

Catarina Teresa Carvalho Miranda

Pessoa Colostomizada

"Atividades da vida diária "

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Catarina Teresa Carvalho Miranda

Pessoa Colostomizada

"Atividades da vida diária"

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Catarina Teresa Carvalho Miranda

Pessoa Colostomizada

"Atividades da vida diária"

Catarina Teresa Carvalho Miranda

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo dar uma visão geral acerca do processo de viver da pessoa ostomizada.

Para tal, foi efetuada uma revisão de literatura que deu especial enfoque às alterações fisiológicas, psico-emocionais e sociais que ocorrem após a intervenção cirúrgica, em relação às quais, é essencial que a pessoa se reestruture, no sentido de manter a sua integridade.

Verificou-se que a pessoa colostomizada enfrenta alterações no seu autocuidado, nomeadamente, na alimentação, nos cuidados de higiene, no vestuário, na vida familiar e na vida social.

O suporte familiar e o atendimento profissional personalizado são indispensáveis na adaptação da pessoa à sua nova condição.

A Enfermagem encontra-se numa posição privilegiada, podendo construir um veículo essencial na formação de perceções positivas pela pessoa colostomizada relativamente à sua autoimagem e ao ambiente familiar e social em que se insere.

Apesar das diferentes dificuldades que a pessoa colostomizada pode enfrentar, sublinha-se que o empenho dos profissionais, o sentimento de motivação por parte da pessoa colostomizada e o suporte das pessoas que lhe estão próximas, podem promover, de forma considerável, a sua qualidade de vida.

O Enfermeiro deverá promover, desde sempre, a participação ativa da pessoa estabelecendo relações interpessoais positivas com esta.

É importante que a pessoa colostomizada, assim como a sua família, participem em todo o processo de cuidados.

ABSTRACT

The object of this work was to give a general overview of the life process of a person with a stoma.

In order to do that, it was carried out a literature review with special emphasis on physiological, psycho-emotional, and social alterations that occur after surgery, in which it is essential that the person reorganizes itself in order to keep its integrity. Family support and personalized professional health care are indispensable for the person's adaptation to his/her new condition.

It was found that the colostomized person faces changes in self-care, including feeding, care of hygiene, clothing, family life and social life

Family support and personalized professional attention are indispensable in the adaptation of the person to its condition.

Nursing has a privileged position and is able to be an essential vehicle in the building of positive perceptions by the person with a stoma in what concerns its self-image and the social and familiar environment to which the person belongs.

In spite of the difficulties the colostomized person may face, we underline that the engagement of professionals, the feeling of motivation by the colostomized person and the support of the people that are closer to the person, can improve its quality of life in a substantial way.

The nurse will always have to promote the active participation of the person by establishing positive interpersonal relations with that person. It is important that the colostomized person and its family take part in all the care process.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado às pessoas que sempre estiveram ao meu lado pelos caminhos da vida, me acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim: Meus Pais Rosa e Manuel e aos meus irmãos Vera, Rui, Joana, restantes familiares e amigos.

Dedico também a uma pessoa especial para mim... a minha Avó Adelaide, tenho a certeza que onde quer que ela esteja, vai estar feliz assim como nós. Permanecerás eternamente em nossas lembranças e principalmente em nossos corações.

AGRADECIMENTOS

Em especial agradeço aos meus pais, que sempre me incentivaram, apoiaram e por todas as lições valiosas que me ensinaram ao longo de toda a minha vida e por todo o amor e dedicação e em particular, de todo o apoio financeiro para que eu concretize o meu sonho.

Agradeço também aos meus irmãos, que sempre me deram força e apoio, a eles o meu muito obrigado.

Agradeço a todos os meus amigos e respetiva família que me acompanharam ao longo da minha formação académica.

À Enfermeira Filomena Cardoso, pela sua disponibilidade e orientação ao longo da elaboração do projeto de Graduação.

A todos, muito obrigado por contribuírem de modo relevante para a minha formação, assim como para a conclusão desta etapa académica.

PENSAMENTO

"Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro...Isso se faz por e com amor!

Angelica Tavares

Índice

0. INTRODUÇÃO	13
1. FASE CONCEPTUAL.....	15
1.1 - Definição do tema	15
1.2 - Pergunta de Investigação.....	15
1.3 - Justificação da escolha do Problema	16
1.4 - Pergunta de Partida	17
1.5 - Objetivos de Investigação	18
1.6 - Revisão Bibliográfica	19
1.6.1 - História das Ostomias	19
1.6.2 - Anatomia do Intestino	22
1.6.3 - Tipos de Ostomia.....	23
1.6.4 - Vigilância das características da ostomia.....	27
1.6.5 - Complicações do estoma	28
1.6.6 - Tipos de dispositivos	30
1.6.7 - Classificação dos dispositivos.....	31
1.6.8 - Sistema de irrigação.....	32
1.6.9 - Cuidados de enfermagem à pessoa com colostomia.....	33
1.6.10 - Atividades de vida diária	38
1.6.11 - Papel dos enfermeiros estomoterapeutas no apoio à pessoa colostomizada	45
II- FASE METODOLÓGICA	47
2.1 - Tipo de estudo.....	48
2.3 - Meio	49
2.4 - Instrumento de recolha de dados.....	49
2.5 - Princípios éticos	50
3.3 - Discussão da análise.....	62
IV - CONCLUSÃO	65
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
VI. ANEXOS.....	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da população quanto ao género	51
Tabela 2 - Alterações nos hábitos de vida diária	53
Tabela 3 - Alterações Sociais	56
Tabela 4 - Alterações Psicológicas	58
Tabela 5 - Alterações Físicas	59
Tabela 6- Enfermeiro Estomoterapeuta.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACT - Adhesive Coupling Technology

FMUSP - Faculdade de Medicina da USP

WCET - World Council of Enterostomal Therapists

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina de Projeto de Graduação e Integração à Vida Profissional, integrada no 4º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem, foi proposto a realização de um Projeto de Investigação.

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa [...] uma inquietação e, que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado. (Fortin,1999)

Perante uma multiplicidade de temas, o tema escolhido foi: " Pessoa Colostomizada: atividades de vida diária", cuja questão problemática é: "Há atividades de vida diária alteradas na pessoa colostomizada?"

A escolha de um tema de Investigação é inquietante, principalmente num investigador principiante; na medida em que é essencial que o tema seja pertinente, atual e que desperte curiosidade. Outro motivo para a escolha deste tema foi as vivências pessoais, contacto vivenciado em ensino clínico, isto despertou curiosidade para procurar adquirir conhecimentos mais profundos sobre o tema.

Por consequência, a escolha recai sobre um problema cada vez mais usual na nossa sociedade, que afeta a vida da pessoa, mas também a dos que a rodeiam.

Este tema é de extrema importância pois considera-se que o enfermeiro tem um papel fundamental nos cuidados a prestar à pessoa com ostomia, ajudando-a a ter consciência das suas capacidades e limitações no que diz respeito à nova situação de vida. O enfermeiro está numa situação privilegiada para auxiliar a pessoa a atingir o objetivo primordial - criar medidas adaptativas ao seu estilo de vida habitual.

Com a realização deste trabalho propôs-se atingir os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências para a elaboração de um trabalho de investigação;
- Aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo;

- Desenvolver capacidades de análise, pesquisa e estudo de dados;
- Pesquisar e analisar artigos científicos relativos ao tema;
- Promover a partilha de saberes;
- Servir como instrumento de carácter avaliativo.

São partes constituintes deste estudo de investigação:

- Resumo: Síntese do trabalho
- Introdução: Apresentação da escolha do tema e a sua importância, bem como os objetivos que se pretende atingir;
- Fase conceptual: Apresenta a definição do tema, pergunta de investigação, justificação da escolha do problema, pergunta de partida, objetivos de investigação e a revisão da literatura onde serão apresentadas varias temáticas. Enquadramento teórico do tema, abordagem teórica dos conceitos, descrição da importância da enfermagem especializada nesta área, análise de alguns artigos científicos que expõem as alterações mais comuns na vida da pessoa colostomizada;
- Fase metodológica: São abordados todos os caracteres científicos pelos quais o estudo de investigação se pautará. Nesta parte do projeto subdivide-se em 7 subcapítulos, sendo eles: tipo de estudo, população/amostra, meio, instrumento de recolha de dados, princípios éticos;
- Fase empírica: Apresentação da amostra; apresentação de resultados e discussão da análise;
- Conclusão: Onde serão referenciadas as dificuldades sentidas ao longo da realização deste trabalho e algumas considerações finais sobre o tema;
- Referências bibliográficas.

I. FASE CONCEPTUAL

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa [...] uma inquietação e, que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.(Fortin 1999).

1.1 - Definição do tema

Tema é o assunto que se deseja provar ou desenvolver, é uma dificuldade, ainda sem solução, que é mister determinar com precisão, para intentar, em seguida, seu exame, avaliação crítica e solução. (Asti Vera,1976).

Perante uma multiplicidade de temas, o tema escolhido a investigar foi: "Pessoa Colostomizada: atividades de vida diária".

1.2 - Pergunta de Investigação

A formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender. (Fortin, 2009)

Segundo Fortin (1999), formular um problema de investigação é definir um fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de agrupamentos e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha em estudo.

Como tal, o problema de investigação baseia-se em "Quais as atividades de vida diária alteradas na pessoa colostomizada?"

1.3 - Justificação da escolha do Problema

Justificar a questão de Investigação é explicar porque se quer estudar esta questão e porque ela é importante para nós. (Fortin, 1999)

As pessoas submetidas a uma cirurgia que determina a realização de uma ostomia, vivenciam uma situação de stress, decorrente do enorme impacto emocional que quer a doença quer o tratamento impõem na sua vida, implicando alterações profundas no seu "eu" e estilos de vida pessoais. Perante a necessidade de realizar esta cirurgia, o indivíduo recorre a comportamentos adaptativos e estratégias de resolução de problemas, na procura da autorregulação e do autoequilíbrio, nem sempre conseguidos.

Depois de deixarem o hospital onde foram operadas, estas pessoas sentem-se muitas vezes desorientadas quando se confrontam com uma realidade até aí protegida pela magnitude hospitalar. Aí se defrontam com as necessidades de aceitarem uma nova imagem corporal, de terem de proceder a alterações no seu estilo de vida e de se confrontar com os outros. (Santos,1999)

O mesmo autor refere ainda o período entre seis a doze meses após a cirurgia como necessário para reorganização psicológica e aceitação da sua vida "vida com um estoma".

Conscientes de que os estudos na área da promoção da saúde em pessoas portadoras de doença crónica nunca foi suficientemente discutida como nos refere Santos (1999), bem como no que dizem respeito à adaptação psicológica dos doentes com este quadro clínico (tendo em conta os trabalhos publicados), sentiu-se interesse em conhecer de que forma os conhecimentos da pessoa colostomizada contribuem ou não para a sua adaptação às atividades de vida diária.

Neste contexto foi decidido realizar um estudo sobre a problemática das atividades de vida diária das pessoas colostomizadas, pois julga-se ser um estudo de interesse à recuperação de uma qualidade de vida aceitável. (Fernandes, 2004)

O conhecimento da problemática não apenas ao nível físico, mas também ao nível psíquico e social, que apresentam estas pessoas, contribui para que o enfermeiro preste uma maior atenção e melhor assistência a este tipo de doentes.

1.4 - Pergunta de Partida

O presente estudo, tem por intuito procurar responder à seguinte questão: " Há atividades de vida diária alteradas na pessoa colostomizada?"

Como afirma Fortin, (2009) uma questão de investigação é uma pergunta explícita referente a um tema de estudo que se deseja investigar, tendo em vista aumentar o conhecimento que existe.

As questões de investigação são premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos, precisos e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis, assim como população estudada. (Fortin, 1999)

As questões orientadoras neste estudo são:

- Quais as alterações físicas, que estão mais afetadas na pessoa colostomizada?
- Há alterações psicológicas, afetadas na pessoa colostomizada?
- Há alterações sociais, afetadas na pessoa colostomizada?
- Quais os cuidados que a pessoa colostomizada tem na sua higiene (estoma e pele circundante)?
- Qual o tipo de vestuário mais adequado?
- Quais os cuidados que a pessoa ostomizada tem com a alimentação?
- Qual o tipo de atividades a pessoa colostomizada mais pratica?
- Qual o apoio prestado pelo enfermeiro estomoterapeuta?

1.5 - Objetivos de Investigação

Segundo Fortin (1999), “ [...] o objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer”.

Os objetivos são o fio condutor do estudo, pois segundo Fortin (1999), o objetivo de estudo é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão, especifica as variáveis chave, a população e o contexto de estudo.

Para tal, traçou-se os seguintes objetivos:

- Identificar quais as alterações físicas, que estão mais afetadas na pessoa colostomizada;
- Identificar quais as alterações psicológicas, que estão mais afetadas na pessoa colostomizada;
- Identificar quais as alterações sociais, que estão mais afetadas na pessoa colostomizada;
- Identificar que tipo de cuidados a pessoa colostomizada realiza na higiene ao estoma e à pele circundante;
- Identificar que tipo de vestuário a pessoa colostomizada usa;
- Conhecer que tipo de cuidados a pessoa colostomizada tem na sua alimentação;
- Conhecer que tipo de atividades a pessoa colostomizada pratica;
- Identificar qual o apoio prestado pelo enfermeiro estomoterapeuta;

1.6 - Revisão Bibliográfica

“ (...) uma revisão da literatura é um texto que resume nele vários outros sobre um assunto preciso estabelecendo ligações entre eles e expondo a problemática comum “. (Tremblay 1994 *cit. In* Fortin, 2003)

O quadro teórico representa as bases teóricas da investigação, as quais permitem ordenar os conceitos entre si, de maneira a descrever, explicar ou predizer as relações entre eles. Serve ainda de base às observações, às definições de variáveis, desenho de investigação, às interpretações e às generalizações. Ainda que de forma embrionária, no projeto de investigação constará o marco teórico de referência para abordagem do problema.

A palavra estoma provém do grego "stoma" e significa "boca ou abertura". Uma ostomia intestinal é criada trazendo o intestino à parede abdominal e suturando-o à pele, criando cirurgicamente uma abertura - o estoma. Esta cirurgia provoca o desvio da saída do conteúdo intestinal, que deixa de se efetuar pelo ânus, passando a ser pelo estoma. (Serrano & Pires, 2005)

1.6.1 - História das Ostomias

A história das ostomias remonta inclusive ao tempo da bíblia, na qual Praxógoras de Kos (em 350 aC) teria realizado em casos de trauma abdominal

"e Aod estendendo sua mão esquerda tirou a adaga e lha cravou no ventre (de Eglon, rei de Moab) com tanta força que os copos entraram com a folha pela ferida... e logo os excrementos do ventre surgiram pela ferida."

É a partir do início do século XVIII, que os relatos de colostomias se tornaram mais frequentes. (Cascais et al, 2007)

Em 1709 um cirurgião alemão, Lorenz Heister, teria realizado operações de enterostomia em soldados que apresentavam ferimentos intestinais. Contudo, posteriormente descobriu-se que a técnica de Heister consistia na fixação das feridas à parede abdominal e não na realização de verdadeiras ostomias. (Cesaretti et al., 1997)

Em 1710 Lithre criou a sistematização para realizar uma colostomia. O paciente, antes portador de carcinoma obstrutivo, sobreviveu à cirurgia, mas faleceu 28 dias depois por retenção de mercúrio (utilizado no pré-operatório como laxante), sendo, cecostomia inguinal transperitoneal a técnica utilizada. (Cesaretti et al., 1997)

Palfyn (1726), sabendo da tendência do peritônio em formar aderências, fez aproximação peritônio/intestino lesionado (fístula), cessando o processo infeccioso pela cicatrização espontânea. (Cesaretti et al., 1997)

O primeiro estoma planejado foi uma cecostomia, realizada em França, em 1776, por Pillore, a um vendedor com obstrução total, secundária a um carcinoma do reto, em que a ingestão de laxantes e de quase um quilograma de mercúrio não a conseguia vencer. Apesar do sucesso inicial, o doente faleceu no décimo segundo dia de pós-operatório, devido a uma ansa do intestino delgado gangrenada cheia de mercúrio. (Kretschmer, 1980)

Em 1783, um cirurgião de Napoleão, Antoine Dubois, relata a realização de uma colostomia em uma criança de três dias nascida com imperfuração anal, e em 1793 realiza a primeira colostomia inguinal esquerda num paciente com ânus imperfurado. (Cascais et al., (2007)

Luke (1850) foi o primeiro a realizar a colostomia abdominal, enquanto Braun (1879), na Alemanha, realizou a primeira ileostomia, para o tratamento de um doente com tumor obstrutivo do cólon. (Kretschmer, 1980)

Até 1879, constatavam-se 262 colostomias, 165 pela técnica de Amussat e 84 por Lithre. A mortalidade era em torno de 40%, devido a peritonites causadas por obstrução prolongada pré-cirúrgica que levavam à paralisia, caquexia e não pela abertura do peritônio durante o ato cirúrgico, como pensava-se antes. (Cesaretti et al, 1997)

Em 1883, Vicent Czerny realizou o primeiro tratamento combinado para o cancro cólon-retal, com a criação de uma colostomia. A colostomia em ansa com baguete foi introduzida nesse mesmo ano por Mdyll (Bechara et al., 2005)

Em países anglo-saxões, considera-se o método de Allingham (1887) como a primeira colostomia lateral. A forma moderna de ostomia lateral surgiu em 1888, com Carel Maydl prolapsando uma alça intestinal sobre um cilindro. (Cesaretti, et al., 1997)

Em 1893 Amussat baseando-se nos estudos do anatomista Callisen (1798-1817), realizou colostomia lombar extraperitoneal, porém tinha grandes chances de prolapsar, pois era muito sensível à pressão e desconfortável, não podendo ser limpa pelo próprio paciente devido à localização. (Cesaretti, et al., 1997)

No final do século XIX, os cirurgiões começaram a usar a colostomia para proteger as linhas de sutura em anastomoses e ressecção do cancro do cólon. Mayo, em 1904, e Miles, em 1908, descreveram pela primeira vez a amputação abdomino-perineal, com a realização de uma colostomia definitiva. Já em 1908, a intervenção cirúrgica tinha evoluído de tal forma que o doente podia ser curado da doença, mas exigia que este vivesse com uma colostomia permanente. (Kretschmer 1980)

Em 1921, Hartmann descreveu um novo procedimento cirúrgico para o tratamento do cancro da porção distal do colon como alternativa importante para diminuir a morbidade da amputação abdominoperineal do reto. (Habr- Gama et al., 1997)

Em 1943, é realizada a primeira proctocolectomia com ileostomia definitiva em uma jovem também acometida de colite ulcerativa, por Gavin Miller. Apesar de nos últimos anos do século XIX, os princípios básicos para a realização das colostomias já estivessem estabelecidos, no início da década de 1950, a designada "era moderna das ostomias", são alcançados novos conhecimentos em especial através dos trabalhos de Patey (ênfase na sutura colo-cutânea) e de Butler (excisão combinada do reto). (Cascais et al., 2007)

Em 1973, Duret, também médico francês, foi o primeiro a realizar uma colostomia com sucesso num bebé de três dias com o ânus não perfurado. Baseou a sua decisão por acreditar que era mais prudente empregar um método ainda não comprovado que deixar o doente morrer. Após a cirurgia, observou-se a primeira complicação, um prolapso, no entanto, o bebé sobreviveu à cirurgia e viveu por mais quarenta e cinco anos. (Kretschmer, 1980)

Em 1982, foi descrita por Block a colostomia em dupla boca. (Bechara et al., 2005)

A partir de meados do século XX até aos dias de hoje, ocorreu uma grande evolução nas técnicas cirúrgicas utilizadas na realização de ostomias e nos equipamentos e dispositivos disponíveis. É possível encontrar uma grande diversidade de placas e bolsas coletoras, que visam adaptar-se cada vez mais às necessidades da pessoa ostomizada. (Cascais et al., 2007)

1.6.2 - Anatomia do Intestino

O intestino é a maior porção do aparelho digestivo; a qual se entende desde a saída do estômago até ao ânus. O intestino forma um longo tubo dividido em duas secções principais - o intestino delgado e o intestino grosso.

Este tubo apresenta, então, uma porção mais longa, porém de calibre mais fino, que recebe o nome do intestino delgado, o qual é seguido por uma porção mais curta e de maior calibre que é o intestino grosso.

Para Seeley, et al (1997), o intestino delgado constitui um longo tubo, de aproximadamente 6 metros de comprimento que liga o estômago ao intestino grosso, estando dividido em três porções: o duodeno, medindo aproximadamente 25 centímetros ; o jejuno medindo aproximadamente 2,5 metros e o íleo com cerca de 3,5 metros. Este segmento do aparelho digestivo desempenha uma função muito importante, pois tem uma participação ativa no processo de digestão dos alimentos.

O intestino grosso é a porção terminal do tubo digestivo. Entende-se de intestino delgado (junção ileocecal) até ao orifício exterior chamado ânus. O intestino grosso é um tubo cilindroide com aproximadamente 1,5 metros de comprimento e distinguem-se em quatro partes: o ceco, o cólon, reto e canal anal.

Cécum

Segundo Seeley, et al (1997), o cécum, ceco ou cego é a primeira porção do intestino grosso, sendo o local onde o intestino grosso e o delgado se unem. Está situado a nível

da fossa ilíaca direita, sendo uma porção em forma de saco, posteriormente à junção ileocecal. A junção ileocecal ou válvula de Bauhin, tem por função permitir a livre passagem do conteúdo do intestino delgado para o grosso e impedir o retorno desse conteúdo. O apêndice vermiforme, é um pequeno tubo cego sacular, com cerca de 9 cm, ligado ao cego, que quando há uma obstrução inflama e provoca apendicite.

Cólon

Para Seeley et al, 1997) o cólon constitui grande parte do intestino grosso, mede 1,5-1,8m de comprimento, tendo como principal função a absorção de água, iões de sódio e outros minerais. As diversas mudanças de direção permitem dividir o cólon em quatro partes: o cólon ascendente (lado direito), o cólon transverso, o cólon descendente (esquerdo) e o cólon sigmoide ou cólon ílaco. O cólon acaba a nível da terceira vértebra sagrada continuando assim com o reto.

Reto

Segundo Carvalho (1999), o reto é a parte terminal do intestino grosso, está situada na parte posterior da escavação pélvica, numa cavidade própria a fossa rectal. Tem um comprimento aproximado de 12 a 14 centímetros, é achatado de diante para trás, tornando-se muito volumoso no estado de repleção. Na sua parte média é fortemente dilatado, constituindo o que se chama ampola rectal.

Ânus

Para Carvalho (1999), o ânus é um simples orifício que termina inferiormente ao intestino grosso. Assim o ânus é um canal com cerca de 15 a 20 milímetros de altura. Tem na sua constituição anatómica um poderoso esfíncter, o esfíncter anal. No intestino grosso os alimentos não digeridos são acumulados, sendo-lhes absorvida a água. Também é aqui que são armazenadas as fezes, antes de serem evacuadas.

1.6.3 - Tipos de Ostomia

Dependendo da zona do intestino, onde é feita a ostomia, esta denomina-se ileostomia (quando criada no íléon) ou colostomia (quando criada no cólon); podendo ser de

carácter definitivo ou temporário (quando se prevê o futuro encerramento e a correção da parede abdominal). (Serrano & Pires, 2005)

Colostomia

A colostomia define-se como exteriorização do cólon através da parede abdominal, suturando à pele, com o objetivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal. (Perry, 1999)

As situações que requerem a execução de uma colostomia podem ser várias. De acordo com Mantovani, (s.d.) no seu relatório sobre o tema Colostomia, destacam-se as seguintes:

- Desvio do trânsito fecal, em intervenções cirúrgicas, para tratamento de ferimentos anorretocólicos;
- Desvio do trânsito fecal quando há obstruções do cólon terminal, ocasionado por imperfuração anal, neoplasias ou processos inflamatórios (doença de Crohn, retocolite ulcerativa);
- Paliativo nos casos de neoplasia inoperável do cólon distal com obstrução do mesmo;
- Amputação abdominoperineal do reto;
- Fístulas retovaginais;
- Perfurações não traumáticas de segmentos cólicos, como na diverticulite;
- Lesões perineais extensas como na síndrome de Fournier.

As colostomias classificam-se de acordo com o tempo de permanência, o tipo de construção e localização do estoma. Quanto ao tempo de permanência, as colostomias podem ser temporárias, quando existe possibilidade de restaurar o trânsito intestinal, ou definitivas, quando a colostomia passa a ser a via de excreção, pois devido à patologia existente não há possibilidades para a reconstrução do intestino. A exérese do esfíncter anal e do reto é um caso de uma colostomia definitiva e, a necessidade de criar uma derivação temporária para as fezes, como parte do tratamento de doenças situadas distalmente à zona da colostomia, ou para prevenir complicações após intervenções

cirúrgicas complexas é um caso de colostomia temporária. (Maza et al. citado por Silva, 2006)

Segundo Bandeira & Santos , as colostomias podem ser classificadas em quatro tipos, de acordo com a parte do intestino grosso que é exteriorizada:

Colostomia ascendente: é realizada com a parte ascendente do cólon (lado direito do intestino grosso), neste caso as fezes podem ser líquidas ou semilíquidas.

Colostomia transversa: é localizada na parte transversa do cólon (porção entre o cólon ascendente e descendente) e as fezes podem ser semilíquidas ou moles.

Colostomia descendente: é realizada com a parte descendente do cólon (lado esquerdo do intestino grosso), as fezes são moldadas.

Colostomia sigmóideia: é realizada no cólon sigmoide, as fezes são normalmente sólidas.

No que respeita ao tipo de construção existem três tipos:

Colostomia em alça: é realizada numa emergência clínica quando está previsto o fecho da colostomia. São geralmente grandes estomas temporários construídos no cólon transversal. O cirurgião puxa uma alça do intestino para o abdómen; é colocada, temporariamente, uma haste plástica, uma ponte ou um cateter de borracha sob a alça intestinal para impedir que ela deslize. É então aberto o intestino e suturado na pele do abdómen. Dentro de sete a dez dias, o equipamento de apoio externo é removido.

Colostomia terminal: consiste num estoma formado da extremidade proximal do intestino, com a parte distal do trato gastrointestinal quer removida, quer suturada proximamente (denominado bolsa de Hartmann) e deixada na cavidade abdominal.

Colostomia de dupla barra: o intestino é cirurgicamente trabalhado e as duas terminações são trazidas para o exterior através do abdómen. Este tipo de colostomia consiste em dois estomas distintos: o estoma funcionante proximal e o estoma não funcionante distal. (Perry, 1999)

Colostomia Húmida

A colostomia húmida em alça é constituída para permitir a saída de urina e fezes através do mesmo estoma. É uma alternativa para doentes que necessitam de dupla derivação, de fezes e urina. É uma técnica recente, mas com bons resultados. (Bandeira & Santos, s.d.)

Ileostomia

Quando o intestino delgado (íleo) é o local de derivação, a ostomia designa-se por ileostomia. As indicações mais frequentes são a colite ulcerosa mucosa e a colite de Crohn. Outras indicações são a polipose intestinal familiar e a síndrome de Gardner. (Lucknam & Sorensen, 1996)

A ileostomia é a exteriorização da parte final do intestino delgado na pele do abdómen. Esta tem como finalidade impedir a passagem das fezes pelo cólon, o que aumenta o risco de formação de cálculos renais e desidratação crónica. Um indivíduo ileostomizado perde grande quantidade de líquidos e eletrólitos, pois o conteúdo intestinal não passa pelo cólon, local onde deveriam ser absorvidos. As fezes de uma ileostomia são mais líquidas do que aquelas que saem por uma colostomia. As ileostomias são realizadas por qualquer motivo que impeça a passagem das fezes pelo intestino grosso. (Phipps et al., 2003)

Urostomia

A urostomia é uma abertura na pele que permite a saída de urina proveniente dos rins, ureteres ou bexiga. A mais comum é a urostomia de Bricker, na qual é utilizado um pedaço do intestino delgado que é exteriorizado na pele e a este pedaço são ligados os ureteres (canais que saem dos rins e conduzem a urina até à bexiga). (Bandeira & Santos, s.d.)

1.6.4 - Vigilância das características da ostomia

Os estomas intestinais são planos ou com relevo mínimo sobre a pele, de aproximadamente 0,5 cm, realizado por vezes para prevenir a irritação da pele em caso de diarreia. A forma ideal destes estomas é circular, para que possam adaptar-se sacos coletores convencionais, cujo orifício foi desenhado de acordo com esta morfologia. (Ortiz & Foulkes et al. citado por Silva, 2006)

O estoma intestinal normal tem um aspecto rosado, brilhante e húmido, uma vez que o revestimento interno das vias digestivas é do tipo mucoso. A pele ao seu redor deve estar lisa, sem vermelhidão, comichão, feridas ou dor. O aspecto descrito é o de uma colostomia a partir da terceira semana de pós-operatório. Durante a primeira semana as colostomias apresentam uma coloração mais rosada e um aspecto edematoso. Passada esta primeira semana, a cor será definitiva, no entanto persiste o edema, que desaparece de forma gradual durante as semanas seguintes. Apesar de serem estas as características de uma colostomia ideal, existem colostomias com estomas de diferentes tamanhos e formas, que não têm problemas com o seu funcionamento. (Maza et al., citado por Silva, 2006)

A partir do 2º até ao 4º dia do pós-operatório, a pessoa começa a expulsar gases e fezes líquidas de aspecto castanho-claro, em pequenas quantidades e de forma contínua. Durante os dias seguintes as pessoas têm dejeções pastosas, em número não controlado, que posteriormente se vão tornando mais sólidas. A partir da 2ª ou 3ª semana, a forma das fezes e a frequência das dejeções passa a ser constante. (Maza et al., citado por Silva, 2006)

A equipa de enfermagem deve, então, observar regularmente o estoma quanto às suas características:

- Coloração: reflete a perfusão (o estoma deverá ter uma cor vermelho vivo). Caso se encontre escuro indica isquemia e necrose.
- Forma e diâmetro: o edema inicial é uma resposta esperada da manipulação cirúrgica. A forma do estoma irá alterar-se em resposta ao peristaltismo, mas estabilizará posteriormente.

- Exteriorização: alguma da mucosa pode exteriorizar-se na parede abdominal antes da cicatrização estar concluída.
- É necessário vigiar também o início do peristaltismo intestinal.

1.6.5 - Complicações do estoma

Embora as colostomias sejam procedimentos cirúrgicos relativamente simples, apresentam várias complicações, desde simples irritações cutâneas até problemas potencialmente letais. Como em qualquer procedimento cirúrgico, pode surgir hemorragia, infeção, problemas respiratórios e reação adversa à anestesia.

Matos & Cesaretti (2005), dividem as complicações em precoces e tardias. Nas complicações precoces destacam-se: sangramento, isquemia, necrose, edema, retração, deslocamento mucocutâneo do estoma e sepse periestomal.

Complicações precoces:

- Sangramento ou hemorragia: ocorre no período pós-operatório imediato, e é pouco frequente.
- Isquemia e Necrose: é caracterizada pela alteração da cor do estoma (que normalmente, é rosa escuro ou vermelho vivo brilhante), isto acontece devido à circulação sanguínea ser deficiente. A necrose é o resultado do processo de isquemia.
- Edema: é uma complicação bastante comum, podendo ser considerada como uma resposta fisiológica ao trauma cirúrgico causado pelo manuseio e mobilização da alça intestinal, pela sutura dos vasos e pela exteriorização da mesma através do trajeto aberto na parede abdominal.
- Retração: a retração do estoma no período pós-operatório imediato é também conhecido como afundamento e pode ser parcial ou total. Ocorre mais frequentemente no estoma terminal.
- Deslocamento Mucocutâneo: é uma complicação pouco frequente e ocorre nos estomas terminais. É caracterizado pela descendência parcial ou total da linha de sutura que une o estoma à pele da parede abdominal.

- Sepsis Periestomal: pode ser definida como a contaminação do tecido em torno do estoma pelo contacto permanente ou não do conteúdo intestinal com esta região.

Nas complicações tardias as principais são: retração, estenose, prolapso do estoma, hérnia periostomal e disfunção do estoma.

Complicações tardias

- Retração: separação do estoma do plano cutâneo por tensão excessiva nos planos de fixação do estoma por má técnica cirúrgica, obesidade ou infeção do estoma.
- Estenose: diminuição do lúmen do estoma, devido à má técnica cirúrgica, má cicatrização, circulação deficiente ou lesões peri-estomais secundárias por contacto com fezes e urina. Se a estenose é total necessita de nova cirurgia, se a estenose é parcial efetua-se dilatação.
- Prolapso: protusão excessiva da ansa intestinal estomal sobre o plano cutâneo do abdómen, devido à idade (comum nas crianças), má técnica cirúrgica, movimentos intestinais excessivos ou aumento da pressão intra abdominal por esforço.
- Hérnia Periostomal: protusão das vísceras abdominais. Pode provocar estenose e originar oclusão intestinal por estrangulamento. É recomendável o uso de cinta de suporte.
- Disfunção do Estoma: a síndrome de disfunção do estoma compreende um conjunto de sinais e sintomas associados ao mau esvaziamento intestinal. De ocorrência rara, instala-se verificando-se distensão abdominal, dor, desconforto, alto volume de débito do estoma e, por vezes, desequilíbrio hidroelectrolítico.
- Dermatite Periostomal: é a causa principal de perda da integridade da pele periostomal e pode ocorrer, com maior frequência, na ileostomia ou colostomia direita.
- Varizes Periostomais: presença de veias dilatadas e tortuosas, de cor púrpura-azulada no estoma e na pele periostomal, que podem ser causa de hemorragia.
- Lesões Pseudoverrucosas: presença de lesões, com aparência de pápulas ou pequenos nódulos, de cor acinzentada ou vermelha. Estas lesões são muito dolorosas e sangram com muita facilidade quando tocadas.

- Neoplasia Maligna Periestomal: o aparecimento de neoplasia maligna na área periestomal é uma situação pouco comum e pode estar relacionado ao implante de células tumorais no momento da ressecção do segmento de alça.

1.6.6 - Tipos de dispositivos

Os dispositivos coletores de fezes (também designados por sistemas) são concebidos, especialmente, para que a pessoa colostomizada não tenha quaisquer tipos de preocupação relativamente à segurança, discrição e conforto.

Os sistemas são formados por sacos coletores e placas/pensos protetores cutâneos.

Estes para serem eficazes devem atender a vários fatores:

- tipo de fezes;
- ajuste ao tamanho e contorno do abdómen;
- ajuste perfeito ao estoma;
- contenção de fezes e odores;
- comodidade;
- facilidade no manuseamento e discrição.

A fase mais importante dos cuidados de enfermagem é a cuidadosa seleção e aplicação de um sistema eficaz de sacos. Um sistema eficaz protege a pele, contém as fezes e os odores, molda-se ao contorno do corpo, permite que a pessoa se dobre e se movimente confortavelmente, e não se nota por baixo das roupas. Quando o sistema não resulta, outros processos de reabilitação são muitas vezes travados. As pessoas colostomizadas têm dificuldade em retomar as suas atividades normais quando o saco não veda bem. (Phipps et al, 1999)

Segundo Serrano & Pires (2005), a escolha do tipo de sistema de saco vai depender de vários fatores como a preferência da pessoa, o seu estado de saúde (físico/mental), o tipo de ostomia, o estado da pele periestomal e o tipo de atividade física praticada.

De acordo com Matos & Cesaretti (2005), é importante evidenciar que "tais dispositivos congregam qualidades essenciais relacionadas à segurança, à proteção, ao conforto, à

praticidade e à economia", cujos requisitos básicos para justificá-las são especificados pela:

- Segurança: ajustar-se adequadamente ao estoma, garantindo segurança na colheita do efluente; permitir aderência absoluta à pele periestomal, pelo menos por 24 horas; proteger contra odores e ruídos desagradáveis;
- Proteção: garantir a manutenção da integridade da pele periestomal pela presença de protetor cutâneo sintético ou semissintético e de adesivo micro poroso;
- Conforto: ser flexível e discreto, oferecendo confiança e liberdade de movimentos; ser virtualmente imperceptível sob a indumentária;
- Praticidade: ser de manuseio fácil e simples, permitindo a remoção e a recolocação sem causar prejuízos à pele periestomal;
- Economia: permanecer por mais tempo aderido à pele periestomal.

A autora acrescenta ainda que com estas qualidades, os dispositivos elevam o potencial de influência na qualidade de vida da pessoa ostomizada.

1.6.7 - Classificação dos dispositivos

Os sistemas são classificados quanto ao número de peças, podendo ser sistemas de uma peça, de duas e de tecnologia de fixação adesiva - ACT (Adhesive Coupling Technology).

Sistema de uma peça

Neste tipo de dispositivos o saco é autoaderente e tem uma base de protetor cutâneo, que permite uma perfeita aderência à pele. Assim, quando se muda o saco, o sistema é removido como um todo. (Pinheiro & Tavares, 2005)

Sistemas de duas peças

Este sistema tal como o nome indica é constituído por dois componentes, o saco e o penso protetor cutâneo. Assim pode-se mudar o saco sempre que for necessário sem descolar o penso cutâneo durante alguns dias (2-3 dias). (Pinheiro & Tavares, 2005)

Sistema com tecnologia de fixação adesiva - ACT (Adhesive Coupling Technology)

Trata-se de um sistema para ostomias com uma nova e revolucionária tecnologia que permite reunir todas as vantagens dos sistemas anteriores. É constituído por um penso protetor cutâneo e um saco, mas não apresenta qualquer aro ou anel de plástico. As suas características são a simplicidade, a segurança, a proteção cutânea, a comodidade e a discrição. (Pinheiro & Tavares, 2005)

1.6.8 - Sistema de irrigação

A irrigação constitui um método eficaz, sendo possível, a escolha do horário para o funcionamento da colostomia. Consiste em realizar um enema através da colostomia, com aparelho específico para ostomizados. Deve ser realizada a intervalos de tempos regulares: diariamente, de 2 em 2 dias, ou mesmo de 3 em 3 dias. Este horário deverá ser mantido por regra e só será alterado em situações pontuais, como por exemplo, antecipando um passeio ou uma viagem.

Segundo Phipps citado por Macedo (2006), as pessoas com colostomia do cólon sigmoide ou descendentes podem optar por tratar a colostomia com irrigações regulares. Refere ainda que a irrigação consiste na aplicação de um clister através do estoma com o objetivo de estimular o intestino e esvaziá-lo numa altura conveniente e regular. Depois de todas as fezes eliminadas, a pessoa colostomizada poderá usar um saco de extremidade fechada, com uma válvula para saída de gases. O ensino deve ser efetuado de preferência com a pessoa colostomizada na casa de banho, sentada numa cadeira voltada para a sanita.

O estoma continua sempre a segregar muco e a expelir gases pelo que é conveniente cobrir a ostomia com um filtro para gases. (Assunção, 1997)

A decisão de irrigar uma colostomia deverá ter em consideração os seguintes fatores: se a colostomia é temporária ou permanente, o comprimento do intestino acima da colostomia, as complicações do estoma, as preferências pessoais da pessoa colostomizada e os estados físico e mental.

Existem diversos tipos de conjuntos de irrigação e todos eles exigem acessórios semelhantes: uma manga de irrigação que se adapta ao estoma e tem o comprimento suficiente para drenar na sanita; um bocal em forma de cone para administração da água pelo estoma; um saco de clister que contém a solução e pinças para fechar a parte superior e o fundo da manga. O cone é quase universalmente utilizado para a administração da solução de irrigação. Raramente se verificam perfurações do cólon durante as irrigações pela colostomia, graças à eficácia do cone. (Phipps et al, 2003)

Quando o esvaziamento do cólon for perfeitamente conseguido (sem fuga de fezes no intervalo de tempo que medeia duas irrigações consecutivas), poderá a pessoa colostomizada passar à utilização do tampão/obturador. Esta prática torna-se num elevado incremento da qualidade de vida do colostomizado.

1.6.9 - Cuidados de enfermagem à pessoa com colostomia

A formação de uma ostomia, sendo uma técnica que provoca alteração da imagem corporal e função intestinal, é importante que o enfermeiro perceba até que ponto a pessoa colostomizada está informada e esclarecida quanto ao tipo de cirurgia a que vai ser submetida.

Para além do medo e ansiedade inerentes à própria cirurgia, também pode surgir o medo da reação da família e amigos perante a sua ostomia. Sentimentos de choque, de raiva, de inferioridade, depressão ou dependência poderão surgir. Para além destes, pela alteração da imagem corporal, em que a saída das fezes passa a ser feita por uma abertura não natural no abdómen, a pessoa colostomizada poderá sentir vergonha, repugnância e refugiar-se num isolamento social. (Serrano & Pires, 2005)

Para Serrano & Pires (2005), o enfermeiro deverá esclarecer as dúvidas da pessoa colostomizada e da família em relação à cirurgia e à ostomia, desmistificando medos,

receios e muitas vezes conceitos errados. É fundamental que o enfermeiro demonstre disponibilidade e desenvolva com a pessoa uma relação de empatia e confiança, tendo sempre como principal objetivo a autonomia e a reabilitação da pessoa colostomizada o mais precoce possível, promovendo o autocuidado e a aceitação da nova imagem corporal.

Como lembra Macedo (2006), o ensino à pessoa colostomizada, deve começar sempre que possível na fase pré-operatória, em que o enfermeiro deverá averiguar quais as informações que a pessoa tem, de forma a completar algo que considere pertinente e esclareça algumas dúvidas que surjam. Na sequência da alta hospitalar é igualmente muito importante que o acompanhamento da pessoa ostomizada continue a ser efetuado por um profissional de saúde especializado em estomaterapia, pois nesta nova fase é indispensável haver um aconselhamento continuado acerca do estoma e dos autocuidados com vista à sua autossuficiência e adaptação à nova situação, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. (Pinheiro & Tavares, 2005)

A família é, à partida, o elemento mais próximo do ostomizado e tem o direito moral de ser o primeiro a ajudar.

Para Marques (1999), nas situações mais comuns, é necessário um apoio psicológico, físico e mesmo uma relação de ambos com os seus familiares diretos. Todos eles são afetados pela nova situação. De início, praticamente todas as reações psicológicas - negação, revolta, aceitação e negociação - são vividas, quer pela família quer pela pessoa colostomizada e não devemos interferir com elas.

Segundo Marques (1999), a família deve ser envolvida no processo terapêutico, com o consentimento da pessoa colostomizada, dado que ela pode ser um elemento muito importante. Conhece-o, sabe quais os seus hábitos, gostos e preferências fornecendo informações importantes na execução de um plano terapêutico, de reabilitação e de reinserção. Deve ser feito um ensino à família de todos os aspetos mais significativos, para o apoio ser eficaz. É preciso deixar bem claro que estão ambos (família e estomoterapeuta) a trabalhar para a independência do ostomizado e nunca para o substituir. A família é o elemento cooperativo no autocuidado, devendo substituir-se apenas numa situação de impossibilidade total.

Quando a preparação é iniciada na fase pré-operatória tanto a família como o ostomizado aceitam com mais consciência e seriedade todo o processo, contribuindo para a reabilitação melhor e muito mais curta. (Marques, 1999)

Cuidados de Enfermagem

Hesbeen citado por Pires (2007), define cuidados de enfermagem como sendo "a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza, permitem sempre fazer alguma coisa por alguém a fim de contribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado".

Segundo o n° 4 do artigo 4° do Decreto-Lei n° 161/96 de 04 de Setembro, os "Cuidados de Enfermagem são intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais".

É reconhecido socialmente o valor do papel do enfermeiro como significativo no âmbito da comunidade científica da saúde, e bem assim no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, sendo essa prestação efetuada através de Cuidados de Enfermagem. (Silva, 2008)

O plano de cuidados de enfermagem inclui informações detalhadas sobre métodos e técnicas, usados de modo a que todos os enfermeiros, que estejam a prestar cuidados à pessoa, sigam métodos idênticos. O plano de ensino inclui as seguintes áreas: cuidados à pele, seleção dos sacos, alimentação, irrigação da colostomia (se for o caso), atividade, sexualidade, recursos comunitários e complicações. (Phipps et al, 2003)

Todo este processo se deve iniciar o mais cedo possível, sendo o ideal imediatamente na fase pré-operatória.

Fase Pré-operatória

É nesta fase que se impõe cada vez mais a preparação destes doentes, por uma enfermeira especializada: A Estomoterapeuta. A ela cabe o trabalho de fazer perceber à pessoa colostomizada, que o mundo não desmoronou. É apenas uma fase menos boa,

mas que se deixar e quiser ser ajudado, não está sozinho. Um conjunto de pessoas estão dispostas a ultrapassar com ele a situação. Quanto mais cedo começarmos a preparar a pessoa, mais rápido ela supera e ultrapassa esta situação, integrando-se com facilidade. (Marques, 1999)

Note-se que ao fazer quaisquer ensinamentos, devemos ter sempre presente, a percepção, as expectativas e os conhecimentos do doente face à cirurgia, a sua cultura e o seu nível educacional, o seu carácter e temperamento, a sua disponibilidade económica, etc.

Uma boa relação pessoa colostomizada/família/enfermeiro contribui para uma adaptação e reabilitação satisfatória da pessoa colostomizada, deste modo o enfermeiro deve mostrar disponibilidade e, nunca desvalorizar os receios e preocupações da pessoa colostomizada, mas sim atuar no sentido de os minimizar. A possibilidade da pessoa colostomizada trocar impressões com outros colostomizados, com o mesmo problema, mas já adaptados, facilita a sua preparação. Contactar com uma pessoa que lhe dá um testemunho real da sua própria situação, permite à pessoa colostomizada acreditar que se o outro conseguiu ultrapassar, ele também consegue. O diálogo que a Estomoterapeuta proporciona, nomeadamente com um membro da família (o mais próximo da pessoa colostomizada) facilita a compreensão, ajudando-a a aceitar.

Nesta fase, um cuidado específico para a pessoa que vai ficar ostomizada é a marcação do possível local de implantação do estoma, o que cabe à estomoterapeuta, com o conhecimento do cirurgião. Muitas das frequentes complicações podem ser evitadas por uma cuidadosa seleção do local, onde a forma e o contorno da prega cutânea do abdómen devem ser tomadas em consideração, não só na posição de sentado, mas também de pé. O local deve ser visível à pessoa colostomizada quando estiver sentada ou de pé, estar situado no músculo reto e afastado de cicatrizes, proeminências ósseas e pregas cutâneas. A cintura da pessoa colostomizada também deve ser evitada. Frequentemente, o local do estoma é o fator mais significativo que influencia a capacidade do colostomizado manter uma bolsa bem vedada e tratar a ostomia sozinho após a cirurgia. (Phipps et al, 2003)

Nunca podemos ignorar que a informação tem de ser progressiva, contínua, dizendo apenas o mais importante e a outra parte do ensino fica para o pós-operatório. Toda a

informação dada junta é prejudicial para a pessoa colostomizada, pois neste momento não tem capacidade de captar tudo, podendo ficar confusa.

Fase Pós-Operatória

O cuidado tão específico para o ostomizado inicia-se no pré-operatório. acentua-se no pós-operatório e tem continuidade após a alta hospitalar.

Para Alves (1995), no pós-operatório dá-se continuidade aos cuidados iniciados na fase pré-operatória, onde se vai desenvolver ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida, através da promoção de um maior nível de autocuidados e diminuição da dependência.

O mesmo autor refere que após a cirurgia verifica-se uma quebra na autoestima, traduzida pelos hábitos dietéticos, higiénicos e estéticos.

Nesta fase deve-se transmitir tranquilidade, proporcionar informação clara e repetida de forma a tornar o ostomizado parte ativa no seu processo de adaptação e aceitação.

Pessoa com Colostomia

Pacheco (2002), define pessoa como ser autónomo, capaz de agir responsabilmente, mas não autossuficiente nem dependente, uma vez que se realiza através da sua relação com os outros e com o mundo.

A colostomia consiste na abertura de uma comunicação entre o cólon e o meio exterior de modo a permitir a saída de fezes. (Dicionário da Língua Portuguesa, 2006)

Silva & Rodrigues (2005), definem colostomia como uma abertura exteriorizada através da parede abdominal e a partir do revestimento mucoso intestinal do cólon, cuja finalidade é a derivação e a drenagem de material fecal. [...] Não é errado considerar o colostomizado toda a pessoa que foi submetida a uma cirurgia da qual resultou uma colostomia, mas é insuficiente. Devemos sobretudo realçar que o colostomizado é uma pessoa que se serve dos serviços de saúde e que quando "curado":

- Não é doente, não fica inutilizado e não deverá ser reformado;
- Pode e deve trabalhar / produzir, sendo portanto uma pessoa válida;

- Deve ser independente e autónomo;
- Pode e deve fazer uma vida normal e igual a qualquer outro;
- É obrigação do pessoal de saúde ajudá-lo a obter uma qualidade de vida aceitável.

Para ajudarmos os colostomizados a atingir uma qualidade de vida aceitável, senão boa, temos que os ver como um todo, como pessoas a integrar na vida sócio-cultural-laboral e pessoal. (Silva & Rodrigues, 2005)

1.6.10 - Atividades de vida diária

Todas as ações que a pessoa com colostomia pratica ao longo do seu dia podem sofrer alterações, visto ter que se adaptar à sua nova condição, por esta razão é importante conhecer cada uma delas. Sumariamente, o acompanhamento da pessoa ostomizada é constituído por um leque de ensinamentos que englobam a higiene da ostomia, a alimentação, o vestuário, o exercício físico, entre outros que será descrito pormenorizadamente de seguida.

A convivência com o estoma exige da pessoa ostomizada a adoção de inúmeras medidas de adaptação e reajustamento às atividades do dia-a-dia, incluindo nestas a aprendizagem das ações de autocuidado do estoma e pele periestomal.

Segundo Merino & Piwonka (1999), citado por Ávila et al (2008), consideram que o autocuidado é um dos indicadores mais importantes na adaptação positiva ao estoma e, perceber a relação entre estes dois aspetos vai promover uma importante oportunidade para intervenções de enfermagem orientadas para a melhoria da capacidade da pessoa autogerir a sua nova situação de vida.

Segundo Lúcia (2005), as pessoas que se sentem seguras e protegidas têm maior probabilidade de escolher mudanças que melhoram a qualidade de vida ao invés de optarem por mudanças destrutivas, que envolvem isolamento, separação, solidão e depressão.

Nas pessoas cujas condições o permitem, a recuperação total é atingida dentro de 3 meses e elas podem regressar às suas atividades normais, incluindo o trabalho. Durante o período pós-operatório as pessoas colostomizadas preocupam-se geralmente com os banhos e as roupas.

Higiene

O facto de se ter um estoma, não dificulta os cuidados de higiene da pessoa colostomizada. Esta apenas tem de estar atenta a essa zona, de modo a deixá-la completamente limpa, seca e sem qualquer sinal de alteração preocupante.

Os hábitos de higiene não deverão mudar, apenas terá que aprender a interiorizar os cuidados ao estoma, podendo tomar banho de imersão ou duche com ou sem saco colocado. (Serrano & Pires, 2005)

Apesar do mal-estar e dos odores que possam emergir do saco, não devem usar substâncias irritantes como perfumes, álcool, éter.

A hora da higiene do estoma e substituição do saco é fundamental para a observação do aspeto do estoma. A pessoa colostomizada deverá ter especial atenção às alterações da cor, do tamanho e ao facto de sangrar ou não.

Cuidar da pele periestomal

A zona periestomal é bastante sensível e requer alguns cuidados especiais, de modo a manter a pele seca e evitar possíveis macerações e escoriações cutâneas.

De acordo com Perry (1999), os cuidados com a pele constituem um dos ensinamentos que mais contribui para o bem-estar da pessoa colostomizada, pois ajudam o colostomizado a evitar situações dolorosas e a minimizar os efeitos negativos do uso do saco de colostomia.

Macedo (2006), refere que devem ser evitados na limpeza da pele produtos que contenham álcool e acrescenta que se a pele ficar irritada deve-se dar conhecimento ao enfermeiro ou médico.

A pele requer uma atenção especial de forma a manter a zona periestomal protegida, de modo a que não ocorra irritação ou infeção da mesma. A pele em volta do estoma deve apresentar um aspeto tao normal e saudável, como qualquer outra pele abdominal. (Macedo, 2006)

A pessoa deve lavar suavemente a pele periestomal e o estoma com uma esponja natural com água morna e sabão pH neutro. É importante secar bem, sem friccionar o estoma e a pele periestomal e manter a pele que está debaixo do saco sempre limpa e seca, pois a humidade interfere na aderência do saco. (Pinheiro & Tavares, 2005)

Qualquer modificação da pele normal deverá ser considerada como um problema, e exige a devida identificação da causa e seu tratamento. A prevenção de lesões cutâneas é fácil e menos dispendiosa do que um tratamento, sendo menos dolorosa para a pessoa colostomizada. (Phipps et al, 2003)

Alimentação

O controlo do funcionamento da colostomia passa pela alimentação. Em relação à alimentação um dos pontos de maior importância será informar a pessoa colostomizada que pode comer de tudo, não esquecendo os legumes, fruta e beber muita água. Devemos alertá-la para determinadas ações que podem prevenir sintomas desagradáveis como gases: fazer pequenas refeições repartidas ao longo do dia, mastigar bem os alimentos com a boca fechada, comer devagar num ambiente calmo, evitar beber líquidos em grandes quantidades durante as refeições, evitar beber bebidas gaseificadas, muito quentes ou muito frias, evitar beber por palhinha e evitar pastilhas elásticas. (Queirós, 2004)

A alimentação não varia muito da que a pessoa colostomizada fazia antes da operação, contrariamente ao que sucede noutras doenças que implicam restrições alimentares. Mesmo assim, o colostomizado deve evitar certos alimentos, principalmente aqueles que provocam flatulência, odores desagradáveis, obstipação e diarreia. Tais como:

- Obstipação: Arroz, batata, banana, queijo seco, frutos secos e compota de maçã;
- Diarreia: Leite, feijão, gorduras cruas, figos e kiwi, ameixas, morango, melancia, laranja, vegetais e cerveja;

- Maus odores e flatulência: Ovos, cebola, queijo, peixe, espargo, alho, café e couve;
- Diminuição de odores e flatulência: Iogurtes, espinafres, salsa e alface;
- Irritação do estoma: Condimentos fortes e sumo fruta ácida;
- Flatulência: Feijão, ervilhas, legumes, cebolas, pão, bolos, chocolate, fermentos, cerveja e refrigerantes.

É-lhe também recomendado:

- Corrigir maus hábitos (mastigar bem, comer sem pressa, beber pequenos golos, evitar bebidas gasosas e/ou temperaturas extremas, não mascar pastilha elástica e não fumar);
- Não encher demasiado o estômago às refeições;
- Evitar consumir legumes que provocam gases;
- Não se deitar num sofá "fofo" após as refeições;
- Não se automedicar.

Vida social e familiar

A pessoa colostomizada pode ter uma vida completamente normal se encarar bem a sua ostomia e cuidar bem do seu estoma.

Poderá fazer tudo aquilo que gostar e que fazia antes da cirurgia: atividade profissional, desporto, viagens, divertir-se e conviver com familiares e amigos, desde que o seu estado de saúde o permita. (Serrano & Pires, 2005)

Os mesmos autores acrescentam que a maior alteração, está relacionada com os cuidados a prestar ao estoma.

Pinheiro & Tavares (2005), mencionam que ao fim de algum tempo o ostomizado conquistará a sua segurança e confiança.

White & Wong (2002), defendem que a forma como a pessoa controla a sua saúde e a sua capacidade de se ajustar à vida com estoma, pode estar relacionada com o meio familiar em que está inserida.

Lúcia (2005), refere que Mac Donald L.D. & Anderson (1984), estudaram a vida conjugal de 420 pessoas ostomizadas por cancro e observaram que 33% das pessoas não mostraram o estoma sequer à própria esposa e que 50% não o mostram à família ou amigos. Sentiam-se estigmatizados ou com vergonha e apresentavam, também, maiores índices de insónias, redução do apetite, sensação de menor energia, incapacidade sexual e maior uso de analgésicos e tranquilizantes.

Desporto e tempos livres

A pessoa colostomizada pode e deve praticar exercício físico, atividades como correr, andar de bicicleta, nadar ou jardinagem, são totalmente recomendáveis. Se decidir praticar um desporto ou uma atividade que exija um grande esforço físico, deverá consultar um médico ou enfermeiro(a) estomoterapeuta. (ConvaTec, 2006)

O exercício físico constitui um benefício não só para as pessoas colostomizadas, mas também para qualquer outra pessoa. É importante para ter um corpo saudável, esteticamente agradável e também contribui para o bem-estar psicológico do indivíduo.

No entanto a pessoa colostomizada não deve praticar desportos muito violentos, que implicam grande esforço ou contacto direto com adversários (como o boxe, por exemplo).

Vestuário

O facto de se ter um estoma, não significa que não se possa usar aquilo que se gosta e não impede a pessoa colostomizada de andar na moda. Hoje em dia há sacos extremamente discretos e que se adaptam muito bem a todas as situações.

A pessoa colostomizada poderá usar roupa que usava antes da cirurgia, desde que se sinta confortável. Deverão ser evitados cintos ou elásticos apertados sobre o estoma. (Serrano & Pires, 2005)

Segundo Negrão citado por Correia (2007), "dever-se-á aconselhar os homens a que em vez de cinto, que pode traumatizar o estoma, usem suspensórios". A pessoa colostomizada pode utilizar cinta, se se sentir mais confortável, desde que não seja muito apertada.

Profissão

No que se refere à profissão, normalmente não há quaisquer problemas no regresso ao trabalho, exceto se a pessoa colostomizada ainda não estiver totalmente recuperada ou se o trabalho implicar grandes esforços.

Nos colostomizados em idade laboral, com boa história, as únicas atividades não aconselháveis são as que implicam um grande esforço físico, visto terem sido submetidos a uma cirurgia abdominal recentemente. Contudo, é essencial que no local de trabalho exista uma casa de banho para que esta possa proceder à troca da bolsa com a privacidade a que tem direito. (Maza et al, citado por Silva, 2006)

Atividade Sexual

Segundo Laplanche citado por Lúcia (2005), o conceito de sexualidade na teoria psicanalítica não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas de toda uma série de excitações e atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer que não é redutível apenas à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental, como a respiração ou a fome, por exemplo.

O facto de se ter um estoma não impede a manutenção de uma atividade sexual saudável. Contudo deverão ser tomadas algumas medidas, tais como o esvaziamento do saco antes da atividade sexual e a adoção de posições mais confortáveis. Apesar disso, há um decréscimo da atividade sexual após a cirurgia o que se deve essencialmente a fatores psicológicos.

Lúcia (2005), numa das primeiras investigações sobre a atividade sexual de pessoas ostomizadas no Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da FMUSP deparou que a preocupação mais frequente em ambos os sexos, (35,3%), é a do sentimento de vergonha frente ao parceiro. O sentimento de rejeição e exclusão, associado ao medo de ser rejeitado pelo(a) parceiro(a), aparece em 17,6%. Entre os solteiros, nenhum tem relacionamento sexual e somente um pratica masturbação, denotando que a falta de um vínculo afetivo estável anterior exerce influencia na busca do relacionamento sexual pois, quando comparado com a população masculina casada,

verifica-se que a aproximação sexual com a esposa é mais frequente. Duas pessoas ostomizadas (11,8%) passaram a ter atividade religiosa como forma de solucionar o conflito.

Segundo Lúcia (2005), a sexualidade da pessoa ostomizada é causa frequente de indignação pela equipa de saúde. A autora acrescenta ainda que a atitude destas pessoas em relação à sexualidade como, também, a escolha do parceiro, denotam estruturas psíquicas singulares e, além disso, a própria cronicidade da doença causa distúrbios específicos tanto no relacionamento interpessoal, como no ajustamento posterior em relação ao estoma.

Negrão citado por Correia (2007), refere que se "houver lesão nos nervos pélvicos pode surgir na mulher dispareunia e no homem um certo grau de impotência". Este grau de impotência está relacionado com a magnitude da lesão, causando diferentes manifestações.

Gravidez

A mulher colostomizada não fica impedida de engravidar, só tem que tomar cuidados redobrados com o seu estoma e manter-se acompanhada e vigiada, quer pela enfermeira estomoterapeuta, quer pelo médico responsável.

Segundo Correia (2007), em caso de gravidez, o facto de possuir um estoma não prejudica o bebé nem a própria, devendo ter acompanhamento por profissionais desde a preconceção.

Viagens

Quando a pessoa com colostomia vai de férias, deve levar uma quantidade superior de sacos ao que costuma utilizar no mesmo período de tempo, pois com a mudança de local, pode levar a alteração dos hábitos intestinais. Se a viagem for de avião deve levar sacos na mala de mão, pois pode ocorrer o extravio da mala. (Correia, 2007)

Em relação ao uso do cinto de segurança, Casas citado por Correia (2007), refere que este deve ser usado "debaixo do estoma ou superior ao mesmo, para evitar o roçar ou compressão que podem danificá-lo".

1.6.11 - Papel dos enfermeiros estomoterapeutas no apoio à pessoa colostomizada

A consulta de estomaterapia é uma especialidade exclusiva da prática da enfermagem, voltada para o cuidado de pessoas com ostomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres, incontinência anal e urinária.

No entanto, é muito mais do que um conjunto de conhecimentos técnicos, são também princípios de relação de ajuda, que permitem ao ostomizado reencontrar a sua autonomia o mais rápido possível, após a cirurgia, para poder retomar a sua vida pessoal, profissional e social. (Queirós, 2004)

O enfermeiro estomoterapeuta tem como principais funções garantir o atendimento personalizado dos ostomizados e suas famílias, escolher e ajustar os dispositivos de modo individualizado, instruir os ostomizados para uma correta utilização do material, promover o autocuidado, promover a participação da família, acompanhar e aconselhar estes ostomizados. (Queirós, 2004)

Para Queirós (2004), o enfermeiro é o profissional de saúde que mais diretamente contacta com a pessoa ostomizada e a família, daí a necessidade de estar preparado para os compreender e atendê-los de acordo com uma filosofia holística, pois se alguns problemas físicos são geralmente mais fáceis de detetar, outros de tipo psicológico revelam-se de grande complexidade e de difícil resolução.

Atualmente a estomaterapia praticada na maior parte das instituições hospitalares não é, ainda, feita por profissionais especializados, nem mesmo com o apoio destes.

Nos Estados Unidos da América, a formação de técnicos especializados nesta área, surgiu em 1961 na Cleveland Clinic Foundation, onde foi instituído o primeiro curso do mundo, como modo de suprir a lacuna existente no apoio a estas pessoas especiais.

Até ao final da década de 70, a estomaterapia podia ser exercida por outros profissionais da saúde e até por leigos. Mas com a criação do World Council of Enterostomal Therapists (WCET), a partir de 1980, passou a ser uma especialidade exclusivamente da enfermagem.

Em Espanha a criação dessa especialidade surge em 1985 e para Portugal, apesar de já em 1995 o Ministério da Saúde ter emanado um despacho (de 24/02/1995) em que a estomaterapia surge como uma competência de enfermagem, ainda não se criou esta especialidade. (Queirós, 2004)

II- FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica serve para estabelecer de que forma se alcançará as respostas às perguntas de investigação, ou seja “[...] é o plano lógico que o investigador cria para obter respostas às suas questões de investigação [...]” (Fortin, 2009).

A investigação proporciona uma via por excelência permitindo aceder ao conhecimento dos fenómenos empíricos e transpô-los para o conhecimento científico. Segundo Fortin, Côte, & Vissandjée (2003), esta é uma “ aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação” (p.15), obedecendo a um processo sistemático e rigoroso. A investigação torna-se perentória para a evolução exponencial de enfermagem, uma vez que esta tem por objetivo “o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina” (Fortin, Côte, & Vissandjée, 2003, p. 26).

Os autores acima frisados, dividem o processo de investigação em três fases, a saber, fase conceptual, metodológica e empírica.

A fase conceptual é precipitada quando surge a necessidade de dar resposta a uma incerteza. Fortin, Côte, & Vissandjée (2003), afirmam que é imperioso, nesta fase efetuar uma revisão da literatura para que o investigador percecione o domínio dos conhecimentos atuais sobre essa temática. Esta revisão da literatura direciona a investigadora para o tipo de questão e o método de investigação a utilizar.

Relativamente à fase metodológica Fortin (2003), define-a como um “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (p.372), permitindo definir o desenho de investigação, a população, a amostra, as variáveis e os métodos de colheita e análise de dados.

A fase empírica consiste na implementação da fase precedente, como refere Fortin, Côte, & Vissandjée (2003), “ esta fase inclui a colheita de dados no terreno seguida da organização e tratamento dos dados” (p.41), posteriormente realiza-se a análise e extrapolação de resultados.

2.1 - Tipo de estudo

Segundo Fortin (2003), o “tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade” (p.133).

Este estudo de investigação tem como base uma abordagem qualitativa, com este pretende-se entender de uma forma mais ampla e absoluta os fenómenos em estudo, sem procurar modificá-los, como afirma Fortin, Côté, & Vissandjée (2003). Pretende-se assim descrever e interpretar as experiências vivenciadas da pessoa colostomizada. Esta abordagem encaminha-nos para um estudo exploratório-descritivo, visa “denominar, classificar, descrever uma população ou concetualizar uma situação” (Fortin, 2003, pp.137-138) do ponto de vista da pessoa.

2.2 - População/Amostra

De acordo com Vieira (1995), a população é um conjunto de indivíduos que possuem um ou vários pontos em comum sobre o qual ou os quais se insere a investigação e que a caracterizam como sendo o grupo de estudo. Ainda de acordo com a mesma autora a amostra é um conjunto de elementos, dentro do grupo a que se refere a investigação, que são escolhidos segundo métodos estatísticos de amostragem para que esse conjunto possa ser representativa da população.

Em qualquer estudo é imprescindível uma definição precisa da população em estudo, a população alvo. Esta é constituída por “elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (Fortin, Côté, & Vissandjée, 2003, p.41).

A amostra deste estudo será constituída por 4 pessoas colostomizadas, no concelho da Póvoa de Varzim, que aceitaram participar no estudo e que frequentam o Centro de Saúde da Póvoa de Varzim.

Respeitando os critérios de escolha da amostra e tendo em conta o objetivo do estudo e o desenho, entende-se que a amostragem não probabilística será a que melhor se

enquadra no estudo de investigação. Dentro deste tipo de amostragem, pode-se ainda classificá-la como sendo de seleção racional, visto que amostra é escolhida a partir do “julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico” (Fortin, 2003,p.209).

2.3 - Meio

O meio escolhido para a realização deste estudo é um meio natural, Segundo Fortin (1999), o meio natural é quando o estudo se desenrola fora dos laboratórios. Para esse estudo serão colhidos dados de pessoas colostomizadas da população em geral.

2.4 - Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de colheita de dados será utilizada a entrevista semiestruturada. Durante as entrevistas será utilizado como auxiliar de colheita um gravador de forma a facilitar a transcrição dos dados obtidos. Tendo em conta as perguntas e os objetivos deste estudo elaborou-se um guião que se encontra em anexo.

Na entrevista semiestruturada, o investigador tem uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia. A entrevista tem relativa flexibilidade. As questões não precisam seguir a ordem prevista no guia e poderão ser formuladas novas questões no decorrer da entrevista. (Mattos, 2005)

Em geral, a entrevista seguirá o que se encontra planeado. As principais vantagens das entrevistas semiestruturadas são as seguintes: possibilidade de acesso a informações além do que se listou; esclarecer aspetos da entrevista; gera de pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação e define novas estratégias e outros instrumentos. (Tomar, 2007).

2.5 - Princípios éticos

Sempre que uma investigação envolva direta ou indiretamente os seres humanos deve ter em conta os direitos destes e que não podem em caso algum ser desrespeitados, pelo que a ética, na investigação com seres humanos é fundamental. (Fortin, 1999)

É então importante mencionar os três direitos essenciais, sendo eles: o direito à confidencialidade, o direito ao anonimato e o direito à intimidade.

Assim, segundo Fortin (2003), o direito ao anonimato e à confidencialidade é "respeitando-se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador", o que implica que os resultados "devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação", (Fortin, 2003)

Fortin (1999), refere ainda que existe liberdade da pessoa ao participar numa investigação de decidir sobre a extensão da informação a dar e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Aquando da aplicação da entrevista, vão ser seguidos todos os passos éticos que se impõem para o efeito, todos os participantes no estudo serão esclarecidos quanto aos objetivos, à sua confidencialidade, ao direito ao anonimato e o direito que lhes assiste de recusa à participação.

III. FASE EMPÍRICA

Segundo Fortin (2009, p. 477) a fase da interpretação dos dados:

Exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação (...) nesta última parte o investigador retira a significação dos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações no que concerne à prática e a futuras investigações.

3.1 - Apresentação da Amostra

Tabela 1 - Caracterização da população quanto ao género

Nº da Entrevista	Género	Local que residem	Idade	Estado Civil
E1	Feminino	Póvoa de Varzim	79 Anos	Casada
E2	Feminino	Póvoa de Varzim	64 Anos	Casada
E3	Masculino	Póvoa de Varzim	74 Anos	Casado
E4	Masculino	Póvoa de Varzim	68 Anos	Casado

A amostra é constituída por quatro pessoas colostomizadas, residentes na cidade da Póvoa de Varzim. A entrevista foi realizada com quatro pessoas, dois do género feminino e dois do género masculino, com idades compreendidas entre os 64 e 79 anos.

Existem múltiplas razões que levam a uma ostomia, sendo a causa número um para este acontecimento, entre todos os participantes o cancro .

Em relação à temporalidade da condição de ostomizado todos eram de carácter definitivo, realizadas há 17 anos, 11 anos, 5 anos e 3 anos.

Dois dos participantes referiram viver com o respetivo cônjuge, além do cônjuge dois referiram viver com um filho e com uma filha.

Os dados a seguir representados foram selecionados de acordo com as respostas dadas pelos entrevistados.

Os entrevistados foram identificados através de uma letra E de entrevista e, atribuído a cada entrevista, um número que foi de 1 a 4.

3.2 - Apresentação dos resultados

Foi realizado um estudo das entrevistas de onde emergiram as categorias e subcategorias que foram colocadas nos quadros resumo que se seguem e que respondem as questões e objetivos inicialmente propostos.

De acordo com os quadros que são apresentados, foi feita a interpretação dos dados recolhidos aquando dos entrevistados.

Tabela 2 - Alterações nos hábitos de vida diária

Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Alterações nos hábitos de vida diária	Vestuário	<p>E1: "Eu visto a mesma roupa, nunca tive problemas com a roupa."</p> <p>E2: "Em casa uso fato de treino porque é larguinho tou mais à vontade."</p> <p>E3: "Às vezes uso uma cinta com o saco assim de fora, comprei e fiz um buraco, para apertar mais, às vezes quando vou sair, para não mostrar, de resto, não quero sofrer mais, quero evitar."</p> <p>"Tive que mudar as camisas todas, tive que comprar as camisas por causa do saco, tenho que andar sempre de casaco porque não posso andar só de camisa, nem de polo porque se nota ali a coisa do saco."</p> <p>"Ando de casaco para encobrir o saco."</p> <p>E4: Quer dizer visto a mesma roupa."</p>
	Alimentação	<p>E1: "Disseram-me que podia comer de tudo, eu até vim um bocado impressionada, eu assim, manda-me comer de tudo, certo já não tenho cura (risos), já não tenho cura, mandou-me comer de tudo (risos), pode comer pouquinho, mas pode comer de tudo, sempre à base de coisas líquidas, sopa líquida, relada, não comer ovos nem peixe, você evite comer isso, pode comer peixe pode, só que as fezes dá mau cheiro."</p> <p>"Hortaliça não me faz muito bem."</p> <p>E2: "Podia comer de tudo, mas um bocadinho." "A única coisa que me disseram para não comer enchidos, grelos que é muito ácido, a laranja...de resto posso comer de tudo."</p>

		<p>"Couve galega, e diz que faz muito bem até, mas não como, só no São Pedro um bocadinho de caldo verde, senão fora disso não como, comia várias vezes, agora só de longe a longe." "Grelos também é muito raro."</p> <p>"Sinto-me melhor com couve-flor, assim esses, a cenoura ou couve-flor ou nabo, assim coisas mais brancas."</p> <p>E3: "Como de tudo, como enchidos tudo, sempre me disseram que podia comer de tudo."</p> <p>E4: "Portanto não comer carnes vermelhas, tudo carnes brancas."</p> <p>"Ao jantar e ao almoço sempre um pratinho de sopa mas tudo à base de legumes, não meto batata, não meto feijão, nada, nem massa nem nada."</p> <p>"Não bebo vinho."</p> <p>"A partir de agora é tudo água, nem sumos bebo."</p>
	<p>Higiene ao estoma</p>	<p>E1: "O meu marido bota-me a plaquinha, mas eu é que me lavo."</p> <p>"Lavo com sabão rosa com compressas, até hoje por onde eu vou, mesmo a Enfermeira... diz, sim senhora você tem um cuidado com isto, que está mesmo perfeito."</p> <p>E2: "Eu costumo lavar com água e sabão, e então em caso assim de ter que sair, então soro, senão fora disso dou-me bem com água e sabão."</p> <p>E3: "Eu uso um pincel de barba para lavar, primeiro papel higiénico, depois uso o pincel de barba para lavar com água, lava-se bem."</p> <p>"Eu tava a fazer uma asneira até, que era portanto, tem o estoma e o saco que me deram, eu recortava assim à</p>

		<p>volta, portanto ficava um buraco, ali não tinha problemas, mas as fezes juntavam-se à pele."</p> <p>E4: "Portanto, lavo com sabão, depois limpo bem limpinho, depois mete-se a pomada, coloca-se a placa, faço higiene com guardanapos, com toalhas, tudo ali, depois meto novamente o saco."</p>
--	--	--

O quadro anteriormente apresentado pretende dar resposta à questão : " Há alterações nos hábitos de vida diária? "

Tabela 3 - Alterações Sociais

ALTERAÇÕES SOCIAIS
<p>E2: "Faço parte dos grupos corais... e não deixei... e é assim, os meus colegas já sabem se me surgir qualquer problemazinho, eles já sabem, estou assim com um bocadinho mais de receio quando é fora, daquele lugar, então aí já fico com algum receio de alguém se aperceber, mas não me tem acontecido, tenho tido sorte." "Não tenho problemas em falar com as minhas amigas, de dizer o que tenho, o que não tenho, prontos, algumas pessoas têm muita pena de mim, por eu ter isto."</p>
<p>E3: "Continuo a fazer tudo na mesma, simplesmente quando vou a uma festa, vou apertado."</p> <p>"Eu digo às pessoas, há pessoas que têm vergonha, agora eu digo, às vezes perguntam-me se tou gordo, eu digo tou, mas é deste lado, brinco com isso, se não brinca-se com isto tava tramado, não dormia de noite."</p> <p>"Todos os meus amigos sabem, não escondo nada, não tenho nada que esconder."</p> <p>"Só para a praia é que eu não vou, tenho um problema, tenho psoríase, não admito mas tenho, então a única solução é praia, então quando vou para a praia, se tiver uma semana de praia desaparece tudo, e uma praia que eu vou é a praia do Meco (praia de nudismo) e portanto estou à vontade."</p> <p>"Ir para a piscina não dá, é essas as restrições que uma pessoa tem de ter."</p>
<p>E4: "Às vezes custa-me estar à beira de pessoas, porque há ocasiões, sabe como é, aparece aqueles gases, eu fico assim um bocado constrangido." "Tenho um problema comigo, que é portanto, quando alguém tá a falar de mulheres, eu saio da beira deles,</p>

não posso ouvir isso, porque com o meu problema, desde que fui operado acabou." "É um caso que eu não queria falar. Já sabe o que é."

O quadro anteriormente apresentado pretende dar resposta à questão : " Há alterações sociais, afetadas na pessoa colostomizada? "

Tabela 4 - Alterações Psicológicas

ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS
<p>E2: "Quando isto irrita um bocadinho, eu assim: tava tão bem sem isto, mas vai ser para a minha vida." " Eu tinha um sentimento dentro de mim que eu não sei explicar, quando eles me disseram." "Hoje já passou 3 anos e vou andando."</p>
<p>E3: "É natural que já esteja reconstruído aquela parte, ficou em condições, pois nunca mais fiz um exame, nunca mais, como eu sofri bastante fiquei de uma maneira, e depois ouço pessoas que me dizem que têm um primo que não sei o quê, que tinha o saquinho, quis tirar o saquinho, olhe e tá arrependidíssimo... e eu com esses receios todos, nunca mais fiz nada, nem nunca mais fui ao médico, não fiz colonoscopia, se tá em condições de voltar a pôr, nunca mais."</p>
<p>E4: "Eu tinha dias que fugia." "Passei uma fase que não aceitava aquilo que tinha, até a minha mulher pôs fora da porta." "Tive para aí 1 ano com baixa." "Eu pegava no carro, se me desse na telha ia comer a Barcelos, a Braga, ou a Viana, ou Guimarães... andava assim feito maluco." "Um dia chateei-me com a minha mulher, mudei-lhe a fechadura e ela foi para casa dos filhos viver." 2 Foi um problema dos diabos." "Antes não queria ter e estar hoje da maneira como estava."</p>

O quadro anteriormente apresentado pretende dar resposta à questão : " Há alterações psicológicas, afetadas na pessoa colostomizada? "

Tabela 5 - Alterações Físicas

Categoria	Subcategorias	Unidade registo
Alterações Físicas	Mudança de auto imagem/ auto estima	<p>E2: "Alarguei um bocadinho e não me sinto bem apertada, e não posso andar." "As calças tinha uma marca assim da cintura, e agora acho que não tenho, não sei, estou assim mais larga." "Tenho é sempre assim uns certos receios, mas se eu vir, saio do lugar e vou dar uma volta ou assim, que isto às vezes deixa-me ficar mal." "Tava tão bem sem isto, mas vai ser para a minha vida."</p> <p>E3: "Alterações físicas é este saco, é inestético."</p> <p>"A única coisa que me afetou assim um bocadinho, foi a parte sexual, diminui não sei, a mulher teve sempre receio que eu me magoa-se que a magoa-se."</p> <p>E4: "Andava assim feito maluco, barba grande, mal vestido." "Desde que fui operado as minhas fezes são água, não me sinto bem andar ali com o saco chock chock, abanar, cheio de água, por amor de Deus." "Repare eu coisas pesadas não faço, apesar que posso, mas não o faço, porque o medico disse, não faça muito, o seu intestino pode vir para fora."</p> <p>"Tenho um problema comigo, que é portanto, quando alguém tá a falar de mulheres, eu saio da beira deles, não posso ouvir isso, porque com o meu problema, desde que fui operado acabou." "É um caso que eu não queria falar. Já sabe o que é."</p>

	Exercício Físico	<p>E1: Não posso, à uma falta-me o ar, outra não posso andar."</p> <p>E2: "Caminhadas não faço, custa-me por causa da perna, como fiquei com a perna sempre mais inchada, não me sinto bem andar muito."</p> <p>E3: "Nunca fui muito de exercício físico, até devia de fazer caminhadas, mas nem as tenho feito, mas não faço exercício físico."</p> <p>E4: "Às vezes caminhadas, ou às vezes vou pelas escadas acima, até ao último andar, são 580 degraus, depois venho por ali abaixo."</p>
--	------------------	--

O quadro anteriormente apresentado pretende dar resposta à questão: "Quais as alterações físicas, que estão mais afetadas na pessoa colostomizada?"

Tabela - 6 Enfermeiro Estomoterapeuta

ENFERMEIRO ESTOMOTERAPEUTA
E1: "Não tenho que dizer..." "Ando na enfermeira do centro de saúde, só para ver a tensão, ver os diabetes e dar-me as placas."
E2: "Estou no centro de saúde, quando preciso de alguma coisa vou lá buscar as placas...de resto nunca." "Tenho tido sorte, qualquer coisa que preciso..."
E3: "Não, a única coisa que eu vou buscar é os sacos."
E4: "Sim, 6 em 6 meses." "Sim quando lá vou eles veem-me as tensões, picam-me o dedo, medem-me a barriga."

O quadro anteriormente apresentado pretende dar resposta à questão: "Qual o apoio prestado pelo Enfermeiro Estomoterapeuta?"

3.3 - Discussão da análise

Depois de analisar todos os testemunhos dos entrevistados, em relação ao vestuário, dois dos participantes referem vestir a mesma roupa, e os outros dois participantes, optaram pela ocultação da ostomia, em que um deles refere a utilização de roupas mais largas e compridas e o uso de uma cinta, e o outro a utilização de roupa mais larga.

Como refere Serrano & pires, (2005), a pessoa colostomizada poderá usar roupa que usava antes da cirurgia, desde que se sinta confortável.

Assim, nos aspetos comuns a todos os indivíduos, como alimentação, aferiu-se que a alimentação dos participantes sofreu algumas alterações, principalmente em termos de restrições de alguns alimentos, dos quais os leguminosas e as gorduras se evidenciam, e da quantidade de alimentos ingeridos, apesar de não terem sido referidas alterações drásticas na dieta. Apenas um dos participantes demonstrou comer de tudo, não fazendo restrições de nenhum alimento.

De facto, e tal como referiu Queirós (2004), ter uma ostomia não significa que a alimentação varie muito da que fazia antes da operação, mesmo assim, o ostomizado deve evitar certos alimentos, principalmente aqueles que provocam flatulência, odores desagradáveis, obstipação e diarreia.

No que concerne ao autocuidado ao estoma, apenas um dos participantes demonstrou défice, necessitando do auxílio do marido para substituição da placa.

Já Serrano & Pires (2005), referiram que a maior alteração na vida da pessoa, está relacionada com os cuidados a prestar ao seu estoma, o que de acordo com vários autores poderá estar associado a uma dificuldade em aceitar a sua auto-imagem. Pinheiro & Tavares (2005), mencionam que ao fim de algum tempo o ostomizado conquistará a sua segurança e confiança, ultrapassando estas dificuldades, foi o que se verificou nos restantes participantes no estudo, visto que evidenciaram independência

no autocuidado e conhecimento em termos de práticas de cuidados e material, o que constitui um importante indicador de adaptação positiva ao estoma.

Neste estudo apurou-se que a vida social dos participantes não foi alterada pela ostomia, o que se depreende das declarações que referem não ter deixado de frequentar os locais a que iam antes da situação de ostomizados, apesar de referirem desconforto pelo receio de que as pessoas se apercebam da ostomia, os entrevistados não referem grandes mudanças na sua vida social.

Como refere Serrano & Pires (2005), a pessoa colostomizada pode ter uma vida completamente normal se encarar bem a sua ostomia e cuidar bem do seu estoma. Poderá fazer de tudo aquilo que gostar e que fazia antes da cirurgia: atividade profissional, desporto, viagens, divertir-se e conviver com familiares e amigos, desde que o seu estado de saúde o permita.

No entanto o mesmo não se verifica no que se refere a alterações psicológicas, uma vez que os entrevistados referiram sentimentos e expressaram essas mesmas alterações. Como refere Serrano & Pires (2005), para além do medo e ansiedade inerentes à própria cirurgia, também pode surgir o medo da reação da família e amigos perante a sua ostomia. Sentimentos de choque, de raiva, de inferioridade, depressão ou dependência poderão surgir. Para além destes, pela alteração da imagem corporal, em que a saída das fezes passa a ser feita por uma abertura não natural no abdómen, a pessoa colostomizada poderá sentir vergonha, repugnância e refugiar-se num isolamento social.

Os estomas intestinais afetam também a vida sexual do ostomizado, a mudança física causada pelo estoma pode afetar o desempenho sexual e a sexualidade do indivíduo. Neste estudo observa-se que dois dos participantes não retomaram a sua atividade sexual ou retomaram parcialmente e, atribuem a isso problemas físicos, problemas com o dispositivo, vergonha ou não aceitação pelo parceiro. Como refere Lúcia (2005), o facto de se ter um estoma não impede a manutenção de uma atividade sexual saudável. Contudo deverão ser tomadas medidas, tais como o esvaziamento do saco antes da

atividade sexual e a adoção de posições mais confortáveis. Apesar disso, há um decréscimo da atividade sexual após a cirurgia o que se deve essencialmente a fatores psicológicos.

No que diz respeito ao exercício físico, apenas um dos participantes refere fazer exercício físico. Os restantes participantes referem não fazer exercício físico por incapacidade. Como refere a ConvaTec, (2006), a pessoa colostomizada pode e deve praticar exercício físico, atividades como correr, andar de bicicleta, nadar ou jardinagem, são totalmente recomendáveis. Se decidir praticar um desporto ou uma atividade que exija um grande esforço físico, deverá consultar um médico ou enfermeiro(a) estomoterapeuta.

No que diz respeito ao ensino realizado pelos enfermeiros durante o internamento e após a realização da cirurgia de ostomia, todos os entrevistados responderam que as informações foram boas e que estavam satisfeitos. Segundo a questão, relativa ao seguimento em consultas de enfermagem, todos os entrevistados responderam não ser seguidos por enfermeiros Estomoterapeutas, apenas realizam consultas em enfermagem. Para Serrano & Pires (2005), o enfermeiro deverá esclarecer as dúvidas da pessoa colostomizada e da família em relação à cirurgia e à ostomia, desmistificando medos, receios e muitas vezes conceitos errados. É fundamental que o enfermeiro demonstre disponibilidade e desenvolva com a pessoa uma relação de empatia e confiança, tendo sempre como principal objetivo a autonomia e a reabilitação da pessoa colostomizada o mais precoce possível, promovendo o autocuidado e a aceitação da nova imagem corporal. Como lembra Macedo (2006), o ensino à pessoa colostomizada, deve começar sempre que possível na fase pré-operatória, em que o enfermeiro deverá averiguar quais as informações que a pessoa tem, de forma a completar algo que considere pertinente e esclareça algumas dúvidas que surjam. Na sequência da alta hospitalar é igualmente muito importante que o acompanhamento da pessoa ostomizada continue a ser efetuado por um profissional de saúde especializado em estomaterapia, pois nesta nova fase é indispensável haver um aconselhamento continuado acerca do estoma e dos autocuidados com vista à sua autossuficiência e adaptação à nova situação, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. (Pinheiro & Tavares, 2005).

IV - CONCLUSÃO

Embora, na maioria das vezes a realização da ostomia seja para salvar vidas, esta comporta inúmeras e variadas adaptações e dificuldades que impõem outros problemas adicionais à pessoa. Dificuldades essas que dizem respeito à aceitação das mudanças da imagem corporal, do estilo de vida, do relacionamento social, do desempenho da sexualidade, o que pode gerar transtornos psicológicos e sociais, muitas vezes difíceis de superar.

Portanto, tendo em vista os múltiplos aspetos que envolvem a reabilitação da pessoa portadora de ostomia, é importante não esquecer que a pessoa necessita de ser auxiliada na compreensão de todos os aspetos associados a viver com esta nova realidade e é aqui que o enfermeiro tem um papel fundamental.

Os cuidados de enfermagem devem iniciar-se no momento do diagnóstico e da indicação da realização da cirurgia, para assim minimizar sofrimentos e obter uma melhor adaptação. Porém a continuidade dos cuidados iniciados na fase pré-operatória é essencial, pois é aqui que se vai desenvolver ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida, através da promoção de um maior nível de autocuidados e diminuição da dependência.

Ao longo da realização deste trabalho de investigação deparou-se com algumas dificuldades que se deveram essencialmente à pouca experiência na área da investigação. No entanto devido ao empenho e dedicação associados às importantes e fundamentais orientações dadas pela Orientadora Enfermeira Filomena Cardoso conseguiu-se ultrapassar essas dificuldades e atingir os objetivos inicialmente propostos.

Assim, chegando ao fim lança-se o desafio de dar continuidade ao estudo, pois um maior leque de conhecimentos nesta área parece ser uma componente essencial na melhoria da qualidade de vida e um resultado que se deseja obter no processo de prestação de cuidados de enfermagem.

Gostaria de realçar que encarou-se este trabalho como mais um momento de reflexão e um exercício de aprendizagem, uma etapa entre muitas outras do percurso de desenvolvimento pessoal e profissional.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, L.C. (2000). Correlação entre adaptação psicossocial à colostomia permanente e resposta psicológica ao câncer. [Em linha]. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original4_01.htm>. [Consultado em 22.12.2013].

Assunção, N. J. (1997). Irrigação em Colostomizados. *Sinais Vitais*, N°13, de Julho, pp.13-14.

Asti, V. A. (1976). *Metodologia da pesquisa Científica*. Porto Alegre, Globo. Ávila, H. et al., (2008). *A Pessoa com ostomia: alterações no autocuidado e estratégias de adaptação*. N°230, pp.24-31.

Bandeira, R. S. (s.d.). Tipos de colostomias. [Em linha]. Disponível em <www.oncoguia.com.br>. [Consultado em 26.12.2012].

Bechara, R. S., et al. (2005). Abordagem Multidisciplinar do Ostomizado. [Em linha]. Disponível em <www.jcol.org.br/pdfs/25_2/05.pdf>. [Consultado em 04.01.2013].

Carvalho, A. S. (1999). *Anatomia Humana*. Coimbra, Serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra.

Cascais, A. F. M. V., Martini, J. G., Almeida, J. dos S. (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. [Em linha]. Disponível em <www.redalyc.org>. [Consultado em 04.01.2013].

Cesaretti, I. U. R. et al. (1997). *A enfermagem e o Processo de cuidados Estomizados*. In. Crema, E.; Silva, R. (coord.). *Estomas: Uma abordagem interdisciplinar*. Uberaba: Pinti.

ConvaTec. (2006). *Melhorando a Qualidade de Vida*. A Bristol-Myers Squibb Company

Correia, R. F. (2007). A Pessoa com Estoma de Eliminação Intestinal... Que ensinos?. *Sinais Vitais*, N°75, pp.29-32.

- Dicionário de Língua Portuguesa. (2006). Porto, Porto Editora, pp.1613.
- Fernandes, D. V. (2004, Maio). *Ostomia e Amanha*, Sinais Vitais, N°54, pp.42-43.
- Fortin, M. F. (1999). *O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO da concepção à realização*. Loures, Editora Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Habr-Gama, A. et al. (1997). Operação de Hartmann e suas consequências. *Revista Brasileira de Colo-Proctologia*, n°17 (1), p.5-10.
- Kretschmer, K. P. (1980). *Estomas intestinais*. Rio de Janeiro, Interamericana
- Lúcia, M. (2005). *Sexualidade do Ostomizado. Assistência em Estomaterapia- Cuidado do Ostomizado*. Brasil, Atheneu LTDA.
- Luckmann & Sorensen, (1996). *Enfermagem Médico Cirúrgica: Uma abordagem Psicofisiológica*. (4ª ed. Vol.II). Brasil, Guanabara KooGan.
- Macedo, L. M. (2006). Educação para a alta à pessoa com ostomia. *Sinais Vitais*, N°67, pp.51-53.
- Mantovani, R. M. (s.d.). Colostomia. [Em linha]. Disponível em <www.infomed.hpg.ig.com.br/relatorio16.html>. [Consultado em 26.12.2012].
- Marques, G. (1999). Informação e Preparação Psicológica e Física do Ostomizado. *In Liga dos Ostomizados de Portugal*. pp. 38-42.
- Matos & Cesaretti, (2005). Complicações Precoces e Tardias dos Estomas Intestinais e Urinários: Aspetos Preventivos e Terapêuticos. In Santos & Cesaretti, *Assistência em Estomaterapia - Cuidando do Ostomizado*. (pp. 195-244). Editora Atheneu LTDA.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. (1ª ed.). Loures, Lusociência.

- Perry, P. (1999). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processos e Prática*. (4ª Edição ed., Vol. I), Brasil, Editora Guanabara Koogan AS.
- Phipps, et al., (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (2ª ed., Vol. I). Lisboa, Lusodidacta.
- Phipps, et al., (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6ª ed., Vol. III). Lisboa, Lusociência.
- Pinheiro, A., Tavares, M. J. (2005). *Guia de Ostomias para o Profissional*. ConvaTec
- Pires, A. P. B. (2007). Ética e Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*, N°72, pp. 13-18.
- Queirós, E. (2004). Ostomizado Intestinal. O Autocuidado como Fator de Reintegração Social. [Em linha]. Disponível em < <http://ostomias.no.sapo.pt/>>. [Consultado em 15.04.2014].
- REPE. (4 de Setembro). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>>. [Consultado em 17.04.2014].
- Santos, C. S. V. de B. (1999). *Saúde e Qualidade de Vida da pessoa portadora de Ostomia de Eliminação*. Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., Tate, T. D. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Loures, Edição Lusociência
- Serrano, C. , Pires, P. (2005). Enfermeiro e o Doente Ostomizado. *Nursing*, n°203, Outubro, p.35-41.
- Vieira, C. (1995). *Investigação Quantitativa e Investigação Qualitativa: uma abordagem comparativa*. Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

VI. ANEXOS

Guião da Entrevista Parcialmente Estruturada

Tema: Pessoa Colostomizada: atividades de vida diária

Destinatários: Pessoas colostomizadas

Tipo de Registo: Gravação Áudio

Data:

Partes Constituintes	Objetivos	Estratégias/ Questões
Introdução	<ul style="list-style-type: none">✓ Proporcionar um ambiente agradável e confortável à pessoa colostomizada;✓ Estabelecer uma relação empática com a pessoa colostomizada;✓ Garantir o anonimato da pessoa inquerida;	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentação da Investigadora;✓ Apresentação do entrevistado;✓ Dar a conhecer os objetivos do estudo e o teor da entrevista;✓ Informar a pessoa colostomizada que pode desistir do estudo sem que daí advenha nenhum prejuízo;✓ Informar que a entrevista será áudio-gravada;✓ Explicação sobre o anonimato e confidencialidade dos dados

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar uma comunicação assertiva; ✓ Inquirir sobre os dados Sociodemográficos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade; ▪ Sexo; ▪ Estado civil; ▪ Escolaridade.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar quais as alterações físicas, que estão mais afetadas na pessoa colostomizada; ✓ Identificar quais as alterações psicológicas, que estão mais afetadas na pessoa colostomizada; ✓ Identificar quais as alterações sociais, que estão mais afetadas na pessoa colostomizada; ✓ Identificar que tipo de cuidados a pessoa colostomizada realiza na higiene ao estoma e à pele circundante; ✓ Identificar que tipo de vestuário a pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Há quanto tempo foi realizada a sua colostomia? ✓ Qual o motivo que a levou a realizar uma colostomia? ✓ Durante o internamento que informação lhe deram os enfermeiros? Considerou a informação de menos, demais ou suficiente? ✓ Com quem vive? E antes da ostomia? Mantém o mesmo núcleo familiar? ✓ Tem apoio de algum familiar ou amigo? ✓ Quais foram as alterações físicas que a afetaram mais? ✓ Que tipo de cuidados tem com o estoma? ✓ Já teve alguma complicação a nível do estoma? ✓ Houve alterações no seus hábitos alimentares? O que fazia que

	<p>colostomizada usa;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer que tipo de cuidados a pessoa colostomizada tem na sua alimentação; ✓ Conhecer que tipo de atividades a pessoa colostomizada pratica; ✓ Identificar qual o apoio prestado pelo enfermeiro estomoterapeuta. 	<p>agora não faz e porquê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A nível do vestuário, veste a mesma roupa que vestia antes, ou tem outros cuidados? ✓ A colostomia alterou os seu hábitos de vida diária? sim? Não? Se sim em quê? ✓ Pratica algum tipo de exercício físico? Sim Qual? / Não Porquê? ✓ Que impacto psicológico e social tem o facto de ser ostomizado? ✓ Atualmente é seguida em consulta de Enfermagem? ✓ Acha que os enfermeiros prestam apoio suficiente? ✓ Que conselhos daria a um enfermeiro para que ele fosse de encontro às necessidades de um ostomizado?
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agradecer a colaboração da pessoa colostomizada; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilizar à pessoa colostomizada os resultados do trabalho recolhidos através da entrevista; ✓ Esclarecer a pessoa colostomizada sobre qualquer dúvida que possa apresentar; ✓ Agradecimentos à pessoa colostomizada pela sua disponibilidade e colaboração.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome da Pesquisa: "Pessoa Colostomizada: atividades de vida diária"

Esta Investigação está a ser desenvolvida pela aluna Catarina Teresa Carvalho Miranda, no âmbito da disciplina de Projeto de Graduação e Integração à Vida Profissional, do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

A realização deste estudo tem por objetivo identificar se há atividades de vida diária alteradas na Pessoa Colostomizada.

A sua colaboração consiste em responder a questões colocadas em forma de entrevista, que caso o consentimento se verifique será áudio-gravada.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e os áudio-gravadas serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura: