

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

N.Cham. TCC UFSC ENF 0111
Título: Proposta de aplicação de assistência
de enfermagem englobando os aspectos



Ac. 240582

972517311

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0111
Ex.1

PROPOSTA DE APLICAÇÃO DE ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM/ ENGLOBANDO OS ASPECTOS
BIOPSISSOCIAIS A CLIENTES/ ILEOSTO
MIZADOS E COLOSTOMIZADOS A NÍVEL AM
BULATORIAL E DOMICILIAR.

AFONSO CEZAR DOS SANTOS CORDEIRO
CARLOS CESAR PORTO
MARIA APARECIDA DAUFENBACH TEIXEIRA
SANDRÉA KINCZESKI

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIII UNIDADE CURRICULAR - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

FLORIANÓPOLIS

AGOSTO - 1988

PROPOSTA DE APLICAÇÃO DE ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM ENGLOBANDO OS ASPECTOS
BIOPSISSOCIAIS A CLIENTES ILEOSTO
MIZADOS E COLOSTOMIZADOS A NÍVEL AM
BULATORIAL E DOMICILIAR

ORIENTADORA: Leony Lourdes Claudino dos Santos

SUPERVISORA: Rosane Duarte

"Oh Senhor /Por termos nascido/
Permiti que multipliquemos noss
sa felicidade e a compartilhem
mos com aqueles ostomizados
que desconhecem quão boa a vid
da que vos nos destes pode ser.

Esforcemo-nos sempre
para renovar o trabalho do
nosso grupo, como vos renov
vastes as nossas vidas. Por
estas, agradecemos. Pelo apoio
mutuo de cada um e pelo
encargo que nos destes de ajud
dar os outros / Amem".

(Prece escrita por um ostomizad
do da cidade de Boston, E.E.
U.U.).

SUMÁRIO

	PG.
I. INTRODUÇÃO.....	01
1.1. Justificativa da área escolhida.....	02
1.2. Caracterização do Programa de Assistência Domi ciliar.....	07
1.3. Área Física do local de Estágio.....	08
1.4. População.....	09
1.5. Funcionários.....	09
II. MODELOS TEÓRICOS.....	11
III. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
3.1. Anatomia e fisiologia do Intestino Delgado..	17
3.2. Anatomia e função do Colon.....	19
IV. OBJETIVOS.....	23
4.1. Objetivo Geral.....	23
4.2. Objetivos Específicos.....	23
V. CRONOGRAMA.....	31
VI. CONCLUSÃO.....	36
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
VIII. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	40
ANEXOS	

I - INTRODUÇÃO

O presente projeto visa cumprir uma exigência da VIIIa. Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulada Enfermagem Assistencial Aplicada.

O trabalho será desenvolvido pelos Acadêmicos: AFONSO CEZAR DOS SANTOS CORDEIRO, CARLOS CESAR PORTO, MARIA APARECIDA DAUFENBACK TEIXEIRA E SANDRÉA KINCZESKI; no período de 22 de agosto à 10 de novembro de 1988; sob a supervisão da Enfermeira ROSANE DUARTE e orientação da professora LEONY LOURDES CLAUDINO DOS SANTOS.

A carga horária compreende 300 horas, assim distribuídas:

- 40 horas para planejamento, elaboração e apresentação dos projetos (02/08/88 à 19/08/88).
- 40 horas para elaboração e apresentação dos relatórios (11/11/88 à 30/11/88).
- 220 horas para estágio prático (22/08/88 à 10/11/88) sendo 4 (quatro) horas diárias por aluno.

Este projeto visa prestar assistência de enfermagem aos indivíduos ileostomizados e colostomizados, fornecendo o

orientações, através de consultas de Enfermagem e visitas domiciliares, procurando desta forma proporcionar-lhes melhores condições para aceitar sua patologia, integrando-os na sociedade.

O projeto será desenvolvido no posto de atendimento médico do INAMPS (PAM) agência central, situado a rua Esteves Junior, nº 84 e a domicílio. A assistência será individual e/ou coletiva, tendo como objetivos principais a promoção prevenção e recuperação da saúde Biopsicossocial do indivíduo ileostomizado e colostomizado.

1.1. JUSTIFICATIVA DA ÁREA ESCOLHIDA

Desde que o projeto de assistência foi incluído e se tornou obrigatório no currículo de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, nenhum grupo se propôs a abordar o assunto sobre ostomia e ostomizados.

Várias são as razões que nos levaram a trabalhar com esses pacientes, pois segundo relatório da DATAPREV dos anos 84, 85, 86⁽⁵⁾ no Brasil no triênio 84, 85, 86 haviam 28.796 ostomizados, sendo que 26.039 eram colostomizados e 518 ileostomizados. Em S.C. no mesmo triênio haviam 710 ostomizados destes 625 eram colostomizados e 66 ileostomizados. Sabemos que este número aumenta a cada dia, no entanto poucos se propõem a trabalhar com os ostomizados, além destas razões, citamos outras que nos parecem mais importantes:

- Poucos profissionais da saúde tem se dedicado à problemática emocional e vivencial do ostomizado, preferindo visar e se aprofundar em conhecimentos técnicos e científicos que abran

gem outras áreas, e cujas complicações não sejam tão agravantes no aspecto comportamental do paciente, da família e da sociedade em que ele vive.

Segundo LEÃO⁽³⁾, "viver ao lado de um paciente ostomizado e aceitá-lo é questão de mentalidade, de filosofia de vida, de compromisso e para o profissional de enfermagem é questão também de competência porque atinge toda a equipe de saúde que compartilha direta ou indiretamente do seu sofrimento. É um problema que não se resolve e não se esgota em atitudes isoladas de quem quer que seja".

Para GILL⁽¹⁾, "ostomia significa um ato traumatizante para o paciente, quer ele esteja internado ou não, embora possa ser vista como um ato de rotina para quem a realiza e para quem presta cuidados ao ostomizado".

O pessoal de enfermagem na sua grande maioria está acostumado a visão do sofrimento, não se apercebendo das necessidades e prioridades específicas desses pacientes. Falar com o paciente exige tempo e envolvimento e falar com a família as vezes é difícil; os familiares não tem tempo e nem preparo para ajudar o indivíduo ostomizado a viver com sua limitada capacidade. Ele precisa ser ouvido quando tem algo a dizer sobre seu estado. É preciso escutá-lo. Seus hábitos, sua mentalidade e sua crença podem inutilizar um plano terapêutico. Sob o ponto de vista da enfermagem estes fatores não podem ser ignorados.

Verificamos que a deficiência na assistência ao ostomizado deve-se em parte ao despreparo de muitos profissionais de enfermagem nesta área, isto se torna mais evidente se observarmos o currículo de enfermagem da Universidade Federal de

Santa Catarina, pois o aprendizado sobre ostomia é mínimo e se detem muito mais às causas e complicações orgânicas que propriamente à assistência ao paciente e suas complicações na área psicossocial e espiritual. Esse preparo inadequado leva o profissional à fuga do problema e conseqüentemente a não interação com o paciente e família, fazendo com que aumente ainda mais a sua ansiedade, angústia e a inaceitação de suas limitações.

Na realidade o ostomizado representa um problema muitas vezes sem solução e por isso fúgimos e o ignoramos.

Observa-se nos hospitais uma forte resistência em prestar cuidados a esse tipo de pacientes, porque ele incomoda, pode exalar odor, faz perguntas sobre seu futuro, enfim, ele exige conhecimentos e atenção da enfermagem. É um paciente que poucos querem tratar.

O enfermeiro precisa conhecer bem o paciente e suas necessidades para fornecer orientações, apoio e cuidados adequados, além de conhecer as faces do problema que um ostomizado pode apresentar, desejar, temer, pensar, esconder e expressar.

O ostomizado na maioria das vezes é um indivíduo rejeitado pela família e sociedade. Por isso, um dos objetivos deste projeto é trabalhar também com a família, que tem um papel preponderante na restauração da auto-confiança e na reintegração do ostomizado ao seu meio familiar, social e trabalho. A família destes pacientes precisam ser bem orientadas para a aceitação da nova condição de vida destes, pois podem demonstrar vergonha, piedade ou apresentar atitudes de superproteção, castrando a potencialidade do paciente.

O ostomizado é um paciente que questiona como a " molestia " afetará a vida sexual, o casamento, sua aparência, sua volta ao trabalho, suas viagens, sua alimentação, hidratação e a prática de esportes.

A resposta para todas essas perguntas e ainda outras, faz parte da educação do paciente que somente uma equipe bem preparada será capaz de responder.

ZERBETTO, citado por TOGAWA (8), refere que "Reabilitar o ostomizado significa estar preparado para lidar com todos esses medos, fantasias, ansiedade expressadas verbalmente ou não e principalmente assumirmos a responsabilidade de que o aceitamos como seres humanos, capazes de se reintegrar, mesmo que lentamente às suas condições de vida".

MITEHELL, citado por TOGAWA (8), afirma que " a reabilitação é o processo de restaurar a um indivíduo nas capacidades anteriores ou de permitir-lhe aproveitar ao máximo suas capacidades existentes. O indivíduo precisa participar para fazer render ao máximo as suas capacidades".

Segundo LEÃO (3), " Do ponto de vista psicológico, cada paciente ostomizado responde emocionalmente à sua maneira de acordo com sua experiência de vida cultural, religiosa, familiar e do local onde mora.

Todos, porém passam a sofrer igualmente mutilações emocionais determinadas pela ostomia que levam a complicações próprias dessa nova situação orgânica, aos distúrbios relacionados ao estoma em si, aos distúrbios psíquicos, aos desvios de comportamento, às complicações psicológicas. É comum que o paciente passe a sofrer os complexos, o medo, as frustrações, fruto da sua nova situação corporal, agora diferente e

funcionalmente diversa daquelas dos demais indivíduos de seu ciclo social".

JAKSON, citado por LEÃO ⁽³⁾, admite que, "mesmo quando previamente instruídos, estes pacientes não tem tempo para se adaptar à idéia da ostomia, e passam subitamente a sofrer os complexos e a ansiedade que enfrentam os indivíduos ante a possibilidade da perda de valores tão significativos como a sua imagem corporal".

LEÃO ⁽³⁾ afirma que "na ostomia definitiva verifica-se aquilo que se denomina "MORBIDADE EMOCIONAL" da ostomia, compreendendo:

1. Perda de um órgão altamente valorizado.

Neste sentido entende-se o traumatismo gerado pela privação súbita do ânus e do seu aparelho esfinteriano, remontando-se aos postulados aventados por FREUD

2. Distorção súbita da imagem corporal;

Menciona-se aqui as complicações psico-emocionais da subversão anatômica determinada pela colostomia definitiva, e que engrenam um terceiro fator de mobilidade emocional;

3. Sensação de mutilação;

4. Violação involuntária das regras de higiene;

5. Impotência sexual (8,11% dos casos), quase sempre determinada pelo necessário sacrifício dos nervos que controlam esta função;

6. Desajustes familiares, frequentemente agravados pela redução laborativa do colostomizado, arrimo de família;

7. Deterioração social de que terminam vítimas estes indivíduos".

Para GILL (1), "Um homem ou uma mulher submetidos a uma cirurgia que tem como consequência uma ostomia, pode apresentar maior receio em perder a masculinidade ou a feminilidade do que propriamente o medo de perder a vida. Estes pacientes precisam de muito apoio, deve-se proporcionar-lhes oportunidades de promover sua auto-estima e obter sucesso em sua reabilitação".

Não há dúvida de que uma ostomia representa a perda de uma função normal do corpo e transforma a auto-imagem do indivíduo. É importante, porém, lembrar que a aceitação dessa nova vida é o primeiro passo para a reabilitação. Uma reabilitação física imediata ajuda a recuperar a auto-estima que será importante para o conforto psicológico do paciente.

O trabalho de reabilitação do paciente deve ser realizado por toda uma equipe multiprofissional através do ensino do auto-cuidado e do atendimento de suas necessidades humanas básicas, que são os fatores preponderantes para sua reabilitação.

Quanto ao profissional de enfermagem é bastante gratificante saber que seu paciente voltou a ser feliz, e bem adaptado a sua nova situação.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A assistência domiciliar é um programa desenvolvido pelo PAM-Central que objetiva oferecer aos indivíduos a oportu

tunidade de atendimento e acompanhamento profissional a domi
cilio a fim de evitar sua hospitalização quando portador de pa
tologia crônica. As atividades relativas ao programa vem sendo
desenvolvidas desde 1972 e foram oficializadas através da:

- ODS SAM Nº 33.958 de 20/02/75;
- O.S. SAM Nº 03.947 de 20/06/77.

O programa era desenvolvido até 1975 pela equipe de
enfermagem. A partir de 1977 houve a participação de uma equi
pe multiprofissional.

Em 1982 houve uma interrupção do programa por falta
de verba; retornando em 1986-

Em 1º de agosto de 1988, houve um desmembramento do
programa de Assistência domiciliar e, paralelamente formou-se
o programa de Assistência aos ostomizados, fazendo parte deste
programa o INAMPS, a Associação Catarinense do Ostomizado (A.
C.O.) e uma equipe de apoio formada por profissionais do H.U.
e uma professora do Departamento de Enfermagem da U.F.S.C.

1.3. ÁREA FÍSICA DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio será desenvolvido junto ao programa de As
sistência aos ostomizados que irá funcionar na sala 077, subso
lo PAM/Capital, situado à rua Esteves Junior, nº 84.

O referido programa dispõe de um consultório (sala
060) para atendimento médico, enfermagem, assistente social e,
qualquer membro da equipe que dele necessitar.

Para as reuniões e outras atividades grupais está pre
vista a utilização de salas apropriadas no 6º andar. Conta
também com as instalações da A.C.O., na sua sede provisória no

H.U. e consultório do serviço de proctologia, bem como uma sala situada no PAM onde são guardadas as bolsas de colostomia e demais materiais necessários para atendimento dos indivíduos ostomizados.

1.4. POPULAÇÃO

O critério para admissão no programa é ser ostomizado.

Fazem parte do programa indivíduos portadores de ostomia (colostomia, ileostomia, urostomia) residentes em S.C. A clientela do nosso projeto serão apenas os indivíduos colostomizados e ileostomizados da grande Florianópolis.

No momento o número de indivíduos colostomizados e ileostomizados da grande Florianópolis inscritos no programa é de 22 (vinte e dois) sendo que destes, 16 (dezesesseis) são do sexo feminino e 06 (seis) são do sexo masculino.

1.5. FUNCIONÁRIOS

A assistência aos ostomizados deverá ser prestada por uma equipe multiprofissional, composta por servidores do INAMPS/PAM/Capital, conforme ordem de serviço SMS 157 de 03/02/88, assim constituído: 1 médico (coordenador)

1 enfermeiro

1 assistente social

1 agente administrativo

e a equipe técnica de apoio do H.U.

É componente da equipe de trabalho o presidente da A.C.O., atuando principalmente como elo de ligação entre a e

quipe de trabalho e os ostomizados.

Esta equipe poderá ser aumentada ou alterada conforme a necessidade.

Este programa não contava com estagiários de nenhuma área, visto estar em fase de implantação, sendo que seremos os primeiros acadêmicos a se engajarem neste trabalho.

II - MODELOS TEÓRICOS

Para que a enfermagem atue efetivamente, necessita desenvolver uma metodologia de trabalho que deve estar fundamentada em um método científico.

No desenvolvimento deste projeto aplicaremos as teorias de Wanda de Aguiar Horta e de Dorothea Orem na prestação da assistência de enfermagem aos clientes colostomizados e ileostomizados porque acreditamos que elas estão intimamente relacionadas. Ambas valorizam o homem e ressaltam as suas capacidades.

Para aplicação dessa assistência é necessário que compreendamos que tipo de relação existe entre indivíduos ou grupos e o meio em que vivem, estabelecendo então, um relacionamento enfermeiro/cliente.

Partindo-se da teoria das necessidades humanas básicas de HORTA ⁽²⁾, o primeiro conceito que ela impõe é o de enfermagem "Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais".

"Assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano aquilo

que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais."

O método de atuação de enfermagem que usaremos no desenvolvimento do projeto é denominado por HORTA⁽²⁾, de "Processo de Enfermagem".

O processo de enfermagem é a denominação das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo interrelacionamento e dinamismo de suas fases ou passos que são:

1. Histórico de Enfermagem: é um roteiro sistematizado para o levantamento de dados que tornam possível a identificação de seus problemas;
2. Diagnóstico de Enfermagem: é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e da determinação do enfermeiro do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão;
3. Plano Assistencial: é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber;
4. Prescrição de Enfermagem: é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados;
5. Evolução de Enfermagem: é o relato diário das mudanças que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional;
6. Prognóstico de Enfermagem: é a estimativa da capacidade do

ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano de assistência.

Para OREM, citada por REIBNITZ⁽⁶⁾, "O homem tem habilidade para cuidar de si mesmo, através de práticas adquiridas pela influência de crenças, hábitos e atitudes que caracterizam a forma do grupo a que pertence".

Para OREM, citada por NUNES⁽⁴⁾ o auto-cuidado pode ser definido como "a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem estar".

São três os conceitos básicos da teoria do auto-cuidado:

1. Demanda terapêutica de auto-cuidado: simboliza as necessidades dos indivíduos, em relação a manutenção da vida, da saúde e bem estar;
2. Competência dos indivíduos para o auto-cuidado: é a expressão usada para simbolizar o poder dos indivíduos de se engajarem em auto-cuidado de forma a atender suas necessidades individuais, e que se desenvolve juntamente com os indivíduos porque inicia seu desenvolvimento na infância, atinge um maior grau de desenvolvimento na idade adulta, e declina na idade avançada;
3. Competência da enfermagem para o auto-cuidado: não foi definida, porém OREM explica que deve haver um encontro entre ambos (Enfermagem/cliente), formal ou informal, em torno da assistência a ser prestada.

Para OREM, citada por ROSA⁽⁷⁾, há três requisitos de auto-cuidado

1. Universal;
2. De desenvolvimento;
3. Nos desvios da saúde.

1. Requisitos de auto-cuidado Universal:

Se relaciona com a manutenção de suficiente aporte de ar, água, alimentos, balanço entre a atividade e repouso, balanço entre o estar sô e a interação social; provisão de cuidados associados aos processos de eliminação e excreção; prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e bem estar como ser humano; promoção do funcionamento e desenvolvimento humano com grupos sociais de acordo com as potências e limitações e o desejo humano de ser normal.

2. Requisitos para o auto-cuidado de desenvolvimento:

Está relacionado com a produção e manutenção de condições do nascimento à morte; provisão de cuidado, tanto para prevenir como para recuperar a saúde.

3. Requisito para auto-cuidado nos desvios da saúde:

Relaciona-se com as buscas da assistência médica segundo suas necessidades quando afetadas por agente físico ou biológico, ou quando há evidências de condições genéticas ou psicológicas que possam produzir ou estar associada à patologia humana, podendo ou não estar sob tratamento médico; ser consciente e observar os encômodos e efeitos nocivos do tratamento; modificar a auto-imagem para a aceitação de si mesmo;

aprender a viver com os efeitos de estados e condições patológicas.

OREM ainda coloca outros pressupostos teóricos a respeito do auto-cuidado, entretanto, estes pressupostos ou se relacionam com os conceitos básicos do auto-cuidado, ou então se desenvolvem a partir deles.

Para OREM, citado por NUNES⁽⁴⁾, "aquele que providencia o auto-cuidado necessário para si mesmo ou para outra pessoa, é o agente do auto-cuidado".

Para melhor compreensão desta teoria, faz-se necessário que alguns termos comuns sejam definidos segundo a visão de OREM:

- a) Homem: O homem interage com o meio, adapta esse meio às suas necessidades, e é ele que escolhe o curso de ações que julga ser necessário.
- b) Saúde: É um estado de totalidade ou integridade (psíquica, social e biológica) do indivíduo.
- c) Sociedade: A saúde é responsabilidade de toda sociedade e não de uma parte dela.
- d) Auto-Cuidado: É a prática de atividades que o indivíduo pessoalmente inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.
- e) Enfermagem: Preocupa-se com a necessidade do indivíduo de

auto-cuidar-se e a provisão e manutenção deste auto-cuidado de uma forma contínua de modo a manter a vida e a saúde, recuperar a saúde ou dano e enfrentar seus efeitos.

REMOR, citado por NUNES⁽⁴⁾, afirma que "a condição que justifica a existência de enfermagem para o indivíduo adulto é a ausência de capacidade de manter continuamente aquela quantidade e qualidade de auto-cuidado que é terapêutica na manutenção da vida e da saúde na recuperação após a doença ou dano ou a maneira de enfrentar seus efeitos".

OREM, citado por ROSA⁽⁷⁾, "inclui o cuidado dispensado à familiares que não possam desempenhar tais cuidados, até que a pessoa que recebe o cuidado se torne capaz de fazê-lo para si mesmo. O auto-cuidado desenvolve a integridade estrutural, funcional e de desenvolvimento dos seres humanos".

Acreditamos que o paciente e família que recebe orientações adequadas para o auto-cuidado tem maior possibilidade de recuperar a saúde e bem-estar, reintegrando-se à sociedade.

III - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. ANATOMIA E FISILOGIA DO INTESTINO DELGADO

a) DUODENO:

É a porção mais alta do intestino delgado; mede cerca de 26cm. Tem forma de U, contornando a cabeça do pâncreas. Nele desemboca o suco pancreático e a bile. Na sua porção mais alta estão localizadas as glândulas de BRUNNER que secretam uma substância rica em bicarbonato, cujo PH varia entre 8,2 e 9,3 parecendo ter função na neutralização do Quimo, imprescindível para atuação das enzimas pancreáticas - meio alcalino.

b) JEJUNO E ÍLEO:

É a porção média do intestino, constitui a maior parte do intestino delgado. Mede cerca de 7m no adulto, podendo variar de 5,5 a 9 metros.

O intestino delgado tem como função a absorção de substâncias procedentes dos alimentos direcionados para o meio interno, onde vão servir na renovação e maturação constante de estruturas, bem como ao fornecimento de energia de que necessi

ta o ser vivo.

ILEOSTOMIA

Consiste na abertura de uma alça ileal à parede abdominal com finalidade de dar saída ao conteúdo do intestino delgado.

Há dois tipos de ileostomia: 1. Lateral
2. Terminal

1. LATERAL:

Indicada na obstrução intestinal alta quando for impossível ou contra indicada a ileostomia terminal; funciona como uma fístula e não como um anus artificial. Tem tendência a fechar espontaneamente.

2. TERMINAL:

Faz parte do tratamento de patologias do intestino grosso, sendo sua indicação uma grave, porém indispensável de 'cisão cirúrgica, toda vez que se deseja fazer uma colectomia sub-total ou proctocolectomia, como nos tumores malignos invadindo vários setores do colo, nas diverticulites complicadas, e especialmente a retocolite úlcero-hemorrágica.

TIPOS DE ILEOSTOMIAS TERMINAIS

a) SIMPLES:

Consiste em se exteriorizar na pele a boca proximal, abandonando fechada, na cavidade abdominal a boca distal do

Íleo.

b) EM CANO DE FUZIL:

As bocas proximais e distais são unidas, em cano de fuzil, e abertas à pele pelo mesmo orifício.

c) DUPLA:

Consiste em fixar à pele as duas extremidades da alça ileal seccionada, em dois pontos distantes um do outro. Esta técnica é a melhor, porque evita a exclusão unilateral do intestino grosso e a separação das duas bocas permite a colocação de bolsas na boca proximal funcionante.

3.2. ANATOMIA E FUNÇÃO DO COLON

O intestino grosso é a parte do tubo digestivo situado entre o fim do intestino delgado (íleo terminal) e o ânus.

O tamanho é variável, geralmente mede entre 1,20cm a 2,00 mts com extensão média 1,5 cms.

Compreende da direita para esquerda.

O ceco com o apêndice vermiforme, o colon ascendente, até seu ângulo hepático. O colon transversal até o ângulo esplênico, o colon descendente, o colon sigmóide e o reto.

Os calibres dos colons diminuem gradativamente desde o ceco (7,5cm) ao sigmóide (2,5cm).

As funções gastrointestinais são representadas pela absorção, armazenamento, transporte e pela eliminação dos produtos finais da digestão.

A absorção da água e eletrólitos e substâncias orgânicas

cas e inorgânicas realizam-se no colon direito, as custas do ceco e colon ascendente.

COLOSTOMIA

DEFINIÇÃO:

É uma abertura cirúrgica entre os colons e a superfície do colon.

ORIGEM DAS PALAVRAS:

- Colun do Latim "o colon" parte do intestino grosso.
- Stamaun do grego- criação de uma abertura ou boca.

INDICAÇÃO DE COLOSTOMIA

- Nas doenças congênitas do colon;
- Nas doenças inflamatórias (retocolite ulcerativa inespecífica, doença diverticular do sigmóide);
- Nas obstruções intestinais;
- Nas lesões traumáticas dos colons máximo com perfuração;
- No câncer anu retocólico.

Esta última moléstia constitui a indicação mais frequente de colostomia definitiva onde é praticado em metade ou mesmo 2/3 dos casos.

Nos casos de câncer do reto a colostomia se impõe:

- a) Como medida paliativa frente aos tumores inoperáveis.
- b) Temporário para desvio de transito intestinal.
- c) Para prevenção de anastomose.
- d) Como parte de ressecção abdomino-perineal do reto por câncer com finalidade curativa ou paliativa.

Dependendo do seguimento intestinal exteriorizado pode ser chamado:

- Cecostomia;
- Transversotomia direita ou esquerda;
- Sigmoidostomia.

A estes exemplos junta-se a colostomia perineal, aquela praticada a custos dos colons descendentes ou transversos as quais se exteriorizam através do ânus nos casos de operações para o megacolon chegasico.

TIPOS DE COLOSTOMIA

Quanto a confecção, a colostomia pode ser lateral ou em alça, com duas bocas ou terminal, com uma única boca.

DURAÇÃO

A colostomia em relação a sua permanência e/ou a possibilidade de fechamento pode ser temporário ou definitivo.

A colostomia em alça geralmente é temporária sendo definitiva aquela dita terminal ou de uma só boca.

Enquanto esta última é habitualmente executada por câncer grossintestinal a primeira integra as operações por moléstia benigna dessa região.

A colostomia em alça fica inicialmente (3-4 dias) mantida a mercê de um bastão plástico. Após retirada de tais artefatos a fixação do intestino torna-se garantida pela fibrose desenvolvida entre suas camadas e parede abdominal.

COMPLICAÇÕES DAS COLOSTOMIAS:

As complicações podem se dar através de:

- Prolapso
- Estenose
- Hérnia
- Retração
- Necrose
- Complicações cutâneas.

IV - OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de enfermagem na área Biopsicossocial aos indivíduos colostomizados e ileostomizados do programa de assistência aos ostomizados, visando a promoção e recuperação da saúde.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1. RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA E AO ENSINO

- a) Realizar consultas de enfermagem a nível ambulatorial aos clientes integrantes do programa de assistência aos ostomizados do PAM-Central.

ESTRATÉGIAS:

- Adaptar o roteiro de consulta (histórico de enfermagem) utilizando a metodologia de Wanda de Aguiar Horta, com a finalidade de atender as necessidades dos clientes integrantes do

- programa de assistência aos ostomizados;
- Levantar os problemas em nível de prioridades e estabelecer planos de cuidados individualizados;
 - Agendar consulta médica quando detectar anormalidade ou quando o cliente solicitar;
 - Acompanhar as consultas médicas para facilitar a avaliação destes clientes;
 - Encaminhar, quando necessário os clientes do programa a outros serviços para prevenção e/ou recuperação da saúde;
 - Agendar os clientes colostomizados e ileostomizados do programa para retornar a consulta de enfermagem.

APRAZAMENTO:

A partir da 2a. semana de estágio.

AVALIAÇÃO:

O objetivo será considerado alcançado se cada acadêmico realizar no mínimo 3(três) consultas de enfermagem.

- b) Elaborar e aplicar um instrumento para identificação da competência do cliente colostomizado e ileostomizado para o auto-cuidado. (anexo 1).

ESTRATÉGIA:

- Elaborar um instrumento contendo 10 questões que será utilizado para identificar o conhecimento que o cliente íleo e colostomizado apresenta para realizar o auto-cuidado;

- Elaborar um roteiro de respostas para servir de guia na identificação do conhecimento do cliente para o auto-cuidado;
- Estabelecer um escore de 0 a 3 pontos para cada resposta dada pelo entrevistado;
- Avaliar o conhecimento partindo da somatória dos pontos obtidos nas 10 questões:
 - . O indivíduo que obtiver 30 pontos será classificado como apto para o auto-cuidado;
 - . O que obtiver 20 pontos possui conhecimento satisfatório, necessitando algum reforço;
 - . O que obtiver 10 pontos necessita de ensino, orientação e/ou treinamento.
- Ao indivíduo que apresentar total conhecimento sobre a questão será atribuído escore 3, o que acertar 50% das questões terá escore 2 e o indivíduo que obtiver um índice de acerto inferior a 50% terá escore 1. Neste caso, o valor atribuído será 0;
- Aplicar o instrumento na 1ª. consulta de Enfermagem para identificar o conhecimento do cliente;
- Conforme escores obtidos, será feita orientação, ensino e/ou treinamento do cliente;
- No final do estágio aplicaremos o mesmo instrumento para verificação da aprendizagem do cliente.

APRAZAMENTO:

A partir da 1ª. consulta até a última consulta de en

fermagem.

AVALIAÇÃO:

O objetivo será considerado alcançado se conseguirmos elaborar e aplicar o instrumento a todos os clientes que fizermos consulta de enfermagem, e conseguirmos elevar no mínimo para 20 o escore daqueles que obtiverem índice 10.

c) Promover condições para o cliente íleo e colostomizado realizar o auto-cuidado, utilizando como referencial a teoria de Dorothea Orem.

ESTRATÉGIAS:

- Estimular o auto-cuidado incentivando a participação ativa do cliente e família na promoção e recuperação da saúde;
- Orientar cliente e família durante a consulta oferecendo a maior amplitude possível de informações sobre a ostomia, com vistas a estimular o auto-cuidado;
- Ensinar a Técnica correta na colocação da bolsa, cuidados com a pele e alimentação;
- Orientar o cliente a treinar seu intestino através da alimentação e exercício da musculatura abdominal.

d) Realizar visitas domiciliares aos clientes íleo e colostomizados da Grande Florianópolis que fazem parte do programa.

ESTRATÉGIA:

- Entrar em contato com o cliente e familiares para marcar vi

sita domiciliar;

- Conversar e conscientizar a família quanto ao quadro em que o cliente se encontra;
- Salientar aos familiares ou responsáveis a importância do apoio e convívio familiar destes clientes;
- Orientar a família no sentido de não excluir o cliente do convívio familiar e social;
- Reforçar as orientações dadas durante a consulta no sentido de melhor alcançar os objetivos para o auto-cuidado.

APRAZAMENTO:

Todas as 5a. feiras à tarde a partir da 5a. semana de estágio.

AVALIAÇÃO:

O objetivo será considerado alcançado se conseguirmos realizar todas as visitas domiciliares previstas no cronograma de estágio.

e) Manter relação enf/cliente com todos os ostomizados do programa.

ESTRATÉGIA:

- Manter esta atitude com todos os clientes do programa em qualquer atividade desempenhada no PAM e a domicilio.

APRAZAMENTO:

Durante todo o período de estágio.

AVALIAÇÃO:

O objetivo será considerado alcançado se conseguirmos manter esta relação durante todo o estágio.

4.2.2. RELACIONADOS A ATIVIDADES
ORGANIZACIONAIS

a) Marcar reunião no início do estágio com chefia de Enfermagem e reuniões periódicas com orientadora e supervisora para discussão do andamento do projeto.

ESTRATÉGIA:

- Contactuar com chefia de Enfermagem para apresentar o projeto e nos apresentarmos;
- Manter contato quinzenal com a orientadora e supervisora do projeto.

APRAZAMENTO:

1ª. semana de estágio e de 15/15 dias com orientadora e supervisora.

AVALIAÇÃO:

Será considerado alcançado se contactuarmos com chefia de Enfermagem para nos apresentarmos e fazer apresentação do projeto e mantermos contato quinzenal com orientadora e supervisora do projeto.

b) Conhecer a área física da instituição, os funcionários do programa de assistência aos ostomizados, normas e rotinas

do mesmo.

ESTRATÉGIAS:

- Percorrer a área física da instituição;
- Conversar formalmente com os funcionários que fazem parte do Programa de assistência aos ostomizados;
- Fazer um levantamento das normas e rotinas do programa.

APRAZAMENTO:

1a. semana de estágio.

AVALIAÇÃO:

Será considerado alcançado se conhecermos a área física da instituição, conversarmos com os funcionários do programa e conhecermos as normas e rotinas do mesmo.

- c) Auxiliar na reorganização dos prontuários e fichários dos íleo e colostomizados do programa.

ESTRATÉGIAS:

- Preencher formulários específicos para ostomizados;
- Colaborar na elaboração de um prontuário único que contenha informações biopsicossociais dos clientes íleo e colostomizados.

APRAZAMENTO:

1a. semana de estágio.

AVALIAÇÃO:

O objetivo será considerado alcançado se conseguirmos reorganizar os prontuários e fichários dos mesmos.

d) Atuar junto a equipe que se dedica ao estudo do cliente o tomizado e junto aos membros da ACO.

ESTRATÉGIAS:

- Participar da equipe de estudo que visa aprofundamento científico buscando subsídios para melhoria da assistência;
- Organizar e participar das reuniões da ACO.

APRAZAMENTO:

As 2a. feiras à tarde.

AVALIAÇÃO:

O objetivo será considerado alcançado se conseguirmos atuar junto a equipe de estudo e membros da ACO em 90% das reuniões.

V - CRONOGRAMA

ATIVIDADES	DIAS	CARGA HORÁRIA
-Planejamento e elaboração do projeto	02/08/88 à 12/08/88	20 horas
-Apresentação do projeto	17/08/88 à 19/08/88	20 horas
-Estágio Prático	22/08/88 à 10/11/88	220 horas
-Elaboração do projeto	11/11/88 à 25/11/88	20 horas
-Apresentação do relatório	28/11/88 à 30/11/88	20 horas

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO - MÊS AGOSTO

DIA DO MÊS	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
NOMES										
AFONSO C. S. CORDEIRO	R1	A	A	A	RG			R1	A	R1
CARLOS C. PORTO	R1	D	D	D	RG			D+L	D	R1
MARIA A. D. TEIXEIRA	R1	D	D	D	RG			D+L	D	R1
SANDRÉA KINCZESKI	R1	A	A	A	RG			R1	A	R1

LEGENDA: R1 - Reunião do Grupo de Apoio

R2 - Reunião da ACO

A - Administração

D - Divulgação

L - Levantamento Estatístico

S - Seminário

C - Consulta de Enfermagem

V - Visita Domiciliar

EC - Estudo Científico

RG - Reunião do Grupo do Projeto com Orientador e Supervisor.

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO - MÊS OUTUBRO

DIAS DO MÊS	S	T	Q	Q	Q	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	Q	S	S	S	Q	Q	Q	S	S	S
NOMES	03	04	05	06	07	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28	31			
AFONSO	R1	D	V	V	V		S	R2	C	C	R1	C	C	RG	R1		V	V	V	V				
CARLOS CEZAR	R1	D	V	V	V		S	R2	C	C	R1	C	C	RG	R1		V	V	V	V				
Ma. APARECIDA	R1	D	V	V	V		S	R2	C	C	R1	C	C	RG	R1		V	V	V	V				
SANDRÉA	R1	D	V	V	V		S	R2	C	C	R1	C	C	RG	R1		V	V	V	V				

VI - CONCLUSÃO

Para a elaboração deste projeto, contamos com a experiência e orientação da coordenadora LEONY LOURDES CLAUDINO DOS SANTOS, da supervisora ROSANE DUARTE e a colaboração da enfermeira MARGARETH MARTINS.

Dispomos de uma limitada bibliografia sobre o assunto, porém abrangente, englobando quase todos os tópicos utilizados no projeto. Certamente haverá necessidade de complementações durante as atividades do projeto para sedimentar nosso conhecimento.

Este projeto trata-se de um desafio, por ser uma proposta pioneira desenvolvida nesta área pelos alunos da VIIIa. Unidade Curricular da Universidade Federal de Santa Catarina.

Acreditamos que o paciente ostomizado que recebe a assistência adequada tem maior possibilidade de superar as dificuldades advindas do problema, aceitar sua limitação mantendo uma perspectiva de vida.

Diante de um problema tão abrangente como o dos ostomizados, problema que acomete ambos os sexos e faixa etária diversificada, esperamos atingir nossos objetivos se houver um real empenho de todos os engajados neste projeto e no programa.

Esperamos que no decorrer do estágio estejamos aptos a desempenhar as atividades por nós planejadas e que possamos obter crescimento técnico, científico e pessoal para complementar a nossa formação acadêmica.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AINDA posso levar uma vida normal? Tradutor desconhecido.
In: GILL, Norma N. et alli. Enterostomal Therapy Department Cleveland Clinic, Summer, 1973.
2. HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPUEDUSP, 1979. p.
3. LEÃO, Pedro Henrique Saraiva. Colostomia & Colostomizados. Fortaleza, UFS, 1981. 73p.
4. NUNES, Ana Maria Pereira. Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do indivíduo para o auto-cuidado. Florianópolis, Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC, 1982. 142p.
5. ORDEM DE SERVIÇO INAMPS/SMS nº 158. Relatório da DATAPREV dos anos 1984, 1985, 1986, respostas dos hospitais próprios e hospitais universitários. Rio de Janeiro, Fevereiro, 1988. 15p. Mimeo.
6. REIBNITZ, Kenya S. Síntese da teoria do auto-cuidado de Dorothea Orem. Florianópolis, UFSC, 1983. 30p.
7. ROSA, M.T.L. Estudo de Teorias de Enfermagem. Florianópolis, setembro, 1986. 38p.

8. TOGAWA, L.K. et alli. Assistência de Enfermagem aos ostomizados. São Paulo. 16p.

VIII - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, S.D. Enfermagem Médico-Cirúrgica. 3a. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
2. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, S.D. Moderna prática de Enfermagem. 3a. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
3. CHIRINOS, C.E. Narda. Modelo Conceitual e operacional de educação para o auto-cuidado de indivíduos colostomizados. Florianópolis, Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC, 1988. 139p.
4. FELLOUS, G. Sara. Orientação dietética para pacientes ostomizados. Centro Paulista de Assistência aos colostomizados, São Paulo, 53p.
5. NEVES, Eloita P. Apresentação resumida dos elementos das teorias de enfermagem de Dorothea Orem, Martha Rogers, Imogene Kina e Callista Roy. Florianópolis, dezembro, 1983. 13p.

A N E X O S

1-IDENTIFICAÇÃO:

Nome _____
Idade _____ Sexo _____ Religião _____
Profissão _____
Grau de Instrução _____
Tipo de Cirurgia _____
Data da Cirurgia _____

11-QUESTIONÁRIO:

1- Como se faz para trocar a Bolsa de Colostomia?

- 0-() Nenhum Conhecimento
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a Informação:

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C.O
- () Outros

2- Quais os cuidados que usa com estoma(boca) e pele?

- 0-() Nenhum Conhecimento
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a informação?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C.O
- () Outros

3- Que orientação você tem quanto a coloração e anormalidades do estoma (boca)?

- 0-() Nenhum Conhecimento
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a informação?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C.O

4- Que cuidados deve ter com os equipamentos?

- 0-() Nenhum Conhecimento
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a informação?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C.O
- () Outros

5- Qual o melhor horário para a troca das bolsas?

- 0-() Nenhum Conhecimento
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a informação?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C.O
- () Outros

6- Que cuidados deve tomar para evitar excesso de odores?

- 0-() Nenhum Conhecimento
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a informação?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C.O
- () Outros

7- Que tipo de alimentação usa quando está com diarreia ou constipação?

- 0-() Nenhum Conhecimento
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a informação?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C.O
- () Outros

8- Que tipo de medicamento e/ou substância conhece para diminuir o odor e irritação?

- 0-() Nenhum Conhecimento
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a informação?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C.O
- () Outros

9- Quais os exercícios físicos que pode fazer?

- 0-() Nenhum Conhecimento
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a informação?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C. O
- () Outros

10- O que você acha que pode realizar em relação ao dia a dia?

- 0-() Nenhum Conhecimento ,
- 1-() Pequeno Conhecimento
- 2-() Satisfatório Conhecimento
- 3-() Total Conhecimento

Quem deu a informação?

- () Médico
- () Enfermeiro
- () Presidente da A.C.O
- () Outros

ROTEIRO DE RESPOSTAS

1P. Como você faz para trocar a bolsa de colostomia? Bolsa Simples.

1R. Ao retirar a bolsa descolar delicadamente para não lesar a pele. Use ambas as mãos - uma mão puxando o dispositivo enquanto a outra afasta a pele do mesmo. Neste momento pode ser instalado gotas de eter ou benzina no anel do adesivo.

- Lave bem a pele peristomal com sabonete e/ou sabão e água, enxaguando-a cuidadosamente, ou tome banho.

- Seque bem a pele. Use chumaço ou gaze no estoma para não extravazar fezes.

- Estique a pele do abdomen e coloque o adesivo de encontro a pele, pressionando firmemente no lugar.

- Caso a pele esteja erritada

- Passe tintura de Benjoin para proteger e melhorar a aparência da bolsa (espere secar).

- Ou outra proteção cutânea.

Importante - Cortar o diâmetro da bolsa de acordo com o diâmetro do estoma.

- Aderir a bolsa de tal forma que o adesivo ou pele fique dobrado.

- Caso haja irritação por fungo usar anti-fungicida - nistatina, violeta de genciana;

Bolsa de Karaya

- A quantidade do tempo que uma pessoa pode ficar com uma bolsa colocada, depende da localização do estoma, mas geralmente o tempo de uso é de 3 a 4 dias, podendo alguns casos perdurar por mais tempo.

- O tempo de esvaziamento é de 4 a 6 horas.
- Os outros procedimentos são os mesmos da bolsa simples.
- Para retirar fezes desclampar a bolsa.
- Em caso de bolsa não drenável dar um pique na parte superior.

2P. Quais os cuidados que usa com o estoma ? (Boca) e Pele?

2R. - Manter limpa a pele com água e sabão neutro e secando-a bem com papel higiênico ou toalha felpuda.

- Deixar a pele exposta por alguns minutos antes de colocar outra bolsa. Com a pele limpa e seca se consegue melhor aderência da bolsa.

- Expor sempre que possível periestoma aos raios solares matinais, extremamente benéficos para a melhora das condições da pele.

- Procurar utilizar barreiras cutâneas em pacientes com pele sensível ou alérgico dos adesivos (Tintura de Benjoin, Clara de ovo batida em ponto de neve, Colódio elástico, Proderm, Pó de Karaya, etc...).

- Examinar frequentemente o estoma e pele do periestoma para detectar precocemente qualquer alteração e tomar as medidas necessárias.

3P. O que foi orientado a você quanto a coloração (Anormalidades) do estoma?

3R. O estoma deve apresentar sempre uma coloração rósea (da cor da mucosa da boca), pois caso apresente cor arrochada e/ou escura, isto pode significar que aquele local não está recebendo oxigênio, podendo causar necrose (morte do te

cido); isto é raro ocorrer, mas caso ocorra deve procurar o mais breve possível a orientação de um profissional da área.

4P. Que cuidados deve ter com os equipamentos?

4R. - Usar equipamento correto para o tipo de ostomia que são:

- Bolsas descartáveis fechadas - depende do tipo e volume das eliminações.

- Bolsas drenáveis - nas ileostomias (fezes líquidas com maior frequência).

- Adaptar o tamanho da abertura das bolsas ao tamanho do estoma - o orifício da bolsa não deve ultrapassar a 3 mm do tamanho do estoma, pois uma abertura grande predispõe a deposição de fezes e muco sobre a pele produzindo lesões extensas, podendo desenvolver infecções por fungos.

- Se o equipamento ficar muito apertado poderá causar estrangulamento do mesmo (estoma), causando má circulação, e necrose.

- Aplicar a bolsa corretamente evitando a formação de pregas na pele ou adesivo da bolsa, pois facilita vazamento de fezes na pele.

5P. Qual a melhor frequência e horário para a troca da bolsa?

5R. - Evitar trocá-las sem necessidade, porém evitar que fiquem cheias demais, pois as bolsas coletoras quando volumosas tendem a deslocamentos - acidente traumatizante para o paciente.

- Indica-se que se troque depois da alimentação ou após caminhadas longas, pois estes dois fatores estimulam o pe

ristaltismo

Nota: no entanto, deve-se respeitar particularidades fisiológicas de cada indivíduo.

6P. Que cuidados deve tomar para evitar excesso de gases e odores?

6R. - Os cuidados são:

- Comer com calma; com a boca fechada, mastigando bem os alimentos e comendo com intervalos regulares, sem deixar muitas horas entre uma refeição e outra.

- Evitar usar goma de mascar (chicletes) ou bebidas com gases.

- Nas bebidas gasosas é necessário agitá-las antes de tomá-las (para liberar maior parte do dióxido de carbono).

- Evitar quando for a reuniões sociais - ovos, peixes, condimentos fortes, repolho, cebola, batata doce, etc.

- Manter a higiene do estoma e pele periestoma.

- Usar bolsa adequada de acordo com o tipo de ostomia.

- Ingerir iogurte.

- Colocar 1 comprimido de aspirina na bolsa.

- Carvão ativado 1 comprimido 3 vezes ao dia.

- Clorofila 1 comprimido 3 vezes ao dia

- Para diminuir ruídos colocar um chumaço de algodão úmido introduzido no estoma (abafa o ruído).

7P. Que tipo de alimento usa quando está com diarreia ou constipação?

7R. Diarreia:

- Laticínios: ricota fresca, requeijão, queijo fresco, mus

sarela.

- Tuberculos e raízes: batata inglesa, mandioca cará, cenoura.
- Cereais: maizena, sagú, trigo, arroz.
- Frutas: maçã (cozida, assada, raspada); banana maça e prata, laranja lima, lima, limão.
- Doces: marmelada branca, goiabada.
- Gorduras: pouca manteiga, óleo de soja e de milho.
- Legumes: chuchú, abobrinha s/casca, beringela s/casca.

Constipação:

- Frutas cruas: ameixa, pera, manga, melancia, uva, mamão, melão, abacaxi, morango, caqui, pêsego, abacate, laranja com bagaço.
- Leguminosa: feijão branco e preto, feijão soja, ervilhas, lentilhas.
- Frutas secas: nozes, avelãs, castanha, côco, amendoim.
- Cereais integrais: cevada, centeio, milho, arros, aveia.
- Açúcar animal: mel de abelha.
- Verduras e folhas: Agrião, alface, acelga, espinafre, almeirão, couve-flor, repolho, brócoli, pepino, pimentão, beringela, palmito, cebola e tomate.

8P. Conhece alguma fórmula para diminuir o odor e a irritação?

8R. - Em experiência a do orildo

- 1 litro de água oxigenada 10 vol.
- 2 tb bomotil com neomicina
- 1 tb cepacol, líquido, 20qml
- 1 colher de café de bicarbonato de sódio
- misturar tudo e passe para bisnaga pequena

- molhe 1 pedaço de algodão na solução e coloque na bolsa.

Outros comprovados

- clorofila
- carvão ativado
- bicarbonato de sódio

9P. Quais os exercícios físicos que pode fazer?

9R. - São liberados todos os exercícios físicos aos colostomizados e ileostomizados exceto exercícios violentos.

- Evite:

- Realizar grandes e prolongadas tarefas que lhe exijam muito esforço.

10P. O que você acha que pode realizar no seu dia a dia? Quanto a gravidez?

10R. - Você pode ter filhos afinal você é uma pessoa como as outras, para isto é só conversar com o seu médico para que ele acompanhe o seu caso.

- Toda a fase.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-ENSINO INTEGRADO
VIII UNIDADE CURRICULAR- ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Relatório sobre a assistência de enfermagem englobando os aspectos biopsicossociais aos clientes Ileostomizados e Colostomizados a nível ambulatorial e domiciliar.

Afonso Cezar dos Santos Cordeiro
Carlos Cesar Porto
Marta Aparecida Daufenbach Teixeira
Sandra Kinczeski

Florianópolis, novembro de 1988.

Relatório sobre a Assistência de Enfermagem
englobando os aspectos Biopsicosociais a
clientes Ileostomizados e Colostomizados a
nível ambulatorial e domiciliar.

Orientadora: Leony Lourdes Claudino dos Santos

Supervisora: Rosane Duarte

"Jamais desanime,

Embora sua dor pareça insuportável e sem remédio, ela há de terminar, e a alegria voltará a brilhar em seu coração.

Não há noite eterna a qual não suceda a luz de um dia radiante.

Dos sofrimentos passados, conservamos apenas uma lembrança quase apagada.

Assim acontecerá amanhã com os sofrimentos de hoje.

Entregue tudo ao tempo, que, com sua mão compassiva, balsamizará todas as suas dores".

C. Torres Pastorino

(Minutos de Sabedoria)

AGRADECIMENTOS

- "À Inteligência Suprema, causa primária de todas as coisas; por nunca nos ter abandonado".
- Às chefias do INAMPS: Enfermagem e Técnico-Administrativo, pela receptividade e apoio que nos dispensaram;
- À supervisora Rosane Duarte, pelo companheirismo que sempre existiu durante o convívio que tivemos;
- À orientadora Leony Lourdes C. dos Santos, por ter investido, com amor na realização deste trabalho;
- A todos os clientes Ostomizados que contribuíram para a realização deste trabalho;
- Ao grupo de apoio do Hospital Universitário pela dedicação que nos dispensaram;
- Aos funcionários do INAMPS que direta ou indiretamente colaboraram conosco;
- A todos o nosso muito obrigado.

SUMÁRIO

	Pág.
I - Introdução	01
II - Resultados da Proposta de Ação	04
III - Objetivos não Propostos	27
IV - Conclusão	34
V - Recomendações	37
VI - Bibliografia	38

Anexos

I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho relata e discute os resultados das atividades de conclusão da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, desenvolvido no PAM - Central, no período de 22/08/88 a 10/11/88. Este teve como objetivo prestar assistência de Enfermagem englobando os aspectos biopsicossociais aos clientes Ileostomizados e Colostomizados a nível ambulatorial e domiciliar.

As atividades de estágio foram realizadas de segunda a sexta-feira no período matutino das oito às doze horas, perfazendo duzentas e vinte horas de estágio prático e oitenta horas para elaboração e apresentação de projeto e relatório.

Entendemos que relatório consiste basicamente, da apresentação das atividades realizadas, e para tanto, utilizaremos definições de alguns autores para fundamentar nosso trabalho e clarear alguns conceitos que permearam nosso desempenho no decorrer do estágio.

Segundo Beltrão³ "Relatório é a exposição de ocorrências ou da execução de serviços, ou ainda, dos fatos

de uma administração pública ou privada, sendo essa exposição a acompanhada quando necessário, de gráficos, mapas, tabelas e ilustrações. Sua linguagem é a fatural, no mais das vezes".

Em Martins & Zilberknop⁶ encontramos que : "Relatório é o documento através do qual se expõem os resultados de atividades variadas".

Silva⁷ et alí diz que: "Em qualquer organização, a contribuição de cada indivíduo só tem valor na medida em que os resultados de seu trabalho são comunicados e tornados inteligíveis. Assim, o trabalho de qualquer investigador só começa realmente quando outros podem acompanhar e discutir seus resultados e conclusões. Da mesma forma, em órgãos e empresas públicas ou privadas há a constante necessidade de prestar contas ou comunicar informações a quem deseje ou necessite ser informado sobre as atividades realizadas".

Para Arndt & Huckabay² "O processo de avaliação é, essencialmente, o processo de determinar o valor que algo possui na obtenção dos objetivos pré-estabelecidos. Assim a avaliação pressupõe precedentes de uma situação e a determinação de objetivos".

Segundo Kron⁵ "A avaliação diz respeito à qualidade. Ela exige julgamento profissional para estabelecer padrões de uma enfermagem e determinar quão satisfatoriamente eles foram atingidos". Segundo a mesma autora "Os registros e relatórios contêm prova da efetividade do grupo e são fundamentais para uma boa administração".

Faria⁴ diz que "A avaliação consiste na cautelosa verificação dos resultados de planejamento sendo importante ter o espírito crítico de avaliação, sem se submeter a pressões de aspecto emocionais e de interesses pessoais, isto é'

superpondo o interesse particular ao geral".

Acreditamos que qualquer atividade da vida humana por mais simples que seja, necessita de planejamento e de constante avaliação, afim de que sejam detectadas as falhas, analisadas as estratégias e obtidos finalmente, resultados no mínimo satisfatórios.

A seguir passamos a relatar as atividades, desenvolvidas no estágio prático de acordo com os objetivos os quais foram propostos.

Além dos objetivos propostos faremos avaliação de objetivos que não constaram do projeto mas que foram desenvolvidos durante o estágio.

II - RESULTADOS DA PROPOSTA DE AÇÃO

Nosso trabalho foi realizado em torno de um objetivo geral, que foi operacionalizado em objetivos específicos, sendo que estes específicos estão relacionados a assistência e ao ensino e as atividades organizacionais.

1 - Objetivo Geral

Prestar Assistência de Enfermagem na área biopsicossocial aos clientes Ileostomizados e Colostomizados do Programa de Assistência aos Ostomizados, visando a promoção e recuperação da saúde.

2 - Objetivos Específicos Relacionados à Assistência e ao Ensino

- a. Realizar consultas de Enfermagem a nível ambulatorial aos clientes integrantes do programa de assistência aos Ostomizados do PAM - Central.

Consideramos o objetivo parcialmente alcançado, pois cada acadêmico conseguiu realizar mais de três consultas de enfermagem aos clientes Ileostomizados e Colostomizados do programa, no entanto, nem to

das as estratégias foram possíveis aplicar, pois enfrentamos um longo período de greve da previdência (22.09.88 à 11.11.88), totalizando cinquenta dias.

Quanto ao roteiro de consulta preconizado, por Wanda de Aguiar Horta ao qual iríamos adaptá-lo conforme a realidade específica do cliente Ostomizado não foi possível aplicá-lo em decorrência de se ter estabelecido que adaptaríamos em conjunto com o grupo de apoio do Hospital Universitário. No entanto não foi elaborado porque o grupo de apoio achou por bem atender outras necessidades do programa, relacionados com a organização do mesmo.

Apesar do roteiro não ter sido elaborado as consultas de enfermagem foram realizadas e nesta ocasião atendíamos as necessidades humanas básicas do cliente, registrando-as na folha de evolução de enfermagem conforme modelo em anexo I.

Durante a consulta de enfermagem preenchíamos ficha de cadastramento da A.C.O. dos clientes que não estavam ^{IN} escritos na mesma (modelo em anexo II). Após a consulta agendávamos os clientes para retorno, assim, como quando solicitado pelos mesmos agendávamos para consulta médica. Além da consulta fornecíamos todo o material necessário para troca de bolsa e preenchíamos o mapa anual de fornecimento do mesmo (modelo em anexo - III).

- D. Elaborar e aplicar um instrumento para identificação da competência do cliente Ileostomizado e Colostomizado para o auto-cuidado.

Consideramos este objetivo alcançado pois o grupo elaborou e aplicou vinte instrumentos de identificação de competência.

Para elaborar e aplicar esse instrumento se fez necessário um roteiro de respostas que pudesse servir como parâmetro de avaliação do conhecimento do cliente. Durante a aplicação do instrumento percebeu-se o pouco conhecimento que o cliente Ileostomizado e Colostomizado apresentava quanto ao seu estoma. Por isso foi fundamental importância a aplicação do mesmo. Como tínhamos interesse em saber por parte de quem estes clientes haviam adquirido este conhecimento, após cada pergunta questionávamos quem havia prestado esta informação, se tinha sido o médico, enfermeiro, presidente da A.C.O. ou outras pessoas ou nenhuma informação.

O instrumento foi aplicado durante as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e durante as reuniões da A.C.O.. Para se chegar aos resultados esperados se fez necessário aplicar o instrumento duas vezes, um para verificar o conhecimento e o outro para avaliar o grau de assimilação das respostas após as orientações.

Estes dados são demonstrados nas tabelas a seguir:

Tabela 1 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "Como se faz para trocar a bolsa de colostomia?".

Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1ª		2ª	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum conhecimento	-	-	-	-
Pequeno conhecimento	2	20	-	-
Satisfatório conhecimento	7	70	4	40
Total conhecimento	1	10	6	60
Total	10	100	10	100

Dos clientes entrevistados observa-se que na primeira entrevista 20% apresentaram pequeno conhecimento, 70% satisfatório conhecimento e 10% total conhecimento. Ao passo que na segunda entrevista 40% apresentaram satisfatório conhecimento e 60% total conhecimento.

Através destes números vê-se que os clientes não tinham uma informação suficiente sobre como trocar sua bolsa, ou esta informação talvez tenha sido prestada numa hora em que o mesmo estava sobre 'stress' por exemplo: no pós operatório imediato ou mediato motivo pelo qual não tenha assimilado

totalmente essas informações.

Já na segunda entrevista observa-se que o nível de conhecimento aumentou para 60% ao passo que 40% apresentava satisfatório conhecimento e nenhum dos clientes apresentou pequeno conhecimento ou nenhum conhecimento.

A mudança destes dados serão discutidos ' posteriormente.

Tabela 2 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "Quais os cuidados que usa com o stoma e pele?".

Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1ª		2ª	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum conhecimento	1	10	-	-
Pequeno conhecimento	5	50	5	50
Satisfatório conhecimento	4	40	4	40
Total conhecimento	-	-	1	10
Total	10	100	10	100

Dos clientes entrevistados observa-se que na primeira entrevista 10% dos clientes não tiveram nenhuma informação, 50% tem um pequeno conhecimento e 40% apresentaram satisfatório conhecimento.

Verifica-se através destes percentuais que pelo menos 50% dos clientes tinham um pequeno conhecimento dos cuidados com a pele e ostoma.

Tabela 3 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "Que orientação você tem quanto a coloração e anormalidades do estoma (boca)?"
Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1ª		2ª	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum conhecimento	9	90	1	10
Pequeno conhecimento	-	-	3	30
Satisfatório conhecimento	-	-	5	50
Total conhecimento	1	10	1	10
Total	10	100	10	100

De acordo com a tabela 3 na primeira entrevista 90% dos clientes não tinham conhecimento sobre a questão. Já na segunda entrevista, após orientação houve aumento do conhecimento demonstrando um grau de assimilação que não chegou a ser total porém houve um acréscimo considerável.

Tabela 4 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "Que cuidados deve ter com os equipamentos?".

Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1ª		2ª	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum conhecimento	1	10	-	-
Pequeno conhecimento	-	-	1	10
Satisfatório conhecimento	4	40	4	40
Total conhecimento	5	50	5	50
Total	10	100	10	100

Quanto a pergunta acima 10% responderam que não tinham nenhum conhecimento sobre o assunto, 40% tinham satisfatório conhecimento e 50% total conhecimento. Observa-se nesta pergunta que o percentual de clientes com satisfatório conhecimento foi dos melhores, talvez porque o equipamento vai fazer parte da vida do Ostomizado, nas 24 horas do dia,

O cliente deve ter um equipamento de primeira, para ter uma melhor qualidade de vida, que ele só terá se for bem orientado no seu pré ou pós-operatório.

Tabela 5 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "Qual o melhor horário para a troca das bolsas ?".

Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1º		2º	
	Nº	%	nº	%
Nenhum conhecimento	1	10	-	-
Pequeno conhecimento	4	40	4	40
Satisfatório conhecimento	5	50	6	60
Total conhecimento	-	-	-	-
Total	10	100	10	100

Dos clientes entrevistados 10% não apresentaram nenhum conhecimento, 40% tinham um pequeno conhecimento, 50% tinham conhecimento satisfatório. Verifica-se que 90% tinham conhecimento do melhor horário para troca de bolsa e que 10% faziam a troca de bolsa aleatoriamente, visto não ter nenhuma informação.

Observa-se que houve progresso, embora discreto visto termos orientado e conseguido reverter o quadro do cliente com nenhum conhecimento deixando-o com conhecimento satisfatório.

Tabela 6 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "Que cuidados deve tomar para evitar excesso de odores?".

Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1ª		2ª	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum conhecimento	5	50	-	-
Pequeno conhecimento	4	40	1	10
Satisfatório conhecimento	1	10	8	80
Total conhecimento	-	-	1	10
Total	10	100	10	100

Verifica-se através dos dados da tabela acima que 50% dos clientes entrevistados tinham nenhum conhecimento a respeito da questão, talvez em decorrência da falta de orientação dos profissionais da saúde a estes clientes. 40% tinham pequeno conhecimento e 10% satisfatório conhecimento. Após orientação o nível de assimilação aumentou consideravelmente da primeira para a segunda entrevista. Supõe-se que esta assimilação se deu em decorrência do cliente ter interesse em aprender como evitar excesso de odores pois este é um dos fatores que isola da sociedade.

Tabela 7 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "Que tipo de alimentação usa quando esta com diarreia ou, constipação?".
Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1ª		2ª	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum conhecimento	2	20	—	—
Pequeno conhecimento	4	40	3	30
Satisfatório conhecimento	3	30	4	40
Total conhecimento	1	10	3	30
Total	10	100	10	100

Dos clientes entrevistados observa-se que na primeira entrevista 20% dos clientes não tinham nenhuma informação, 40% tinham um pequeno conhecimento, 30% apresentavam satisfatório conhecimento e 10% tinham total conhecimento.

Verifica-se que após orientação houve um pequeno acrêscimo deste percentual haja visto que 30% que apresentaram satisfatório conhecimento passou a ter 40% deste conhecimento, 10% passou a ter total conhecimento.

Supõe-se que neste acrêscimo tenha sido em decorrência do cliente dominar este problema através de experiência própria, bem como, adaptado a certos alimentos que causavam diarreia.

Tabela 8 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "Que tipo de medicamento e /ou substância você conhece para diminuir o odor e a irritação?".

Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1ª		2ª	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum conhecimento	6	60	1	10
Pequeno conhecimento	4	40	-	-
Satisfatório conhecimento	-	-	5	50
Total conhecimento	--	-	4	40
Total	10	100	10	100

Observa-se na tabela 8 que 60% dos Colostomizados desconheciam qualquer tipo de medicamento que diminuísse o odor de seu ostoma e a irritação da pele. 40% tinham pequeno conhecimento. Nenhum cliente entrevistado tinha conhecimento satisfatório.

Após orientação, apenas 10% permaneceu sem conhecimento algum, 50% passou a ter conhecimento satisfatório e 40% passou a ter conhecimento total sobre o assunto.

Tabela 9 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "Quais os exercícios físicos que pode fazer?".

Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1º		2º	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum conhecimento	-	-	-	-
Pequeno conhecimento	1	10	2	20
Satisfatório conhecimento	4	40	3	30
Total conhecimento	5	50	5	50
Total	10	100	10	100

De acordo com a tabela 9, verifica-se que 50% dos clientes entrevistados tinham conhecimento a respeito desta questão. Essa percentagem se dá talvez por ser uma das perguntas que os clientes costumavam fazer após receber alta hospitalar pois eles tem dúvida a respeito do que podem ou não fazer após a colostomia.

Tabela 10 - Conhecimento demonstrado pelos clientes Colostomizados relativo a pergunta: "O que você acha que pode realizar em relação ao dia a dia?".

Florianópolis, novembro de 1988.

Conhecimento	ENTREVISTA			
	1ª		2ª	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum conhecimento	1	10	-	-
Pequeno conhecimento	4	40	1	10
Satisfatório conhecimento	2	20	5	50
Total conhecimento	3	30	4	40
Total	10	100	10	100

De acordo com a tabela 10 nota-se que na primeira entrevista 10% dos clientes não tinham nenhum conhecimento, 40% tinham pequeno conhecimento, 20% satisfatório conhecimento e 30% conhecimento total. Já na segunda entrevista após orientação houve aumento do conhecimento demonstrando o grau de assimilação que não chegou a ser total porém houve um acréscimo considerável. Supõe-se que o aumento deste percentual tenha sido em decorrência do cliente ter interesse em saber o que pode realizar em relação ao dia a dia.

Tabela 11 - Frequência de clientes Colostomizados atendidos no período de agosto/novembro de 1988 segundo o grau de instrução.

Florianópolis, novembro de 1988.

Grau de instrução	Nº	%
Primeiro grau completo	5	50
Segundo grau completo	3	30
Terceiro grau completo	2	20
Total	10	100

Nota-se que 50% dos clientes possui apenas o primeiro grau.

Diante deste fato questiona-se até quando a enfermagem esta preparada para atingir estes clientes, educá-los e orientá-los. Como são repassadas as orientações ? Será que estas, se existem, não estão num nível muito alto para estes clientes. São questões que merecem reflexão tanto por parte dos profissionais de enfermagem quanto de todos os profissionais envolvidos com o cliente e sua família.

Tabela 12 - Frequência de clientes colostomizados atendidos no período de agosto/novembro de 1988, segundo a faixa etária.

Florianópolis, novembro de 1988.

Idade	Nº	%
10 a 20	-	-
21 a 30	-	-
31 a 40	3	30
41 a 50	-	-
51 a 60	3	30
61 a 70	4	40
+ de 70	-	-
Total	10	100

Verifica-se através dos dados da Tabela que 40% dos clientes colostomizados se encontram na faixa etária de 61 a 70 anos.

Observamos através dos prontuários destes clientes que a principal patologia que levou a colostomia foi o câncer cólico reto-anal em dois terços dos casos. Isto vem de encontro aos estudos já realizados que afirmam uma tendência do câncer proliferar na quarta década de existência. Em decorrência disto foi possível verificar a maior incidência na faixa de 61 a 70 anos. Demonstrando que as doenças se intensificam no cliente idoso.

Tabela 13 - Comparação do nível de conhecimento para o auto-cuidado apresentado pelos clientes colostomizados após a primeira e segunda entrevista e nível de assimilação conseguido após as orientações.

Florianópolis, novembro de 1988.

Questões	Nível de Conhecimento				Nível de Assimilação
	1º		2º		%
	Nº	%	Nº	%	
1º	20	56,6	25	83,3	16,7
2º	15	53,3	17	56,6	3,3
3º	03	10	18	60	50
4º	23	76,6	25	83,3	6,7
5º	14	46	18	50	4,0
6º	06	20	20	66,6	40,6
7º	13	43,3	21	70,6	27,3
8º	05	16,6	23	76,6	60
9º	24	80	24	80	-
10º	17	56,6	22	73,3	16,7
Total	141	46,9	213	64,6	71,4

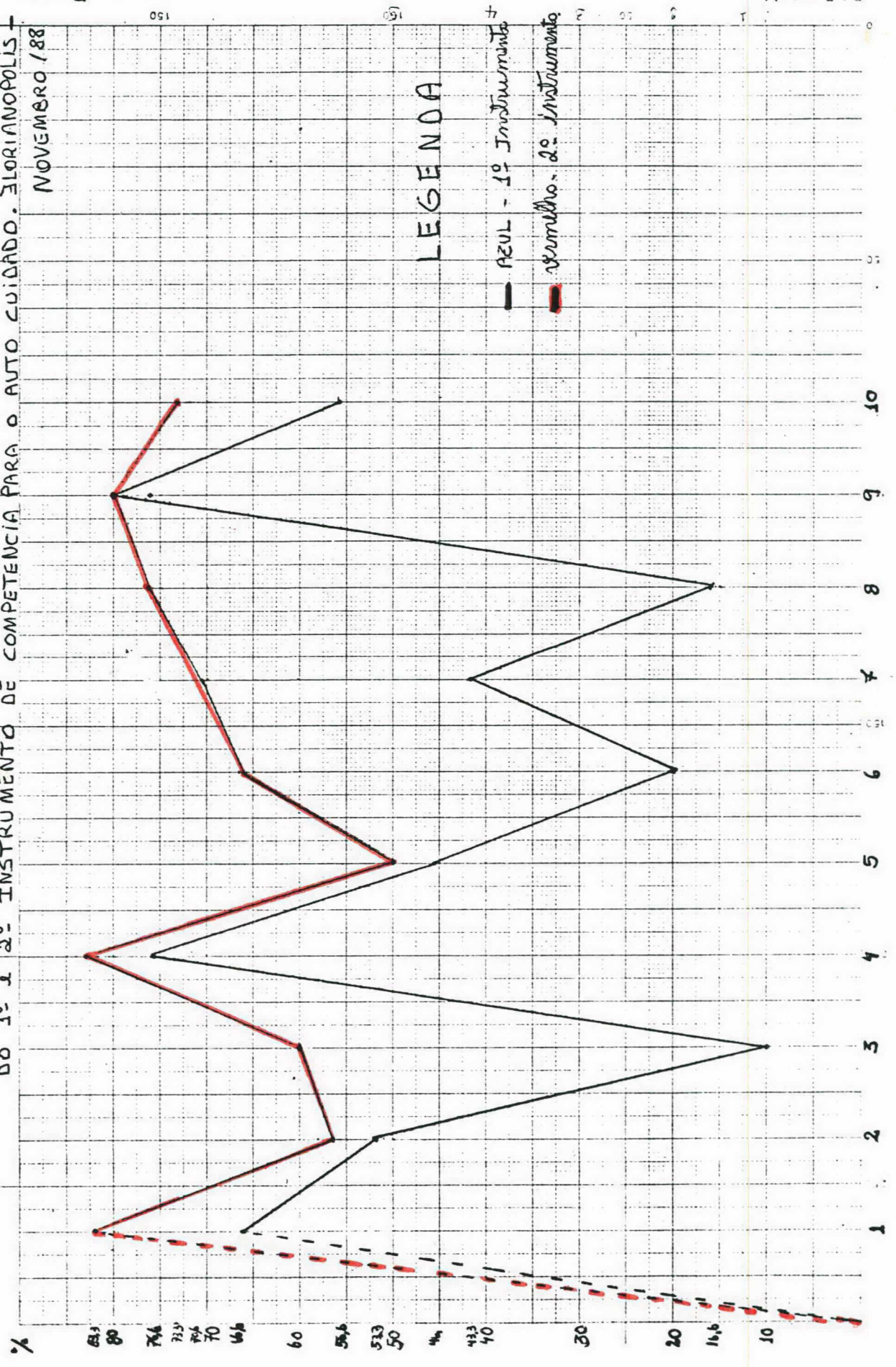
Pelos dados acima observa-se que houve um nível de assimilação em 90% das perguntas formuladas aos clientes e que a percentagem de melhor assimilação ocorreu nas questões: 3,6 e 8.

Estes resultados demonstram que os clientes apresentavam um nível defasado de conhecimento. Supõe-se que esta seja em decorrência dos inúmeros problemas resultantes de u-

ma ostomia e que se agravam muito mais devido a ausência ou carência de informações e orientações a estes clientes. Como relatamos anteriormente foi possível observar que não existe um programa informativo no pré e pós operatório do ostomizado, talvez resultado de comodismo ou falta de conhecimento dos profissionais da saúde. Esse cliente então busca orientação de outras pessoas por vezes também desenformadas, o que o torna mais inseguro e confuso. Questionamos: Como o cliente irá aceitar sua ostomia sem ter a devida informação? Como irá se reintegrar à sociedade? Foi pensando neste assunto que organizamos e aplicamos o instrumento através do qual foi possível detectar o conhecimento e a competência do ostomizado para o auto-cuidado.

Destacamos os dados obtidos no segundo instrumento apresentado no gráfico que demonstra o esforço e dedicação dos acadêmicos em fornecer orientação precisa a estes clientes. Aumentando seu nível de conhecimento, bem como a capacidade para executar cuidados.

GRÁFICO 1: NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS CLIENTES COLOSTOMIZADOS APÓS APLICAÇÃO DO 1º e 2º INSTRUMENTO DE COMPETÊNCIA PARA O AUTO CUIDADO. FLORIANÓPOLIS - NOVEMBRO /88



- c. Promover condições para o cliente íleo e colostomizado realizar o auto-cuidado, utilizando como referencial a teoria de Dorothea Orem.

Em decorrência de nos engajarmos com muita garra na Assistência de Enfermagem, tanto a nível ambulatorial como domiciliar, verificamos que o objetivo foi alcançado, pois foram oferecidas condições para o cliente se auto-cuidar através de orientações, fornecimento de material, além de estimularmos a participação dos mesmos nas reuniões da A.C.O.

Promovemos condições adequadas para o atendimento dos clientes ou família montando um consultório para consulta, troca de bolsa e curativos, além de repassarmos alguns conhecimentos científicos para os mesmos estimulando a participação ativa do cliente e família na promoção e recuperação da saúde.

- d. Realizar visitas domiciliares aos clientes íleo e colostomizados da grande Florianópolis que fazem parte do programa.

Este objetivo foi totalmente alcançado apesar de ter sido o objetivo mais difícil pois, as dificuldades encontradas foram muitas, principalmente pelas adversidades para encontrar a residência dos clientes, visto que muitas vezes as casas não tinham número nem tinham um ponto de referência ou não condiziam com o endereço registrado nas fichas cadastrais em virtude de mudanças e não atualização dos cadastros.

Outra adversidade foi a greve do INAMPS po

is neste período não dispomos de viatura para locomoção, tendo que usar transporte coletivo ou o carro da supervisora.

Durante as visitas pode-se perceber a falta de saneamento básico e a precária condição habitacional em que vivem alguns clientes, porém ficando de mãos atadas por ser uma questão política.

Apesar das dificuldades encontradas foram feitas todas as visitas domiciliares previstas no cronograma.

Estas visitas só vieram nos enriquecer e despertar em nós o espírito crítico pois conhecemos outra realidade, diferente daquela vivenciada no dia a dia onde temos acesso a materiais, etc. Na comunidade lidamos com pessoas carentes onde as vezes não têm o que comer. Infelizmente nessa universidade não forma profissionais para trabalhar em comunidade, ela visa apenas o aspecto curativo deixando a desejar o aspecto preventivo.

e, Manter relação Enfermeiro/cliente com todos os Ostomizados do programa.

Durante o estágio manteve-se uma relação pessoa a pessoa em decorrência de estarmos sempre em contato, conversando, orientando e ou prestando assistência de enfermagem tanto a nível ambulatorial quanto a nível domiciliar.

Sentimos que esta relação se tornou mais intensa nas reuniões da A.C.O. nas quais os clientes sentiam-se à vontade para expor seus sentimentos, colocar seus problemas e trocar experiências vivenciais. Fomos aceitos com muita receptividade e muitas vezes fomos questionados na tentativa de solucionar seus problemas. Fomos solicitados a

participar de todas as reuniões da A.C.O. pelos clientes, espaço esse que não existia no início do desenvolvimento do projecto. Por estes motivos consideramos o objetivo totalmente alcançado.

Objetivos relacionados a atividade organizacionais

- a. Marcar reunião no início do estágio com chefia de enfermagem e reuniões periódicas com orientadora e supervisora para discussão do andamento do projeto.

Consideramos este objetivo plenamente alcançado pois fomos apresentados à chefia de enfermagem na primeira semana de estágio, onde apresentamos os objetivos deste projeto. Mantivemos um contato quinzenal com a orientadora e supervisora e sempre que se achou necessário sanar algumas dúvidas, pois elas sempre estiveram presentes e à disposição do grupo.

- b. Conhecer a área física da instituição, os funcionários do programa de assistência aos Ostromizados, normas e rotina do mesmo.

O objetivo foi alcançado haja visto que percorremos a área física da instituição, conversamos com os funcionários do programa, além de conversarmos com outros funcionários de setores diferentes.

Com relação às normas e rotinas do programa não foi possível conhecermos totalmente porque o mesmo teve início no dia 01/08/88 e não dispõe destas por escrito.

- c. Auxiliar na reorganização dos prontuários e fichários dos íleo e colostomizados do programa.

Ao iniciarmos o estágio os prontuários e fichários dos clientes ostomizados estavam na sala do P.A.D. (Programa de Assistência Domiciliar). Na primeira semana de estágio transferimos todo o fichário e prontuário destes clientes para a sala administrativa do programa de assistência aos ostomizados ficando sob nossa responsabilidade a reorganização dos mesmos.

Atualizamos o fichário, organizamos o arquivo morto, colocamos os prontuários em ordem alfabética. Sendo assim, conseguimos alcançar totalmente este objetivo.

- d. Atuar junto a equipe que se dedica ao estudo do cliente ostomizado e junto aos membros da A.C.O.

O objetivo foi totalmente alcançado em decorrência de participarmos ativamente de todas as reuniões da A.C.O. e grupo de apoio, colaborando em aspectos fundamentais como: Elaboração de logotipo e slogan para cartaz.

Durante uma das reuniões da A.C.O. fizemos uma palestra expositiva sobre técnica correta de troca de bolsa e cuidados com a pele com a utilização de técnica audio-visual.

III - Objetivos Não Propostos

Em virtude de necessidades sentidas para poder realizar a contento nossas atividades elaboramos alguns objetivos que passamos a avaliar.

1. Montar e organizar sala para consulta de enfermagem.

Este objetivo foi plenamente alcançado, pois conseguimos espaço físico e adaptado conforme necessidade de do programa para assistência da clientela.

Junto com a supervisora conseguimos uma sala desocupada na instituição para fazermos o nosso consultório de enfermagem. Interessante é que não o conseguimos de mãos beijadas, mas tudo com muito esforço e dedicação. Por exemplo: Enquanto andávamos pelos corredores do INAMPS verificamos que um armário do RX estava desocupado, logo em seguida fomos à chefia de enfermagem e solicitamos este para o programa. Em seguida este foi levado à nossa sala. Fomos à chefia de enfermagem e pedimos carta branca para ir ao almoxarifado do INAMPS e pegar alguns materiais permanentes que foram: 1 escadinha, 3 cadeiras, 1 biombo, 1 balde para lixo, 1 arquivo, 1 maca, 1 mesa auxiliar e luz auxiliar.

Após conseguirmos todo o material necessário para organização da sala, fizemos a desinfecção dos materiais e deixamos a sala em ordem para o atendimento da clientela.

Todo o material de consumo foi guardado, cadastrado e arquivado.

2. Divulgar o Programa de Assistência aos Ostomizados em Florianópolis e São José à nível hospitalar.

Este objetivo surgiu porque observamos durante as atividades, que o Programa não tinha uma divulgação ampla à nível hospitalar.

Propomos então visitar os estabelecimentos hospitalares (Hospital Governador Celso Ramos, Hospital de Caridade, Hospital São Sebastião, Hospital Infantil Joana de Gusmão e Hospital Regional de São José).

Contactuamos com chefia de enfermagem e enfermeiros de unidade dos respectivos estabelecimentos. Relatamos o nosso projeto e tecemos comentários sobre o Programa de Assistência aos Ostomizados. Propuzemos também fornecer, cartazes para divulgação deste trabalho. Após esta divulgação observamos que alguns clientes começaram a ser encaminhados ao Programa, motivo pelo qual consideramos o objetivo alcançado.

3. Orientar pacientes colostomizados no pós-operatório imediato.

Este objetivo consideramos parcialmente alcançado porque não podemos orientar todos os pacientes visitados.

Sentimos o quanto é importante para a recu

peração do paciente a orientação e apoio no pós-operatório, embora reconhecemos que ela deya iniciar no pré-operatório.

Após tomarmos conhecimento de que havia cirurgia de colostomia nos hospitais de Florianópolis, alguém do grupo se dirigia até o local para prestar ao paciente orientação quanto ao auto-cuidado e estendê-los à família, dentro do possível, na tentativa de encaminhá-los ao Programa de Assistência aos Ostromizados.

Visitamos cinco pacientes. Somente dois se inscreveram no Programa porque dois eram pacientes do interior do Estado e um estava em estado grave, não podendo receber orientações e a família não se fez presente.

4. Fazer um levantamento dos pacientes Ostromizados a nível de SAME nos últimos 6 (seis) meses.

Este levantamento se fez necessário porque há um grande número de pacientes cirúrgico que recebem alta hospitalar após ser ostromizado, sem uma adequada informação, dirigindo-se para seus lares, sem estar ciente da existência do Programa de Assistência aos Ostromizados desta Capital.

A finalidade deste objetivo foi principalmente o encaminhamento destes ao programa ou encontrar subsídios para uma posterior visita domiciliar. Fizemos algumas visitas a pacientes encontrados através deste processo e os introduzimos no programa. Sendo assim, consideramos este objetivo alcançado.

5. Apresentar o Projeto na VIIª Unidade Curricular de Enfermagem

Durante as atividades, achamos que um trabalho desta natureza e o conhecimento que o aluno venha obter

com o aprofundamento neste tipo de patologia é de suma importância apresentar o mesmo para os alunos da VIIIª U.C. pois acreditamos que a continuidade deste trabalho beneficiará um grupo de clientes que não recebem uma assistência de enfermagem adequada.

Acreditamos que a divulgação fosse necessária para estimular os alunos a dar continuidade ao nosso projeto, haja visto que o conteúdo oferecido na 6ª fase não se esgota em uma manhã, sendo abordado superficialmente.

Contactuamos com a professora Nelcy, que achou de suma importância e nos ofereceu um espaço de sua disciplina para apresentarmos o projeto, com isso o objetivo foi alcançado, haja visto que conseguimos repassar o que tínhamos proposto.

6. Elaborar Logotipo e Slogan pré-divulgação da A.C.O.

Nas reuniões com o grupo de apoio foi solicitada colaboração a todos para a elaboração urgente de um logotipo para a A.C.O.

Foram elaborados pelos acadêmicos 4 tipos diferentes de logotipo, sendo um deles escolhido pelos participantes do programa. A seguir o mesmo foi encaminhado para que os clientes escolhessem a cor em que o mesmo deveria ser impresso.

O logotipo escolhido e o rodapé elaborado, pelos acadêmicos, encontram-se no anexo IV.

O slogan " Foi mudado o caminho de sua eliminação, não elimine o caminho de seu ideal ", foi elaborado pela supervisora de estágio também participante do grupo. Sen

do assim consideramos o objetivo alcançado.

7. Iniciar pesquisa da clara do ovo.

Conforme fomos nos entrosando no projeto, sentimos a necessidade de não ficar presos unicamente a conhecimentos científicos, mas partir também para uma parte prática.

Por isso iniciamos uma pesquisa científica da clara do ovo, pois desejamos trabalhar com algo terapêutico que fosse de encontro com a realidade sócio econômica da população alvo. Iniciamos com o embasamento teórico a respeito da composição bioquímica da clara do ovo. Após isto nos aprofundamos na fisiologia, anatomia e fisiopatologia da pele. Os profissionais do grupo de apoio comprometeram-se a iniciar e descrever todo o embasamento teórico para o trabalho da pesquisa. Após este levantamento científico iríamos catalogar as variáveis da clara do ovo.

Com a participação do grupo de apoio no Congresso Brasileiro do Ostomizado em São Paulo e no Congresso de Proctologia em Gramado no Rio Grande do Sul, conscientizou-se que devíamos achar meios para que o cliente viesse a ter o melhor material possível ou seja, em vez de pesquisar a clara do ovo para cicatrizar solução de continuidade em decorrência do péssimo nível do material fornecido, iríamos lutar para que o cliente tivesse acesso a melhores qualidades de material ou seja, melhores bolsas. Desta forma não continuamos este trabalho. Mesmo assim consideramos o objetivo alcançado em decorrência de havermos apenas iniciado o estudo durante o período de estágio.

8. Realizar palestra, expositiva aos membros da A.C.O.

Após a aplicação do primeiro instrumento de avaliação da competência do cliente ileo e colostomizado, verificamos que a clientela estava necessitando reforço teórico quanto a troca de bolsa e cuidados com a pele. Utilizamos uma estratégia didática através de meio audio-visual, cuja finalidade era de repassar informações teóricas. Após isto foi apresentado em cartaz os tipos de bolsas existentes no mercado, bem como orientado sobre os diâmetros existentes para bolsas, de ileostomizados e colostomizados.

Este tipo de apresentação teve ótima repercussão junto aos clientes e grupo de apoio. Por este motivo consideramos o objetivo alcançado.

9. Apresentar um Trabalho Científico para os acadêmicos e Supervisora do Projeto.

Visando ampliar o conhecimento dos acadêmicos participantes do projeto, um aluno do grupo ficou responsável para pesquisar e apresentar uma patologia relacionada a o aparelho digestivo que pudesse ter causa secundária da ostomia.

Acreditamos ser necessário este estudo científico, pois dois clientes deste programa apresentaram problema de Polipose Familiar, uma patologia até certo ponto desconhecida por muitos.

Este estudo foi apresentado e discutido pelo grupo sendo que seu conteúdo encontra-se em anexo V. Sendo assim, este objetivo considerado alcançado.

10. Participar como monitores do Encontro Catarinense Perfil e Competência do Enfermeiro e do Seminário Perfil e Competência do Enfermeiro na Região Sul.

Consideramos o objetivo alcançado uma vez que participando deste evento pudemos discutir amplamente, sobre a formação acadêmica, as diretrizes básicas da enfermagem, bem como priorizar a competência do profissional enfermeiro.

CONCLUSÃO

Ao término de mais este passo decisivo, que veio concluir o nosso currículo de graduação em Enfermagem, podemos afirmar que as experiências vividas por nós, especialmente, durante esta última fase, foi de singular importância para o nosso futuro profissional. No decorrer da mesma, sentimos a importância de aprofundar e colocar em prática, os conhecimentos cujo embasamento teórico, haviam sido dado superficialmente em fases anteriores..

Citando a consulta de enfermagem, por exemplo, agora mais do que antes, sabemos da sua importância e sentimos claramente que a sua implantação na prática, depende do enfermeiro, mas em parte, necessita de reconhecimento e apoio, de toda a equipe de saúde.

Constatamos que a implantação de uma atividade nova como neste caso, o Programa de Assistência aos Ostomizados, na agência Central INAMPS em Florianópolis requer além de uma equipe profissional no sentido mais amplo da palavra, um compromisso maior, e maior união entre os próprios enfermeiros.

Segundo TRAVELBEE⁸ "o propósito da Enfermagem é auxiliar o indivíduo, a família e/ou a comunidade a preve

nir ou enfrentar a experiência de doença e sofrimento e se for necessário encontrar o sentido dessas experiências". Ela define sentido como " Razão que o indivíduo dá para a experiência pela qual está passando".

A enfermagem no nosso contexto histórico, social e político tem se caracterizado pela busca de uma identidade profissional na assistência ao homem como um todo.

A ostomia afeta o cliente na sua totalidade biopsicossocial refletindo na sua auto-imagem e auto-estima salientando que não afeta somente o seu corpo, mas também o seu espírito. Assim, nossa assistência de enfermagem deve focalizar a pessoa como um todo.

Ao término desse estágio sentimos-nos gratificados pela experiência vivenciada. Conseguimos alcançar os objetivos traçados, bem como alcançamos vários objetivos que não haviam sido propostos e o quanto foi importante manter o grupo permanentemente unido, pois só assim pudemos superar as dificuldades encontradas no decorrer do estágio. Foi muito interessante atuar com uma equipe multiprofissional porque houve troca de conhecimento científico profissional múltiplo.

Concluimos, através do trabalho que realizamos, que uma assistência de enfermagem planejada e desenvolvida com base numa metodologia científica vem de encontro às expectativas do cliente em receber uma boa assistência e proporciona ao enfermeiro a satisfação de um bom desempenho. Enfim, concluímos que valeu o nosso empenho, em todos os sentidos, e se não conseguimos, até agora, nós mesmos colhermos os frutos, do nosso trabalho, já nos sentimos privilegiados por termos tido a oportunidade de plantarmos as sementes, esperando ver num

futuro bem próximo, a concretização de nossos esforços e esperança; de termos a certeza que contribuímos para o bem estar e saúde da população alvo, e a gratificante recompensa de saber que fomos úteis.

RECOMENDAÇÕES

Considerando que a Assistência de Enfermagem ao cliente Ileostomizado e Colostomizado é experiência nova neste Estado recomendamos :

- Aos Professores : Que ampliem os ensinamentos nesta área;
- A Biblioteca da UFSC : Que mantenha material bibliográfico atual diversificado e disponível para pesquisa;
- Aos Alunos : Que procurem assistir a apresentação dos Projetos da VIIIª U.C. para que se sintam estimulados a dar continuidade aos projetos;
- Ao Grupo de Apoio e do Programa de Assistência aos Ostomizados :
Que haja intercâmbio científico com maior intensidade entre seus membros. Que sejam definidas as atribuições dos profissionais de Assistência de Enfermagem;
- A A.C.O. : Que realizem eleições para a Presidência a cada dois anos, lembrando que a ACO é o Ostomizado;
- Ao INAMPS : Que faça com que aumente o número de funcionários do Programa, que se encontra defasado.

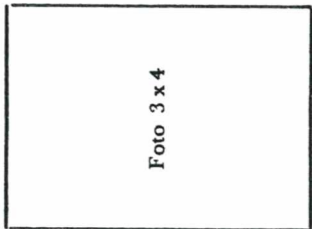
BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, W.A.D. Pathology . Fourth edition, Miami, Florida, editora the C.V. nos by company, 1976.
2. ARNDT C. & HUCKABAY, L.M. Administração em Enfermagem. 2ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1973.
3. BELTRÃO, Odacir. Correspondência: Linguagem e Comunicação. 16ª ed., São Paulo, Atlas, 1987. p. 293 - 305.
4. FARIA, A.N. Introdução à Administração. Rio de Janeiro, Livro Técnico e Científico, editora, 1980.
5. KRON, Thora. Manual de Enfermagem. 4ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1982.
6. MARTINS, Dileta & ZILBERKNOF, Lúbia S. Português Instrumental 9ª ed., Porto Alegre, Prodi, 1985. p. 180 - 183.
7. SILVA, Rebeca Peixoto da. et al. Redação Técnica. 2ª ed., Rio de Janeiro, Formação, 1985. p. 149 - 156.
8. TRAVELBEE, J.. Intervencion en Enfermeria Psiquiátrica. 2ª ed. Impreso en Los Talleres Graficos de Carvajal, apartado 46 call Colombia, 1979.

ANEXOS

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DOS OSTOMIZADOS

Ficha de Inscrição



Nome do Associado:		Fone:	
Endereço:			
Ponto Referencial:			
Data de Nascimento:		Naturalidade:	
Estado Civil:	Carteira Identidade:	Grau de Instrução:	
Profissão:		Local de Trabalho:	
Filiação:			
c			
Contato:			
Endereço:		Fone:	
Situação Previdenciária:		Data Cirurgia: ___/___/___	
Encaminhado por quem:			
TIPOS DE CIRURGIA			
Colostomia <input type="checkbox"/>	Ileostomia <input type="checkbox"/>	Ureterostomia <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
Cirurgia Definitiva: <input type="checkbox"/>		Cirurgia Provisória: <input type="checkbox"/>	



" FOI MUDADO O CAMINHO DE SUA ELIMINAÇÃO, NÃO ELIMINE

O CAMINHO DE SEU IDEAL".

- " CONFIAMOS EM VOCÊ, CONFIE NA ACO"

POLIPOSE

POLIPÓS = POLI = MUITOS

POUS = PÉS

GREGO

OU

PODOS

Polipo = Tumor que se insere por pedículos, em regra em superfícies mucosas (Ex Reto, Utero, etc). De origem congênita, podendo na maioria das vezes evoluir para neoplasia.

TUMORES DO INTESTINO

Os tumores do ID são raros, por outro lado os tumores de colon e reto são os mais comuns.

1975 - 99.000 Americanos foram atingidos

49.000 - + no prazo de 1 ano.

- Se fosse feito diagnóstico precoce 3 em 4 pacientes poderiam ser salvos sob pronto tratamento.

POLIPÓS BENIGNOS são muito comuns no I.G. que no I.D.; podem ser muito numerosos, quando múltiplos a condição é denominada POLIPOSE - Sempre aparentemente uma anormalidade congênita. Estes pólipos são frequentemente anormalidade congênita, estes frequentemente se tornam cancerosos; entretanto na polipo

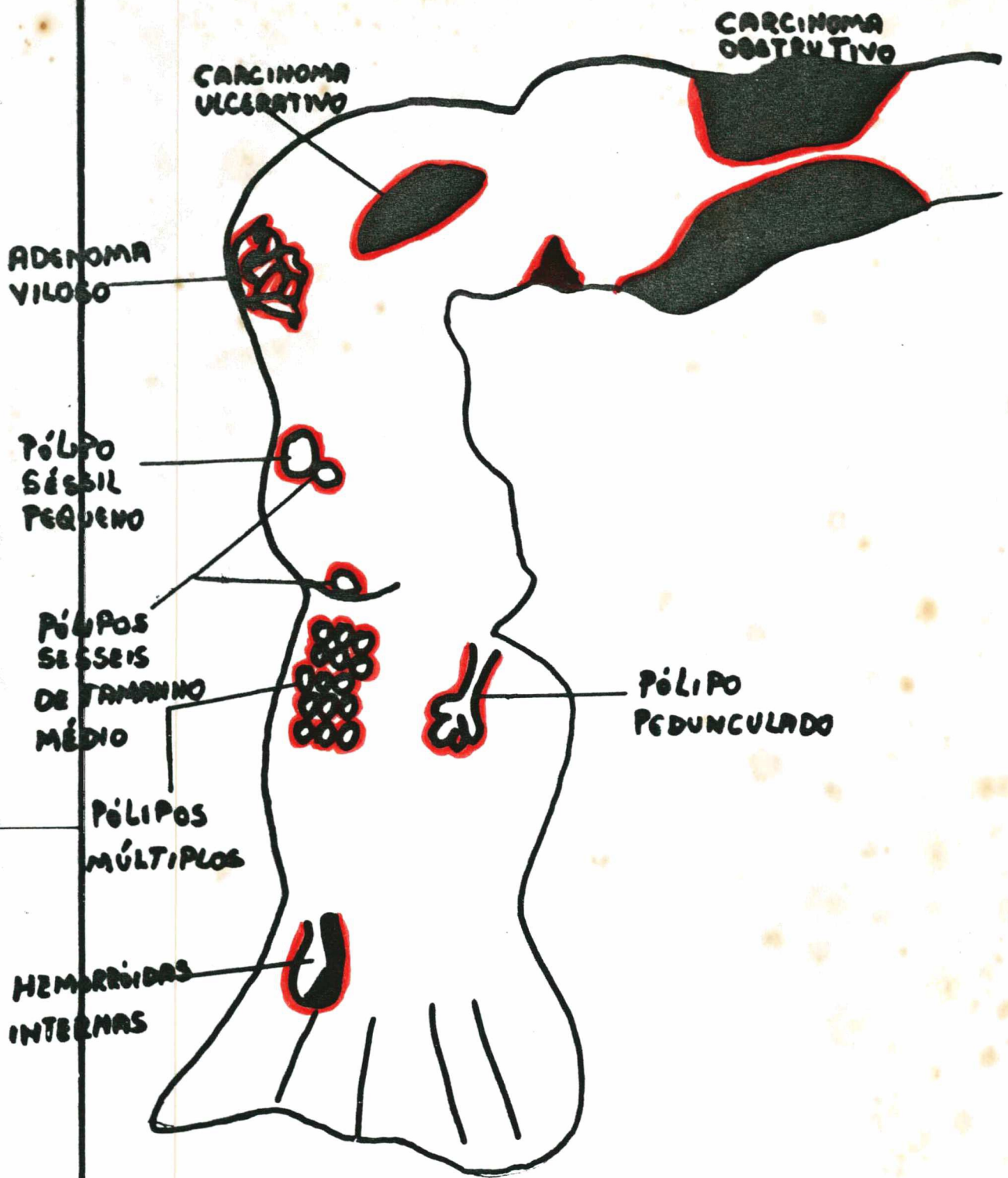
se familiar, polipos benignos simples dificilmente se tornam malignos.

1. Pólipos isolados (malignos ou benignos com potencialidade maligna).

2. Síndrome de Peutz - Jeghers. é uma forma de polipose hereditária, mendeliana dominante, acompanhada de pigmentação da mucosa oral. Os polipos localizam-se mais no delgado, mas podem estender-se aos cólons. São hamartomas sem tendência a malignização. Não malignos.

3. Polipose Familiar. É mendeliana dominante com elevado potencial maligno, surgindo o quadro geralmente na infância. O tratamento consiste na ressecção total dos colons em virtude do risco de malignidade.

4. Síndrome de Gardner. É uma polipose dos cólons, com potencial maligno que impõe a colectomia, os polipos aparecem geralmente por volta dos 30 a 40 anos e acompanham-se de tumores benignos ósseos e cutâneos. Os tumores ósseos são geralmente osteomas, com certa frequência localizados nas mandíbulas. Para o lado da pele descrevem-se epitermóides e tumores desmóides.



Representação diagramática dos vários tipos de Pólipos e Carcinomas de Cólon inferior.