentos prestados aos colostomizados. Assim, os ensinamentos preconizados para o período pré-operatório e para o período pós-operatório do colostomizado devem ser conhecidos pelos enfermeiros, de forma a melhorar cada vez mais e da melhor forma a qualidade de vida destes doentes.

Convicta da importância da investigação em Enfermagem, esta investigação foi realizada com empenho e entusiasmo, esperando servir como ponto de partida para outras investigações nesta temática e como fonte de motivação para que novos trabalhos sejam realizados, tendo como objectivo principal a melhoria da qualidade de vida do colostomizado.

Em última conclusão, a autora acredita que, através da investigação, a Enfermagem prosseguirá o bom caminho, no sentido de maior elevação e valorização.

## BIBLIOGRAFIA

Alves, E. (1999). Pós-operatório. *Liga dos Ostomizados de Portugal*, Outubro, pp.43-49.

Amândio, J. (1999). A alimentação dos ostomizados digestivos. *Liga dos Ostomizados de Portugal*, Outubro, pp.24-26.

Amorim, A. P., Ferreira, J. e Gabriel M. (1997). O Doente Ostomizado – Papel do Enfermeiro. *Enfermagem*, nº5 (2ª Série), Janeiro-Março, pp.7-10.

Assunção, N. (1997). Irrigação em Colostomizados. *Sinais Vitais*, nº 13 (Julho), pp.13-14.

Beyesus, M. e Dudas, S. (1989). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Tratado de Prática Clínica*. 2ª edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Brunete, J. O., Santos, R. S. e Ragué, J. M. (1999). Calidad de vida en el enfermo ostomizado: enfermedad inflamatoria intestinal y cáncer colorrectal. In: Ragué, J. M. e Valentí, M. T. (Eds.). *Estomas – Valoración, Tratamiento y Seguimiento*. Barcelona, Ediciones Doyma, S.A., pp.281-294.

Canseco, M. (1992). Cuidados integrales de enfermería a pacientes ostomizados. In: Estapé, J. e Doménech, M. (Eds.). *Enfermería y Câncer*. Barcelona, Ediciones Doyma, pp.245-266.

Carvalho, W. A., Yamamoto, M. S. e Cistia, M. E. (2005). A Criança Ostomizada. In: Santos, V. L. e Cesaretti, I. U. R. (Eds.). *Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado* São Paulo, Editora Atheneu, pp. 133-166.

Cesaretti, I. U. R. e Leite, M. G. (2005). Bases para o Cuidar em Estomaterapia. In: Santos, V. L. e Cesaretti, I. U. R. (Eds.). *Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado*. São Paulo, Editora Atheneu, pp.19-37.

Clara, I. [Em linha]. Disponível em <http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID=791>. [Consultado em 14/12/2008].

Costa, C. (1999). O ostomizado voluntário numa instituição hospitalar. *Liga dos Ostomizados de Portugal*, Outubro, pp.55-56.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação*. Loures, Lusociência.

Gil, A. (1995). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 3ª edição. São Paulo, Editora Atlas.

Grupo C.I.D.O. (1997). *Guia de Cuidados de Enfermería en Pacientes Ostomizados*. (s.l.), Editora Draft, Promoción de Mercados, S.A..

Grupo de Estudo Técnica de Irrigação e a Pessoa Colostomizada (s.d.). *Qualidade da Vida com Colostomia*. (s.l.), Coloplast.

Hurtado, H. O., Sáenz, A. e Velasco, M. M. (1994). Técnicas Cirúrgicas. In: Ortiz, H., Rague, J. Marti e Foulkes, B. (Eds.). *Indicaciones y Cuidados de los estomas*. Barcelona, Editorial JIMS, pp. 107-131.

Leão, Almeida e Araújo [Em linha]. Disponível em <http://www.scribd.com/doc/3930770/O-regresso-a-Casa-da-Pessoa-Ostomizada>. [Consultado em 15/12/2008].

Long, B. e Roberts, R. (1995). Intervenção em pessoas com problemas de eliminação intestinal. In: Phipps, W. et al. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 4ª Edição. Lisboa, Lusodidacta, p.1388.

Magalhães, H. S. (2006). Preparação para a Alta do Doente Colostomizado. *Nursing*, nº 207 (Fevereiro), pp. 39-41.

Malagarriga, E. M. (1999). Valoración, información y seguimiento de enfermería en el hospital al paciente ostomizado. In: Ragué, J. M. e Valentí, M. T. (Eds.). *Estomas – Valoración, Tratamiento y Seguimiento*. Barcelona, Ediciones Doyma, S.A., pp.41-48.

Maroco, J. e Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa, Climepsi Editores.

Marques, G. (1999). Pré-operatório: Informação e preparação psicológica e física do ostomizado. *Liga dos Ostomizados de Portugal*, Outubro, pp.38-42.

Matos, D. e Cesaretti, I. U. R. (2005). Complicações Precoces e Tardias dos Estomas Intestinais e Urinários: Aspectos Preventivos e Terapêuticos. In: Santos, V. L. e Cesaretti, I. U. R. (Eds.). *Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado* São Paulo, Editora Atheneu, pp. 195-213.

Michelone APC, Santos V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 novembro-dezembro; 12(6):875-83.

Murphy, M. (2000). Cancro Colorrectal. In: Otto, S. (Ed.). *Enfermagem Oncológica*. 3ª edição. Loures, Lusociência, pp.137-153.

Neves, M. (1998). *Estatística*. Porto, Porto Editora.

Osório, F. (1999). Indicações para ostomias digestivas. *Liga dos Ostomizados de Portugal*, Outubro, pp.19-20.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra, Quarteto Editora.

Polit, D., Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª edição. São Paulo, Artmed Editora.

Rebelo, H. (1999). Aspectos psicossociais no ostomizado: amar-te-ei na saúde e na doença. *Liga dos Ostomizados de Portugal*, Outubro, pp.52-54.

Ripoll, P. S. (1999). Valoración, información y seguimiento del paciente ostomizado tras el alta hospitalaria. In: Ragué, J. M. e Valentí, M. T. (Eds.). *Estomas – Valoración, Tratamiento y Seguimiento*. Barcelona, Ediciones Doyma, S.A., pp.161-168.

Seeley, R. R., Stephens, T. D., e Tate, P. (2003). *Anatomia & Fisiologia*. Loures, Lusociência, pp. 905-909.

Silva, C. (1999). Ostomias Urinárias – A Urina e a Pele. *Liga dos Ostomizados de Portugal*, Outubro, pp.33-37.

Silva, M. C. e Rodrigues, M. (2005). O Ensino ao Colostomizado. *Sinais Vitais*, nº58 (Janeiro), pp.26-29.

Silva, P. C. (1999). Localização das Ostomias Digestivas. *Liga dos Ostomizados de Portugal*, Outubro, pp.21-23.

Smeltzer, S. e Bare, B. (1993). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7ª edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Tavares, J. (1999). O que é a estomaterapia?. *Enfermagem Oncológica*, Outubro, pp.49-50.

Tavares, M. J. e Castro, M. M. (s.d.). *Guia do Colostomizado*. (s.l.), Engrenagem – Canastros & Cruz, Lda..

Valente, Prudência [Em linha]. Disponível em <http://www.cei.pt/up/prudencia%20valente.pdf>. [Consultado em 15/12/2008].

WHOQOL GROUP [Em linha]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>. [Consultado em 15/12/2008].

**ANEXO I**

**APÊNCIDE I – Técnica de Irrigação**

**APÊNCIDE II – Nutrição dos ostomizados - Alimentos que influenciam a função digestiva**

**APÊNCIDE III – Declaração de Consentimento**

**APÊNDICE IV – Questionário**