

Ana Catarina Barroca Batista

**Cuidados Nutricionais do Doente Colostomizado**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2008



Ana Catarina Barroca Batista

**Cuidados Nutricionais do Doente Colostomizado da consulta de  
Estomaterapia de um Hospital Central do Norte**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porto, 2008

Ana Catarina Barroca Batista

**Cuidados Nutricionais do Doente Colostomizado da consulta de  
Estomaterapia de um Hospital Central do Norte**

Assinatura do aluno:

  
\_\_\_\_\_  
(Ana Catarina Barroca Batista)

Monografia apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos  
para obter do grau de Licenciatura em  
Enfermagem.

## SUMÁRIO

O presente trabalho insere-se no âmbito da unidade curricular Projecto de Graduação do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e o tema abordado é “Cuidados Nutricionais do Doente Colostomizado”.

A ideia do estudo surgiu do contacto vivenciado em ensino clínico pela autora, após sido confrontada com doentes colostomizados.

De acordo com o problema definido, foi utilizado um estudo exploratório descritivo transversal numa abordagem quantitativa, onde o instrumento da colheita de dados foi o questionário.

O estudo realizou-se com base numa amostra de quarenta e dois colostomizados que frequentam a Consulta de Estomaterapia de um Hospital Central do Norte, no período de Setembro de 2008. Foi feito mediante o recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para o Windows, versão 16, e para a sua análise recorreu-se à estatística descritiva através de medidas de tendência central.

Da análise de dados verificou-se que os elementos da amostra encontram-se igualmente distribuídos quanto ao género, tendo uma média de 57,10 anos. Salienta-se também que os inquiridos são na maioria de proveniência urbana, e no que se refere a habilitações literárias verificou-se uma maior quantidade de licenciados.

Os elementos desta amostra foram na sua maioria submetidos a uma colostomia devido a neoplasia do recto, e uma maior parte tem a colostomia há cerca de dois anos.

Quanto ao esclarecimento de dúvidas em relação aos cuidados nutricionais a ter, os inquiridos são maioritariamente esclarecidos verbalmente, tendo-se verificado por parte do enfermeiro uma maior percentagem na comunicação escrita e o médico nunca ser mencionado como único esclarecedor.

Em relação as pessoas com quem vivem os pacientes colostomizados estes têm também ensino sobre cuidados alimentares a ter, tendo o cônjuge uma maior frequência nos ensinos.

Quanto aos hábitos alimentares, os doentes colostomizados questionados fazem em média cinco refeições diárias, tendo-se verificado também um conhecimento acerca do efeito de certos alimentos na sua colostomia. No que se refere á ingestão de água, uma grande parte bebe entre os 0,5-1 litro e o mesmo acontece entre os 1,5-2 litros.

Quanto à preocupação na aquisição de alimentos para uma alimentação correcta a amostra divide-se de igual forma entre o ter e o não ter cuidados na compra de alimentos; os inquiridos que afirmam preocupar-se na aquisição de alimentos referem tentar fazer uma alimentação mais variada.

Incutida neste contexto, pensa-se que a presente monografia permite, não só verificar o quanto os doentes conhecem a sua colostomia quanto ao efeito dos alimentos, bem como os cuidados que têm na sua alimentação. O presente trabalho contribui para melhorar os cuidados de enfermagem em relação à alimentação que o doente colostomizado deve ter e permitiu encetar uma caminhada na investigação, ficando certo que muito mais haveria para percorrer.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, minha mãe e minha irmã que sempre estiveram presentes nos bons e maus momentos.

Ao Professor Mestre António Moreira, pelas sugestões, disponibilidade, paciência e ajuda na elaboração da monografia.

À Enfermeira Maria Manuel Castro, Enfermeira estomaterapeuta da consulta externa de Cirurgia – Gabinete de Estomaterapia do Hospital S. João pela pronta ajuda e disponibilidade que forneceu.

Aos meus amigos e colegas que estiveram presentes durante estes quatro anos de licenciatura e que contribuíram para um percurso na minha vida que não irei esquecer e que me marcará para sempre como pessoa.

A todos os que colaboraram na realização deste estudo.

# ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	16
I. FASE CONCEPTUAL .....	20
1. Anatomia e Fisiologia do Intestino Grosso .....	20
2. A Ostomia... Generalidades.....	22
3. Colostomia .....	23
3.1. Etiologia e tipos de colostomia .....	24
3.2 Complicações no estoma e pele circundante.....	26
3.3. Tipos de dispositivos.....	27
3.4. Controlo da Colostomia – Irrigação .....	29
4. O doente Colostomizado: Actividades da Vida Diária no qual o doente pode ter dificuldade em concretizar .....	30
4.1. Cuidados de higiene .....	30
4.2. Vestuário .....	31
4.3. Profissão .....	31
4.4. Exercício Físico.....	31

4.5. Viagens.....	32
4.6. Actividade Sexual .....	32
4.7. Gravidez e Contraceção .....	33
5. Cuidados Nutricionais do doente colostomizado .....	33
II. FASE METODOLÓGICA .....	37
1. Princípios Éticos.....	37
2. Tipo de Estudo .....	39
3. População em estudo.....	39
4. Amostra .....	40
5. Definição de Variáveis.....	40
6. Instrumento de Colheita de Dados .....	41
7. Pré-teste.....	42
8. Previsão do tratamento de dados.....	43
III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	44
1ª Parte – Caracterização da Amostra .....	45
2ª Parte – Identificação das Medidas de Controlo Alimentar .....	48

Testes <i>t-student</i> .....	58
IV. DISCUSSÃO .....	63
V. CONCLUSÕES.....	68
VI. BIBLIOGRAFIA .....	70

**ANEXOS:**

Anexo I – Questionário

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 – Alimentos Provocadores de Prisão de Ventre .....	52
Gráfico 2 – Alimentos provocadores de diarreias/obstipação .....	53
Gráfico 3 – Alimentos formadores de gases.....	54
Gráfico 4 – Alimentos formadores de maus odores .....	55

## ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 – Lista de Alimentos adaptada de Amândio (1999) in Liga dos Ostromizados de Portugal .....	66
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 – Idades .....	45
Tabela 2 – Género .....	46
Tabela 3 – Habilitações.....	46
Tabela 4 – Proveniência .....	47
Tabela 5 – Motivo colostomia .....	47
Tabela 6 – Há quanto tempo foi realizada a colostomia .....	48
Tabela 7 – Esclarecimento/ Informação sobre cuidados nutricionais.....	49
Tabela 8 – Comunicação Verbal .....	49
Tabela 9 – Comunicação escrita .....	50
Tabela 10 – Ensino sobre cuidados nutricionais as pessoas com quem os pacientes vivem.....	50
Tabela 11 – Elemento familiar que teve ensinamentos sobre os cuidados nutricionais.....	51
Tabela 12 – Número de refeições diárias .....	51
Tabela 13 – Quantidade de água ingerida por dia .....	55

Tabela 14 – Reocupação na aquisição de alimentos para alimentação correcta .....	56
Tabela 15 – Aspectos importantes tidos em conta aquando da aquisição de alimentos.....	57
Tabela 16 – Testes <i>t-student</i> .....	59
Tabela 17 – Correlações .....	62

## SIGLAS E ABREVIATURAS

M=Média

Me=Mediana

Mo=Moda

DP=Desvio Padrão

Mi=Mínimo

Ma=Máximo

N=frequência de indivíduos

r=Pearson (valor considerado relevante acima de 0,5)

p=significância (valor considerado significante abaixo de 0,05).

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

## **0. INTRODUÇÃO**

O ostomizado constitui um grupo particular de doentes com patologias de origem diversa (sendo a sua maior incidência a doença cancerígena) e de diferentes grupos etários. No entanto, todos eles têm em comum algo de abrupto que irá modificar o dia-a-dia das suas vidas, pelo que necessitam não só de apoio técnico-científico, mas também da solidariedade e de suporte emocional que lhes permita uma rápida reintegração na sociedade.

Durante os últimos anos houve um interesse crescente relativamente aos aspectos ligados ao conhecimento de fenómenos inerentes ao processo na área das doenças oncológicas, nomeadamente o conhecimento do doente colostomizado sobre os cuidados no quotidiano, incluindo os seus cuidados nutricionais.

A problemática da colostomia parece começar a fazer-se sentir no momento em que a pessoa é informada da necessidade de intervenção cirúrgica e prolonga-se pelo internamento hospitalar, agudizando-se já após a alta, onde são sentidas várias dúvidas por parte do doente colostomizado que condicionam o seu dia a dia.

Com este trabalho pretende-se sensibilizar as pessoas para a necessidade de dar mais atenção à informação fornecida a um doente colostomizado e seus familiares, pois é um problema que afecta cada vez mais a nossa sociedade.

Julga-se ser um estudo de interesse, no sentido de perceber a problemática da pessoa colostomizada em relação aos cuidados nutricionais; a escolha do tema “Cuidados Nutricionais do Doente Colostomizado da consulta de Estomaterapia de um Hospital Central do Norte” constituiu uma opção pessoal, pois foram directamente vivenciadas situações no âmbito dos ensinamentos clínicos no decorrer do curso, despertando curiosidade, relativamente às dificuldades do doente colostomizado, nomeadamente as dificuldades acerca de cuidados nutricionais, no que respeita a lacunas na aquisição de informação.

No âmbito da disciplina de Estágio e Projecto de Graduação, enquadrando-se no plano curricular do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando

## *Cuidados Nutricionais do Doente Colostomizado*

Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, foi proposto a realização de uma monografia que visa o culminar desta licenciatura

Assim, a elaboração deste estudo tem como objectivos académicos:

- Aprofundar conhecimentos na área da investigação e do tema em estudo;
- Desenvolver conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a metodologia da investigação;
- Mobilizar conhecimentos aprendidos durante o curso;
- Desenvolver conhecimentos na área da investigação, assim como métodos e técnicas a aplicar.
- Elaborar uma monografia que visa o culminar da licenciatura.

Assim tem-se como tema de monografia “*Cuidados Nutricionais do doente colostomizado*” e como subtema “*Cuidados Nutricionais do doente colostomizado da consulta de Estomaterapia de um Hospital Central do Norte*”.

A pertinência deste trabalho deve-se ao facto de ter encontrado, no decorrer do curso, dificuldades, por parte dos doentes colostomizados, acerca dos cuidados a ter com um estoma assim como, por parte dos profissionais de saúde, os ensinamentos a efectuar aos doentes colostomizados acerca dos seus cuidados nutricionais, nunca ficando a conhecer o grau de aprendizagem destes, nem a aquisição de hábitos correctos na alimentação, no quotidiano.

Sendo a investigação científica “ (...) um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas (...)” (Fortin, 1999, p.15), o objectivo principal deste estudo é verificar os cuidados nutricionais do doente colostomizado.

Assim, as perguntas de investigação são:

- Quais os conhecimentos do doente colostomizado sobre os cuidados a ter com a sua alimentação?
- Quais as fontes de informação do doente colostomizado para a aquisição dos conhecimentos acerca dos cuidados nutricionais a ter?

Após a formulação das questões de investigação, foram considerados os seguintes objectivos para este estudo:

- Identificar os conhecimentos que o doente colostomizado tem sobre a sua alimentação e efeitos dos alimentos na sua colostomia;
- Identificar factores que interferem nos cuidados nutricionais do doente colostomizado;
- Identificar o grau de conhecimento do doente colostomizado sobre os seus cuidados nutricionais.

Assim optou-se por um estudo descritivo transversal, inserido numa abordagem quantitativa, a uma amostra de quarenta e dois doentes colostomizados de ambos os sexos, inscritos na consulta de estomaterapia de um hospital central da região norte, aplicando-se um questionário constituído por duas partes, sendo a primeira dirigida para a caracterização da amostra e a segunda elaborada para avaliar os conhecimentos sobre a alimentação praticada pelos doentes colostomizados. Na análise estatística é utilizada a análise descritiva com frequências, médias, desvios padrões, modas e medianas.

O trabalho realizado será baseado numa revisão bibliográfica acerca do tema; Para isso foram consultados livros, revistas, monografias, sites na Internet, panfletos informativos, por serem fontes acessíveis e fiáveis.

A presente monografia é constituída por sete partes:

### *Cuidados Nutricionais do Doente Colostomizado*

- A fase conceptual, que irá conter breves conceitos essenciais ao estudo;
- Fase metodológica, com aspectos relacionados com a metodologia adoptada na investigação;
- A apresentação dos resultados obtidos neste estudo
- A discussão dos resultados
- A conclusão
- As referências bibliográficas que apoiam o estudo
- E por fim os anexos onde se irão encontrar o questionário e dados que completam a monografia.

Pretende-se assim que o presente estudo seja de agradável leitura e que contribua para o desenvolvimento do tema escolhido.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. A ideia pode resultar de uma observação, de literatura, de uma irritação em relação com um domínio particular, ou ainda de um conceito. (Fortin, 1999, p.39)

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

Assim para desenvolver o estudo é necessário realizar uma pesquisa sobre trabalhos já realizados, revistas de importância científica actualizadas e livros pertinentes e recentes relacionados com o tema escolhido.

Toda a recolha bibliográfica deve ter credibilidade científica para fornecer essa credibilidade ao estudo que se pretende realizar.

O centro de reflexão é o doente colostomizado e a sua individualidade única, como ser holístico que é.

### **1. Anatomia e Fisiologia do Intestino Grosso**

Para iniciar a justificação do tema, foi sentida a necessidade de conhecer e aprofundar conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia do intestino grosso.

O sistema digestivo consiste num longo tubo muscular que começa nos lábios e termina no ânus, incluindo a boca, faringe, esófago, estômago, intestino delgado e intestino grosso; e algumas glândulas localizadas fora do tubo digestivo, incluindo as glândulas salivares, fígado e pâncreas – todas elas esvaziando secreções no tubo digestivo. As funções principais do sistema digestivo são: digestão e absorção do alimento ingerido e eliminação de produtos sólidos do catabolismo. (Lossow, 1990)

Segundo Lossow (1990) o intestino grosso, com aproximadamente 1,5 metros de comprimento difere do intestino delgado em vários aspectos, incluindo a sua maior largura e as seguintes características:

- a) Não existem vilosidades na superfície da túnica mucosa
- b) No ceco, cólon e recto superior, as glândulas são mais profundas, mais densamente reunidas e contêm muitas *células caliciformes*.
- c) A camada muscular longitudinal do ceco e do cólon forma três faixas conspícuas denominadas ténias cólicas.
- d) Muitos apêndices epiplóicos, ou bolsas do peritónio cheias de gordura, aparecem ao longo da borda livre do cólon.

A primeira porção do intestino grosso é o *ceco*, seguindo-se o cólon que está subdividido em cólon ascendente, cólon transverso e cólon descendente, terminando com recto e ânus.

O ceco, situado a nível da fossa ilíaca direita, corresponde à primeira porção e é uma dilatação em forma de saco, é onde se encontra a válvula ileocecal que impede o refluxo do conteúdo do cólon para o íleo. No seu pólo inferior encontra-se o apêndice que contém abundantes folículos linfóides.

O cólon ascendente estende-se desde o ceco até à parte inferior do fígado, curvando-se à esquerda, formando o ângulo hepático; está apoiado sobre a parede abdominal posterior direita e fixado a ela pelo perineo.

O cólon transverso é a continuação do cólon a partir do ângulo hepático, seguindo um trajecto horizontal, cortando o abdómen da direita para a esquerda curvando-se para baixo formando o ângulo esplénico, descansando sobre o intestino delgado e fixando-se à parede posterior do abdómen dor meio do mesocolon transverso.

O cólon descendente estende-se desde o ângulo esplénico pelo lado esquerdo do abdómen até à fossa ilíaca esquerda fixado à parte posterior esquerda do abdómen pelo peritoneu.

O cólon sigmoideu, denominado assim por adoptar dentro da pélvis uma morfologia similar a um “S”; é igual ao cólon transversal na sua anatomia, não está fixo, tendo por isso uma maior mobilidade.

O recto é a parte final do intestino grosso que seguindo a concavidade do sacro vai-se estreitando progressivamente até terminar no canal anal, que se abre para o exterior através do ânus, com um comprimento aproximado de 12-16 cm. (Ortiz, 1994)

A principal função do cólon é a absorção de água, iões de sódio e outros minerais (Ganog, 1998). A mucosa do intestino grosso tem alta capacidade de absorção activa de sódio e o potencial eléctrico, criado pela absorção de sódio, também causa absorção de cloreto. (...) A absorção dos iões sódio e cloreto criam gradiente osmótico, através da mucosa do intestino grosso, que por seu turno, causa a absorção de água.

Sendo assim o intestino grosso é considerado uma “câmara de secagem” do conteúdo intestinal líquido recebido do íleo e ao mesmo tempo um “espaço de armazenamento” onde se vão formar as fezes.

Sendo assim o intestino grosso tem um papel primordial na regulação do sistema digestivo, na absorção de água, iões e minerais, formação e excreção de fezes.

## **2. A Ostomia... Generalidades**

Ostomia ou estoma, é oriundo da palavra “Stoma” proveniente do grego, que significa “abertura” ou “boca”, isto é, uma abertura artificial na parede abdominal para que se possa fazer a passagem de excreções para fora do organismo. É uma técnica cirúrgica, realizada para remover tumores, reparar lesões ou alterações intestinais. (Seeley et al., 1997)

Assim uma ostomia é uma intervenção cirúrgica que permite criar uma comunicação entre um órgão interno e o exterior, originando uma nova abertura que se denomina estoma.

De salientar que existem vários tipos de ostomias, dependendo do efeito terapêutico pretendido, assim consideram-se as ostomias de alimentação (gastrostomia), ventilação (traqueostomia) e eliminação (enterostomias e urostomias).

Assim pode-se dizer que existem dois tipos de ostomias de eliminação: as ostomias digestivas (por onde se eliminam as fezes – ileostomias e colostomias) e as ostomias urinárias (por onde se elimina a urina – urostomias)

Neste estudo, interessa particularmente as enterostomias, que é a união de uma parte do intestino à pele da parede abdominal, formando um estoma através do qual são evacuadas as fezes e os gases.

Se o segmento intestinal for o cólon dá-se o nome de colostomia, se for no íleo denomina-se ileostomia.

### **3. Colostomia**

Segundo Osório (1999) colostomia é um procedimento cirúrgico onde se exterioriza à pele [a partir do revestimento mucoso] uma víscera oca [o cólon]. A sua construção é determinada pela necessidade de obter uma via alternativa para (...) a drenagem de conteúdo fecal num paciente impossibilitando de defecar normalmente pelo ânus.

O portador de uma colostomia, designa-se por colostomizado. Este é um indivíduo que, por inviabilidade de tratamento medicamentoso, clínico ou cirúrgico de uma patologia específica, foi submetido a uma cirurgia para derivação do cólon a uma abertura artificial do abdómen, a colostomia, pela qual expele as fezes para um dispositivo apropriado e estanque (Costa, 1999).

Assim existe uma colostomia quando o intestino grosso – cólon – é exteriorizada através de uma abertura na parede abdominal.

### **3.1. Etiologia e tipos de colostomia**

Para Black (1995) colostomia (não esquecendo a existência de outros tipos de ostomias, conforme a sua utilização) define-se por uma abertura artificial, permanente ou temporária, através da parede abdominal até ao cólon.

As colostomias podem ser permanentes/definitivas ou provisórias/temporárias segundo as razões médicas que levaram à cirurgia.

#### **❖ Colostomias Provisórias**

De acordo com Breckman (1987), o procedimento cirúrgico é efectuado normalmente de urgência e provocado por:

- Obstrução Intestinal, sendo à *posteriori* efectuada a recessão da causa e encerramento da colostomia (quase sempre é efectuada uma colostomia angular por tumores da sigmóide, cólon descendente e recto);
- Perfuração intestinal (normalmente efectua-se uma colostomia transversa como primeiro passo, seguida de intervenções posteriores e encerramento da colostomia);
- Volvos (que, originando uma torção da ansa intestinal, causam uma obstrução aguda. Esta colostomia temporária, realiza-se para preservar o intestino para posterior intervenção e encerramento da colostomia);
- Fistula retrovaginal ou retrovesical, com perigo de infecção ou obstrução (para melhor tratamento procede-se normalmente a uma colostomia para drenagem, mas mantendo a secção posterior do intestino junto à colostomia no exterior);

- Fistulas graves no ânus, ou por abscessos peri-anais complicados (como ambas as situações são difíceis de tratar realiza-se uma colostomia para mudar o trajecto das fezes);
- Traumatismos do cólon, em acidentes de viação, feridas por armas brancas, de fogo e explosões (procede-se a uma colostomia temporária para evitar complicações).

❖ **Colostomias Permanentes**

De acordo com Cohn et al. (1979), “são efectuadas em casos de tumores malignos do cego, cólon ascendente, transverso, descendente e sigmóide, no recto e ânus e por traumatismos irreparáveis do recto e lesões graves da medula espinal. No primeiro, em acidente graves com perda da função; e no segundo por paralisia do esfíncter anal com incontinência fecal”

Em Portugal, na origem das cirurgias que levam à formação de um estoma, destacam-se os casos neoplásicos, representando cerca de 80% da população afectada por este problema (Barata, 2004).

❖ **Em relação aos tipos de colostomias podem se dividir em:**

- Sigmóide, com drenagem de fezes firmes, sólidas;
- Descendente, com drenagem de fezes pastosas;
- Transversa, com drenagem de fezes semi-pastosas ou pastosas
- Ascendente, com drenagem de fezes líquidas e semi-líquidas (Phipps et al., 2003).

Embora todas as colostomias sejam uma exteriorização do cólon, o seu tipo vai depender da sua localização, existindo assim os quatro tipos de colostomias anteriormente referidos, tendo consequentemente características diferentes das fezes; quanto mais intestino grosso funcionar mais consistentes são as fezes pois mais água foi absorvida.

### **3.2 Complicações no estoma e pele circundante**

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

Embora as colostomias sejam procedimentos cirúrgicos relativamente simples, apresentam várias complicações, desde simples irritações cutâneas até problemas potencialmente letais.

Sendo assim expõem-se de seguida as complicações específicas da colostomia como sejam: prolapso do estoma, retracção do estoma, alterações da coloração do estoma e problemas cutâneos.

O prolapso do estoma, é uma complicação que é mais frequente nas colostomias transversas, que nas colostomias finais e ileostomias. Surge por esforço, diminuição da resistência muscular, ou por deficiente fixação do estoma. Neste caso, o estoma sai para o exterior, dez ou vinte centímetros. O doente deverá dirigir-se ao hospital, pois em tal situação a redução e fixação terá de ser cirúrgica. (Breckman, 1987).

A retracção do estoma surge em consequência do aumento de peso do doente ou por progressão do tumor. Há que verificar se o aperto compromete a evacuação de fezes, com ligeira dilatação e toque com o dedo mínimo.

Deverá pedir-se para o doente registar e controlar as evacuações, se este referir que tem tido diarreias, fazer o toque e verificar se existem ou não fecalomas. A correcção cirúrgica da retracção será o último procedimento a efectuar (Black, 1985).

Em relação à coloração do estoma, qualquer alteração será sempre de valorizar. Se no pós-operatório aparecer a cor púrpura escura, é sintoma que existe comprometimento vascular. A palidez do estoma indica que o utente tem uma anemia severa (Breckman, 1987).

Segundo Black (1995), os problemas cutâneos são um problema comum em doentes com uma colostomia e começam a surgir com frequência após alta hospitalar. Os problemas com a pele

circundante surgem normalmente e podem classificar-se em duas categorias: dermatites de contacto (provocadas pela reacção da pele à bolsa adesiva e aos agentes protectores e por dispositivos inadequados à necessidade do utente) e dermatite efluente (provocada por extravasamento do conteúdo intestinal).

Nos casos em que surgem complicações por fungos associadas a infecções da pele, devem-se utilizar anti-fúngicos, aplicação de spray ou pastas isolantes e o doente tem de utilizar um dispositivo mais largo na sua fixação (Black, 1995).

Canseco (1992) classifica as complicações em imediatas e tardias.

Assim nos primeiros dias (entre o primeiro e o décimo) podem-se apresentar algumas das seguintes complicações: edema, oclusão, hemorragia, necrose isquémica, evisceração, desinserção e abcesso peristomal.

Como complicações tardias, que se considera apresentarem-se alguns meses depois da intervenção cirúrgica, temos a estenose, eventração, prolapso, granulomas fistula e lesão peristomal.

Assim para evitar complicações do estoma e pele circundante é importante que o colostomizado tenha cuidados especiais, como manter a pele peristomal seca, ajustar a abertura do dispositivo e retirar o saco com cuidado.

### **3.3. Tipos de dispositivos**

Segundo Krasner et al (1993), o tipo de dispositivo colector será de acordo com o estoma, sua localização e tipo de fezes. Os gases também podem causar problemas, mas actualmente já todos os dispositivos possuem um filtro incorporado.

Nas colostomias ascendentes, devido ao tipo de fezes, que podem ser líquidas ou semilíquidas, com drenagem permanente de enzimas prejudiciais à pele, deverá proteger-se a

pele com protector e utilizar um aparelho de drenagem adesivo, pois os não adesivos não são aconselhados (Krasner et al, 1993).

Conforme o mesmo autor, nas colostomias transversas e descendentes, as fezes poderão ser semilíquidas ou pastosas e com volume abundante. Será necessário escolher um dispositivo que comporte grande quantidade de fezes e poderá utilizar-se uma placa flexível onde serão adaptados os sacos colectores ou utilizados sacos colectores em alas de fixação, tipo cinto. Também se podem usar bolsas adesivas grandes, tendo sempre em atenção a protecção da pele devido a infiltrações de conteúdo intestinal, mas sempre com a indicação de que estes dispositivos adesivos só serão usados temporariamente ou como recurso.

Nas colostomias da sigmóide deve-se usar um dispositivo adesivo no pós-operatório imediato, para evitar cheiros e possíveis extravasamentos devido a diarreias (Krasner et al, 1993).

Assim, em qualquer tipo de ostomia pode-se optar por um saco de uma ou duas peças, para além de poder escolher entre várias marcas existentes.

Nos sacos de uma peça, tal como o nome sugere, existe um só volume: o saco tem já integrado o sistema que vai colar na pele, sistema este em disco de resíduo natural ou sintético com ou sem adesivo microporoso, que pode ser aberto ou fechado.

Nos sacos de duas peças há uma placa com aro de conexão ao saco que se fixa na pele e que se pode manter entre três a seis dias; o saco vai encaixar/colar no arco, podendo ser aberto ou fechado.

Existem também outros acessórios como: Cintos, Gaze para isolar o saco de ostomia do contacto com a pele, Filtros adaptáveis de carvão activado que se liga ao saco colector, loções de limpeza, pós e líquidos desodorizantes.

### **3.4. Controlo da Colostomia – Irrigação**

Partilhando o pensamento de Assunção (1997) a regularização da actividade intestinal numa pessoa portadora de uma colostomia passa sem qualquer duvida pela irrigação. É uma técnica já antiga e que permite controlar o funcionamento intestinal por meios mecânicos.

Segundo Lauckus et al (1988) o principal objectivo da irrigação numa colostomia é o de regularizar a evacuação intestinal evitando odores, e evitando a colocação permanente de um dispositivo colector, com as possíveis complicações de irritações da pele.

Embora não muito usado no nosso país e na Europa, segundo Macleod (1972) esta técnica associada a hábitos alimentares correctos, apresenta vantagens para o colostomizado.

Para que os doentes sejam independentes na execução deste procedimento, o seu envolvimento no ambiente e processo terapêutico tem de ser total e efectivo. As vantagens são evidentes: o doente, ao controlar a evacuação do conteúdo fecal, torna-se mais confiante e menos propenso a depressões e mecanismos negativos e complicações associadas (Lauckus et al., 1988).

Na perspectiva de Laudo, Rey e Clavero (1994), as indicações para a realização da irrigação são: colostomias descendentes ou sigmóides de uma só abertura, estoma visível sem complicações, pacientes motivados para a aprendizagem, óptimas condições físicas do paciente, pacientes com estabilidade mental, boa capacidade de compreensão e clara consciência da sua situação e evacuação intestinal consistente e com uma periodicidade de duas a três vezes ao dia como máximo.

As contra indicações podem estar relacionadas com a doença intestinal, com as técnicas cirúrgicas, com causas locais e com causas relacionadas com a atitude do paciente. (Laudo, Rey e Clavero, 1994)

A irrigação consiste numa técnica semelhante a um clister que permite esvaziar o intestino por um certo período de tempo, permite também ao colostomizado obter um funcionamento intestinal controlado e que lhe confere maior liberdade e segurança.

#### **4. O doente Colostomizado: Actividades da Vida Diária no qual o doente pode ter dificuldade em concretizar**

Depois da alta hospitalar é necessário um acompanhamento da pessoa pois esta encontra-se numa nova situação que vai influenciar o seu quotidiano.

Assim são várias as indicações que o enfermeiro estomaterapeuta deverá dar para além das indicações em relação aos cuidados nutricionais.

##### **4.1. Cuidados de higiene**

Os cuidados de higiene não estão dificultados pelo facto de se ter um estoma, apenas se tem de estar atento a esta zona, de modo a deixá-la completamente limpa, seca e sem qualquer sinal de alteração preocupante.

A hora de higiene do estoma e substituição do saco é fundamental para a observação do aspecto do estoma. O doente colostomizado deverá ter especial atenção às alterações da coloração, do tamanho e ao facto de sangrar. Quanto á região peri-estomal, se esta se apresentar ruborizada ou com feridas o doente deve contactar o profissional de saúde assim como se surgir diarreia ou se a colostomia não estiver funcional.

Assim no que respeita ao banho e duche pode-se fazer com ou sem dispositivo, sendo mais benéfico tirar o dispositivo e limpar o estoma e pele, mantendo-o a descoberto durante esta actividade. (Grupo C.I.D.O., 1997)

#### **4.2. Vestuário**

O facto de se ter um estoma, não significa que não se possa usar aquilo que se gosta e não impede o doente colostomizado de andar na moda. Actualmente existem sacos muito discretos e que se adaptam muito bem a todas as situações. Contudo o colostomizado deve evitar o uso de cintos, elásticos ou roupas muito apertadas por cima do estoma, evitando qualquer tipo de desconforto.

Segundo afirma Alves (1999, p.47) o ostomizado poderá manter o mesmo estilo de vestuário, pois actualmente é muito cómodo e discreto. Deve no entanto, ter a preocupação de não colocar cintos ou roupas muito apertadas por cima do estoma o que será pouco confortável.

#### **4.3. Profissão**

No que se refere à profissão, nas pessoas cujas condições o permitem, não há quais quer problemas no regresso ao trabalho, exceptuando-se os casos em que o utente não está completamente restabelecido ou o trabalho implique grandes esforços.

Logo que completamente restabelecido o ostomizado deve retornar ao seu emprego, salvo nos casos em que o esforço físico é incompatível com a situação de ostomizado. Nestes casos deveria ser possível a reconversão profissional na mesma entidade empregadora. (Alves, 1999, p.48)

#### **4.4. Exercício Físico**

O exercício físico constitui um benefício não só para os doentes colostomizados, mas para todos. O doente colostomizado deve praticar exercício físico evitando, contudo, alguns desportos violentos ou que impliquem grande esforço ou contacto directo com adversários.

Para Alves (1999, p.47) como qualquer indivíduo, o ostomizado pode e deve praticar desporto.

A pessoa deve ser encorajada (...) a prosseguir as actividades que lhe davam prazer antes da cirurgia (...). Ninguém sabe que uma pessoa fez a ostomia, a menos que seja informada. (Long e Roberts, 1999)

#### **4.5. Viagens**

No que se refere a viagens que o colostomizado pode realizar Alves (1999, p.48) refere que a pessoa ostomizada “pode viajar sempre que achar conveniente e assim o desejar, pode utilizar todos os meios de transporte habituais”.

Long e Roberts (1995) acrescentam que em caso de viagem “os acessórios da ostomia deverão ser levados pela própria pessoa para o caso de haver atrasos ou perdas de bagagem”.

#### **4.6. Actividade Sexual**

Para abordar o indivíduo de uma forma holística, é importante considerar o seu eu sexual.

É importante que o colostomizado discuta com o seu médico e enfermeiro estomaterapeuta a sua sexualidade, para poder receber toda a informação e ajudar à resolução dos seus problemas.

A sexualidade destes doentes poderá ser afectada pela intervenção cirúrgica, pois por vezes é mutilante. Este assunto, deveria ser sempre abordado no pré-operatório e quando tal não acontece, cabe-nos ouvir o doente e orientá-lo, tendo em atenção aos factores intervenientes, psicológicos e fisiológicos (Breckman, 1987).

Para Rebelo (1999) a perda de prazer e os sentimentos de incapacidade/inutilidade/frustração são frequentemente alargados à sexualidade, sendo que os estudos têm vindo a demonstrar que a ausência de desejo sexual é a área mais afectada em situações de doença ainda que de uma forma geral seja passageira, podendo-se prolongar conforme a atitude assumida pelo próprio e companheiro face à doença.

Sendo ambos afectados quando uma situação de doença atinge um dos elementos deve-se incentivar à comunicação, e o facto de alguém ter um estoma não significa que a sua sexualidade esteja terminada, muitas vezes, o casal pode por si só implementar estratégias no sentido de se adaptarem de uma forma criativa e construtiva à nova realidade.

#### **4.7. Gravidez e Contracepção**

Na mulher jovem, o estoma não é impeditivo para ter filhos. Indubitavelmente a gravidez coadjuva um risco que deverá ser avaliado pelo médico e pelo par (Grupo C.I.D.O., 1997).

Cansco (1992) aconselha que passe um período de aproximadamente dois anos depois da intervenção, antes da gravidez, podendo o parto ser normal.

No que respeita a contracepção é aconselhável que a colostomizada contacte o ginecologista para que recomende o contraceptivo mais adequado, pois como indica o Grupo C.I.D.O. (1997), podem existir problemas de absorção com os contraceptivos.

Segundo Wiel et al. (1991), é importante referir ao doente, que não deve ter medo ou receio de fazer perguntas, ou expor qualquer problema que o incomode, referindo que procuraremos encontrar uma solução, mesmo que adaptada à situação e que será sempre melhor que o medo ou a insegurança.

Todas as actividades da vida diária do doente colostomizado podem estar afectadas, sendo assim deve-se incentivar o doente a questionar o enfermeiro estomaterapeuta de maneira que se sinta mais independente e seguro.

### **5. Cuidados Nutricionais do doente colostomizado**

A alimentação é uma área de intervenção do enfermeiro pois muitas vezes o aconselhamento dietético em doentes colostomizados é muitas vezes insuficiente ou impreciso. Segundo Keighley e Williams (1998) 47% dos doentes colostomizados não praticam nenhuma restrição dietética.

É importante fazer uma avaliação prévia do estado nutricional do paciente com o objectivo de responder melhor ao pós-operatório. Esta avaliação realiza-se mediante índices antropométricos (peso, altura, amplitude da prega cutânea, etc.) e biológicas (valor de albumina sérica, por exemplo).

Para Bryant et al. (1993), os doentes precisam de ser informados e esclarecidos das alterações que a sua dieta alimentar poderá sofrer. Estas alterações são de acordo com o tipo de ostomia, e a patologia que originou a sua ostomia.

Este autor defende que as alterações preconizadas terão de ter sempre em conta que o consumo incorrecto de alimentos irá provocar flatulência, diarreias, obstipação e odores e que é após a intervenção cirúrgica que se deve ter em atenção a flatulência excessiva devido à alimentação parentérica, à pausa alimentar e à preparação do intestino para a cirurgia.

Segundo Stump (1999) após a operação, deve-se empregar dieta exclusivamente líquida. À medida que o paciente progride, usar uma dieta branda/baixo-resíduo, para reduzir a descarga do estoma e a irrigação. Para acelerar a cura a dieta deve também conter grande quantidade de proteínas e calorias. Introduzir novos alimentos gradualmente; se feito lentamente os alimentos que provoquem distúrbios podem ser identificados e a obstrução pode ser controlada ou prevenida.

Assim as primeiras evacuações, são normalmente líquidas. Após iniciar alimentação é importante registar o tipo de conteúdo intestinal evacuado e iniciar o ensino ao doente. Nesta situação deve-se ter em atenção, a sua proveniência e aceitação do doente do seu estado de saúde (Bryant et al., 1993).

Sendo assim, a menos que exista um problema médico subjacente, como por exemplo a diabetes, é melhor evitar a palavra dieta e falar com o paciente em alimentação equilibrada e saudável e aspectos relevantes que alguns alimentos podem ter na evacuação, pois cada paciente é um indivíduo diferente e pode ter opiniões, gostos e experiências distintas.

Conforme ensina Bulman (2000) “existem certos alimentos que se sabe exercerem efeitos adversos sobre o movimento do intestino em algumas pessoas”.

A moderação no uso destes alimentos ou a abstinência dos mesmos pode ser indicada conforme as preferências do doente.

Assim deve-se aconselhar o doente a comer em poucas quantidades, o mais normalmente possível e a diversificar os alimentos. Introduzir comidas não ingeridas habitualmente em pouca quantidade e não associar outros alimentos, para ver a sua tolerância. Evitar só os alimentos que provoquem mau estar ou alterações no conteúdo intestinal (Bryant et al., 1993).

A alimentação do colostomizado, caso não seja diabético, hipertenso ou não possuir uma doença que necessite de um regime especial, não tem de ter condicionantes, deve seguir um regime geral, sem restrições. Assim deve ter uma alimentação saudável, evitando exageros, seguindo normas como fazer seis refeições diárias, manter horários para regulação intestinal, comer calmamente, mastigar bem, ingerir um litro e meio a dois litros de água por dia e ter uma alimentação diversificada.

A tolerância alimentar varia de pessoa para pessoa, assim o colostomizado deve testar cada alimento separadamente para analisar a reacção do seu organismo e evitar alimentos que o corpo não tolere ou que provoquem efeitos desagradáveis.

Devem ser utilizados iogurtes e manteiga, pois diminuem o mau odor e gases; beber cerveja em quantidades moderadas, pois em excesso origina fezes líquidas; utilizar uma vez por dia, ou conforme tolerância, ao pequeno-almoço, fibras vegetais, associadas a leite ou chá, pois favorece a evacuação (Bryant et al., 1993).

No caso de o doente tomar medicação analgésica, alertar para que esta favoreça a obstipação e que poderá ter necessidade de um laxante. De evidenciar que, nos doentes com colostomias transversas e ascendentes, as dietas deverão ser pobres em resíduos, pois as suas fezes são quase sempre líquidas (Breckman, 1987).

Deve-se também incentivar à ingestão de água. Citando Bryant et al. (1993), “é de não esquecer que durante o Verão deve ingerir grandes quantidades de líquidos, pois a desidratação é mais fácil”.

O doente colostomizado após conhecer bem as suas características vai perceber quais os alimentos a preferir e os alimentos a evitar, para assim evitar obstipação, diarreia, flatulência, odores desagradáveis e fezes compactas; estes sintomas estão associados á ingestão de alguns alimentos e como cada caso é um caso cada doente deve conhecer os alimentos que provocam estes efeitos.

## **II. FASE METODOLÓGICA**

De acordo com Fortin (1999), a metodologia é um “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Também, secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”.

Enquanto que na fase conceptual se colocou o suporte teórico do projecto de investigação; na fase metodológica foi incumbida a tarefa de precisar como o estudo sobre o conhecimento dos doentes colostomizados sobre os cuidados a ter com a sua alimentação, se integrou num plano de trabalho as actividades conducentes à realização da investigação.

No decurso desta fase, é concebido o desenho de investigação mais apropriado para obter resultados capazes de responder às questões de investigação colocadas e verificar as hipóteses formuladas (Fortin, 1999, p.40). Além disso, assume-se como um conjunto de directrizes que precisão a forma de colher e analisar os dados para assegurar um controlo sobre variáveis.

### **1. Princípios Éticos**

A ética coloca alguns problemas aos investigadores e algumas exigências morais que, em certas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação. (Fortin, 1999, p.113)

Nesta investigação serão preservados os “cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos” que “foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal” (Fortin, 1999, p.116)

- Direito à auto-determinação

Segundo Fortin (1999), este direito baseia-se no princípio ético de respeito às pessoas, no sentido em que todas as pessoas exercem capacidade para decidir o seu próprio destino.

Sendo assim o colostomizado foi convidado a entrar no estudo podendo optar na sua participação ou não no mesmo estudo – Consentimento informado.

- Direito à intimidade

Segundo Kovacs, (1985) (*cit. in* Fortin, 1999, p.116) as informações consideradas como íntimas e privadas relacionam-se com as atitudes, as opiniões ou quaisquer outras informações pessoais que o participante aceite partilhar com o investigador.

O estudo foi realizado de maneira que fosse o menos invasivo possível, assim a intimidade do colostomizado está protegida, tendo o colostomizado o direito de decidir a dimensão da informação a transmitir.

- Direito ao anonimato e à confidencialidade

É um dos objectivos neste estudo respeitar o anonimato e a confidencialidade, ou seja, os resultados devem ser apresentados de forma, a que nenhum dos participantes possa ser identificado nem pelo investigador nem pelo leitor do estudo de investigação, porque só desta forma é que se garante o anonimato e a confidencialidade. Pois todo o investigador deve classificar a informação dada como íntima e privada.

- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo

Segundo Frankena (1973) (*cit. in* Fortin, 1999, p.118), este direito baseia-se no princípio do benefício na qual todos os membros da sociedade desempenham um papel activo na protecção dos dados revelados com o objectivo de prevenir o desconforto, o prejuízo e promover o bem-estar do indivíduo.

Teve-se durante o estudo em atenção a eliminação do desconforto e prejuízo de ordem fisiológica, psicológica, legal e económica.

- Direito a um tratamento justo e equitativo

Este direito é aplicado na solicitação da participação no estudo, todos os colostomizados são informados sobre a natureza, o fim, a duração e os métodos utilizados na investigação de igual modo e nas mesmas condições.

## **2. Tipo de Estudo**

Na investigação proposta pretende-se realizar um estudo exploratório descritivo (utilizado por investigadores preocupados com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo), transversal (onde o estudo é feito durante um período de tempo previamente definido) inserido numa abordagem quantitativa (baseada na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador) de modo a possibilitar o conhecimento da amostra.

Este estudo será realizado em meio natural, ou seja, será efectuado “ [...] em qualquer parte fora de lugares altamente controlados.” (Fortin, 1999, p.132) sendo assim, as pessoas inquiridas não estarão sujeitas a qualquer tipo de controlo laboratorial. Pretende-se realizar este estudo aos doentes colostomizados que frequentam a consulta de estomaterapia de um Hospital Central do Norte.

## **3. População em estudo**

Por população alvo entende-se a “População para a qual serão generalizados os resultados de uma investigação obtidos a partir de uma amostra”. (Fortin, 1999, p.373)

No caso deste estudo a população alvo são os doentes colostomizados que frequentam a consulta de estomaterapia de um Hospital Central do Norte, sendo constituída por duzentos e oitenta e quatro doentes colostomizados.

#### **4. Amostra**

Segundo Fortin (1999, p. 202) amostra é “ [...], um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. [...], Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”.

A amostra do estudo é constituída por quarenta e dois doentes colostomizados que frequentam a consulta de estomaterapia de um Hospital Central do Norte.

##### **4.1. Processo de Amostragem**

Segundo Polit (1995, p.144) “amostragem é o processo de selecção de uma parte da população para representar a sua totalidade”.

Tendo em conta os doentes colostomizados que frequentam a consulta de estomaterapia de um Hospital Central do Norte, serão escolhidos porque irão encontrar-se no local onde os dados para o estudo estão a ser recolhidos, ou seja, optou-se por uma selecção não aleatória por conveniência.

Sendo assim, o questionário será entregue ao doente colostomizado, pelo investigador, após ter sido explicado os objectivos, riscos e benefícios decorrentes assim como a inteira liberdade para decidir aceitar participar no estudo, e será entregue à enfermeira responsável pela consulta de estomaterapia, posteriormente numa próxima consulta.

#### **5. Definição de Variáveis**

Um estudo científico contém sempre variáveis, que devem estar implícitas nos objectivos e nas hipóteses formuladas.

Segundo Fortin (1999, p.376) variáveis são características de pessoas, de objectos ou de situações, estudados numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores.

No conceito de variáveis pode-se ainda distinguir vários tipos. Segundo Polit (1995) deve ser feita uma diferenciação inicial entre variável dependente e variável independente.

Variável dependente é aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever (Polit, 1995). No que se refere à variável dependente, esta é a consequência ou suposto efeito que varia com mudanças na variável independente. É a variável dependente que o pesquisador quer compreender, explicar ou antecipar. Neste estudo o que se pretende avaliar são os conhecimentos acerca da alimentação adequada dos doentes colostomizados e os conhecimentos do efeito de certos alimentos na sua colostomia.

Para Polit (1995, p.92) variável independente é a causa, antecedente ou influência presumíveis em relação à variável dependente; neste estudo são consideradas variáveis independentes a fonte transmissora de conhecimentos e o tipo de alimentação praticada pelos doentes colostomizados.

Variável atributo, segundo Fortin (1999, p.376) “ (...) é uma característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra”, para este estudo foram consideradas como variáveis atributo a idade, o género, habilitação literária, proveniência, motivo para realização da colostomia e duração da colostomia.

## **6. Instrumento de Colheita de Dados**

A colheita de dados constitui a matéria-prima com que o investigador deve trabalhar se o seu objectivo é analisar os dados, obter resultados e testar hipóteses.

“Consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin, 1999).

Para realizar uma colheita de dados é necessário a existência de um instrumento para essa recolha, assim foi elaborado um questionário estruturado e realizado pelo investigador. A sua importância neste estudo deve-se ao facto de constituir um instrumento de investigação cujo sistema de colheita de dados consiste em obter respostas mais rápidas e mais precisas,

havendo uma maior liberdade nestas, devido ao anonimato que conferem. De forma a poder quantificar a opinião de cada indivíduo relativamente a cada item.

O instrumento de colheita de dados foi elaborado, pelo investigador, para os doentes colostomizados frequentam a consulta de estomaterapia de um Hospital Central no Norte e é constituído por duas partes; uma primeira onde é feita colheita de dados para caracterização da amostra e a segunda para avaliar os conhecimentos sobre a alimentação praticada pelos doentes colostomizados.

Foi seleccionado com instrumento de colheita de dados o questionário pois possibilita atingir grande número de pessoas, garante o anonimato das respostas e não expõe os pesquisadores à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado.

## **7. Pré-teste**

“O Pré-teste tem como objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência da entrevista”.  
(Fortin 1999, p.253)

O pré-teste, segundo Fortin, (1999, p.253), “[...] consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada [...] a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. [...] Permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e ordem das questões.”

Torna-se importante pois tem-se a possibilidade de avaliar a profundidade, clareza, precisão e concisão das perguntas.

A realização do pré-teste incidiu sobre cinco doentes colostomizados que frequentam a consulta de estomaterapia do Hospital Central do Norte onde se irá realizar o estudo, sendo excluídos automaticamente da amostra.

## **8. Previsão do tratamento de dados**

“ Os dados colectados no decorrer da pesquisa não respondem, em si e por si, ás indagações da pesquisa, nem testam as suas hipóteses.

Esses dados precisam ser processados, de alguma forma estatística, de modo que possam ser detectadas tendências e padrões de relações” (Fortin, 1999).

Os dados serão recolhidos e posteriormente será feita a sua codificação, para análise estatística. Para o tratamento de dados será criada uma base de dados no programa estatístico SPSS, versão 16, (*Statistical Package for the Social Sciences*) para ambiente Windows e a análise será feita através de estatística descritiva (média, moda, mediana, desvio padrão, entre outros). A representação dos dados será efectuada através da narração dos resultados, gráficos e tabelas.

### III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A estatística é uma ciência que permite estruturar a informação numérica (variáveis), medida num determinado número de sujeitos, nomeadamente a amostra (Fortin, 1999).

A apresentação dos dados estatísticos, num estudo do tipo descritivo, deve basear-se, essencialmente na estatística descritiva, que permitirá resumir a informação numérica de tal modo estruturado, que nos permite obter uma imagem real das variáveis medidas numa amostra.

É esta a etapa mais gratificante e que qualquer investigador anseia, uma vez que permite reflectir sobre o estudo realizado, colocando em relevo os resultados obtidos e que advieram dos objectivos de investigação, do suporte teórico e da avaliação dos métodos utilizados.

Foi considerada a amostra de quarenta e dois questionários, referentes a quarenta e dois colostomizados que frequentam a consulta de estomaterapia de um Hospital Central do Norte, não representando a amostra a totalidade da população.

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos na actual pesquisa. Como já foi referido anteriormente, pretende-se identificar quais os conhecimentos que o doente colostomizado tem sobre a sua alimentação e efeitos dos alimentos na sua colostomia; quais os factores que interferem nos seus cuidados alimentares; bem como o grau de conhecimentos que o mesmo apresenta relativamente aos seus cuidados nutricionais.

A presente pesquisa e subsequente análise foi executada através da utilização do programa estatístico de análise de dados SPSS, versão 16, para ambiente Windows. Além disso, foram usados dois manuais referentes ao programa em questão: “Análise de Dados com SPSS”; e “Introdução à Estatística – Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS”.

Os testes realizados na presente pesquisa foram: medidas descritivas; testes *t-student*; e correlações.

Tendo em conta que no presente capítulo serão usadas algumas abreviaturas, acha-se pertinente que as mesmas sejam elucidadas neste momento. Deste modo, as mesmas são: M=Média; Me=Mediana; Mo=Moda; DP=Desvio Padrão; Mi=Mínimo; Ma=Máximo; N=frequência de indivíduos;  $r$ =Pearson (valor considerado relevante acima de 0,5);  $p$ =significância (valor considerado significativo abaixo de 0,05).

Os resultados serão apresentados segundo a sequência das variáveis contidas no questionário.

## **1ª Parte – Caracterização da Amostra**

### **1. Idade**

Tabela 1 – Idades

N (Frequência)	42
M (Média)	57,10
Me (Mediana)	57,50
Mo (Moda)	48
DP (Desvio Padrão)	16,907
Mi (Valor Mínimo)	22
Ma (Valor Máximo)	88

No que respeita a idades (tabela 1), a amostra apresenta uma média de 57 anos, havendo no entanto uma moda de 48. A idade mais baixa presente é de 22 anos, ao passo que o paciente com idade mais avançada tem 88 anos de idade. Caso se divida a amostra em dois grupos, um que comporte as idades até aos 50 anos, e outro que contenha os indivíduos com idades superiores a 50 anos, é possível perceber que o primeiro conjunto alberga 35,7% da amostra, ao passo que os 64,3% remanescentes pertencem ao segundo grupo. Percebe-se assim que a maioria dos doentes possui uma idade mais avançada.

## 2. Género

Tabela 2 – Género

	N	Percentagem
Masculino	21	50,0
Feminino	21	50,0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

A presente amostra é composta por 42 doentes colostomizados. Em termos de género (tabela 2), a mesma é constituída por 21 indivíduos do sexo masculino e 21 do sexo feminino, havendo assim uma equidade entre os dois géneros presentes.

## 3. Habilitações Literárias

Tabela 3 – Habilitações

	N	Percentagem
Até ao 1º Ciclo	2	4,8
1.º Ciclo	6	14,3
2.º Ciclo	6	14,3
3.º Ciclo	7	16,7
Secundário	10	23,8
Licenciatura	11	26,2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Em termos de habilitações literárias (tabela 3), e caso se divida por ciclos, a maior fatia pertence a licenciados, perfazendo 26,2% do total. Já 23,8% têm o secundário, ao passo que 16,7%, 14,3% e 14,3% possuem, respectivamente, o 3.º ciclo; o 2.º ciclo; e o 1.º ciclo. Por fim, apenas 4,8% possui habilitações até ao 1.º ciclo.

Tendo em conta a amostra cujos inquiridos têm uma licenciatura, destes 72,7% são de proveniência urbana quando os restantes 27,3% provêm do meio rural.

#### 4. Proveniência

Tabela 4 – Proveniência

	N	Percentagem
Meio Rural	18	42,9
Meio Urbano	24	57,1
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à proveniência dos doentes (tabela 4) 43% dos mesmos advêm do meio rural, sendo que a maioria (57%) é proveniente do meio urbano.

#### 5. Motivo para realização da Colostomia

Tabela 5 – Motivo para a realização de colostomia

	N	Percentagem
Doença maligna do recto	25	59,5
Doença maligna do cólon	9	21,4
Traumatismo	1	2,4
Perfuração	1	2,4
Colite Ulcerosa	1	2,4
Doença de Cronh	3	7,1
Outro	2	4,8
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito ao motivo para a realização de colostomia, de acordo com os resultados obtidos (tabela 5) é possível perceber que a maior fatia diz respeito a uma doença maligna do recto (59,5%), sendo seguida pela doença maligna do cólon (21,4%). Todos os outros

resultados aparecem com percentagens pouco significativas, o que vem evidenciar que, de acordo com esta amostra, as duas maiores causas para que a colostomia seja efectuada prendem-se com neoplasia, quer do recto, quer do cólon.

## **6. Há quanto tempo foi realizada a colostomia?**

Tabela 6 – Tempo que foi realizada a colostomia

	N	Percentagem
0-1 Ano	9	21,4
1-2 Anos	12	28,6
2-3 Anos	4	9,5
3-4 Anos	6	14,3
4-5 Anos	5	11,9
Mais de 5 Anos	6	14,3
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao tempo no qual a colostomia foi efectuada, de acordo com os resultados (tabela 6) entende-se que a mesma foi executada entre 1 e 2 anos para 28,6% da amostra, ao passo que, do mesmo modo, foi feita há menos de 1 ano para 21,4% dos pacientes entrevistados. Para 9,5% a mesma foi feita há 2-3 anos; para 14,3%, há 3-4 anos; para 11,9%, há 4-5 anos; e, por fim, para 14,3%, foi feita há mais de 5 anos. Claramente que, de acordo com os resultados, cerca de metade dos inquiridos realizou a sua colostomia há menos de 2 anos.

## **2ª Parte – Identificação das Medidas de Controlo Alimentar**

De seguida tentar-se-á perceber até que ponto os pacientes foram informados pelos profissionais de saúde quanto à sua doença, bem como os hábitos e os alimentos que foram alterados após o aparecimento da doença.

## 1. Proveniência dos conhecimentos sobre cuidados nutricionais a ter

Tabela 7 – O esclarecimento/informação sobre os cuidados nutricionais

	N	Percentagem
Verbalmente	4	9,5
Verbalmente e por escrito	38	90,5
Nenhum	0	0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao esclarecimento/informação sobre os cuidados nutricionais que o paciente deve ter, os mesmos foram dados (tabela 7) na sua grande maioria verbalmente e por escrito. Para 90,5% dos pacientes, os mesmos afirmam que foram estes os dois métodos usados pelos profissionais de saúde, ao passo que para 9,5%, estes afirmam que foram esclarecidos pelos médicos e/ou enfermeiros apenas verbalmente.

Tabela 8 – Comunicação verbal

	N	Percentagem
Enfermeiro	18	42,9
Médico	0	0
Médico e Enfermeiro	24	57,1
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Nos casos em que o esclarecimento/informação foram dados verbalmente, de acordo com o obtido (tabela 8) percebe-se que, na maioria dos casos, houve uma sinergia entre médico e enfermeiro nesta explicação ao doente, dado que os mesmos foram referidos por 57,1% dos pacientes. Contudo, de referir que os enfermeiros foram enunciados por 42,9% dos doentes, sendo que os médicos nunca foram referidos de forma isolada.

Tabela 9 – Comunicação escrita

	N	Percentagem	Percentagem acumulada
Enfermeiro	36	85,7	94,7
Médico	0	0	0
Médico e Enfermeiro	2	4,8	5,3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>90,5</b>	<b>100</b>

Já no que se refere ao esclarecimento/informação escrita (tabela 9), são os enfermeiros os profissionais mais mencionados pelos doentes, tendo sido referidos por 94,7% do total da amostra. Apenas 4,8% dos pacientes referem que esta informação foi dada quer pelos médicos, quer pelos enfermeiros. De referir que na tabela 8 existe uma coluna adicional (percentagem acumulada) de modo a que se possa ter uma percepção das percentagens adquiridas na sua totalidade, dado que houve casos omissos nesta questão, pois houve doentes que não referiram ter tido esclarecimento através de comunicação escrita.

## **2. Ensino de Acompanhantes sobre cuidados Nutricionais**

Tabela 10 – Ensino sobre cuidados nutricionais com as pessoas com quem os pacientes vivem

	N	Percentagem
Sim	24	57,1
Não	18	42,9
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Como seria expectável, uma mudança repentina nos hábitos de alimentação pode, eventualmente, fazer com que aqueles que são mais próximos e convivem com o paciente tenham que aprender determinadas situações a nível nutricional. Deste modo, foi inquirido ao doente se a família ou pessoas com quem vive tiveram ensino sobre cuidados nutricionais. Segundo os resultados (tabela 10) a maioria dos doentes (57,1%) afirma que tanto a família e/ou as pessoas mais próximas tiveram ensinamentos acerca dos cuidados a ter a nível

alimentar. Contudo, uma percentagem ainda significativa (42,9%) afirma que a família não teve quaisquer ensinamentos.

Tabela 11 – Elemento familiar que teve ensinamentos sobre os cuidados nutricionais

	Frequência
Cônjuge	15
Filha (s)	8
Mãe	3

No que concerne aos elementos familiares que tiveram este ensinamento, de acordo com o obtido (tabela 11) foi o cônjuge aquele que mais ensinamento teve acerca do assunto, tendo este sido referido por 15 doentes. A (s) filha (s) foram também referidas por 8 pacientes - a grande maioria de idade avançada - dado que, provavelmente, são o eixo familiar mais próximo ao doente. Por fim, a mãe foi referida por 3 doentes, como sendo o elemento familiar que teve ensinamentos sobre a alimentação. Neste caso, é expectável que estes três casos tenham sido referenciados pelas pacientes mais novas presentes nesta amostra e que, possivelmente, ainda vivem com os pais.

### 3. Número de refeições diárias

Tabela 12 – Número de refeições diárias

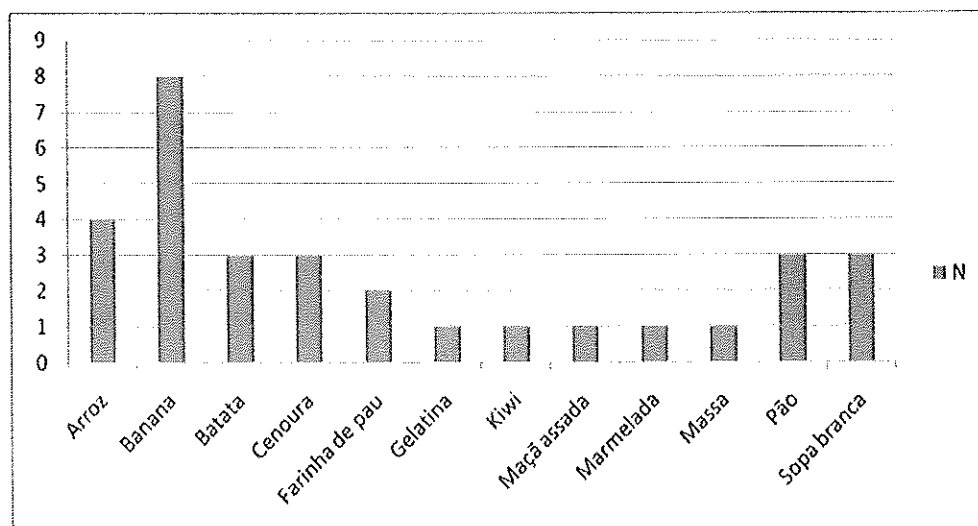
N (Frequência)	42
M (Média)	5,14
Me (Mediana)	5,00
Mo (Moda)	6
DP (Desvio Padrão)	1,160
Mi (valor Mínimo)	3
Ma (Valor Máximo)	8

Foi, de igual modo, questionado aos doentes da presente amostra qual o número de refeições diárias que, por norma, fazem. De acordo com o apurado (tabela 12) verifica-se que os resultados são positivos na medida em que o número médio de refeições pauta-se nas 5,14. Além disso, neste caso a moda é de 6, o que vem demonstrar que o número mais referenciado foi o de efectuar 6 refeições diárias. Contudo, de acordo com o mínimo e máximo, existe quem efectue apenas 3 refeições diárias, ao passo que existe, pelo menos um caso, de 8 refeições por dia.

De seguida serão apresentadas algumas questões referentes a alguns alimentos que possam ser mais propícios de originar prisão de ventre, diarreias, formadores de gases e, por fim, formadores de odores desagradáveis. Como será possível de observar, a lista de alimentos referenciados, em quaisquer das situações descritas, é grande. Daí que seja deveras difícil evidenciar certos grupos de alimentos mais propícios a determinada situação. Contudo, aqueles mais referidos serão evidenciados de seguida.

#### 4. Alimentos que provocam prisão de ventre

Gráfico 1 – Alimentos provocadores de prisão de ventre

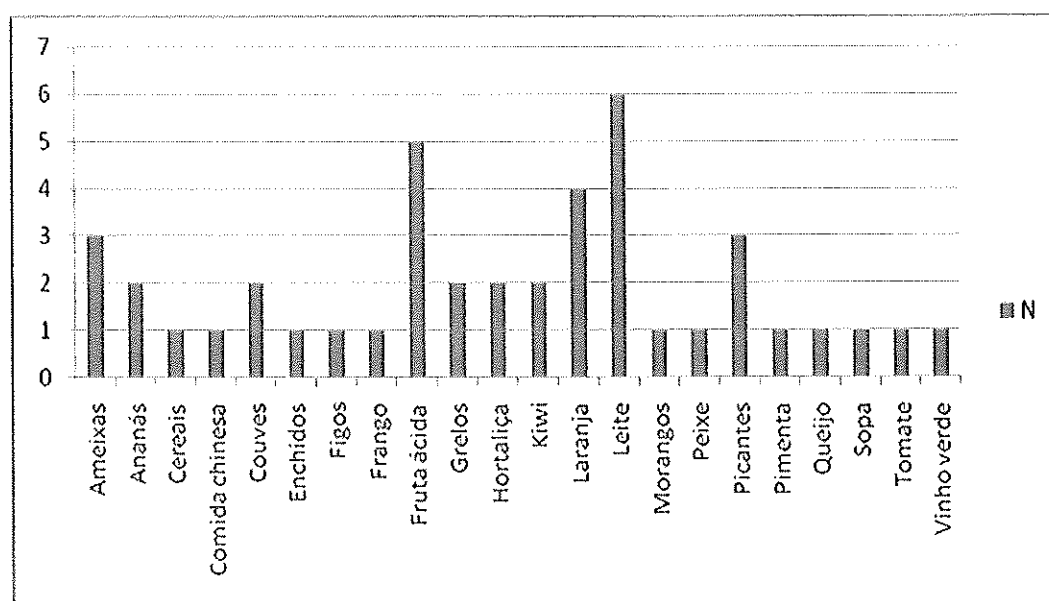


De acordo com o questionado aos pacientes de quais os alimentos que provocam prisão de ventre, aqueles que mais foram referidos (gráfico 1) foram a banana (n=8) e o arroz (n=4). De

seguida, tendo sido enunciados por 3 pessoas, a batata, a cenoura, o pão e a sopa branca são também tidos em conta como alimentos que provocam a prisão de ventre. Todos os outros alimentos foram referidos duas ou menos vezes, pelo que não se acha pertinente referi-los.

### 5. Alimentos que provocam diarreia

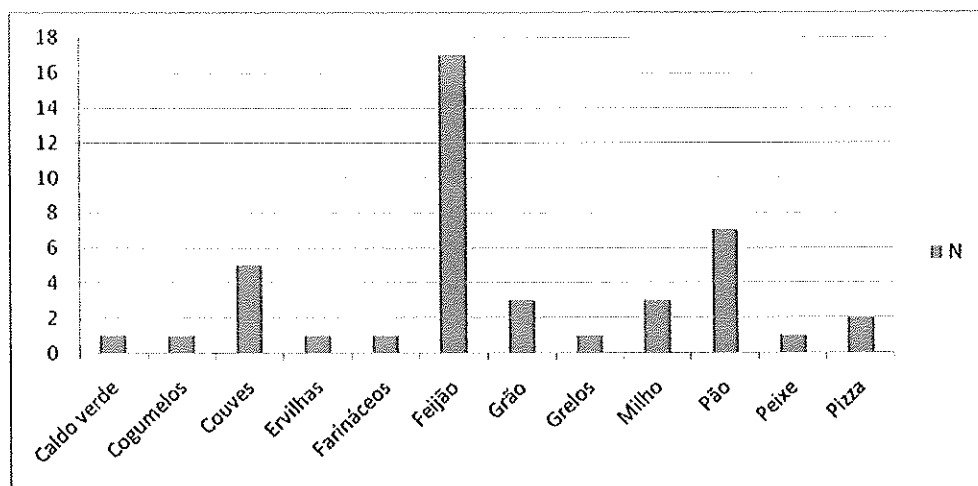
Gráfico 2 - Alimentos provocadores de diarreias



Relativamente aos alimentos que possam causar diarreias (Gráfico 2), o alimento mais referido pelos pacientes foi o leite (n=6), sendo seguido pela fruta ácida (n=5) e pela laranja (n=4). Todos os outros alimentos referidos foram enunciados por 3 ou menos doentes. De referir que, no geral, estes são vegetais ou frutas, evidenciando que, de caso para caso, pode haver determinado alimento que funcione de forma diferente ou actue com mais intensidade em determinado doente.

## 6. Alimentos formadores de gases

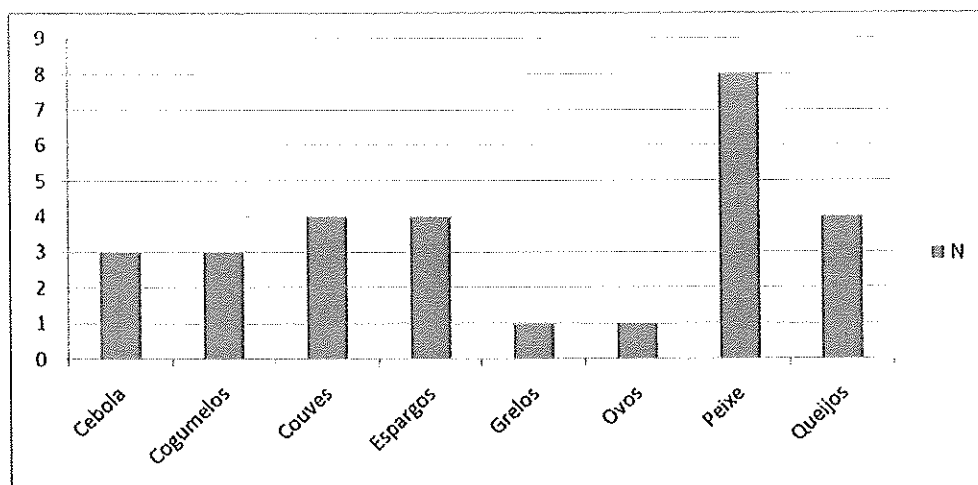
Gráfico 3 – Alimentos formadores de gases



No que diz respeito aos alimentos que podem ser formadores de gases, de acordo com os resultados (Gráfico 3) existe um que é evidenciado claramente pela grande maioria. O feijão (n=17) é, sem sombra de dúvida, aquele que mais se destaca. Seguido pelo pão (n=7) e pelas couves (n=5) estes podem ser considerados, segundo a presente amostra, como os 3 alimentos mais propícios a formarem gases. Todos os outros referidos tiveram uma frequência igual ou inferior a 3.

## 7. Alimentos formadores de odores desagradáveis

Gráfico 4 – Alimentos formadores de maus odores



Por fim, e no que se refere a alimentos que possam ser formadores de odores desagradáveis (Gráfico 4), o peixe é tido em conta como sendo aquele que pode propiciar maus odores aquando da sua ingestão. Este foi referido por 8 doentes, sendo, de seguida, as couves, os espargos, e os queijos (todos eles com n=4). Os alimentos remanescentes que foram referidos têm uma frequência igual ou inferior a 3.

## 8. Ingestão de água

Tabela 13 – Quantidade de água ingerida por dia

	N	Percentagem
0 - 0,5l	1	2,4
0,5-1l	15	35,7
1-1,5l	10	23,8
1,5-2l	15	35,7
+ 2l	1	2,4
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito à ingestão de água, foi inquirido aos doentes da amostra qual a quantidade diária que, por norma, ingerem. De acordo com os resultados (gráfico 3) é possível observar que existem dois resultados iguais e que possuem as maiores fatias de doentes: 35,7% referem que ingerem entre 0,5 e 1 litro diariamente, ao passo que uma mesma percentagem refere que ingere 1,5 a 2 litros de água por dia. Segue-se uma percentagem de 23,8% que admite beber entre 1 e 1,5 litros de água, sendo que 2,4% ingerem mais que 2 litros, do mesmo modo que uma percentagem igual bebe menos que 0,5 litros diários.

### **9. Aquisição de alimentos e preocupação para alimentação correcta**

Tabela 14 – Preocupação na aquisição de alimentos para uma alimentação correcta

	N	Percentagem
Sim	21	50,0
Não	21	50,0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Relativamente ao cuidado tido em conta pelos pacientes aquando da aquisição de alimentos, de acordo com os resultados obtidos (tabela 14) foi possível perceber que metade da amostra revela ter cuidados com os alimentos que compra, ao passo que uma outra metade admite não se preocupar com a especificidade de determinados alimentos quando os adquirem.

Tabela 15 – Aspectos importantes tidos em conta aquando da aquisição de alimentos

	N
Água	1
Alimentação variada	9
Alimentos com fibra	2
Alimentos com pouca gordura	1
Equilíbrio entre carne e peixe	3
Evitar o que faz mal	3
Fruta	5
Legumes	6
Mais peixe do que carne	4
Não ingere carne de porco	3

Subsequente, e tendo em conta os 50% que admitiram ter cuidados aquando da aquisição de alimentos, os mesmos referem que se regem por determinadas “regras” de modo a que a sua alimentação seja o mais variada e saudável possível. Deste modo, de acordo com os resultados (tabela 15) é possível perceber que o preceito que mais é tido em conta prende-se com uma alimentação variada (n=9) na medida em que os doentes colostomizados seleccionam alimentos saudáveis e variados, seguida por uma regular alimentação com legumes (n=6) e com fruta (n=5) adquirindo assim uma maior quantidade de fibras. Além disso é também referido pelos doentes que tentam ingerir mais peixe do que carne (n=4); que haja um equilíbrio entre a carne e o peixe (n=3); evitar os alimentos que podem ser prejudiciais (n=3); bem como a abnegação à carne de porco (n=3).

### **Testes *t-student***

De modo a perceber se algum dos géneros da presente amostra pode ter valores mais elevados em alguma questão, foi efectuado um teste *t-student* aos itens entendíveis de se poder comparar os dois sexos. Será assim possível verificar se, em algum dos itens, o doente do sexo masculino ou o doente do sexo feminino tem maior propensão a determinada questão.

Para Ferreira e Martinez (2007, p. 101) os testes *t-student* verificam se existem ou não diferenças significativas entre questões pertinentes. Este tipo de testes tem como objectivo a comparação de médias, considerando que existem dois grupos distintos de sujeitos.

Como pode ser comprovado (tabela 16), isolando os dois sexos de doentes da presente amostra, e seleccionando as questões pertinentes que pudessem ser alvo de alguma hipotética diferenciação entre os géneros, é possível verificar que, nos itens analisados, em nenhum deles existe diferenças significativas entre os homens e as mulheres, comprovando neste caso que, em termos de doença, de controlo alimentar, e de ingestão não há discrepâncias excessivas. Deste modo, pode dizer-se que, perante esta amostra, e de acordo com a patologia em causa, os dois sexos “funcionam” equitativamente.

De relembrar apenas que, para haver diferenças estatísticas significativas entre os géneros, era imprescindível de que o *p* (significância) fosse inferior a 0,05. Desta forma, e tendo em conta esta premissa, em nenhum dos casos se evidencia tal resultado.

**Tabela 16 – Testes *t*-student**

	Sexo	N	M	DP	<i>p</i>
Há quanto tempo foi realizada a sua colostomia?	Masculino	21	3,05	1,658	0,864
	Feminino	21	3,14	1,905	
Esclarecimentos verbais	Masculino	21	2,71	0,463	0,064
	Feminino	21	2,43	0,507	
Esclarecimentos escritos	Masculino	20	2,05	0,224	0,941
	Feminino	18	2,06	0,236	
A sua família ou pessoas com quem vive tiveram ensino sobre cuidados nutricionais?	Masculino	21	1,29	0,463	0,064
	Feminino	21	1,57	0,507	
Número de refeições diárias	Masculino	21	4,90	1,221	0,187
	Feminino	21	5,38	1,071	
Ingestão de água	Masculino	21	3,24	0,944	0,110
	Feminino	21	2,76	0,944	
Na aquisição de alimentos costuma ter em conta aspectos importantes para uma alimentação correcta?	Masculino	21	1,57	0,507	0,367
	Feminino	21	1,43	0,507	

## **Correlações**

Inicialmente nos objectivos de estudo não é necessário correlações, contudo sentiu-se a necessidade de mostrar algo pertinente, que será explicado de seguida.

De seguida serão calculadas e analisadas as correlações inerentes ao estudo em causa. Tentar-se-á deste modo perceber se algum dos itens presentes tem uma correlação significativa com os demais.

Uma correlação pode ser entendida como algo que mede o grau de associação linear entre variáveis, ou seja, analisa o que acontece a uma variável, quando uma outra sofre alterações. Variam sempre entre 0 e 1, sendo que devem ser analisadas a partir de 0,5 valores. Quanto mais próximo estiver do valor 1, mais forte será essa correlação. Caso adquiram valores negativos, então essas variáveis evoluem em sentido inverso (Ferreira e Martinez, 2007, p. 62).

De referir que para simplificar a visualização dos dados, bem como tentar que a tabela pudesse ser abreviada ao máximo para dessa forma poder constar apenas numa página, as questões foram substituídas por números. A legenda encontra-se logo de seguida à apresentação da tabela, sendo por isso de fácil interpretação.

De acordo com os resultados obtidos nas correlações, podem ser evidenciados dois pontos. Contudo, é de referir que, pelos manuais utilizados, a pertinência de se considerar uma correlação entre 2 itens acontece com um valor de *Pearson* igual ou superior a 0,5. Porém, como os dois pontos que serão referidos de seguida se encontram bastante próximos (e como existem manuais, bem como o próprio SPSS que já considera correlação acima de 0,4) os mesmos serão considerados como válidos.

Deste modo, tendo em conta os resultados (tabela 17) é possível perceber que existem duas correlações: a primeira entre os itens 2 e 5 (Habilitações) e (Número de refeições diárias); e a segunda entre os itens 2 e 7 (Habilitações) e (Na aquisição de alimentos costuma ter em conta aspectos importantes para uma alimentação correcta?).

Para que se perceba a forma de codificação dos dados e subsequente interpretação das correlações, as habilitações foram codificadas da seguinte forma: o mais baixo tende a ser o primeiro ciclo, ao passo que a licenciatura tende a ser o último nível; o número de refeições segue a ordem dos números naturais (ex: 1, 2, 3, 4, 5, etc.); e, por fim, a aquisição de alimentos tinha duas respostas como possibilidade (sim=1; não=2). Com isto será mais fácil a análise seguinte.

Começando pelo primeiro caso de correlação entre o item “habilitações” e “número de refeições diárias”, é possível perceber que existe uma correlação positiva ( $r=0,482$ ;  $p=0,001$ ). Deste modo, percebe-se que à medida que os doentes têm maiores habilitações, tendem a ter um maior número de refeições diárias. Possivelmente, pelo conhecimento inerente aos estudos, a maior abundância de refeições é mais vincada naqueles pacientes que possuem um maior nível escolar.

Relativamente à segunda correlação, entre o item “habilitações” e o item “na aquisição de alimentos costuma ter em conta aspectos importantes para uma alimentação correcta?” existe uma correlação negativa ( $r=-0,462$ ;  $p=0,002$ ). Isto vem demonstrar que à medida que aumentam as habilitações literárias de um doente, o cuidado com a aquisição de alimentos tende a aumentar; pois como explicado anteriormente a direcção negativa da correlação vai do valor 2 (não) para o valor 1 (sim) demonstrando assim que os pacientes com maiores habilitações tendem a ter maior cuidado na selecção e aquisição de alimentos

**Tabela 17 – Correlações**

		1	2	3	4	5	6	7
1	r	1,000	-0,324*	0,228	-0,022	-0,350*	-0,349*	0,083
	p		0,036	0,147	0,889	0,023	0,023	0,603
2	r		1,000	-0,024	-0,013	0,482**	0,356*	-0,462**
	p			0,878	0,933	0,001	0,021	0,002
3	r			1,000	0,256	-0,257	0,057	0,137
	p				0,101	0,100	0,718	0,388
4	r				1,000	-0,108	-0,152	0,000
	p					0,496	0,337	1,000
5	r					1,000	0,131	-0,374*
	p						0,408	0,015
6	r						1,000	-0,050
	p							0,753
7	r							1,000
	p							

Legenda:

- 1) Idade
- 2) Habilitações
- 3) Há quanto tempo foi realizada a sua colostomia?
- 4) A sua família ou pessoas com quem vive tiveram ensino sobre cuidados nutricionais?
- 5) Número de refeições diárias
- 6) Ingestão de água
- 7) Na aquisição de alimentos costuma ter em conta aspectos importantes para uma alimentação correcta?

#### **IV. DISCUSSÃO**

Neste capítulo serão discutidos e analisados os resultados à luz do contexto teórico descritivo e salientar a sua importância para o estudo relativamente ao conhecimento que o doente colostomizado demonstra possuir sobre os cuidados nutricionais a ter e qual a qualidade da informação prestada ao doente.

Concluída a fase de apresentação e análise dos resultados irá se proceder à interpretação dos resultados obtidos no estudo estabelecendo a análise entre variáveis.

Proceder-se-á interpretação dos resultados do estudo, sobre factores que interferem no conhecimento do doente colostomizado em relação aos cuidados nutricionais a ter.

Relativamente à caracterização da amostra deparou-se com uma equidade entre os dois géneros, sendo 50% dos inquiridos do sexo feminino e 50% do sexo masculino.

O grupo etário dos doentes colostomizados apresenta uma média de 57,10 anos de idade, tendo como idade máxima 88 anos e mínima 22 anos.

Ainda no que se refere à caracterização da amostra, verificou-se que 42,9% vive em meio rural, vivendo os restantes 57% em meio urbano.

Quanto às habilitações literárias encontra-se maior percentagem de inquiridos licenciados (26,2%) e com o ensino secundário (23,8%), sendo apenas 4,8% dos inquiridos com o primeiro ciclo por concluir.

Quanto ao motivo da realização da colostomia há uma maior incidência para o cancro do recto (59%) e cancro do cólon (21,4%) e quanto ao tempo que foi realizada a colostomia a maior percentagem (28,6%) pertence aos inquiridos que realizaram entre um e dois anos e a menor percentagem (9,5%) aos inquiridos que realizaram entre dois a três anos.

Para responder à questão de investigação *“Quais as fontes de informação do doente colostomizado para a aquisição dos conhecimentos acerca dos cuidados nutricionais a ter?”* foi colocada a questão 1 da segunda parte do questionário.

Segundo Salter (1989) no contacto diário, deve-se proporcionar ao doente esclarecimentos teóricos e práticos, verbais e escritos, facultando livros com conselhos, folhetos ou brochuras informativas.

Os resultados obtidos demonstram que em relação à informação fornecida sobre os cuidados nutricionais a ter é na sua maioria dada por escrito e verbalmente pelos profissionais de saúde (90,5%) enquanto que 9,5% afirma só serem dadas informações verbalmente; de verificar que todos os pacientes inquiridos recebem informação sobre os cuidados alimentares a ter.

Em relação ao profissional de saúde que fornece o esclarecimento/informação verbalmente os enfermeiros foram enunciados 42,9% das vezes pelos doentes, e a conexão médico/enfermeiro foi referida 57,1%, no entanto os médicos não foram referidos de forma isolada. Já no que se refere ao esclarecimento/informação escrita a figura mais mencionada são os enfermeiros (94,7%).

A família, sendo um pilar social do paciente com doença grave, deve ser incluída nos seus hábitos quotidianos, e, conforme é referido no Guia Prático do Colostomizado (1997), é natural o envolvimento familiar na recuperação e integração social, profissional e familiar, fazendo sentir ao doente colostomizado a sua presença. Sendo assim, os pacientes foram inquiridos se a família ou pessoas com quem vive tiveram ensino sobre os cuidados nutricionais; segundo os resultados a maioria dos doentes (57,1%) afirma que a família e pessoas mais próximas tiveram ensino sobre os cuidados alimentares a ter, contudo ainda 42,9% afirma que a família não teve quaisquer ensinamentos.

No que se refere aos elementos familiares que tiveram este ensinamento obteve-se que foi o cônjuge o que mais acompanhou os ensinamentos, seguindo-se as filhas e a mãe.

Para responder à questão de investigação “*Quais os conhecimentos do doente colostomizado sobre os cuidados a ter com a sua alimentação?*” seguiram-se uma série de perguntas que visam o adoptar uma alimentação correcta e saudável, conhecendo os condicionalismos que uma colostomia traz no quotidiano da amostra.

Primeiramente foi questionado o número de refeições que fazem por dia, de acordo com o apurado uma média de 5,14 refeições por dia, sendo a moda seis, o mínimo de refeições diárias são três, e o máximo de oito refeições diárias.

Carvalho (2005) refere que o número de refeições dependerá da rotina diária e da composição da pessoa devendo adequar-se às suas actividades. Refere também que as refeições devem de ser de fácil digestão, com horários definidos e fraccionadas, ideal de seis, respeitando no mínimo as três básicas.

Segundo Bryant et al. (1993) actualmente a maioria dos pacientes com um estoma não apresentam dificuldades em seleccionar uma dieta apropriada. A maioria tende a evitar um ou dois alimentos (...) normalmente aqueles que podem causar embaraço social, como flatulência, afluência de fluido ou odor.

Como cada alimento tem efeitos diferentes em diferentes organismos, foram colocadas questões para dar a conhecer, em cada caso, os alimentos que têm efeitos indesejáveis nos pacientes colostomizados, como prisão de ventre, diarreia, formadores de gases e de maus odores.

Segundo os resultados obtidos os alimentos, referidos, que provocam prisão de ventre foram a banana, o arroz, a batata, a cenoura e o pão; relativamente a alimentos que possam causar diarreias foram referidos o leite, a fruta ácida e laranja; Em relação a alimentos formadores de gases os inquiridos referiram o feijão, o pão e couves. Por fim questionados sobre alimentos formadores de odores desagradáveis os pacientes colostomizados referiram o peixe, as couves, os espargos e os queijos.

Segundo Amândio (1999), deve ser colocada à disposição dos colostomizados uma lista dos alimentos mais adequados, referindo quais aceleram e quais atrasam o trânsito intestinal e os que provocam mais ou menos gases; O quadro abaixo exposto (quadro 1) diz respeito a alimentos que influenciam a função digestiva dos doentes colostomizados.

<b>Nutrição dos Ostomizados</b>	
Alimentos que Influenciam a função digestiva	
Obstipantes:	Arroz, Batata, Leite-creme, Banana, Queijo seco, Frutos secos, Compota de maçã
Laxantes:	Leite, Feijão, Gorduras cruas, Figos, ameixas, Vegetais crus e cozidos, Melancia, Laranja, Kiwi, Morangos, Cerveja
Formadores de Odores:	Ovos, Queijo, Peixe, Espargos, Cogumelos, Alhos, Cebola, Couve, Beterrabas, Café, Álcool, Especiarias fortes
Inibidores de odores:	Iogurtes, Espinafres, Salsa, Alface
Irritantes do estoma:	Condimentos fortes, Sumo de frutas ácidas
Formadores de gases:	Feijão, Ervilhas, Legumes, cebolas, Fermentos, Bebidas gaseificadas, Pão, bolos, Chocolates, Cerveja, refrigerantes
Inibidores de gases:	Iogurtes

Quadro 1 – Lista de Alimentos adaptada de Amândio (1999) in *Liga dos Ostomizados de Portugal*

Também segundo Bryant et al. (1993), os alimentos que pacientes colostomizados identificam como mais problemáticos foram: para o odor os vegetais verdes e as cebolas, para a flatulência as frutas, vegetais verdes e cebolas e para afluente líquido/laxantes as verduras, as frutas, a cerveja e o chocolate.

Sendo assim podemos relacionar alguns resultados da nossa pesquisa com os autores anteriormente referidos; sendo assim confirma-se que alimentos como a banana, o arroz a batata são comuns na prisão de ventre/ obstipação; alimentos como o leite, ameixas, a laranja e frutas ácidas são comuns na diarreia, tendo um efeito laxante; são comuns os feijões,

legumes e pão na formação de gases; e por fim o peixe, a couve, os espargos e os queijos são alimentos referidos pelas duas partes na formação de odores desagradáveis.

Em relação à ingestão de água questionou-se aos doentes colostomizados qual a quantidade diária de água ingerida, o que se obteve maior e igual percentagem (35,7%) na ingestão entre os 0,5 e 1 litro de água e entre os 1,5 e 2 litros, seguindo-se, com uma percentagem de 23,8%, a ingestão de 1 a 1,5 litros de água por dia.

Brunner e Suddart (2002) referem que o paciente deve ingerir pelo menos dois litros de líquidos por dia.

Para conhecer os cuidados que os pacientes colostomizados têm na aquisição de alimentos e que regras seguem, foram colocadas as duas últimas questões, onde se obteve como resultado que metade da amostra revela ter cuidados na compra dos alimentos enquanto que a outra metade não se preocupa.

Tendo em conta os 50% que admitem ter cuidados na aquisição de alimentos, seguindo algumas regras visando uma alimentação saudável e variada, ingerindo fruta e legumes e equilibrando o peixe e a carne, evitando os alimentos prejudiciais.

Para Chaves (2006) a regra de ouro da alimentação racional reside na variedade e na diversificação dos alimentos. Para se ter boa saúde é necessário fornecer ao organismo alimentos em quantidade e qualidades adequadas (...). A alimentação deverá ser também adaptada à idade e ao tipo de vida de cada pessoa.

Neste estudo verificou-se que os inquiridos conhecem os alimentos prejudiciais e que causam efeitos indesejáveis à sua colostomia, e embora apenas metade da amostra tenha cuidados com a aquisição de alimentos, estes tendem a adoptar uma alimentação variada e equilibrada.

## V. CONCLUSÕES

Para Fortin (1999), o objecto de investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao aumento de saberes específicos do quotidiano, com o objectivo de introduzir mudanças.

Ao realizar este estudo pretendeu-se obter respostas para uma série de questões relacionadas com o grau de conhecimento do doente colostomizado sobre os seus cuidados nutricionais e quais os factores que condicionam a aquisição destes conhecimentos.

Ao longo da realização deste trabalho monográfico foram encontrados contratemplos, contudo foram ultrapassados os obstáculos e conseguindo-se conciliar horários e trabalhos, revelando-se assim este estudo um enorme contributo a nível de formação pessoal.

Terminada a reflexão do que foi o trabalho para a autora, é nesta fase que está encarregue de mostrar a reflexão sobre o trabalho realizado; Sendo assim serão verificados resultados e confirmados objectivos pretendidos, serão dadas respostas às questões de investigação colocadas e mostradas sugestões para próximos trabalhos.

No início deste estudo, após serem propostas as questões de investigação, foram considerados alguns objectivos a atingir, sendo assim, e após se ter respondido as questões de investigação no capítulo anterior, podemos concluir que foram atingidos os mesmos objectivos.

Verificou-se:

Que o doente colostomizado tem conhecimento dos efeitos dos alimentos na sua colostomia;

As habilitações literárias, a proveniência e as pessoas com quem o colostomizado coabita interferem nos cuidados nutricionais do mesmo pois quanto maiores as habilitações maiores cuidados na alimentação, o meio urbano leva mais pessoas à consulta de estomaterapia e o facto de os familiares estarem esclarecidos também ajuda o doente colostomizado a ter uma alimentação saudável.

Cerca de metade da amostra admite ter cuidados na aquisição de alimentos, demonstrando um conhecimento na correcta alimentação que deve efectuar.

É necessário preparar e incentivar os enfermeiros a proporcionarem mais e melhor ensino aos portadores de colostomias sobre uma alimentação equilibrada, assim como os efeitos dos alimentos na sua colostomia.

Uma parte importante dos familiares/pessoas com quem vivem não têm ainda ensino/informação sobre cuidados nutricionais, pelo que nos parece importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros se debrucem sobre estes aspectos para melhor servirem a população que os procura.

Por este estudo, se depreende que os indivíduos com maior habilitações literárias frequentam a consulta de estomaterapia, isto por, como verificado estes provêm do meio urbano, e porque estas pessoas tendem a ter mais acesso a informações acerca de como adquirir instruções sobre a sua colostomia, frequentando a consulta de estomaterapia.

Considera-se que a amostra tida não pode dar resultados abrangentes a toda uma população, o que dificultou a obtenção de respostas abrangentes.

Perante os resultados alcançados sugere-se seguir a mesma linha de pensamento na investigação, e em futuros estudos ter em conta outros cuidados que o doente colostomizado tem de ter no seu dia a dia, como a higiene e os cuidados ao estoma.

Por fim, resta referir que a realização da monografia durante um ano curricular com toda a sobrecarga de estágios e frequências constitui uma dificuldade.

## **VI. BIBLIOGRAFIA**

- Alves, E. (1999). Pós-operatório, *liga dos Ostromizados de Portugal*, Outubro, pp. 43-49;
- Amândio, V. (1999). A alimentação dos ostromizados digestivos. *Revista Liga dos Ostromizados de Portugal*;
- Assunção, N. (1997). Irrigação em Colostomizados, *Sinais Vitais*, nº13 (Julho);
- Barata, M. (2004). Já é possível efectuar mais estomas provisórios. [Em linha]. Disponível em <http://www.apostomizados.pt/imprensa.asp?action=show&id=11>. [Consultado em 18/04/2008];
- Bisquerria et al. (2004). *Introdução à Estatística – Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. São Paulo, Artmed Editora;
- Black, P. K. (1995). História e evolução dos estomas. *Revista Nursing*, (Ano 8/ N°86/ Março), pp23-27;
- Breckman, B. (1987) *Enfermeria del Estoma*, Madrid, Convactec;
- Brunner, L.S. e Suddarth, D.S. (2002). *Tratado de Enfermagem medico-cirurgica*. Volume I. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, S.A.;
- Bryant et al., (1993). *Ostomy Patient Management: Care that engenders adaptation*. Oklaoma, Nursing Perspective of Cancer Investigation, pp. 565-577;
- Bulman, J. (2002). Alterações na dieta após a formação de uma colostomia, *Nursing*, nº172 (Dezembro), pp.30-38;

Canseco, M. (1992). Cuidados integrales de enfermagem a pacientes ostomizados. *In: Estapé, J. e Doménech, M. Enfermeria y Câncer*. Ediciones Doyma, Barcelona;

Carvalho, G. M. de e Ramos, A. (2005). *Enfermagem e Nutrição*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária LTDA.

Chaves, A.J.L. (2006). *Viva Melhor – com a medicina do lar*. Lisboa, 9ª Edição, Edições UNE;

Cohn et al., (1979). *O cólon e o Recto. Anatomia e procedimentos cirúrgicos*. In Christopher, Davis, Sabiston. (Vol.1). *Tratado de cirurgia*. Rio de Janeiro, Editora Interamericana, pp.1020-1072;

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

Ferreira, A. e Martinez, L. (2007). *Análise de Dados com SPSS*. Lisboa, Escolar Editora;

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação – da Concepção à Realização*. Loures, Editora Lusociência;

Ganong, W.F. (1998). *Fisiologia Médica*. 17ª Edição, Editora Prentice-Hall do Brasil;

Guia Prático do Ostomizado. Lisboa: B. Braun Medical Lda, Queluz [1997];

Guyton & Hall (2000). *Fundamentos de Guyton – Tratado de fisiologia Médica*. Editora Guanabara Koogan;

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

Keighley, M.R. e Williams, N.S. (1998) *Cirurgia do ânus, recto e colo*. Ed Manole Ltda;

Krasner et al., (1993). *Six Steps to Successful Stoma Care*. Rn/mcp. Baltimore, Home Study Program, July, pp.32-38;

Lauckus et al., (1998). *Colostomy Irrigation Assessment*. Dis. Col. E Rect, April, pp. 279-282;

Laudo, J., Rey, J. e Clavero, M. (1994). Dispositivos de drenage de ostomias, *Revista ROL Enfermeria*, nº187, Março, pp. 79-85;

Long, B. e Roberts, R. (1999). Intervenção em pessoas com problemas de eliminação intestinal. In: Phipps, W. e tal. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 4ª edição. Lisboa, Lusodidacta;

Lossow, J.F. (1990). *Anatomia e Fisiologia Humana*. 5ªEdição, Editora Guanabara;

Macleod, J. H. (1972). *Colostomy Irrigation, A transatlantic Controversy*. Dis.Col e Rect, Vol 15, nº5, Sept.-Oct, pp.357-360;

Ortiz, O., Rague, J.M., Foulkes, B. (1994). *Indicaciones y cuidados de los Estomas*. Barcelona, Editorial Jims;

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

Phipps et al (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Loures, Lusociência;

Polit, D.F. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição, Porto Alegre, Artes Médicas;

Ragué, J.M. e Valenti, M.T. (1999). *Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento*. Barcelona, Ediciones Doyma;

Rebelo, H. (1999). Aspectos psicossociais no ostomizado: amarte-ei na saúde e na doença, *Liga dos Ostomizados de Portugal*, Outubro;

Salter, M. (1989). *Educação e aconselhamento no pré operatório*. Nursing, Lisboa. Ano 2, nº13, Fevereiro;

Seeley et al (1997). *Anatomia & Fisiologia*. Lisboa, 1º Edição, Lusodidacta;

Stump, S. (1999). *Nutrição relacionada ao Diagnóstico e tratamento*. 4ª Edição, São Paulo, Editora Manole.

Wiel et al. (1991). Sexual Functioning after Ostomy Sugery. *Sexual and Marital Therapy*. Netherlands. Vol.6, nº2, pp.195-209.

# ANEXOS

## Anexo I – Questionário

Ana Catarina Barroca Batista

Questionário

*“Cuidados Nutricionais do doente colostomizado”*

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2007

**Universidade Fernando Pessoa**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
Licenciatura em Enfermagem

Ana Catarina Barroca Batista, aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar um estudo cujo tema é “*Cuidados Nutricionais do Doente Colostomizado*”, com o objectivo de identificar os conhecimentos que o doente colostomizado tem sobre a sua alimentação e efeitos dos alimentos na sua colostomia; Identificar factores que interferem nos cuidados nutricionais do doente colostomizado e identificar o grau de conhecimento do doente colostomizado sobre os seus cuidados nutricionais.

Toda a informação adquirida é estritamente confidencial, e as respostas são anónimas e empreendidas para fins científicos.

Em média a duração do preenchimento deste questionário é de 15 minutos.

Instruções sobre o preenchimento do questionário:

Este questionário é constituído por questões abertas e fechadas.

. Nas respostas fechadas deverá assinalar um X, caso seja necessário poderá assinalar mais que uma opção.

. Nas respostas abertas deverá escrever a sua opinião sobre a questão colocada.

Muito obrigada pela colaboração.

A aluna

---

Ana Catarina Barroca Batista

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

## **Designação do Estudo: Cuidados Nutricionais do doente Colostomizado**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**Assinatura do(a) participante:** \_\_\_\_\_

**O (A) Investigador(a) responsável:**

Nome Ana Catarina Barroca Batista

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

## Parte I. Caracterização Amostra

1. Idade \_\_\_\_

2. Sexo: Masculino  Feminino

3. Habilitações Literárias:

Até ao 1º Ciclo

1º Ciclo (1ª a 4ª ano)

Secundário (10º a 12º ano)

2º Ciclo (5º e 6º ano)

Licenciatura

3º Ciclo (7º a 9º ano)

Outro: \_\_\_\_\_

4. Proveniência: Meio Rural  Meio Urbano

5. Motivo para a realização de colostomia:

Doença maligna do recto

Oclusão Intestinal

Doença maligna do cólon

Colite ulcerosa

Traumatismo

Doença de Cronh

Perfuração

Outros  Qual? \_\_\_\_\_

6. Há quanto tempo foi realizada a sua a colostomia?

0-1 Ano

3-4 Anos

1-2 Anos

4-5 Anos

2-3Anos

Mais de 5 anos

## Parte II. Identificação das Medidas de Controlo Alimentar

1. O esclarecimento/ informação sobre os cuidados nutricionais que deve ter foram dados:

Verbalmente

Por escrito

Nenhuns

Se Verbalmente: Pelo médico

Pelo enfermeiro

Se por escrito: Pelo médico

Pelo Enfermeiro

2. A sua Família ou pessoas com quem vive tiveram ensino sobre cuidados nutricionais?

Sim

Não

Se sim, Quem? \_\_\_\_\_

3. Número de refeições que faz diariamente: \_\_\_\_\_

4. Alguns alimentos provocam prisão de ventre. Identifique no seu caso alguns desses alimentos.

---

---

5. No seu caso que alimentos lhe provocam diarreias?

---

---

6. Existem também alimentos formadores de gases. Indique no seu caso alguns desses alimentos.

---

---

7. Identifique, no seu caso, alimentos formadores de odores desagradáveis.

---

---

8. Ingestão de água:

0 – ½ L/dia

1,5-2 L dia

½ - 1 L/dia

Mais 2L/ dia

1 – 1,5 L/dia

9. Na aquisição de alimentos costuma ter em conta aspectos importantes para uma alimentação correcta? Sim  Não

10. Se sim, de que forma?

---

---

