



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS
E GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR**

JOÃO CARLOS DOS SANTOS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ESTOMIA
INTESTINAL: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO E VALIDAÇÃO DE SEU
CONTEÚDO**

Fortaleza

2013

JOÃO CARLOS DOS SANTOS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ESTOMIA
INTESTINAL: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO E VALIDAÇÃO DE SEU
CONTEÚDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como exigência final para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Área de concentração: Gestão Estratégica em Instituição de Ensino Superior.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria de Fatima de Souza.

**Fortaleza
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

S236c Santos, João Carlos dos
Consulta de enfermagem à pessoas em situação de estomia intestinal: construção de um instrumento e validação de seu conteúdo / João Carlos dos Santos. – 2013.
98 f. : enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2013.

Área de concentração: Gestão Estratégica em Instituição de Ensino Superior.

Orientação: Profa. Dra. Maria de Fatima de Souza

1. Enfermagem. 2. Colostomia. I. Título.

CDD: 617.55

JOÃO CARLOS DOS SANTOS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ESTOMIA
INTESTINAL: CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO E VALIDAÇÃO DE SEU
CONTEÚDO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, outorgado pela Universidade Federal do Ceará.

Dissertação aprovada em ____ / ____ /2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Maria de Fatima de Souza
Presidente – Universidade Federal do Ceará/UFC

Prof.^a Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues
Universidade Federal do Ceará/UFC

Prof.^a Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes
Universidade Estadual do Ceará/UECE

Aos meus pais Antônio e Dalva Santos (*in memoriam*), que contemplam do céu mais esta vitória;

Ana Paula, minha irmã, primeira da família a entrar na Universidade;

Meus antepassados que não tiveram a experiência da vida acadêmica;

Deusenir, minha esposa, e meus filhos Dandara Cristina, João Carlos Júnior e João Levi os quais muito amo;

As pessoas portadoras de estomia intestinal para que este instrumento possa contribuir com a melhoria de sua qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

A Santíssima Trindade; Deus pai meu criador; Jesus Cristo meu Salvador pessoal e o Espírito Santo de sabedoria.

A Maria, mãe do meu Salvador e minha mãe do céu que intercede por mim e por minha família.

A universidade Federal do Ceará - UFC, minha segunda casa, responsável pela minha formação acadêmica em nível de pós graduação, após minha graduação, na minha primeira casa, a Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC – Ilhéus - BA.

A professora Dra. Maria de Fátima de Souza, instrumento de Deus na minha vida acadêmica, pelo ensino, orientação e incentivo.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues e Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes, pelas valiosas contribuições.

A professora Dra. Míria Conceição Lavinias Santos, membro da banca de qualificação pelas suas contribuições.

As enfermeiras especialistas, Vânia Rodrigues Santos de Souza, Maria José Aguiar Santos, Yara Lanne Santiago, Maria Ângela Boccara de Paula, Miyoco Saito Sakuraba e Silvana Maria Lima Braga pela grandiosa contribuição e doação de seu tempo na análise do conteúdo do instrumento de atendimento a pessoa em situação de estomia intestinal, sem a qual este trabalho não teria sido realizado.

A Enfermeira Vânia Rodrigues Santos de Souza, coordenadora de enfermagem da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas – COPTRAF, do HUWC da UFC, e minha irmã de comunidade, pela sua contribuição na minha vida profissional.

Ao Professor Dr. Paulo César de Almeida pela sua disponibilidade e ajuda na análise estatística.

A Bibliotecária Rosane Maria Costa pela sua atenção e disponibilidade, sempre que a procurava prontamente me atendia e ajudava.

Aos professores do mestrado POLEDUC, pelos ensinamentos.

Aos colegas da turma do POLEDUC, pelo tempo que passamos juntos.

Aos colegas do Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC, pelo incentivo.

Aos meus familiares e amigos que partilham comigo meu crescimento profissional.

Ao meu Formador Pessoal Cláudio Marinho, meus irmãos da Célula Nossa Senhora da Conceição Aparecida e os irmãos da Comunidade Católica Shalom que oraram por mim.

“A enfermagem diferencia-se dos outros serviços humanos pela forma como ela focaliza os seres humanos”.

Dorothea Orem

RESUMO

Estomias intestinais são intervenções cirúrgicas realizadas no cólon ou no intestino delgado, consistem na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo fecal. A consulta de enfermagem - atividade privativa do enfermeiro é utilizada prioritariamente para a promoção da saúde e da boa qualidade de vida. Um instrumento adequado à realização destas consultas contribui para um trabalho sistematizado que contemple as necessidades específicas de cada condição de saúde. Neste contexto objetivou-se com este estudo construir e validar o conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem, direcionado para pessoas em situação de estomia intestinal baseado na Teoria do Autocuidado de Orem por ser esta a teoria mais adequada. Trata-se de um estudo de desenvolvimento onde o instrumento para consulta de enfermagem foi construído com base na literatura, na Teoria de Orem e na experiência do pesquisador. Para a validação do conteúdo do instrumento, utilizou-se a metodologia de análise do conteúdo de instrumentos proposta por Pasquali. Esta análise é feita por especialistas na área em estudo que são denominados “juízes”, em face de sua tarefa consistir em ajuizar os itens do instrumento. Seis juízes participaram deste estudo, os questionários foram devolvidos em um prazo médio de nove dias. Utilizou-se para avaliação, estatística descritiva com resultados dados em frequência e porcentagem. Um percentual \geq a 80% de concordância entre os juízes bem como a análise das observações e sugestões apresentadas por estes, resultou na manutenção, reformulação ou exclusão do item. Foram procedidas reformulações de alguns quesitos quando da elaboração do instrumento final, estas reformulações se ancoraram nos percentuais das respostas e nas observações e sugestões apresentadas pelos juízes. Nenhum quesito considerado irrelevante obteve percentual ou observações significativas que conduzissem à sua exclusão. O estudo demonstrou a inexistência de um instrumento padrão para consulta de enfermagem pra pacientes em situação de estomia intestinal; o método de validação de conteúdo de instrumentos por meio de avaliação por juízes se constitui um método adequado para a consolidação de um instrumento para a aplicação na prática cotidiana profissional; a versão final do instrumento para consulta de enfermagem a pessoas em situação de estomia intestinal está pronto para ser utilizado na prática profissional; este instrumento foi submetido a processo de avaliação para validação do uso junto aos pacientes no ambulatório de proctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Autocuidado. Consulta de enfermagem. Colostomia.

ABSTRACT

Intestinal ostomies are surgical interventions carried out in the colon or small intestine which consist in externalizing an intestinal segment through the stomach wall, therefore creating an artificial opening for the discharge of body waste. A nursing consultation, which is a nurse's exclusive job, is used primarily to further improve health and good quality of life. An adequate instrument for these consultations will contribute to a systemized work which will meet the specific needs of each health condition. In this context, the objective of this study was to construct and validate the content of an instrument to be used in nursing consultation aimed at people suffering from intestinal stoma, based on Orem's Self-care Theory, as this one has shown to be the most adequate theory. In this developmental study the instrument for nursing consultation was constructed based on literature, Orem's theory and on the researcher's experience. Pasquali's methodology for analysis of the content of instruments was used to validate the content of the instrument. This analysis is done by specialists in the area studied who are called "judges" due to their task of judging the items of the instrument. Six judges took part in this study and the questionnaires were given back within an average of nine days. Descriptive statistics was used for evaluation and the results were given in frequency and percentage. A percentage $\geq 80\%$ of agreement among the judges, together with the analysis of the observations and suggestions presented by them, resulted in maintaining, reformulating or excluding the item. Some questions were reformulated for the construction of the final instrument. These reformulations were based on the percentages of the answers, and on the observations and suggestions presented by the judges. Questions considered irrelevant received no significant percentage or observations which could lead to their exclusion. The study showed the inexistence of a standard instrument to be used in nursing consultation to patients suffering from intestinal stoma; that the method for validation of the content of instruments through evaluation by judges consists in an adequate method for the consolidation of an instrument to be used in the daily professional practice; the final version of the instrument to be used in nursing consultation to people suffering from intestinal stoma is ready to be used in the professional practice; this instrument has been submitted to a process of evaluation for validation of its use in patients attended to at the proctology ward at the Walter Cantídio University Hospital at the Federal University of Ceará.

Keywords: Self-care. Nursing consultation. Colostomy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto aos critérios adequação e relevância	55
Tabela 2	Respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 1 do instrumento – “Dados de identificação” quanto aos critérios clareza e objetividade e relevância.....	57
Tabela 3	Respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 2 do instrumento – “Exame Físico” quanto aos critérios clareza e objetividade e relevância.....	59
Tabela 4	Respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 3 do instrumento – “Requisitos Universais” quanto aos critérios clareza e objetividade e relevância.....	61
Tabela 5	Respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 3 do instrumento – “Requisitos de Desenvolvimento” quanto aos critérios clareza e objetividade e relevância.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério adequação.....	56
Gráfico 2	Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério relevância.....	56
Gráfico 3	– Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério Clareza e objetividade.....	58
Gráfico 4	Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 1 – “Dados de identificação” quanto ao critério relevância.....	58
Gráfico 5	Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério Clareza e objetividade.....	60
Gráfico 6	Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 2 – “Exame Físico” quanto ao critério de relevância.....	60
Gráfico 7	Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério Clareza e objetividade.....	62
Gráfico 8	Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 3 – “Requisitos Universais” quanto ao critério de relevância.....	62
Gráfico 9	Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério Clareza e objetividade.....	64
Gráfico 10	Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 4 – “Requisitos de Desenvolvimento” quanto ao critério de relevância.....	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição das sugestões apresentadas pelos juiz.....	65
Quadro 2	Distribuição dos itens e quesitos que compõem o instrumento para consulta de enfermagem	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
AC	Autocuidado
APECE	Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia
Art.	Artigo
Bpm	Batimentos por minuto
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
° C	Grau Celsius
CE	Ceará
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COPTRAF	Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas
Dra.	Doutora
ECET	European Council of Enterostomal Therapy
ET	Enfermeiro Estomaterapeuta
ET Ti SOBEST	Enfermeiro Estomaterapeuta Titulado
EUA	Estados Unidos da América
FR	Frequência Respiratória
GAO	Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada
GARPO	Grupo de Apoio e Reabilitação do Paciente Ostomizado
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IOA	Associação Internacional de Ostomizados
Kg	Quilograma
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe Ciências da Saúde
Mm Hg	Milímetros de Mercúrio
Mrpm	Movimentos respiratório por minuto
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	Pulso
PA	Pressão Arterial
RHA	Ruídos Hidro Aéreo
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia: ostomias, feridas e incontinência
Sra.	Senhora
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Temperatura
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
USP	Universidade de São Paulo
WCET	World Council of Enterostomal Therapists
WHOQOL Group	World Health Organization Quality of Life Group

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	O Contexto do Estudo.....	14
1.2	Objetivos.....	16
1.2.1	Objetivo Geral	16
1.2.2	Objetivos Específicos	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	17
2.1	Teorias em Enfermagem.....	17
2.2	A Teoria de Dorothea Orem.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	Contexto da Pessoa com Estomia Intestinal.....	23
3.2	Consulta de Enfermagem como Espaço de Promoção da Saúde.....	33
3.3	Estomaterapia como Ciência.....	35
3.4	Cuidados de Enfermagem em Estomia e sua Influencia na Qualidade de Vida..	37
3.5	Consulta de Enfermagem para Pessoas em Situação de Estomia Intestinal	44
4	METODOLOGIA.....	49
4.1	Tipo de Estudo.....	49
4.2	Os Caminhos Percorridos.....	50
4.3	Validação de Conteúdo de Instrumentos.....	52
4.4	Métodos de Análise dos Dados	53
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
6	CONCLUSÃO	73
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICES	
	Apêndice A – Instrumento para Consulta de Enfermagem a Pessoas em Situação de Estomia Intestinal (proposta inicial)	86
	Apêndice B – Carta Convite para os Juízes	88
	Apêndice C – Questionário para Avaliação dos Juízes	89
	Apêndice D – Instrumento para Consulta de Enfermagem a Pessoas em Situação de Estomia Intestinal (final).....	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Contexto do Estudo

No exercício diário da minha vida profissional como enfermeiro e membro da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (COPTRAF) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), trabalhando na unidade de clínica cirúrgica, diretamente na assistência pós-operatória a pessoa portadora de estomia intestinal, pude constatar a necessidade de um atendimento sistematizado para esse tipo de paciente. Este atendimento sistematizado poderia repercutir diretamente nas condições com as quais a pessoa retornaria às atividades da vida cotidiana, tendo em vista que a estomia intestinal pode se constituir em uma nova maneira de viver, o que exigirá dela reaprender a conviver consigo mesma, adquirir conhecimentos novos e específicos, bem como o apoio psicológico para o enfrentamento da nova situação, com vistas a assegurar uma qualidade de vida a mais próxima possível do habitual.

Verifiquei que esta necessidade de atendimento poderia ser sistematizada pelo enfermeiro, em face desta deficiência, tornar a pessoa dependente dos profissionais da enfermagem e, muitas vezes, da estrutura hospitalar gerando custos adicionais tanto para a instituição como para o paciente.

Também pude evidenciar a fragilidade no cuidado a estes pacientes por falta de um instrumento adequadamente preparado, para ser utilizado durante as consultas de enfermagem, que contemple todas as demandas da pessoa em situação de estomia intestinal, com vistas a atender às necessidades de conhecimento deste, colaborando para a devolução à sociedade de um sujeito apto para desenvolver o seu autocuidado, suas atividades cotidianas e manter uma boa qualidade de vida.

O enfermeiro é um profissional que pode ajudar a pessoa ostomizada a adquirir autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações adversas e decidir sobre a sua vida e a sua saúde. A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas que envolvem o acompanhamento de pessoas em situação de estomia intestinal deve ocorrer no sentido de assegurar melhor aceitação e atitudes positivas diante da nova condição: “a de ser uma pessoa ostomizada”.

No Brasil a consulta de enfermagem foi legalizada com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem e regulamentada pela Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que,

de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1986), constitui-se em uma atividade privativa do enfermeiro que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e programar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade (COFEN, 1993). É um instrumento da prática de enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população.

A consulta de enfermagem possibilita a melhoria da compreensão e da aceitação da pessoa ostomizada e de seus familiares sobre a nova condição de vida, minimizando assim os fatores negativos que esta nova condição possa trazer a ele próprio e a seus familiares. Estas consultas são respaldadas por teorias que sustentam a prática profissional do enfermeiro. A escolha da Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, vem de encontro com a problemática apresentada, pois a pessoa ostomizada não é considerada um doente e sim uma pessoa portadora de deficiência, que deve ser preparada para o retorno ao convívio social o mais próximo do habitual e retomar sua vida cotidiana.

Uma busca na literatura impressa e por acesso via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados das Ciências da Saúde, que compreende como fonte de informações: a Literatura Latino-americana e do Caribe Ciências da Saúde (LILACS), o *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), mostrou que a consulta de enfermagem ainda é realizada de forma incipiente e muito centrada no modelo de consulta médica, baseada, portanto, no caráter curativo tradicional. As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, quando existentes, restringem-se à anamnese, exame físico sumário das queixas e patologias e orientações voltadas para as queixas, medicações, procedimentos, etc., sempre com um caráter curativo, predominantemente individual, sem considerar, família e abordagens grupais que são conduzidas de acordo com o grau de conhecimento do enfermeiro que a realiza, visto não haver um protocolo específico para a assistência a estes pacientes.

A importância deste estudo está relacionada ao reconhecimento científico que se associa a um instrumento validado e utilizado nas consultas de enfermagem no HUWC da UFC, que constitui um hospital de ensino e recebe estudantes de cursos de graduação, pós-graduação de diversas instituições de nível superior, além da residência multiprofissional da UFC. Logo, esta ação poderá ser disseminada entre os futuros profissionais e contribuir para o exercício de uma prática que poderá tornar-se referência para o atendimento de pessoas em situação de estomia intestinal, nas diversas instituições de saúde em que sejam atendidas

pessoas nestas mesmas condições, visando uma boa qualidade de vida do portador de estomia intestinal e a geração de indicadores da qualidade do serviço de enfermagem prestado no HUWC / UFC.

Intensificando minhas atividades na COPTRAF, deparei-me com o seguinte questionamento: Quais benefícios traria à pessoa em situação de estomia intestinal uma consulta de enfermagem sistematizada? Esta consulta atenderia a demanda de conhecimento necessário ao desenvolvimento do autocuidado da pessoa ostomizada? Um instrumento especificamente elaborado favoreceria a pessoa tornar-se apta para desenvolver o seu autocuidado e manter uma boa qualidade de vida?

Para responder a esses questionamentos, este trabalho tem o propósito de construir um instrumento para consulta de enfermagem a ser utilizado no ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio –HUWC - da Universidade Federal do Ceará – UFC, com pessoas em situação de estomia intestinal. Esse instrumento terá o seu conteúdo validado por especialistas na área de estomaterapia.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral:

Construir um instrumento para consulta de enfermagem a pessoas em situação de estomia intestinal.

1. 2.2 Objetivos Específicos:

Estruturar um instrumento de assistência de enfermagem para a consulta de enfermagem a pessoas em situação de estomia intestinal.

Validar o conteúdo deste instrumento por meio de apreciação por enfermeiros especialistas denominados “juízes”.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

2.1 Teorias em Enfermagem

Uma teoria é uma abstração da realidade entendida como uma organização de palavras ou outros símbolos que representam experiências perceptuais de objetos, propriedades ou eventos. Tal como um mosaico, uma teoria possui organização e padrões e, como abstração sistemática de realidade, ela também é orientada por propósitos. (CHINN; KRAMER, 1995).

A enfermagem, no curso de sua história, esteve sempre dependente de outras ciências, portanto, sem um corpo de conhecimento próprio, o que fomentou nos enfermeiros, o desejo de conhecer a sua natureza e construir a sua identidade (ALMEIDA et. al. 2005).

Para Raimondo *et al.* (2012), o fazer da enfermagem durante muitos anos foi apenas para resolução de problemas imediatos, sem aplicabilidade de teorias que fundamentassem seu fazer profissional, logo, sendo de modo intuitivo. Todavia, a influência de diversos fatores como os científicos, sociais, culturais, políticos e econômicos remeteram a enfermagem a um novo patamar reflexivo e a apropriação de uma fazer com bases científicas a partir da utilização das teorias no seu fazer profissional.

A teoria de enfermagem é um instrumento de trabalho que ressalta o conhecimento científico, demonstrando as tendências das visões sobre o processo saúde - doença que embasam a prática do cuidado (PESSOA *et al.*, 2006).

As teorias de enfermagem explicitam a complexidade e multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da saúde, também servem como referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros na construção de conhecimentos, ao desenvolvimento de investigações e à assistência no âmbito da profissão (THOFEHM; LEOPARDI, 2002).

No âmbito da educação em enfermagem, as teorias são, às vezes, apresentadas como um corpo de conhecimentos teóricos aprendidos além da arena da prática, isolando-a do trabalho cotidiano da enfermagem. Muito embora o desenvolvimento do ensino teórico na prática da enfermagem tenha sido focalizado nesta última década, a conexão prática/teoria ainda necessita ser explorada e articulada (DOAN; VARCOE, 2005).

Para Schaurich e Crossetti (2010), as teorias podem ser consideradas aportes epistemológicos fundamentais à construção do saber e à prática profissional, auxiliam na

orientação dos modelos clínicos da enfermagem, possibilitam que os profissionais descrevam e expliquem aspectos da realidade assistencial, além de auxiliar no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área, logo, objetiva consolidar a enfermagem como ciência e arte na área da saúde.

O uso de teorias na enfermagem reflete um movimento da profissão em busca da autonomia e da delimitação de suas ações. Para Feijão (2011), as teorias servem de fundamentos para a prática, e o desenvolvimento destas teorias na enfermagem contribuem para a definição dos papéis da enfermagem como profissão, suas especificidades e seus saberes, como também para o desenvolvimento científico e autônomo de uma profissão que até recentemente era considerada uma ramificação do saber médico, no entanto, a incorporação das teorias na prática profissional do enfermeiro permanece incipiente.

Há diversas Teorias de Enfermagem utilizadas no ensino e na prática dos enfermeiros, como a Teoria de Wanda de Aguiar Horta, Teoria das Necessidades Humanas Básicas, preconizado por Maslow; Teoria de Leininger, Teoria Cultural do Cuidado; Teoria de Martha Rogers, Teoria do Modelo Conceitual do Homem; Teoria de Sister Calista Roy, Teoria da Adaptação; Teoria de Imogenes King, Teoria Alcance dos Objetivos; Teoria Jean Watson, Teoria do Cuidado Transpessoal; Teoria de Hildegard E. Peplau, Teoria das Relações Interpessoais, dentre outras como de Orlando, Angel, Henderson, Roy e a Teoria de Dorothea Orem, Teoria do Autocuidado (MATOS *et al.* 2011; FAVERO *et al* 2009), que foi escolhida para este trabalho.

Espera-se que através da aplicação dos pressupostos dessa teoria a pessoa ostomizada seja envolvida no processo do autocuidado, adquirindo autonomia e independência dos cuidados do enfermeiro tornando-se apta para o desenvolvimento do autocuidado, uma vez que ela deverá aprender a conviver com sua nova condição de ostomizada e através do autocuidado, buscar meios que lhe proporcione melhor qualidade de vida no âmbito familiar e social no qual está inserida, pois mesmo sendo considerada uma pessoa portadora de deficiência, com as orientações do profissional enfermeiro poderá adquirir habilidades psicomotoras e destreza manual para o desenvolvimento do autocuidado preconizado por Dorothea Orem em sua Teoria.

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem afirma que a enfermagem tem como principal alvo a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo e o fortalecimento e controle destas ações, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doenças ou ferimentos e se compatibilizar com seus efeitos (OREM, 2001 *apud*

RODRIGUES, 2006, p. 21). Por essa razão, neste estudo, trabalhamos com esta teoria, visto ser a pessoa em situação de estomia intestinal demandante de ações que a ajudem a promover o seu autocuidado.

2.2 A Teoria de Dorothea Orem

A Teoria do Autocuidado foi desenvolvida pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem que, em 1959, começou a trabalhar com o autocuidado para as pessoas com possibilidades de desempenhá-las independentemente da idade. (DUPAS *et al*, 1994, p. 20).

Autocuidado é a prática de atividades que indivíduos iniciam e desempenham em favor de si na manutenção da vida, saúde, e bem-estar. Esse termo é composto pelo prefixo auto e o verbo cuidar, que se refere a (sozinho, sem ajuda, por iniciativa própria) e a favor de si mesmo, com o auto como o sujeito do verbo cuidar. Também tem a dupla conotação de cuidado (por si só) e (feito por alguém). Logo o portador de estomia é o agente do autocuidado, pois é o indivíduo que toma a ação. (OREM, 2001 *apud* RODRIGUES, 2006, p. 21).

A proposta de Orem se constitui em um modelo teórico composto por três teorias inter-relacionadas. Este modelo teórico tem como eixo central a teoria do autocuidado, sendo o autocuidado definido como uma função regulatória dos seres humanos. Há três teorias que se inter-relacionam na Teoria de Orem: a Teoria do Autocuidado - apresenta o conceito de autocuidado e como este se relaciona com o indivíduo, descreve conceitos de autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado e fatores condicionantes básicos que podem afetar na ação de autocuidado; a Teoria do Déficit de Autocuidado - a essência da teoria geral de Orem, pois demonstra quando os cuidados de enfermagem são imprescindíveis, isso ocorre quando há maior demanda do que capacidade e; a Teoria dos Sistemas de Enfermagem - descreve como a assistência será prestada. Essa teoria é classificada em três sistemas: 1. sistema totalmente compensatório, 2. sistema parcialmente compensatório e 3. sistema de apoio educação (BUB *et al*, 2006, p. 155; FOSTER; BENNETT, 2000, p. 84-87).

Teoria do Autocuidado – Essa teoria apresenta três categorias/requisitos para o autocuidado que podem ser definidos como ações voltadas para a provisão do autocuidado - os requisitos universais; os requisitos de desenvolvimento do autocuidado e; os requisitos de autocuidado no desvio da saúde.

Os Requisitos Universais são definidos como ações voltadas para a provisão de autocuidado e estão voltados à processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos, comuns a todos seres humano. (FOSTER; BENNETT, 1993).

Estão presentes em todos os indivíduos associados aos processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano, categorizadas em oxigenação, alimentação e hidratação, atividade e repouso, eliminação, isolamento e interação social, risco à saúde e ao bem estar, promoção e desenvolvimento humano (TORRES *et al.*, 1999).

Para Duppas *et al.* (1994) a Teoria de Orem abrange todos os níveis de prevenção, sendo prevenção primária aquela que se propõe a ajudar o indivíduo a encontrar as necessidades de autocuidado universal e de desenvolvimento. O níveis de prevenção secundária e terciária exigem intervenções associadas as alterações de saúde.

Os Requisitos de Desenvolvimento do Autocuidado apresentam ações de autocuidado voltadas para os eventos sitiados nas diversas fases de desenvolvimento dos indivíduos (RAMOS *et al.*, 2007). Este requisito refere-se a situações novas que ocorrem na vida do ser humano ou novos eventos com os quais ele deverá aprender a lidar como no caso da atividade laboral e atividade física.

Teoria do Déficit do Autocuidado - Os Requisitos de autocuidado no desvio da saúde visam 1. Busca da garantia de assistência médica adequada; 2. Conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; 3. Execução efetiva de medidas prescritas pelo médico; 4. Conscientização e atenção, ou regulação de efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas prescritas de cuidados médicos; 5. Modificação do autoconceito (e da autoimagem) na aceitação de si como estando num estado especial de saúde e necessitando de formas específicas de cuidados de saúde; 6. Aprendizado da vida, associado aos efeitos de condições e estados patológicos, bem como de efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento médicos, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo (FOSTER; BENNETT, 1993, p. 92).

Ainda para Foster e Bennett (1993), na teoria do déficit de autocuidado, Orem delinea quando há necessidade da atuação da enfermagem diante da incapacidade ou limitação do indivíduo realizar seu autocuidado e quando as pessoas necessitam incorporar medidas complexas para o autocuidado, onde seja necessário conhecimento e habilidades especializadas que necessitem de treinamento e das habilidade técnica do profissional enfermeiro.

Orem identifica cinco métodos de ajuda, no déficit de autocuidado 1. agir ou fazer para o outro; 2. guiar o outro; 3. apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4. proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e 5. ensinar o outro.

Para Farias e Nóbrega (2000), os requisitos de autocuidado no desvio da saúde estão relacionados aos problemas de ordem funcional, genética relacionada ao diagnóstico clínico e ao tratamento.

Teoria de Sistemas de Enfermagem – Essa teoria classifica-se em três sistemas: Sistema totalmente compensatório; Sistema parcialmente compensatório e Sistema de apoio educação. O primeiro está representado por uma situação em que o indivíduo é incapaz de empenhar-se naquelas ações de autocuidado. O segundo está representado por uma situação em que tanto o enfermeiro quanto o paciente executam medidas ou outras ações de cuidado que envolvem tarefas de manipulação ou de locomoção. E no terceiro sistema de enfermagem, a pessoa consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico (FOSTER; BENNETT, 1993).

A Teoria de Sistemas de Enfermagem subsidiará a prática profissional do enfermeiro que identificará a maneira de atender a pessoa portadora de estomia intestinal, considerando o grau de dependência e a necessidade de autocuidado, bem como a capacidade desse de corresponder com a realização de práticas para seu autocuidado.

Dorothea Orem define a concepção de pessoa, ambiente e enfermagem. Pessoa é um organismo biológico, racional e pensante, capaz de realizar ações de autocuidado. Para Orem, seres humanos diferem de outros seres vivos por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, capazes de desenvolver esforços para fazer coisas que trazem benefícios para si mesmos e para outros. O conceito de ambiente está centrado na sociedade formada por pessoas de um grupo social que devem ser ajudadas a restabelecer suas responsabilidades, cabendo à enfermagem o objetivo de ajudá-las a manter, por si mesmo, ações que vise o autocuidado, revertendo em benefícios próprio, e a enfermagem é o agente que proporciona ao indivíduo e/ou grupos assistência direta em seu autocuidado segundo sua necessidade. Para Orem, a enfermagem diferencia-se dos outros serviços humanos pela forma como ela focaliza os seres humano (SARAT, 2007).

Sampaio *et al.* (2008) propõe a promoção do cuidado de enfermagem de forma holística através da aplicação da teoria do autocuidado com uma assistência direcionada para

as necessidades do paciente. Essa teoria ressalta a importância do engajamento do paciente no autocuidado.

É da responsabilidade do enfermeiro promover o autocuidado, e levar o cliente a participar do seu autocuidado na medida de sua capacidade e de seu estado de saúde transformando-o em um agente de autocuidado (DIÓGENES E PAGLIUCA 2003).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Contexto da Pessoa com Estomia Intestinal

A pessoa em situação de estomia intestinal é aquela vítima da violência por arma branca, de fogo ou perfuração abdominal por objetos perfurantes e outras doenças como neoplasia maligna que comprometem o aparelho intestinal, na qual poderá ser realizado o procedimento cirúrgico de estomia que pode ser temporária ou definitiva. Pessoa ostomizada é “aquela que, em decorrência de um procedimento cirúrgico, consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui um estoma que significa uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo” (BRASIL, 2009).

Com o crescimento da população, o Brasil atingiu 190.732.694 pessoas no último censo demográfico de 2010, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010). Frente ao aumento da população e da expectativa de vida, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirma que houve um aumento de doenças crônicas degenerativas, dentre elas o câncer, particularmente o câncer no intestino grosso ou delgado que é o maior causador das estomias, com uma estimativa de 30.140 casos, sendo 14.180 homens e 15.960 mulheres no ano de 2012 para este tipo de câncer (INCA 2012). Adicionalmente, causas externas como o aumento da violência urbana, acidentes de trânsito e violência por arma branca e arma de fogo, tendem a aumentar o número de pessoas que serão submetidas à estomia intestinal.

Em estudos realizados por Silva *et al.* (2010) no estado do Ceará, o trauma abdominal destaca-se como uma das causas mais comuns de indicação das estomia intestinal. Estaticamente, as pessoa portadoras de estomia intestinal e/ ou urinárias, apesar de não constituir uma clientela expressiva em termos de saúde pública, merecem atenção especial dos profissionais da saúde, políticas públicas e programas de saúde com intervenções voltadas para a reabilitação que atendam tanto o fornecimento de dispositivos específicos para ser utilizado, como no atendimento psicossocial, pois esta nova condição, de ostomizado, influencia na qualidade de vida individual e familiar (SANTOS, 2000).

Neste trabalho será utilizado o termo “pessoa em situação de estomia intestinal”, para definir a pessoa no pré ou pós-operatório de estomia intestinal. Pessoa ostomizada ou ostomizado como aquela que possui um estoma. E será utilizado o termo estoma ou estomia, que são termos adequados para a língua portuguesa no Brasil, segundo a Academia Brasileira de Letras, em consulta feita pela Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e

incontinência (SOBEST, 2013).

Estomias Intestinais, colostomia e ileostomia, são intervenções cirúrgicas realizadas, tanto no cólon (intestino grosso) como no intestino delgado, respectivamente e consiste na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo fecal (BRASIL, 2009).

A palavra estoma vem do grego “stocum” e significa abertura ou boca. Considera-se estomia a abertura cirúrgica de um órgão ou segmento com vistas à derivação e/ou infusão. É indicada nas situações de malformações congênitas e traumática. É adjuvante no tratamento de feridas complexas em região perineal e nas reconstruções cirúrgicas plásticas em períneo, incontinências anal ou urinária severa e irreversível, e doenças neoplásicas (INCA 2008).

É um procedimento cirúrgico realizado há quase trezentos anos em tratamento ocasionado no colo e reto, sendo sua utilização difundida no tratamento de outras patologias cirúrgicas, como a obstrução intestinal por neoplasia, as complicações de doença diverticular e a Síndrome de Fournier. Esse procedimento, além de ser realizado pelo médico cirurgião especialista, também é realizado pelo cirurgião geral em situação de urgência (MARQUES; SILVA, 2006).

Dependendo da etiologia da doença, pode ser indicada a realização de um estoma temporário (trauma abdominal com perfuração intestinal) ou definitivo (quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, geralmente na situação de câncer) (GAMELLI, 2002).

A realização de uma estomia intestinal tem como objetivo a exclusão total do trânsito fecal, a fim de evitar a contaminação dos tecidos adjacentes pelo extravasamento de fezes e permitir condições locais para a cicatrização completa da lesão. Tratando-se de estoma temporária, posteriormente, o trânsito intestinal será restabelecido através da reconstrução intestinal (CARREIRO *et al.*, 2000).

Para Simões *et al.* (2000), a maioria dos pacientes que são submetidos a colostomia intestinal é posteriormente submetido a uma nova intervenção cirúrgica para a reconstrução do trânsito intestinal, denominada de decolostomia.

Embora os estomas intestinais sejam mais frequentes em adultos, também podem ocorrer em crianças, geralmente é atribuído a malformações congênitas, onde a cirurgia é realizada no período neonatal, o que demanda necessidade importante de informações da parte dos profissionais de saúde para a obtenção de um adequado

conhecimento e cooperação por parte dos pais (CARVALHO, 2003).

Silva e Shimizu (2006) relatam que as pessoas ostomizadas, devido à alteração da imagem corporal e da autoimagem, apresentam o sentimento de medo, solidão e impotência, e por isso costumam evitar locais públicos e o convívio social. As autoras consideram que esse sentimento é devido à falta de informação para o autocuidado e o estigma, por julgar-se diferente, o que leva a esse tipo de comportamento social. Em decorrência disso, alguns pacientes preferem aposentar-se, passam por desorganização emocional intensa, perdem o prazer de viver e vivenciam sentimentos de medo, angústia, solidão.

Para Espadinha e Silva (2011), os efeitos psicológicos surgem quando o ostomizado perde o controle sobre ato de evacuar após uma cirurgia, que é voluntário e controlável, ocorrendo um efeito profundo quer no corpo, quer na compreensão e integração do fenômeno, fazendo surgir múltiplas dúvidas, insegurança e reações diversas, ocasionando problemas de ordem física, emocional e relacional. Tudo isso leva a pessoa ostomizada a depara-se com múltiplos problemas relacionados com a perda da continência fecal e a necessidade de utilizar um dispositivo coletor de fezes.

O paciente que é submetido a um procedimento considerado agressivo como a colostomia ou a ileostomia, tem alteração na fisiologia gastrointestinal, autoestima, imagem corporal, além de outras modificações em sua vida, o que representa um desafio para o cuidado pelo enfermeiro (SONOBE *et al.*, 2002).

Na visão de Maruyama (2009), acontecem repercussões na vida da pessoa com estoma, como a necessidade de uso de bolsas de colostomias, dependência aos cuidados profissionais de modo contínuo e modificação no modo viver nos âmbitos pessoal, familiar, profissional, social e cultural.

Para Batista *et al.* (2011) o ostomizado necessita utilizar uma bolsa de coleta de fezes aderida ao abdome devido a comunicação do intestino para a parte de fora do corpo. Estes autores observaram que a percepção da pessoa portadora de colostomia sobre a bolsa coletora está intimamente ligada a sentimentos negativos como medo, insegurança, mutilação, sofrimento, afetando a sua rede social de trabalho e de lazer e a sua sexualidade.

Esses efeitos tornam-se mais aparentes quando o paciente é submetido ao procedimento de urgência sem ter tido um preparo prévio do que seria realizado, deparando-se no pós-operatório com uma parte do seu intestino posicionado na parede abdominal por onde ele, durante certo período e/ou definitivamente irá eliminar fezes, diferentemente da vivência anterior, considerada normal e aceita pela sociedade, apresentando vários

sentimentos, reações e comportamentos, desde a negação até a aceitação.

Bellato *et al.* (2007) realizou estudos das repercussões da estomia na vivência familiar e as consequências que ela tem para a vida das próprias pessoas e suas famílias, e conclui que os profissionais de saúde e enfermagem devem compreender como é viver a condição de ostomizado na dimensões familiar, para poder pensar em um cuidado de enfermagem que atenda, de modo efetivo, às necessidades das pessoas ostomizadas.

Para Santos (1999), as pessoas submetidas a uma ostomia intestinal vivenciam uma situação de estresse, devido ao enorme impacto emocional, tanto pela doença como pelo tratamento, o que acarreta profundas mudanças em seu estilo de vida. Esse stress é vivenciado desde o momento do diagnóstico, perpassa pelo internamento e vai até a alta hospitalar, quando ele se deparará com a falta do aparato existente no ambiente hospitalar.

Autores relatam que as dificuldades relacionadas à sexualidade são devido às alterações na imagem corporal, pois o procedimento cirúrgico pode causar algumas disfunções fisiológicas no homem, como a redução ou perda da libido, diminuição ou ausência da capacidade de ereção, alteração da ejaculação e, na mulher, a redução ou perda da libido, dores durante o ato sexual, entre outras. Mostram ainda que boa parte das dificuldades sexuais também têm origem psicológica, devido à vergonha frente ao parceiro, sensação de estar sujo e repugnante (SOUZA *et al.*, 1997; SILVA; TEIXEIRA, 1997).

Estudos de Andrade *et al.* (1997) constataram queda na qualidade de vida do ostomizado em consequência da mudança na sua sexualidade, devido principalmente a diminuição ou ausência das relações sexuais e ressalta a atuação do profissional no desenvolvimento de um trabalho que promova uma gradativa aceitação do ostomizado pelo seu parceiro. Logo, a importância da intervenção profissional para a pessoa em situação de estomia intestinal desde a fase diagnóstica e a fase pré- operatória precoce, a fim de promover uma boa evolução no decorrer das etapas de reabilitação, tanto do paciente como do seu parceiro.

Com relação às mulheres, Martins *et al.* (2011) afirmam que a presença de um estoma em um corpo feminino, acarreta grandes repercussões sobre a vida da mulher pois escapa dos padrões de beleza preconcebidos e pode ser visto como assexuado e improdutivo, podendo trazer sérias limitações em sua vida, especialmente quando esta se encontra em fase reprodutiva. O enfermeiro deve direcionar a assistência de enfermagem além do aspecto técnico para os aspectos mais subjetivos que entrelaçam a vida humana não considerando que a sexualidade não faça parte da saúde humana. A construção de tecnologias de cuidado de

enfermagem que auxiliem na promoção da qualidade de vida dessas mulheres pode ser desenvolvida pelo enfermeiro.

Paula *et al.* (2009) ao identificar os fatores que influenciam na sexualidade do ostomizado, valorizados e trabalhados, por profissionais especializados, ajudará a pessoa e o parceiro na adaptação às novas condições, na busca de novas estratégias de enfrentamento inclusive para uma vida sexual ativa e prazerosa, auxiliando nos processos de adaptação e reabilitação.

Deve haver capacitação permanente dos profissionais que compõem a equipe de saúde e o conhecimento dos significados atribuídos à sexualidade pelo ostomizado e a inclusão da sexualidade no leque de orientações na rotina de atendimento da equipe que o assiste, contribuindo para melhorar qualidade de vida da pessoa ostomizada.

É importante um elo de confiança muito grande entre o profissional enfermeiro, o paciente e seu parceiro ou parceira no sentido de diálogo de como acontece a vivência da sexualidade no casal, compreender como era a vivência da sexualidade antes da estomia e como passará a viver diante da nova condição.

Em relação ao paciente com estomia definitiva, Silva e Shimizu (2006) falam sobre a dificuldade da reinserção do ostomizado no mercado de trabalho devido à insegurança para continuar cuidando da estomia e ainda trabalhar, o que os leva a pedir aposentadoria precocemente por invalidez. A ausência de atividade laborativa pode levá-los à ociosidade e ao isolamento social, o que contribuirá para prejudicar ainda mais sua qualidade de vida.

Souza (2011), relatando sobre a pessoa com colostomia temporária, cita que esta pessoa com vivência de colostomia temporária apresenta mudanças no cotidiano da sua vida. As alterações são nos hábitos de vida, destacando-se a alimentação, o sono e o controle das eliminações intestinais, devido a incapacidade de controle fecal associada à necessidade da utilização dos dispositivos coletores de fezes que requerem uma nova forma de viver.

A condição do ostomizado temporário difere do ostomizado definitivo, pois no primeiro há a perspectiva futura do fechamento da mesma, diferentemente do ostomizado que terá que aprender a conviver pelo resto da vida com o estoma.

No relacionamento dos profissionais, com o ostomizado temporário, deve-se ter prudência ao lidar com seu diagnóstico, pois pode acontecer frustração deste quanto ao fechamento do estoma, quando há um laudo médico contrário que indique a necessidade de tornar-se um ostomizado definitivo, e neste sentido a pessoa ostomizada já deve ser trabalhado desde o momento do diagnóstico médico para não haver surpresas desagradáveis

no decorrer do tratamento.

A realidade das pessoas portadoras de estoma intestinal exige das autoridades a adoção de políticas públicas para o seu atendimento. Nesse sentido o Ministério da Saúde, cria a Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que estabelece Diretrizes Nacional e cria Serviços para Atenção à Saúde das Pessoas Ostromizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a serem observadas em todas as unidades federadas. Esse Serviço é classificado em Atenção às Pessoas Ostromizadas I e Atenção às Pessoas Ostromizadas II, sendo que o primeiro deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e o segundo II deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação de profissionais (BRASIL, 2009).

Anualmente cerca de 1,4 milhão de pessoas utilizam os serviços no SUS conforme a Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009 e outras diretrizes do MS, sendo atendidos por equipes formadas por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, e nutricionista, para intervenções especializadas, orientações para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias, além da prescrição e fornecimento das bolsas coletoras e adjuvantes de proteção e segurança (BRASIL 2013).

Para Fernandes *et al.* (2010), o Programa de Atenção à Pessoa Ostromizada não pode ser apenas um centro de concessão de equipamentos e adjuvantes e é importante que os pacientes conheçam o papel da equipe multidisciplinar na recuperação e reabilitação precoces.

Outra política pública que favoreceu a pessoa ostromizada foi o Decreto nº 5.296 /2004, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e define deficiência física como sendo uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004).

Este Decreto contempla a pessoa portadora de estomia no contexto de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, assegurando a essas os mesmos direitos observados

aos portadores de deficiências, entretanto, diferentemente dos demais, os portadores de estomias intestinais ainda não possuem um elemento identificador de sua deficiência capaz de torná-la usuária efetiva dos direitos que lhe são assegurados como o uso prioritário de assentos de transporte público; estacionamentos; prioridade em filas instituições como banco, supermercado, estabelecimentos públicos e/ou privados ou outros locais reservados para pessoas com deficiência.

O Projeto de Lei nº 5384/2005 cria o Símbolo Nacional da Pessoa Ostomizada, este Projeto de Lei tramita no Congresso Nacional desde 07/06/2005 aguardando o parecer na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara de Deputados (ABRASO, 2012). É necessário que os organismos associativos dos ostomizados pressionem os parlamentares para a imediata aprovação do referido Projeto de Lei, para que o mecanismo de utilização do símbolo, a exemplo do símbolo dos idosos e gestantes, possa ser oficialmente disseminado e as pessoas possam usufruir do seu direito por meio da utilização de adesivos e também de sinalizadores como carteirinhas que os possam identificar sem causar nenhum constrangimento.

Ainda no que se refere à acessibilidade e inclusão, é importante a construção de banheiros adequados para a pessoa portadora de ostomia intestinal, a começar pelos estabelecimentos públicos, escolas, universidades e principalmente nos hospitais que prestam atendimento a pessoa ostomizada.

Campanhas de divulgação nos meios de comunicação devem ser conduzidas no sentido de tornar conhecido o símbolo nacional da pessoa ostomizada e o mesmo deve ser afixado em lugar de boa visualização e em todos os espaços de utilização dos mesmos.



Figura 1-Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada

Entretanto, mesmo com a existência destas políticas, não é assegurado a essas pessoas o pleno gozo dos direitos que lhes são concedidos pela legislação, tendo em vista as

inúmeras questões já atadas aqui.

Com o objetivo de contribuir com campanhas de divulgação e luta dos direitos e conquistas da pessoa ostomizada e de minimizar os sentimentos negativos que assolam os portadores de estomas intestinais, Zampieri e Jatobá (1997) ressaltam a importância da criação de núcleos e associações de pessoas portadoras de estoma. Esses mesmos autores ressaltam ainda a criação da primeira associação de pessoas portadoras de estomas na cidade de Fortaleza - Ceará em 1975, com o objetivo de oferecer aos portadores de estomas intestinais assistência interdisciplinar, no contexto psicossocial procede o fornecimento de equipamentos e acessórios necessários para a manutenção dos cuidados corporais, com vista à readaptação precoce e ao autocuidado tornando-se, assim, sujeitos independentes e capazes de uma total reintegração social. Esta associação é denominada “Clube dos Ostomizados do Brasil”.

As associações de ostomizados estão presentes em vários estados do país, estão ligadas nacionalmente a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) e internacionalmente a Associação Internacional de Ostomizados (IOA) - entidade que reúne sessenta e quatro países, fundada em 1975, para fazer cumprir seus direitos dos ostomizados como os que estão descritos no documento “Declaração dos Direitos dos Ostomizados” onde apresenta as necessidades especiais dos ostomizados e os cuidados que eles requerem. Essas pessoas precisam receber informações e cuidados que os capacitem a viver uma vida autônoma e independente e participar de todos os processos decisórios. É objetivo declarado da Associação Internacional de Ostomizados que essa Declaração de Direitos seja reconhecida em todos os países do mundo (ABRASO, 2012).

Nessas associações também se formam grupos de auto ajuda que contribuem para valorizar a autoimagem do ostomizado, superar os estigmas, preconceitos e elevar autoestima, além de contribuir para o autocuidado.

Crema e Silva (1997) ressaltam a importância dos núcleos e associações de ostomizados, pois são representantes junto às instituições públicas do governo, dos portadores de estomia, além de auxiliá-los na readaptação precoce e ao autocuidado, tornando-os independentes e propiciando sua reintegração social.

Silva e Shimizu (2006) consideram a associação dos ostomizados um espaço onde eles podem colocar suas angústias e sentimentos e serem compreendidos por seus pares. Local onde os profissionais de saúde devem estimular pessoas ostomizadas a frequentarem a fim de trabalhar a melhoria da sua qualidade de vida.

Pereira e Pelá (2006) identificaram em um grupo de ostomizados definitivos a importância das atividades grupais na busca da aceitação, pois para eles, nos grupos, eles interagem com outras pessoas nas mesmas situações, eles veem no grupo um espaço para conversar, fortalecer laços e fazer novas amizades. Também no grupo, aprendem a superar a solidão, compartilham alegrias, afetos, amor e tristezas, o que se torna um incentivando a aprender a conviver com a nova condição. Para as autoras, o trabalho em grupo é um excelente espaço para a atuação do enfermeiro, está em franca expansão e promete consolidar-se na prática de enfermagem.

Martins *et al.* (2005) desenvolveram um trabalho no Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada (GAO), em Santa Catarina, onde se realizaram ações de saúde fundamentadas na parceria, que se expressaram por meio da troca de vivências e saberes entre profissionais, usuários, familiares e profissionais compartilhando técnicas, conhecimentos, vivências que é condição *sine qua non* para a melhoria da qualidade de vida. Logo, é necessária a defesa e manutenção dos direitos humanos das pessoas ostomizadas e a capacitação dos profissionais e usuários, para que assimilem a nova realidade da pessoa submetida à cirurgia de estomia.

Estudos realizados por Para Freitas e Pelá (2000) com Portadores de Colostomia Definitiva e seus acompanhantes (parceiros sexuais e familiares), no - Grupo de Apoio e Reabilitação do Paciente Ostomizado - GARPO, durante as reuniões na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, demonstraram que tanto o sujeito portador de colostomia como seu parceiro sexual necessitam de informações a respeito de sua sexualidade e que os profissionais da saúde necessitam de preparo específico, no sentido de atender aos questionamentos concernentes à sexualidade, sobretudo com referência aos sujeitos portadores de colostomia, logo perceberam que os enfermeiros, necessitam de preparo para intervir junto à integridade geral e sexual do casal ostomizado.

Dessa forma os ostomizados se organizam para fazer valer os direitos conquistados não somente no serviço público, como também na iniciativa privada, a exemplo da conquista de equipamentos coletores que através da Lei nº 12.738, de 30 de novembro de 2012 que torna obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde. Tais conquistas são comemoradas no Dia Nacional dos Ostomizados, dia 16 de novembro, data da fundação da ABRASO, através da Lei 11.506 em 19 de julho de 2007 e, internacionalmente, 03 de outubro no dia mundial do ostomizado data comemorada a partir do ano de 1993. (BRASIL, 2007, 2012; ABRASO, 2012).

No Estado do Ceará, por meio da Secretaria Estadual da Saúde e em Fortaleza por meio da Prefeitura Municipal, através do Programa de Atenção ao Paciente Ostimizado, 1.200 e 900 ostomizados estão cadastrados respectivamente. A entrega de bolsas coletoras é feita na capital e em municípios do interior do Estado. As pessoas ostomizados utilizam entre 10 e 15 bolsas coletoras por mês o que totaliza entre 21.000 e 31.500 bolsas distribuídas em um mês no estado do Ceará (CEARÁ, 2013) (FORTALEZA, 2013).

São direitos dos ostomizados:

1. Receber aconselhamento pré-operatório para assegurar que ele tenha pleno conhecimento dos benefícios da cirurgia e dos fatos essenciais sobre viver com um ostoma;
2. Ter um ostoma bem feito e bem localizado, com consideração integral e adequada ao conforto do paciente;
3. Receber apoio médico e profissional experiente e cuidados de enfermagem especializada em ostomas nos períodos pré e pós-operatório, tanto no hospital como na sua comunidade;
4. Receber apoio e informação para o benefício da família, cuidadores e amigos, a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações que são necessárias para se alcançar um padrão de vida satisfatório com um ostoma;
5. Receber informações completas e imparciais sobre todos os fornecimentos e produtos relevantes disponíveis em seu país;
6. Ter acesso irrestrito à variedade de produtos acessíveis para ostomia;
7. Receber informações sobre sua Associação Nacional de Ostomizados e os serviços e apoio que podem ser oferecidos;
8. Estar protegido de toda e qualquer forma de discriminação;
9. Estar seguro de que toda informação pessoal relacionada à sua cirurgia de ostomia será tratada com discrição e confidencialidade para manter sua privacidade e que nenhuma informação sobre sua condição clínica será divulgada por qualquer pessoa que a possua, para entidades envolvidas com a fabricação, comércio ou distribuição de materiais relacionados à ostomia; nem poderá ser divulgada para qualquer pessoa que se beneficiará, direta ou indiretamente, por causa de sua relação com o mercado de produtos de ostomia, sem o consentimento expresso do ostomizado.

3.2 Consulta de Enfermagem como Espaço de Promoção da Saúde

A denominação Consulta de Enfermagem foi criada em 1968 por enfermeiros que participaram de um Curso de Planejamento de Saúde da Fundação de Ensino especializado de Saúde Pública no Rio de Janeiro. No Rio Grande do Sul, em fevereiro de 1972, a consulta de enfermagem é implantada no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob a coordenação da Professora Léa Muxfeldt, chefe do serviço. Tal implantação sofreu muita resistência de profissionais de outras áreas, porém conseguiu se consolidar e até hoje é oferecida no serviço com a mesma estrutura de consulta das demais áreas de atuação do ambulatório (GALPERIN; PORTELLA, 1990).

A consulta de enfermagem compõe-se de histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem, em todos os níveis de assistência à saúde. A obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE em unidades de saúde pública e privada segue o artigo 2º da Resolução COFEN nº 272/ 2002. (COFEN, 1993 e 2002). A SAE é um recurso através do qual o enfermeiro pode demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos para com o paciente e planejar seus cuidados através da prescrição de enfermagem. Através de um roteiro sistematizado de levantamento de dados sobre a situação de saúde do ser humano, torna possível a identificação dos seus problemas o que compõe uma das etapas do processo de enfermagem (LIMA *et al.* 2009; PIVOTTO *et al* 2004)

Para Luz *et al.* (2009) e Santos (2000) a consulta de enfermagem tem como propósito, assistir ao cliente e sua família de forma holística, e contribuir para maior independência dos serviços de saúde e deve ser uma atividade integrada às ações de outros profissionais da área da saúde.

De acordo com a Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87, Art. 8 – o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe: I- Privativamente: e) Consulta de enfermagem; f) Prescrição da assistência de enfermagem (COFEN, 1987).

Para Galperin e Portella (1990), "É uma atividade utilizada por profissionais capacitados para fornecer parecer, instrução ou examinar determinada situação a fim de decidir sobre um plano de ação sobre sua área de conhecimento em relação às necessidades apresentadas pelo cliente", sendo utilizada prioritariamente para promoção da saúde e da boa qualidade de vida do indivíduo. No campo gerencial, atua especificamente com a supervisão

de saúde, é em forma de ações combinadas qualitativas e quantitativas, sistemáticas e completas, de modo a se efetuarem em uma sucessão ordenada, lógica e de acordo com critérios pré-estabelecidos pelo sistema. Portanto possui metodologia própria, onde as ações realizadas constituem o Processo de Enfermagem (GALPERIN; PORTELLA 1990).

Para realizar uma consulta, o enfermeiro precisa estar preparado para atender às demandas do cliente, aceitando seus valores, lembrando que o mesmo faz parte de um núcleo familiar e social, que é um ser holístico constituído de corpo, mente, e espírito, deve lembrar ainda que a saúde é resultado de necessidades humanas atendidas (ADAMI *et al.*, 1989).

Para Lopes *et al.* (1999), durante o processo de interação, algumas vezes, será necessário negociar (valores culturais) e/ou fazer contratos para uma efetiva adesão ao que é prescrito (cuidados e/ou terapêutica). Ou seja, é preciso procurar, ao longo da consulta, desenvolver uma aliança terapêutica, ir complementando (relembrando) as questões tratadas anteriormente para seguir adiante ou retomar a discussão.

De acordo com Vanzin e Nery (1996), durante a consulta de enfermagem, é necessário considerar, em relação à determinação das necessidades prioritárias, os problemas relacionados à sobrevivência e a segurança básica (problemas ameaçadores); os problemas reais (quando o cliente ou família solicita ajuda); os problemas e as necessidades não reconhecidos pelo cliente ou família (conforme o grau de gravidade, estes problemas podem ter precedência sobre os anteriores) e os problemas ou necessidades potenciais (para planejamento de atendimento futuro).

No fechamento da consulta é essencial combinar a periodicidade necessária para os retornos. Assim como, fazer referência a outras instituições de saúde, agendamento de exames e encaminhamento a outros profissionais, lembrando que a assistência de enfermagem não deve ser centrada na doença nem no indivíduo hospitalizado, mas nas pessoas que demonstrem ou manifestem dificuldade e necessidade do autocuidado (FORNAZIER E SIQUEIRA 2006).

Oliveira *et al.* (2012), destacam a importância da consulta de enfermagem como estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutive. Têm vantagens na assistência prestada como facilidade na promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis e promoção da saúde. Consideram a consulta de enfermagem como uma tecnologia leve-dura que pode utilizar o trabalho morto, mas que predomina o trabalho vivo relacional e permite que o paciente desenvolva habilidades de autocuidado próprias para a melhoria da sua qualidade de vida. Através dela, o enfermeiro

possui completa autonomia para desenvolver estratégias de cuidados voltadas para a promoção da saúde do paciente e da família visando o autocuidado.

3.3 Estomaterapia como Ciência

A história da estomaterapia moderna começa em 1958, nos Estados Unidos da América (EUA), na Cleveland Clinic Foundation, com o coloproctologista Rupert Turnbull e sua jovem paciente Norma Gill, ileostomizada em decorrência de retocolite ulcerativa. Neste mesmo ano de 1958, Rupert Turnbull contratou Norma Gil como “técnica em ostomia” sendo esta sua paciente e pessoa ileostomizada, para exercer funções na Cleveland Clinic Foundation. Apesar dessa não ter formação na área da saúde, inicia-se oficialmente a Estomaterapia - Enterostomal Therapy em que entero = intestino e stomal = estoma. Norma Gil é considerada a primeira Enfermeira Estomaterapêuta, e Rupert Turnbull o pai da Estomaterapia (PERRISÉ, 2007 *apud* APECE, 2013).

O primeiro centro de treinamento em estomaterapia foi criado na Cleveland Clinic Foundation, em 1961. A partir dessa data a estomaterapia ganhou vulto e diversos cursos foram criados em várias localidades. (APECE, 2013).

Em 1970, Norma Gil viu o significado de Enterostomal Therapy como uma especialidade de enfermagem reconhecida internacionalmente e adotada na Austrália, Canadá, Grã-Bretanha, Nova Zelândia e África do Sul. Norma Gill defendia que os profissionais de saúde interessados em cuidar da pessoa com estoma deveriam unir-se em uma associação mundial. Com o crescimento da especialidade, em 1975, iniciou um movimento para organizar um grupo formal e entra em contato com outros pioneiros internacionais nos EUA, Inglaterra, Canadá e França com interesse em cuidar de pessoas com estoma e em 18 de Maio de 1978, quando 30 estomaterapeutas, representando 15 países e 20 representantes da indústria realizaram o primeiro congresso de dois dias em Milão na Itália onde é fundado o World Council of Enterostomal Therapists (WCET). Esta reunião foi realizada em conjunto com a Associação Internacional de Ostomizados (IOA). Norma Gill foi a primeira presidente do WCET. O seu objetivo principal, entre outros, é a promoção da identidade e normatização da especialidade no mundo e o intercâmbio entre os seus membros (WCET *apud* APECE, 2013).

No Brasil, o curso de especialização em estomaterapia, recebeu este nome pela Associação Brasileira de Estomaterapia, é um curso de pós-graduação *Lato Sensu*

reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), referendado pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) - associação multidisciplinar que tem contribuído para o crescimento científico e político da especialidade, e credenciada pelo WCET. O primeiro curso foi instituído em 1990, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Atualmente, o Brasil possui vários cursos espalhados em estados do sul (Paraná), sudeste (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro), nordeste (Ceará e Pernambuco) e norte (Amazonas) (SANTOS 2006).

A estomaterapia é uma especialidade da prática do enfermeiro que recebe o título de Enfermeiro Estomaterapeuta (ET), assim estabelecido para a enfermagem pelo WCET. No Brasil este título é conferido, exclusivamente pela SOBEST, somente aos enfermeiros pós-graduados em cursos de especialização que sejam reconhecidos tanto pela SOBEST quanto pelo WCET e aos enfermeiros que tiverem aprovação em prova de título realizada pela SOBEST (ET Ti SOBEST). (YAMADA *et al.*, 2008).

O curso de estomaterapia em Fortaleza é ministrado na Universidade Estadual do Ceará UECE- que é referendado pela SOBEST e credenciado junto ao WCET e a SOBEST, Seção CE - que foi fundada em 10 de março de 2003 – é oficializada em 26 de abril de 2004, sendo aprovada em 18 de maio de 2004 (SOBEST, 2013).

Para Cesaretti e Guidi (1994), o crescente avanço científico e tecnológico ocorrido ao longo do tempo tem influenciado o exercício da enfermagem e determinado nova postura na atuação profissional do enfermeiro, como a ampliação de conhecimentos técnicos e científicos, com cursos de atualização e especialização, como o curso de estomaterapia.

Gamelli e Zago (2002) ressaltam que diante da complexidade do tratamento e da reabilitação do ostomizado, o estomaterapeuta é o profissional habilitado para o planejamento, implementação e avaliação do cuidado do paciente. Esses autores identificaram em seus estudos, que o cuidado e o ensino do paciente/família para a alta hospitalar são processos fundamentais para o sucesso da reabilitação do ostomizado, porém, está muito aquém do almejado, pois é realizado por enfermeiros generalistas ou de outras especialidades, que não a estomaterapia, logo, faz se necessário à qualificação do enfermeiro que atua com o paciente ostomizado para a prestação deste cuidado.

Em 2003 foi fundado o European Council of Enterostomal Therapy (ECET), uma organização aberta à participação de todos os profissionais europeus de saúde envolvidos no cuidado à pessoa com ostomia (SANTOS 2006).

Em Portugal, as primeiras enfermeiras Estomaterapeutas formaram – se em

universidades espanholas, francesas e inglesas, cujos cursos de estomaterapia eram e continuam a ser acreditados pelo WCET, com o “Título Próprio de Experto Universitario En Estomaterapia”. As primeiras consultas de Estomaterapia em Portugal surgiram em 1991. A Estomaterapia é uma área diferenciada de cuidados de saúde, que integram o saber científico - técnico, princípios de relação de ajuda e através da informação, ensino e aconselhamento, permite à pessoa que irá ou foi submetida a uma ostomia prosseguir a nível pessoal, familiar, profissional e social, com as necessárias modificações, o mais rápido possível, concretizando objetivos e metas pré-estabelecidos (APECE, 2013).

3.4 Cuidados de Enfermagem em Estomia e sua Influencia na Qualidade de Vida

Em estudo de Gemelli e Zago (2002), foi observado que a pessoa ostomizada e seus familiares apresentavam dificuldades para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar em todos os níveis quer seja nos aspectos físicos, emocionais e sociais.

Para Michelone e Santos (2004), a perda do controle da eliminação de fezes e gases, condição mandatória para a vida em sociedade, pode acarretar o isolamento psicológico e social, afetando as relações interpessoais nas quais está inserida a pessoa portadora de ostomia intestinal, logo, comprometendo a qualidade de vida desta pessoa.

Santos (2000) cita que alguns pacientes, após a cirurgia, passam por um momento de luto, onde pode dificultar o início do autocuidado. É importante o enfermeiro identificar esse momento, para depois entrar com o ensino do autocuidado com o estoma instalado.

Mendonça *et al.* (2007), relatam que o déficit de conhecimento dos pacientes é expresso quando eles observam em seu abdome uma parte do intestino exteriorizada, mostrando dificuldade em aceitar sua nova condição.

Martins e Alvim (2012), em sua pesquisa, observaram sucesso no processo educativo de ostomizados e maior habilidade, segurança e autonomia dos cuidados relacionados à manutenção de sua estomia, avaliando, modificando hábitos, transformando a sua realidade.

A autonomia e a qualidade de vida poderão ser alcançadas pelo paciente portador de ostomia intestinal com a oferta por parte dos profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, de conhecimentos específicos da sua nova condição de vida como ostomizado.

No que se refere à criança ostomizada, Carvalho (2003) ressalta a importância

dessa em assumir o autocuidado, porém a higiene deve ser rigorosa, assim como a perfeita adaptação da bolsa ao estoma, para evitar o extravasamento de fezes e o odor desagradável.

O autocuidado conduzirá o ostomizado a autonomia e liberdade do sentimento de baixa autoestima e dos estigmas devido a sua nova condição, uma vez que ele aprenda a cuidar de si, tornando-se independente da assistência dos profissionais da saúde e/ou de cuidadores bem como, desempenhando ações em prol de si próprias se sentirá útil na sociedade, o que lhe oferecerá qualidade de vida.

A qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia é profundamente alterada quando se acrescenta ao estoma a doença de base associada ao câncer que, segundo Michelone e Santos (2004), devido à doença há alteração de todos os aspectos da vida do indivíduo como alterações da integridade físico-emocional por desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da autoestima e pode acarretar profundas alterações no modo de viver habitual.

Essa afirmativa é confirmada por Oliveira *et al.* (2010) que evidenciaram que a maioria dos pacientes portadores de estomia intestinal fora por causa do câncer, o que causou mudanças no seu estilo de vida, levando a necessidade de aprendizagem de autocuidado, além alterações em relação ao estilo de vida das pessoas quanto à participação social e implicações sexuais.

Estudos de Pereira *et al.* (2012) observaram, nos sujeitos pesquisados, que o estoma e o câncer, não representa impacto negativo em suas vidas, desde que sejam assistidos de maneira humanizada e sistematizada pelos enfermeiros.

Quando se relaciona a criança, Barreire *et al.* (2003) referem que tanto essas, como seus familiares ou responsáveis mais diretos, também sofrem alterações não somente de ordem física e de autocuidado, mas também psicológicas, sociais e espirituais, devido a falta de controle esfinteriano e os conflitos e sentimentos de rejeição, de culpa e ansiedade, permeados pelos distúrbios de imagem corporal e identidade.

Barreire *et al.* (2003) ainda ressaltam que o binômio criança – família é importante no processo de cuidar, objetivando estabelecer a melhoria da qualidade de vida como meta do processo de cuidar e deve ser o foco de atenção do profissional de saúde, particularmente quando ocorre a mutilação como é o formação de um estoma

Michelone e Santos (2004) consideram que os estudos podem ajudar os profissionais a auxiliar os doentes/familiares na tomada de suas decisões. É importante que os enfermeiros e toda a equipe de saúde estejam preparados para encorajar os pacientes a falar

sobre seus sentimentos, situação que pode ajudá-los a aceitar as várias mudanças que atravessam ou irão atravessar. Esses mesmos autores apresentam a definição de qualidade de vida do World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group), grupo da Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Cruz *et al.* (2011) ressaltam a necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para auxiliar a pessoa ostomizada a lidar com os problemas ou alterações cotidianas ocorridas em função da estomia. É importante estimular a sua integração e incentivo a ter uma vida social e laboral ativa e combater os preconceitos difundidos na sociedade e o estímulo ao retorno do trabalho e às relações sociais. Para que isso aconteça, é preciso assegurar o direito dos trabalhadores ostomizados e a infraestrutura ergonômica dos ambientes laborais, como a criação de banheiros adaptados para atendimento das necessidades do ostomizado, promover o convívio social, a autonomia e sustentabilidade econômica.

Dessa forma, Cesaretti *et al.* (2010), Maruyama *et al.* (2009), Cesaretti *et al.* (2008), Habr-Gama (1989), propõem cuidados específicos que proporcionem melhoria na qualidade de vida do ostomizado, como a irrigação e o sistema oclisor da colostomia, como sendo recursos importantes na reabilitação de pessoas ostomizadas, possibilitando-lhes o controle intestinal que será reflexo diretamente na sua qualidade de vida, pois esses são os métodos de controle intestinal mais usados com boa aceitação por parte dos usuários, pois proporcionam-lhes muitas vantagens, podendo ser usados de modo isolado ou associados. Esses métodos oferecerão continência da colostomia, o que minimizará os efeitos da perda de habilidade para o controle das eliminações.

A irrigação da colostomia é um método mecânico para o controle das exonerações intestinais realizado a cada 24, 48 ou 72 horas, cujo fluido, enviado ao intestino grosso através do estoma, estimula sua peristalse em massa e, assim, o esvaziamento do conteúdo fecal com consequente diminuição da flora bacteriana colônica e redução da formação de gases. A técnica de auto-irrigação é dividida em três fases: 1) fase de infusão da água, que dura de cinco a dez minutos; 2) fase de descarga que, em geral, ocorre imediatamente após a primeira e leva cerca de dez a 20 minutos e 3) fase de drenagem residual, em torno de 30 a 45 minutos (SANTOS ET AL. 2001).

Santos *et al.* (2001), também se referem ao uso do sistema oclisor de colostomia que é um dispositivo tipo tampão, descartável, flexível, disponível em uma ou duas peças,

usado para ocluir a colostomia, possibilitando o controle da incontinência intestinal para fezes e gases (ruído e odor).

A vantagem da adesão a esses métodos refletirá na manifestação de sentimentos de satisfação e sensação de normalidade, maior segurança e diminuição da ansiedade e, conseqüentemente, maior facilidade no ajustamento social e emocional, no retorno às atividades diárias de trabalho e lazer, além do bem-estar causado pela redução ou ausência de restrições alimentares. Também esses métodos permitem a eliminação de gases sem o ruído característico, participação de atividades físicas e sociais, diminuição dos incômodos e medos, melhorando o estado de saúde, proporcionando melhoria em várias das atividades cotidianas, tornando-os mais participantes e conferindo-lhes um modo melhor de conviver com a colostomia com impacto positivo sobre a sua qualidade de vida. Logo o uso destes métodos refletem na melhoria da qualidade de vida das pessoas ostomizadas. (CESARETTI *et al.*, 2010).

Costa e Maruyama (2004) também citam vantagens da auto-irrigação como redução de problemas relacionados incontinência fecal, às alterações da pele periestoma, à troca constante das bolsas coletoras e controle do odor e dos ruídos desagradáveis, o que contribuirá para melhor qualidade de vida do ostomizado, porém citam aspectos importantes para o usuário desta técnica como: condições biológicas, psicológicas e sociocultural sendo o paciente, quem deve decidir sobre a utilização desta técnica.

Considerando a existência de métodos possíveis de proporcionar melhoria da qualidade de vida do ostomizado, é importante que esses sejam apresentados ao ostomizado e ele seja capaz de decidir o melhor método que se adeque a sua realidade; importante também é o apoio e a decisão em conjunto com o parceiro e/ou familiar.

Cascas *et al.* (2007) mencionam os diferentes níveis de bolsas existentes no mercado que possibilitam uma melhoria significativa na qualidade de vida do ostomizado.

A utilização de dispositivos no pós-operatório para coleta do efluente intestinal deve ser um aprendizado do pré-operatório que o enfermeiro deve oferecer ao paciente visando melhor adaptação e maior qualidade de vida da pessoa ostomizada, logo a seleção ideal, ou pelo menos do melhor dispositivo que se adeque ao paciente é muito importante nesta fase (CESARETTI *et al.*, 2010).

Cesaretti *et al.* (2010) apresentam alguns fatores importantes na escolha dos dispositivos como segurança que representa um ajuste adequado do dispositivo ao estoma, garantindo segurança na coleta do efluente, aderência à pele periestoma, pelo menos, por 24

horas e protege contra odores e ruídos desagradáveis; proteção que garante a manutenção da integridade da pele periestoma pela presença de protetor cutâneo sintético ou semi-sintético e de adesivo microporoso; conforto que significa que o dispositivo deve ser flexível e discreto, oferecendo confiança e liberdade de movimentos; ser virtualmente imperceptível sob a indumentária e praticidade, ser de manuseio fácil e simples, permitindo a remoção e a recolocação sem causar prejuízos à pele periestoma além de econômico.

Fernandes *et al.* (2010) e Luz *et al.* (2009) também concordam que o tipo de bolsas coletoras, com as devidas especificações adequadas de acordo cada característica de estoma, favorecerá o manuseio, a adaptação e o treinamento para o autocuidado do paciente e reduzirá o desconforto e complicações para o paciente, melhorando a qualidade do cuidado de enfermagem e dos serviços de saúde, com conseqüente melhora na qualidade de vida do portador de estomia.

Não pode se reduzir o trabalho do enfermeiro a mero distribuidor de bolsa de colostomia mais sim um profissional que também possa contribuir com a pessoa portadora de ostomia na vivência social, diante da sua nova condição.

A respeito da auto-irrigação, o sistema ocluser e as bolsas de colostomia, dizem as autoras, servem para alertar os profissionais de saúde, principalmente o cirurgião e o enfermeiro, de preferência, o especialista em estomaterapia, de sua responsabilidade na divulgação das vantagens e benefícios do uso adequado destes as pessoas ostomizadas em todas as fases do seu tratamento, nos ambulatórios, por ocasião da alta hospitalar, nos consultórios e nas reuniões da associação de ostomizados (CASCAIS *et al.*, 2007).

Ainda sobre a qualidade de vida, Attolini e Gallon (2010) sugerem a necessidade de realizar educação nutricional para as pessoas portadoras de ostomia intestinal, com o intuito de orientá-los na melhora da qualidade de vida, visando mudança nos hábitos alimentares, além de hábitos de vida saudáveis e estilo, reduzindo ou prevenindo a piora do seu quadro clínico e criação de programas educacionais interdisciplinares para que possam continuar inseridos na comunidade de maneira a preservar a sua dignidade e cidadania.

Santos (2000) acredita na interdisciplinaridade para contribuir com um trabalho reabilitatório, no qual o paciente e a família unidos alcancem o melhor nível de qualidade de vida.

Visando proporcionar uma melhor qualidade de vida ao portador de estomia intestinal Silva e Shimizu (2006) descrevem algumas sugestões de ações, como uma ação conjunta multidisciplinar de médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, psicólogo

entre outros, a fim de construir um planejamento de assistência; melhoria da infraestrutura física dos locais públicos com banheiros adequados para realizarem a limpeza e higienização, inclusive nos hospitais; criar políticas voltadas para a valorização das pessoas ostomizadas, profissionais da saúde que não se restrinjam há apenas entregar materiais e ao ensino de como manusear o equipamento coletor e estoma, mas, sim, realizem a integração da pessoa ostomizada, incentivando-a a ter uma vida social ativa, e capacitação de recursos humanos e o treinamento de pessoal para proporcionar assistência integral e qualificada às pessoas ostomizadas no processo de reabilitação.

Complicações de estomas podem ocorrer nos primeiros dias do pós-operatório como necrose, retração, infecção e/ou abscesso, fistulas, sangramento, edema e complicações tardias, como estenose, retração, dermatite, hérnias, prolapso, que trazem inadaptação e sofrimentos para os portadores de ostomia com conseqüente comprometimento na sua qualidade de vida. (CREMA; MARTINS JÚNIOR, 1997).

Há outras complicações desenvolvidas pelos estomas como: isquemia, necrose, abscesso paracolostômico, hérnia paracolostômica, hemorragia, estenose e prolapso (CRUZ et al., 2008).

Cruz *et al.* (2008) apresentam alguns fatores que podem ocasionar complicações e para isso o estoma deve ser realizado por especialistas que têm experiência e cita três causas mais importantes de complicações como: a falta de experiência da equipe cirúrgica, o abandono da confecção do estoma para ser executado pelo membro da equipe que tem menor experiência e o regime de cirurgia em que o estoma é confeccionado, como em uma cirurgia de urgência o posicionamento incorreto do mesmo na parede abdominal, o que ocasionará mal posicionamento dos dispositivos utilizados pelo ostomizado comprometendo a qualidade de vida do ostomizado.

Silva *et al.* (2012), Stumm *et al.* (2008) e Violin (2008) consideram que uma análise do perfil da pessoa portadora de ostomia intestinal, segundo dados demográficos, doença base que levou a confecção do estoma, tipo de dispositivo, tratamento e tempo de uso do dispositivo coletor, poderá trazer subsídios aos profissionais e gestores em saúde no sentido de refletirem quanto à assistência prestada bem como trazer informações necessárias ao planejamento de ações de enfermagem para uma assistência integral, holística que promova o aprimoramento da relação profissional - paciente, e intervenções como campanhas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce e a divulgação das informações para a educação em saúde que garantam a qualidade de vida destas pessoas, frente ao aumento da

expectativa de vida da população.

Logo, é importante oferecer meios para que a pessoa ostomizada possa ter acesso a políticas públicas e aos programas assistenciais nos serviços públicos e/ou privados de saúde buscando a sua reabilitação, autonomia e o autocuidado, com conseqüente reinserção dessa pessoa no mercado de trabalho e na vida em sociedade de modo a ter melhor qualidade de vida.

A Prefeitura Municipal de Florianópolis - Secretaria Municipal de Saúde lançou em julho de 2008 o manual de cuidados de feridas este manual apresenta um capítulo destinado ao atendimento ao usuário ostomizado onde apresenta um protocolo de cuidados para trocas da bolsa coletora de estomia que é utilizado por toda a rede municipal. Apresentamos este protocolo:

- Limpar a pele ao redor do estoma com água morna e sabão neutro, enxaguar abundantemente e secar bem com um tecido macio;
- Medir o estoma, utilizando um medidor específico, e marcar o tamanho no papel (proteção) que recobre a placa protetora da bolsa;
- Antes de recortar, afastar a parte plástica anterior da posterior, tomando o cuidado de não perfurar a bolsa;
- Recortar a abertura inicial da placa e posicionar a bolsa com a abertura sobre a estomia;
- Retirar o papel protetor da placa e posicionar a bolsa com a abertura sobre a estomia, pressionando levemente contra a pele;
- Remover o papel protetor do adesivo lateral (quando existir) e fixá-lo na pele com uma leve pressão sem formar rugas;
- Proceder à remoção da bolsa. Indica-se preferencialmente a retirada durante o banho, pois o umedecimento do adesivo e o deslocamento da placa protetora suavemente da pele facilitam o procedimento. Indica-se que a troca ocorra pela manhã ou entre as refeições, pois nestes horários há uma diminuição da eliminação do conteúdo intestinal.

Protocolos para as diversas etapas de cuidados que envolvem a pessoa portadora de estomia intestinal se fazem necessários, para que as medidas adotadas possam ser avaliadas com base em referências uniformizadas.

3.5 Consulta de Enfermagem para Pacientes em Situação de Estomia Intestinal

A Consulta de Enfermagem compreende uma série de ações realizadas numa sequência ordenada, desde a recepção do cliente até a avaliação geral de todo o atendimento prestado, pois o enfermeiro coleta informações, observa, examina para conhecer, compreender e explicar a situação de saúde antes de decidir sobre o diagnóstico de enfermagem e terapêutica do enfermeiro (ADAMI ET AL. 1989).

Em 2008, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) propôs um serviço de estomaterapia com espaço físico em um departamento ambulatorial para atendimento pré-operatório e no seguimento da alta hospitalar ou em enfermaria para pacientes internados.

O atendimento a pessoa em situação de ostomia intestinal deverá seguir quatro fases distintas: (1) fase pré-operatória, quando o paciente recebe o impacto do diagnóstico da doença e a proposta de tratamento; (2) fase pós-operatória, quando o paciente se encontra em regime de internação hospitalar; (3) fase da alta hospitalar, quando o paciente é encaminhado para recuperação em casa; e, finalmente, (4) fase de reinserção ativa, quando o paciente inicia a retomada de sua vida social, familiar, laborativa e sexual. Esta proposta de atendimento a pessoa em situação de ostomia intestinal é com vistas à promoção do autocuidado; nessa fase é importante o envolvimento não somente do próprio paciente, mas de seus familiares e /ou cuidadores (INCA, 2008).

No INCA as atividades de assistência em estomaterapia se inicia na fase pré-operatória quando o paciente é entrevistado pelo especialista e orientado sobre essa fase, o enfermeiro realizará a demarcação abdominal, que é um planejamento do local da confecção do estoma e o preparo de cólon, a ser realizado conforme protocolo institucional. Nessa fase, o enfermeiro deve priorizar o processo de avaliação do paciente nas esferas física e psicossocial, identificando o nível de autocuidado prévio e em vigência da doença. Na fase transoperatória que é caracterizada pela confecção de um estoma tecnicamente adequado, onde o enfermeiro já deve ter realizado a demarcação da localização do estoma. A fase pós-operatória é dividida em imediata, mediata e tardia (SANTOS 2000).

Para Reveles e Takahashi (2007) o processo ensino-aprendizagem do ostomizado deve começar nas consultas de pré-operatório, nela o enfermeiro irá estabelecer um bom vínculo com o paciente e com a família, para ajudá-los a começar a compreender como é a situação concreta, a fim de melhor se adaptarem à mudança do estilo de vida. Nessa fase

deverá ser feita uma abordagem técnica relacionada ao autocuidado do paciente como: proteger a pele ao redor do estoma, como trocar a bolsa de ostomia, fazer a higiene do estoma, como se alimentar e evitar a formação de gases.

A continuidade deste processo de aprendizagem deve estender-se ao domicílio, os grupos de auto ajuda são fundamentais para que o paciente e sua família encontrem maneiras de viver normalmente, mesmo tendo que conviver com uma estomia, adaptando-se a sua nova condição (REVELES; TAKAHASHI, 2007).

No pré-operatório é importante a demarcação do estoma, preparo físico pré-operatório; a integração com a equipe do bloco cirúrgico (centro cirúrgico e centro de recuperação). Nesta fase ainda o ensino pré-operatório para o autocuidado, envolvendo paciente/família, com vistas à reabilitação e ao encaminhamento ao Programa de Ostomizados, que é mantido pelo serviço público, para aquisição dos dispositivos e seguimento ambulatorial (SONOBE *et al.*, 2002).

Para o paciente em situação de estomia Mendonça *et al.* (2007) mencionam a necessidade de se estabelecer um canal de comunicação e empatia com ele no pré-operatório, considerando as alterações físicas e emocionais consequentes à cirurgia, através da consulta de enfermagem, o que melhorará a compreensão do tratamento.

Oliveira *et al.* (2007) e Carvalho (2003) também enfatizam a necessidade da demarcação do local para a construção da colostomia no período pré-operatório como de fundamental importância, esse é dependente do motivo que levou à necessidade de derivação fecal, sendo necessário um plano de cuidados individualizado incluindo a demarcação do estoma.

Meirelles e Ferraz (2001) definem demarcar o estoma na parede abdominal como o ato do enfermeiro e limitar uma região ideal e proceder a demarcação com uma caneta especial; este procedimento favorecerá a confecção de uma abertura anatomicamente adequada que permita a adaptação de dispositivos para a coleta dos efluentes com o mínimo de desconforto para o paciente, prevenindo-se complicações tardias, pois o estoma será localizado numa área que assegure boa aderência do dispositivo e de fácil visualização do paciente e contribuirá no seu processo de reabilitação.

Ainda na fase pré-operatória recomenda realizar consulta de enfermagem, utilizando instrumento de avaliação que possibilite a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em estomaterapia; orientar quanto ao ato operatório, ao preparo prévio em geral, o estoma, aos equipamentos coletores,

aos programas públicos de assistência e a Associação de Ostromizados; fazer a demarcação do local onde será implantado o futuro estoma teste de sensibilidade aos equipamentos (YAMADA *et al.*, 2008).

Relacionado ao processo cirúrgico, Yamada *et al.* (2008) corrobora preconizando que a consulta de enfermagem ao paciente portador ou que irá submeter-se a estomia intestinal deve ser feita por meio da utilização de instrumento de avaliação que possibilite a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Ela abrange quatro estágios, segundo as competências clínicas na área de estomias: pré-operatório, intra-operatório, pós-operatório imediato e mediato e pós-operatório tardio (ambulatorial ou domiciliário).

Sonobe *et al.* (2002), citando sobre o planejamento da assistência a pessoa portadora de ostomia intestinal, relatam que esse requer além de cuidados físicos ou ensinar ao paciente os cuidados de higiene e troca de bolsas de colostomia, também um planejamento da assistência ao longo do período perioperatório com vistas ao ensino.

Maruyama (2009) ressalta o papel da enfermagem como sendo fundamental na promoção do cuidado às pessoas ostromizadas oferecendo-lhes apoio e conhecimentos necessários para o desenvolvimento da sua autonomia em vistas do autocuidado. O cuidado de enfermagem para com as pessoas com estomias deve ter por objetivo a qualificação da sua vida e promover a sua reinserção social e o desenvolvimento das suas potencialidades.

No cuidado a pacientes em situação de ostomia intestinal, Silva *et al.* (2012) reconhecem que o enfermeiro estomaterapeuta exerce importante papel na assistência perioperatória com assistência própria deste profissional, em oferecer apoio emocional à pessoa a ser ostromizada e à família, frente a nova condição de vida, demarcando o local a ser confeccionado a estomia, demonstrando os equipamentos e adjuvantes, além de desenvolver ações educativas, desde já conduzindo o paciente ao autocuidado e a reabilitação.

Para Gemelli e Zago (2002), o planejamento do cuidado de enfermagem ao ostromizado deve iniciar-se no momento do diagnóstico e da indicação da realização de uma estomia e o cuidado de enfermagem é central para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado pelo paciente para sua reabilitação.

Relacionado ao transoperatório, Carvalho (2003), relata que na sala do cirúrgico deverá ser colocado dispositivo transparente, no sentido levemente horizontal, evitando-se a

contaminação da incisão cirúrgica com o efluente. Esse somente deverá ser colocado no sentido totalmente vertical quando o paciente tiver condições de deambular.

Nessa fase, o enfermeiro realizará cuidados imediatos com o estoma confeccionado, a ferida operatória, tubos, sondas e drenos (INCA, 2008).

O pós-operatório imediato e mediato é o momento no qual o enfermeiro realiza a visita para avaliar as condições do estoma e da ferida operatória, do efluente, a presença de complicações e condições do equipamento a fim de prescrever os cuidados necessários, bem como oferece as orientações de autocuidado ao paciente e cuidador, promovendo a reabilitação (YAMADA *et al.*, 2008).

No pós-operatório tardio, no ambulatório, o enfermeiro deve avaliar as condições de pele periestoma, do estoma e presença de complicações; bem como prescrever os equipamentos apropriados ao estoma sem anormalidade ou tratamentos de estomaterapia quando houver presença de complicações (ex. dermatites, retração, prolapsos etc); reforçar as orientações prévias, quando necessário; fazer treinamento de auto irrigação ou utilização de equipamento oclisor; encaminhar a outros profissionais da equipe interdisciplinar, quando se fizer necessário (YAMADA *et al.* 2008).

A alta da pessoa ostomizado, processo que se inicia no momento em que o indivíduo é internado, deve ser planejada considerando como um momento de medo e insegurança, pois o paciente e a família estão indo para seu ambiente domiciliar distante dos recursos médico hospitalar e de profissionais treinados para o manejo do estoma, porém também é um momento oportuno para o enfermeiro implementar intervenções de enfermagem planejada (SANTOS, 2000).

Oliveira *et al.* (2007), consideram importante que a pessoa ostomizada, além de saber cuidar do estoma, precisa ter acesso a recursos, tais como a provisão dos dispositivos ou sistemas coletores compostos por placas e bolsas, uso de cinto para evitar que a bolsa se solte da placa, adequações alimentares, vestuário que não aperte a bolsa ou descole a placa.

Reveles e Takahashi (2007) sugerem que cada instituição deva desenvolver seus próprios manuais de acordo com as características e necessidades de seus clientes ostomizados, para melhorar a qualidade da assistência ao ostomizado, através da implementação de instrumentos para proporcionar ao cliente um cuidado mais humanizado, esclarecer as dúvidas do paciente e de seus familiares e principalmente, elevar a autoestima do paciente, com enfoque nítido nos manuais de orientação ao ostomizado, utilizando adequada

apresentação e com uma linguagem acessível.

Fernandes *et al.* (2010), ressaltando a importância da consulta ao paciente em situação de ostomia, relatam que a assistência voltada ao paciente ostomizado vai além da compreensão específica do cuidado com o estoma, e é necessário uma reorganização da assistência prestada visando alcançar os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

O planejamento da assistência pelos profissionais da saúde deve incluir o apoio psicológico e a educação para a saúde de modo que conduza a pessoa ostomizada para o autocuidado, o que conduzirá a um papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa ostomizada e seus familiares ao processo de viver com uma ostomia (CASCAIS *et al.*, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo metodológico para a elaboração e validação do conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem para ser utilizado em pessoas em situação de estomia intestinal, no ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.

A construção deste instrumento foi subsidiada pelos conceitos, pressupostos e requisitos para o autocuidado postulados por Dorothea Orem em 1995. Este estudo se caracteriza, portanto, como um estudo metodológico, que para Polit; Beck; Hungler (2004) tem foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e tem como objetivo a elaboração, avaliação e validação de instrumentos para torná-los confiáveis para utilização por profissionais e outros pesquisadores.

Para Dantas (2006), estudos metodológicos para elaboração e validação de instrumentos implicam em procedimentos teóricos que compreendem as fases da teorização e da construção do instrumento. Na fase de teorização, é exigido, por parte do pesquisador, a reflexão e o interesse em fundamentar a teoria através de embasamento na literatura pertinente, como também um intrínseco envolvimento com especialistas da área através de consultas e trocas de experiências com o objetivo de consolidar o conteúdo. Na fase de construção do instrumento, o pesquisador alia toda a teoria à realidade na qual o instrumento será utilizado. Neste caso específico, foi aliado à realidade das pessoas em situação de ostomia intestinal, que inclui todas as que serão submetidas a cirurgias para confecção de estomas intestinais, bem como as que já foram submetidas a tal procedimento.

A teoria fundamentação do instrumento proposto teve como âncora a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, por ser essa voltada para o autocuidado do indivíduo e o fortalecimento e controle destas ações, o que se adapta perfeitamente à pessoa em situação de ostomia intestinal, visto ser essa demandante de ações que a ajudam a promover o seu autocuidado.

4.2 Os Caminhos Percorridos

Este trabalho foi desenvolvido em quatro etapas:

Primeira etapa: Esse momento foi caracterizado pela revisão da literatura com o propósito de subsidiar a tomada de decisão com relação ao modelo e a teoria a serem utilizados para a construção do instrumento de consulta de enfermagem. Também foram mantidas as conversas e as trocas de experiências com outros profissionais que possuem conhecimento específico na área, com o objetivo de consolidar o conteúdo conforme orientações de Dantas (2006). Foi estabelecida como teoria de suporte a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, por ser a que mais se adéqua ao que é requisitado a uma pessoa em situação de ostomia intestinal.

Segunda etapa: Nessa etapa foi efetivada a construção dos instrumentos necessários para a condução do estudo e a escolha dos enfermeiros juízes. A construção do instrumento 1. “Consulta de enfermagem para pessoa em situação de ostomia intestinal” (apêndice A) teve como base modelos de consulta de enfermagem em geral encontrados por ocasião da realização da primeira etapa bem como de modelos utilizados no próprio hospital universitário Walter Cantídio para outras especialidades, adaptando-se aos pressupostos que subsidiam a teoria do autocuidado de Dorothea Orem. O instrumento “Questionário para os juízes” (Apêndice C) foi construído a partir do desmembramento do instrumento 1. Esse questionário foi dividido em dois quadros: o primeiro quadro serviu para avaliação, por parte dos juízes, das divisões do instrumento de consulta e o segundo quadro serviu para avaliação dos itens que compõem as divisões do instrumento (subdivisão dos itens).

O primeiro quadro foi composto pela divisão dos elementos que compõem o instrumento (esqueleto do instrumento) os quais foram: I. Dados de identificação; II. Exame físico; III. Dados clínicos 1. Requisitos universais e; IV. Dados clínicos 2. Requisitos de desenvolvimento. Esse quadro apresentou padrões de avaliação de cada item, referentes à adequação – onde cada juiz pode avaliar o item e emitir seu julgamento com base nas respostas SIM (quando o item foi considerado adequado) e NÃO (quando o item foi considerado não adequado).

O segundo quadro foi composto pela subdivisão de cada um dos elementos que compõem o instrumento, ou seja, cada item apresentado no primeiro quadro foi desmembrado em subitens com base nas informações que cada um compõe. Desta forma, a composição de cada item se apresentou como segue: “Dados de identificação”- composto por 15 subitens;

“Exame físico” - composto por 28 subitens; “Requisitos universais” - composto por 20 subitens e; “Requisitos de desenvolvimento” - composto por 42 subitens, perfazendo um total de 105 subitens. Esse quadro apresentou padrões de avaliação de cada subitem, referentes à clareza e objetividade – onde cada juiz pode avaliar o item e emitir seu julgamento com base nas respostas SIM (quando o item foi considerado claro e objetivo) e NÃO (quando o item apresentou qualquer inadequação com referência à clareza e/ou objetividade).

Os dois quadros também foram avaliados quanto à relevância de cada item (divisão e subdivisões do instrumento) onde a emissão do julgamento feito por cada juiz, foi dada com base em uma escala tipo *Likert* conceitual, de quatro (4) pontos, a partir da qual os juízes fizeram seus julgamentos e atribuíram os conceitos que mais se adequaram ao item avaliado, sendo: 1. Irrelevante, 2. Pouco relevante, 3. Relevante e 4. Muito relevante. Os dois quadros apresentaram ainda, um espaço à direita, destinado à emissão de parecer dado por meio de observações e/ou sugestões. Este parecer serviu para respaldar a tomada de decisão do pesquisador ao relacionar as respostas dos juízes às sugestões / observações apresentadas tanto na ocasião de reformulação de itens como na ocasião de exclusão destes.

Ainda nesta etapa foram estabelecidos critérios para a escolha dos profissionais que exerceram a função de juízes. Para Stein et al. (2005), os juízes são pessoas de reconhecido saber na área sobre que abriga o conteúdo que será analisado. Segundo Pasquali (1998), um número de sete juízes é o necessário para a execução da tarefa de avaliação para validação de conteúdo. Os critérios para a seleção dos sete juízes foram: ser enfermeiro especialista em estomaterapia ou com notório conhecimento e experiência em ostomias intestinais, os juízes foram: 01 doutor e 05 especialistas em estomaterapia, salientando que o doutor é também especialista em estomoterapia. Todos apresentam notório saber e experiência na temática em estudo e estão envolvidos com desenvolvimento de pesquisas e publicação de artigos científicos sobre estomaterapia. Como requisito ético, todos os convidados a juízes aceitaram participar do estudo após ler concordar com o termo “convite para participação da pesquisa” (apêndice B), a concordância pela aceitação ao convite e resposta ao questionário.

Terceira etapa: Nesta etapa ocorreu a coleta dos dados por meio da submissão do questionário para apreciação dos juízes. O termo convite foi encaminhado por meio eletrônico precedido de contato telefônico. Foi dado um prazo inicial de dez dias para a devolução do questionário respondido, entretanto, esse prazo se deu de acordo com a disponibilidade dos juízes, de maneira que obtivemos um tempo médio de 09 dias. Dos sete convidados, foi obtida resposta positiva de participação no estudo por parte de seis, sendo esse o número total de

juízes/avaliadores.

Quarta etapa: Essa constou da análise dos dados obtidos a partir dos questionários respondidos pelos juízes e da construção do instrumento em sua versão final, para ser utilizado em consultas de enfermagem a pessoas em situação de ostomia intestinal no ambulatório de coloproctologia do HUWC.

4.3 Validação do Conteúdo de Instrumentos

Validação de conteúdo de instrumentos é um processo no qual um instrumento, previamente elaborado segundo aspectos teóricos específicos para um determinado assunto. Passa por uma avaliação minuciosa por parte de pessoas consideradas expertises no referido assunto. Pasquali (1998) apresenta o modelo teórico de elaboração e validação de instrumentos que inicia com o Polo teórico, que é a definição do constructo e a análise teórica dos itens do instrumento e o Polo analítico ou estatístico, que são as análises estatísticas sobre os dados com vistas a obter um instrumento válido para a utilização na prática profissional bem como por outros pesquisadores.

Essa validação de conteúdo de instrumentos baseia-se na obtenção de opiniões de especialistas na área em estudo. O modelo de construção de instrumentos (ou protocolos) é composto por procedimentos teóricos, empíricos e analíticos (estatísticos) (PASQUALI, 1999).

O processo de validação do conteúdo de instrumentos inicia-se com a formulação detalhada do construto - nível da teoria. Os itens do instrumento devem adequar-se as definições do construto, e as análises empíricas seguem-se selecionando os itens mais representativos (PASQUALI, 1999).

A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir, avalia se ele mede com precisão o fenômeno a ser estudado e pode-se considerar um instrumento válido quando ele consegue avaliar realmente seu objetivo. A análise dos itens que compõe o instrumento pode ser realizada através da análise teórica e análise empírica (PASQUALI, 1999).

A análise teórica divide-se em análise semântica e análise do conteúdo. A primeira

é feita por juízes e visa à compreensão dos itens e a pertinência dos mesmos ao atributo que pretende medir. Os juízes devem ser peritos na área e sua tarefa que é ajuizar se os itens estão de acordo ou não, sua tarefa (do especialista juiz) será de analisar cada item sob o qual tem representatividade.

A análise empírica dos itens se faz através de análises estatísticas das respostas dadas pelos juízes, que consiste em verificar se há concordância entre os esses. Ainda de acordo com Pasquali (1998) o item avaliado deve ser retido, alterado ou excluído se houver uma concordância igual ou superior a 80% nas respostas dos juízes.

4.4 Métodos de Análise dos Dados

Para a análise dos dados, coletados a partir das respostas ao questionário por parte dos juízes, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2007. Os dados foram analisados com base em estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos e quadros expressos em frequência e percentual. Os itens que obtiveram um percentual maior ou igual a 80% de concordância entre os juízes resultaram na manutenção, reformulação ou exclusão do item. Os itens que foram julgados pouco relevantes com igual percentual foram analisados com base nas observações e sugestões apresentadas pelos juízes, tendo, alguns, sofrido modificações na sua versão final. Para qualquer tomada de decisão (manutenção, modificação ou exclusão) foram consideradas as observações e sugestões feitas pelos juízes.

Todos os cálculos foram orientados e acompanhados por um profissional de estatística.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A primeira etapa do estudo foi caracterizada pela realização de uma revisão da literatura. Viegas (2007) menciona que a revisão da literatura proporciona uma nova visão sobre a área que se pretende estudar. Neste estudo a revisão evidenciou que, mesmo com a utilização de uma mesma teoria, não existe um instrumento padrão que possa ser utilizado em diferentes instituições que possam guiar a assistência a uma população idêntica de pacientes. Foi verificado também que, mesmo havendo muitos estudos com a utilização de diversas teorias, a teoria predominante é a teoria de Dorothea Elizabeth Orem, o que demonstra haver uma compreensão de que essa teoria é adequada para o planejamento de assistência voltada para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos no que tange o seu autocuidado. Nesta etapa foi elaborado o instrumento que foi submetido para avaliação dos juízes ao qual chamamos de instrumento inicial ou proposta inicial (apêndice A). Este instrumento sofreu alterações após a análise feita pelos juízes e que resultou em alterações e acréscimos na constituição do instrumento final (apêndice D).

Os resultados da validação do conteúdo do instrumento proposto demonstraram que os itens que compõem o instrumento estão adequados e que apresentam relevância significativa para a aplicação na prática. A tabela 1 apresenta as respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto aos critérios adequação e relevância.

Tabela 1 – Respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto aos critérios adequação e relevância.

Divisão do instrumento proposto	Respostas dos juízes			
		Adequação – n (%)	Relevância – n (%)	
I - Dados de identificação	SIM	6 (100)	1.Irrelevante	--
	NÃO	----	2.Pouco relevante	--
			3.Relevante	1 (17)
			4.Muito relevante	5 (83)
II - Exame físico	SIM	6 (100)	1.Irrelevante	--
	NÃO	----	2.Pouco relevante	--
			3.Relevante	--
			4.Muito relevante	6 (100)
III - Requisitos universais	SIM	6 (100)	1.Irrelevante	--
	NÃO	----	2.Pouco relevante	--
			3.Relevante	2 (33)
			4.Muito relevante	4 (67)
IV - Requisitos de desenvolvimento	SIM	6 (100)	1.Irrelevante	--
	NÃO	----	2.Pouco relevante	--
			3.Relevante	2 (33)
			4.Muito relevante	4 (67)

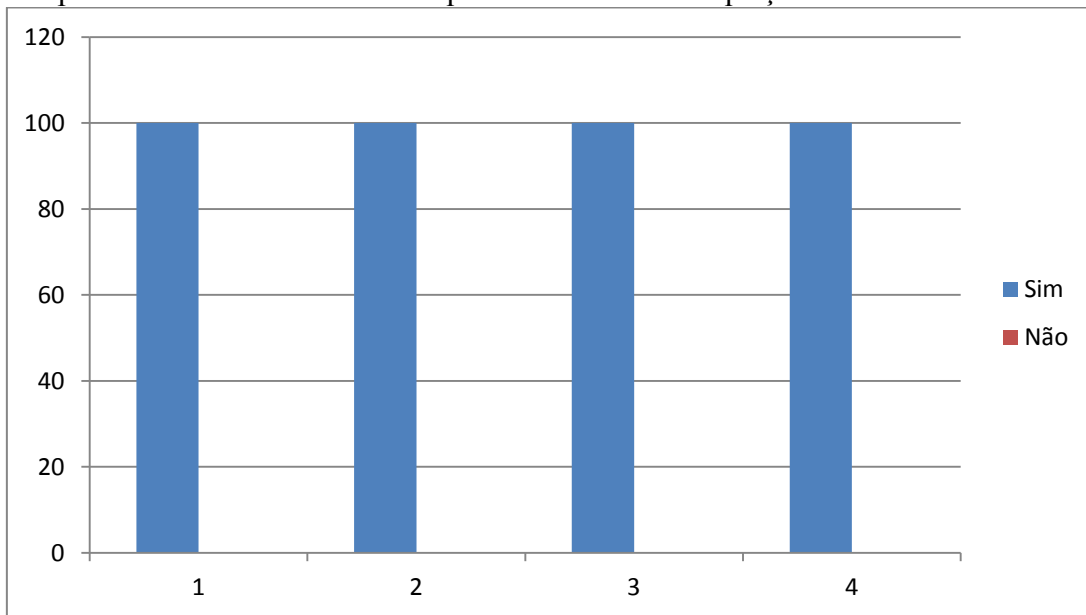
Fonte: Questionário

Esses resultados demonstram que a totalidade dos juízes considerara adequada a divisão proposta pelo instrumento. Quanto à relevância de cada item da divisão das respostas – relevante e muito relevante - perfazem o percentual de 100%.

Avaliado o primeiro quadro componente do questionário para os juízes, estes passaram a avaliar os subitens que compunham cada item do instrumento. As tabelas que seguem apresentam as respostas dos juízes na validação do conteúdo de cada item da divisão do instrumento. Estes itens foram desmembrados e os quesitos que os compõe foram avaliados separadamente. Isso fez com que algum item, mesmo sendo considerado muito relevante, tivesse alguns de seus quesitos avaliados como pouco relevante ou apresentassem observações ou sugestões de melhoramento ou de substituição com vistas a uma melhor representação da realidade dos pacientes.

A representação gráfica desses resultados encontram-se nos gráficos 1 e 2.

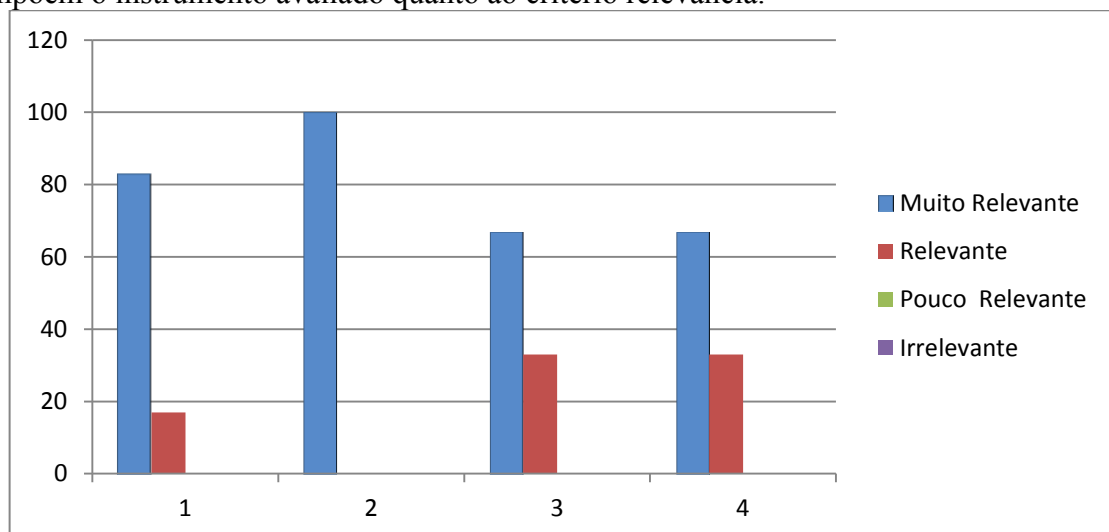
Gráfico 1 – Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério adequação.



Fonte: Questionário.

Verifica-se que a divisão dos itens que compõem o instrumento, na avaliação dos juízes está plenamente adequada, tendo em vista que a totalidade destes assim o considerou. Estes resultados demonstram uma adequação de 100% na avaliação dos juízes para a divisão proposta para o instrumento. Quanto à relevância de cada item da divisão as respostas – relevante e muito relevante - perfazem o percentual de 100%.

Gráfico 2 – Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério relevância.



Fonte: Questionário.

Chama a atenção o quesito “Exame físico” em que 100% dos juízes consideraram ‘muito relevante’. Isso nos impulsiona a uma questão que é primordial para a prática científica da enfermagem – o **saber fazer** um exame físico. Um exame físico feito com todo o rigor que a prática exige, conduz facilmente o profissional a uma perfeita verificação das necessidades de implementação de cuidados baseada nos déficits identificados, que vão desde a necessidade de cuidados de higiene, até a identificação de possíveis agravos à saúde.

Estes resultados demonstram que a totalidade dos juízes, considera adequada a divisão proposta pelo instrumento. Quanto à relevância de cada item da divisão, as respostas – relevante e muito relevante perfazem o percentual de 100%.

Avaliado o primeiro quadro componente do questionário para os juízes, esses passaram a avaliar os quesitos que compunham cada item do instrumento. As tabelas que seguem apresentam as respostas dos juízes na validação do conteúdo dos quesitos que compõem cada item da divisão do instrumento.

Cada item foi desmembrado em um número de quesitos suficiente para contemplar as necessidades de informação relativas a uma determinada questão. Isso fez com que algum item, mesmo sendo considerado muito relevante tivesse alguns de seus quesitos avaliados como pouco relevante ou apresentassem observações ou sugestões de melhoramento ou de substituição com vistas a uma melhor representação da realidade dos pacientes.

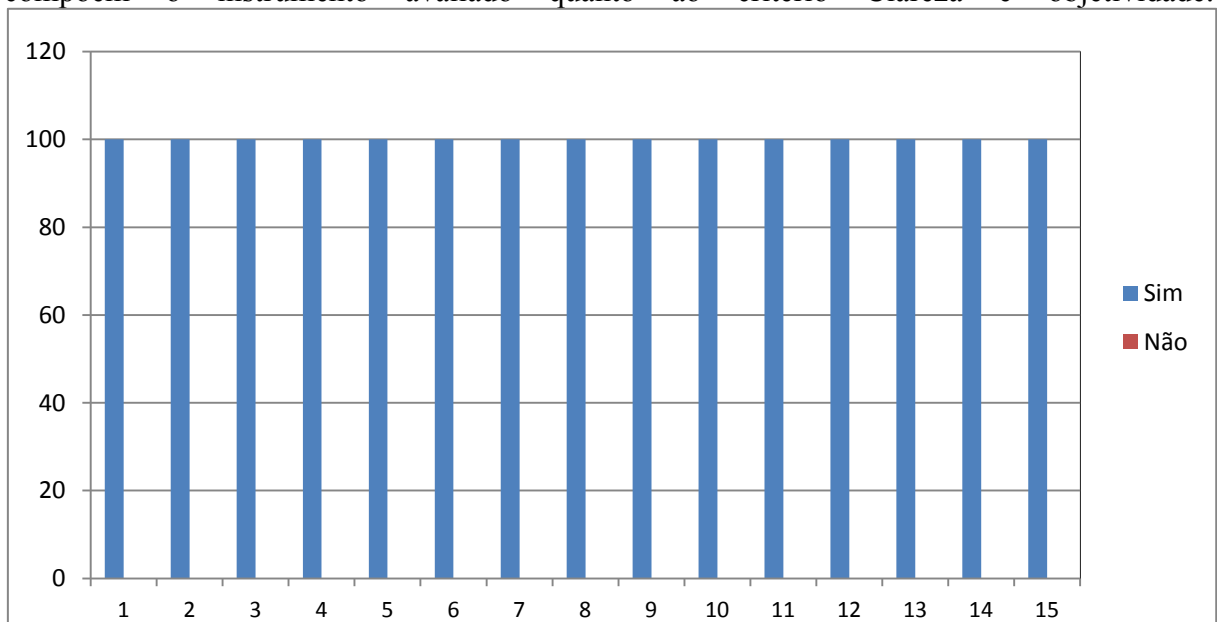
Tabela 2 – Respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 1 do instrumento – “Dados de identificação” quanto aos critérios careza e objetividade e relevância.

Nº	Quesitos	Clareza e objetividade		Muito Relevante n (%)	Relevante n (%)	Pouco Relevante n (%)	Irrelevante n (%)
		SIM	NÃO				
		n (%)	n (%)				
1	Nome	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
2	Nº do Prontuário	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	--	--
3	Data de Nascimento	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	--	--
4	Idade	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	--	--
5	Sexo	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	--	--
6	Endereço	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	--	--
7	Telefones (residencial, celular, outros contatos)	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	--	--
8	Procedência	6 (100)	--	4 (67)	1 (17)	1 (17)	--
9	Ocupação/Profissão	6 (100)	--	2 (33)	4 (67)	--	--
10	Escolaridade	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	--	--
11	Situação Conjugal	6 (100)	--	4 (67)	1 (17)	1 (17)	--
12	Religião	6 (100)	--	3 (50)	2 (33)	1 (17)	--
13	Tem filhos ()Sim ()Não Quantos	6 (100)	--	3 (50)	1 (17)	2 (33)	--
14	Renda Familiar	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	--	--
15	Diagnóstico médico	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--

Fonte: Questionário.

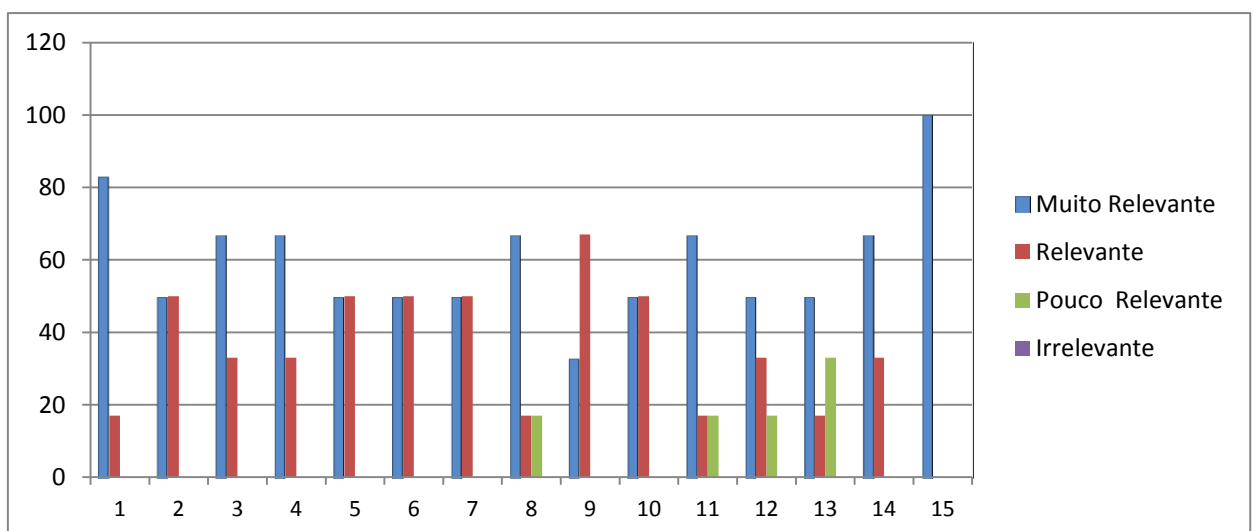
No item, “Dados de identificação” ficou evidente que, de acordo com a análise dos juízes, todos os quesitos se apresentaram com clareza e objetividade. Também, quanto à relevância, a quase totalidade dos quesitos (93,4%) obteve avaliação como sendo muito relevante e relevante com exceção do quesito “tem filhos”, que obteve um percentual inferior a 80 % de relevância – considerando muito relevante e relevante, conforme gráficos 3 e 4.

Gráfico 3 – Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério Clareza e objetividade.



Fonte: Questionário.

Gráfico 4 - Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 1 – “Dados de identificação” quanto ao critério relevância.



Fonte: Questionário

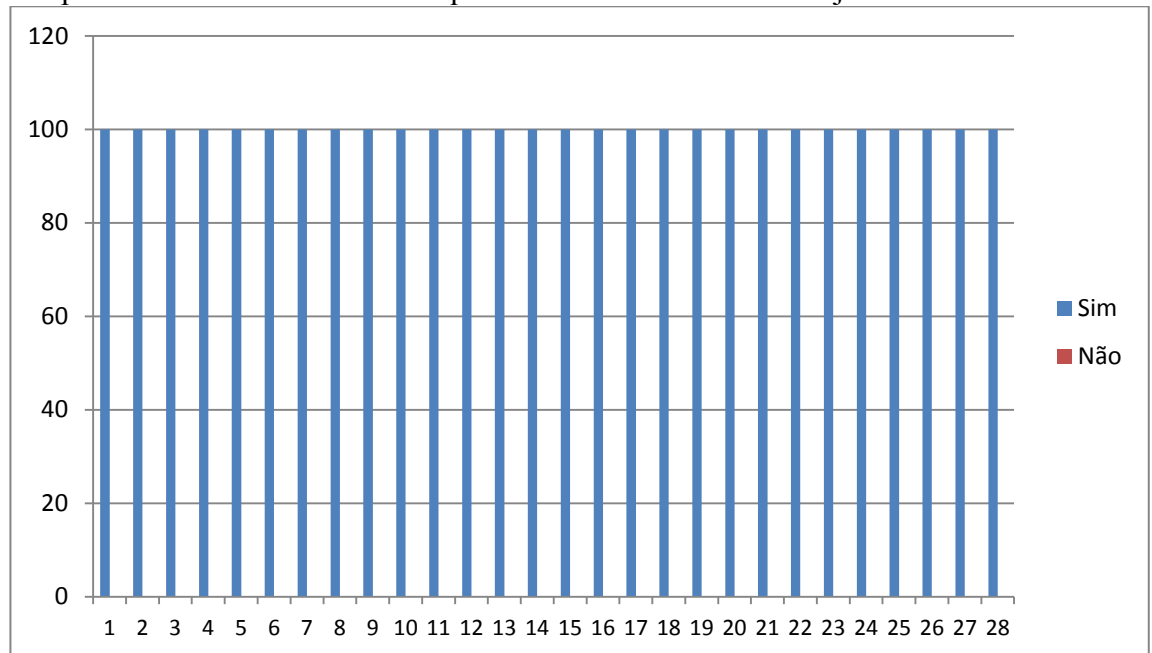
Tabela 3 – Respostas dos juizes na avaliação dos quesitos que compõem o item 2 do instrumento – “Exame Físico” quanto aos critérios clareza e objetividade e relevância.

Nº	Quesitos	Clareza e objetividade		Muito Relevante	Relevante	Pouco Relevante	Irrelevante
		SIM n (%)	NÃO n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	Condições Gerais	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
2	Sinais vitais	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	--	--
3	Peso	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
4	Dor	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--
5	Condições da parede abdominal	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--
6	Cicatrise, dobras de gordura	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--
7	Colostomia, ileostomia	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--
8	Estoma, temporário, definitivo	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
9	Estoma, em alça, terminal	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
10	Forma do estoma	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
11	Complicações	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--
12	Coloração e Umidade	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
13	Efluente	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--
14	Higiene corporal	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	--	--
15	Habilidade psicomotora	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
16	Habilidade locomotora	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
17	Destreza manual	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
18	Alterações sensoriais	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
19	Pele, mucosas e anexos	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
20	Coloração	6 (100)	--	3 (50)	2 (33)	1 (17)	--
21	Integridade	6 (100)	--	3 (50)	2 (33)	1 (17)	--
22	Problemas alérgicos na pele	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
23	Hidratação	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	--	--
24	Pelos e fâneros	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	--	--
25	Condições da pele periestoma	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--
26	Sistema Gastro - Intestinal	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--
27	Ausculta	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	--	--
28	Abdome Plano, Flácido, Globoso	6 (100)	--	6 (100)	--	--	--

Fonte: Questionário.

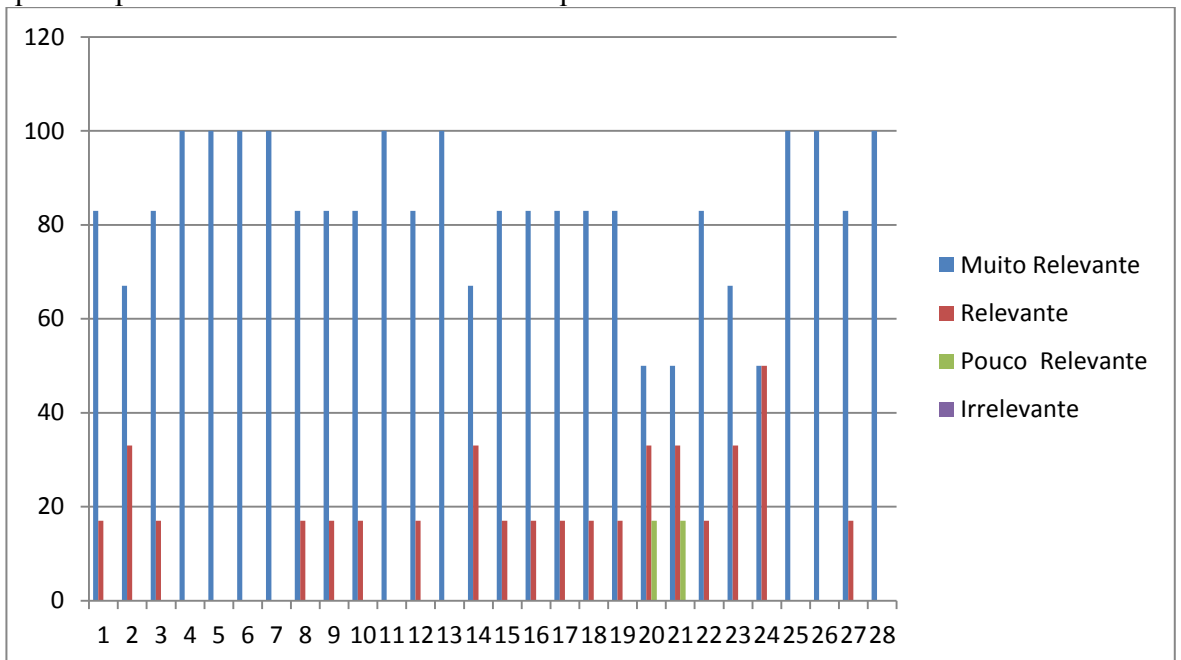
Neste item, todos os quesitos foram considerados claros e objetivos em 100% da análise feita pelos juizes, bem como um percentual superior a 80% em todos os quesitos com relação à relevância, conforme gráficos 5 e 6.

Gráfico 5 – Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério Clareza e objetividade.



Fonte: Questionário.

Gráfico 6 - Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 2 – “Exame Físico” quanto ao critério de relevância.



Fonte: Questionário.

Tabela 4 – Respostas dos juizes na avaliação dos quesitos que compõem o item 3 do instrumento – “Requisitos Universais” quanto aos critérios clareza e objetividade e relevância.

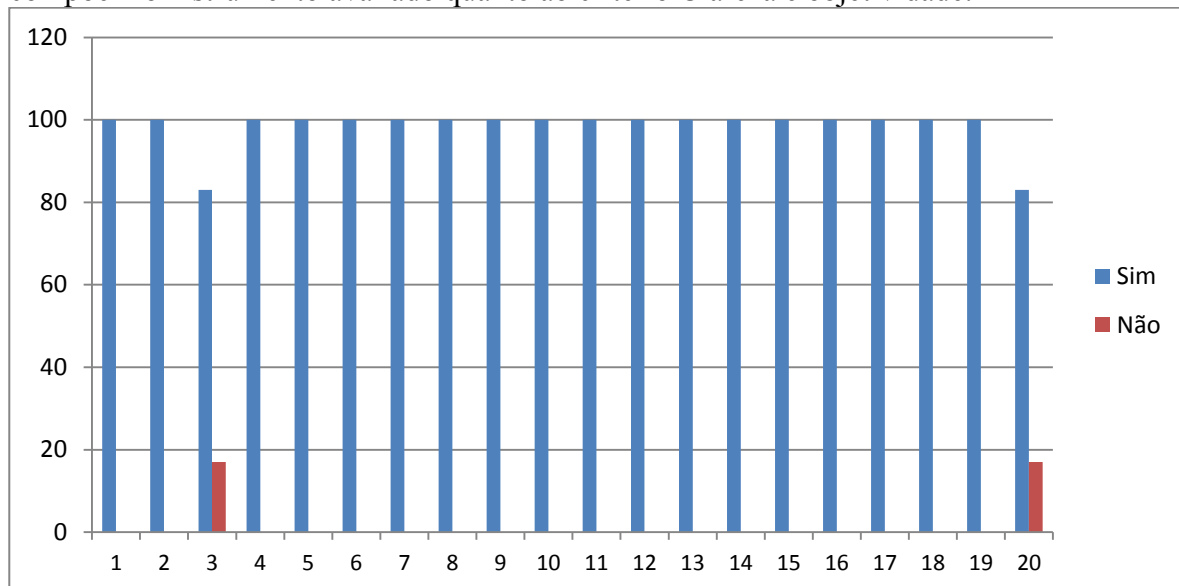
Nº	Quesitos	Clareza e objetividade		Muito Relevante n (%)	Relevante n (%)	Pouco Relevante n (%)	Irrelevante n (%)
		SIM	NÃO				
		n (%)	n (%)				
1	Dados clínicos	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
2	Requisitos Universais	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	-	-
3	Qual o motivo que trouxe você a este ambulatório	5 (83)	1 (17)	5 (83)	1 (17)	-	-
4	Ano que descobriu a doença	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	-	-
5	Já fez algum tratamento para esta doença	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	-	-
6	Já foi operado	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	-	-
7	Motivo/causa do estoma	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	-	-
8	Algum familiar apresenta o mesmo problema	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	-	-
9	O que sabe sobre o tratamento	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	-	-
10	O que sabe sobre o estoma	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	-	-
11	Queixas	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
12	Preocupações	6 (100)	--	3 (50)	2 (33)	1 (17)	-
13	Sono e repouso	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	-	-
14	Alimentação e Hidratação	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
15	Eliminações	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	-	-
16	Hábitos atuais: etilismo, tabagismo	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	-	-
17	Avaliação	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
18	Demanda de autocuidado	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
19	Capacidade de autocuidado	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
20	Sistema de Enfermagem	5 (83)	1 (17)	4 (67)	1 (17)	-	1 (17)

Fonte: Questionário.

Nesta tabela verifica-se a homogeneidade das respostas relativas à clareza e objetividade por parte dos juizes quando a totalidade (100%) destes consideraram todos os quesitos claros e objetivos. Dois dos quesitos receberam avaliação, por parte de apenas um juiz cada, de não clareza e objetividade o que não representa significância, tendo em vista que um percentual de 83% de aprovação foi verificado. A mesma tendência foi verificada com relação à relevância, uma vez que todos os quesitos foram considerados relevantes. Nesse critério, um dos quesitos recebeu avaliação, por parte de apenas um juiz, de não relevância o que, da mesma forma, não apresenta significado percentual em face de representar apenas 17%, levando em consideração que o percentual de significância estabelecido para este estudo foi \geq a 80%.

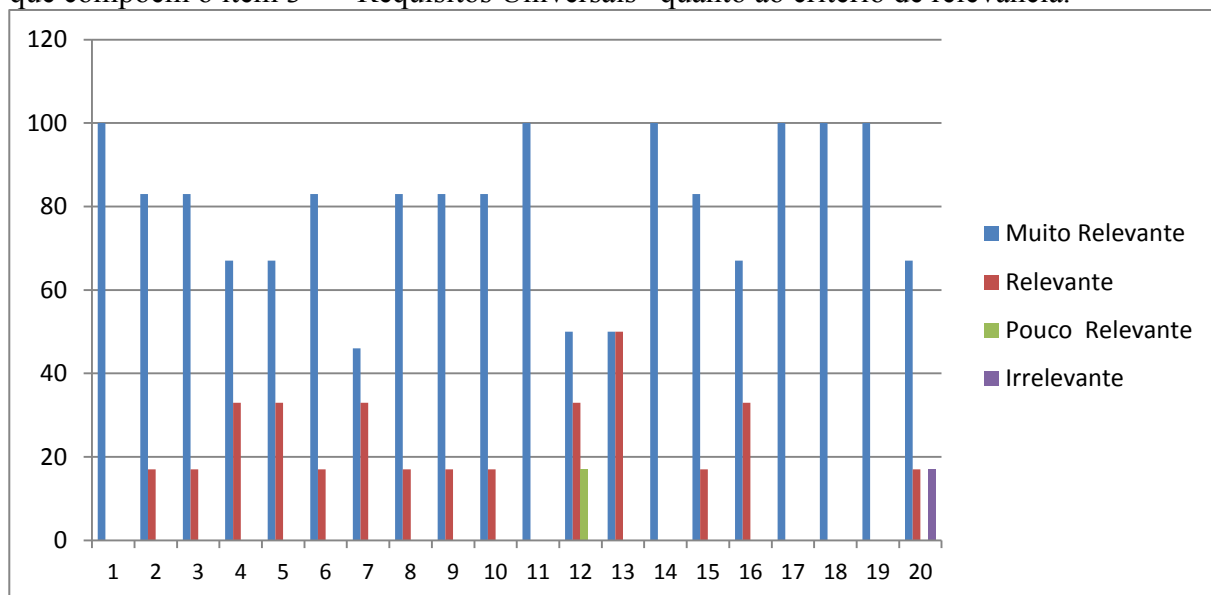
A representação gráfica destes resultados encontram-se nos gráficos 7 e 8.

Gráfico 7 – Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério Clareza e objetividade.



Fonte: Questionário.

Gráfico 8 - Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 3 – “Requisitos Universais” quanto ao critério de relevância.



Fonte: Questionário.

Tabela 5 – Respostas dos juizes na avaliação dos quesitos que compõem o item 3 do instrumento – “Requisitos de Desenvolvimento” quanto aos critérios clareza e objetividade e relevância.

Nº	Quesitos	Clareza e objetividade		Muito Relevante n (%)	Relevante n (%)	Pouco Relevante n (%)	Irrelevante n (%)
		SIM	NÃO				
		n (%)	n (%)				
1	Requisitos de Desenvolvimento	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
2	Sinais vitais	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
3	Peso	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
4	Dor	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
5	Lazer	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	-	-
6	Religião	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	-	-
7	Atividade Física	6 (100)	--	3 (50)	3 (50)	-	-
8	Atividade laboral	6 (100)	--	4 (67)	1 (17)	1 (17)	-
9	Sexualidade	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	-	-
10	Angústia, choro fácil	6 (100)	--	2 (33)	3 (50)	1 (17)	-
11	Sentimentos em relação a si	6 (100)	--	4 (67)	1 (17)	-	1 (17)
12	Expectativa em relação a si	6 (100)	--	4 (67)	1 (17)	-	1 (17)
13	Sentimentos em relação à família e a sociedade	6 (100)	--	4 (67)	1 (17)	1 (17)	-
14	Percepção da necessidade atual	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	-	-
15	Higiene corporal	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	-	-
16	Higiene do estoma	5 (83)	1 (17)	5 (83)	-	-	1 (17)
17	Troca da bolsa	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
18	Irrigação do estoma	6 (100)	--	5 (83)	-	-	1 (17)
19	Dieta	6 (100)	--	5 (83)	1 (17)	-	-
20	Hidratação	6 (100)	--	4 (67)	2 (33)	-	-
21	Eliminação de gases/odor	5 (83)	1 (17)	6 (100)	-	-	-
22	Pele íntegra	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
23	Pele com equimose	5 (83)	1 (17)	4 (67)	1 (17)	-	1 (17)
24	Pele com hematoma	6 (100)	--	3 (50)	2 (33)	-	1 (17)
25	Pele com dermatite	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
26	Celulite	5 (83)	1 (17)	3 (50)	2 (33)	-	1 (17)
27	Prurido	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
28	Pele com problemas alérgicos	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
29	Pele Hidratada, Desidratada	5 (83)	1 (17)	4 (67)	1 (17)	-	1 (17)
30	Utiliza algum produto para proteger a pele	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
31	Dúvidas es relação ao estoma	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
32	Dúvidas em relação ao seu cuidado	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
33	Avaliação	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
34	Demanda de autocuidado	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
35	Capacidade de autocuidado	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
36	Sistema de Enfermagem	6 (100)	--	4 (67)	1 (17)	-	1 (17)
37	Observação	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
38	Estado Geral	6 (100)	--	4 (67)	1 (17)	1 (17)	-
39	Gestos e expressões	6 (100)	--	4 (67)	1 (17)	1 (17)	-
40	Motivação para o autocuidado	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
41	Parecer do Enfermeiro	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-
42	Data, Assinatura, Carimbo.	6 (100)	--	6 (100)	-	-	-

Fonte: Questionário.

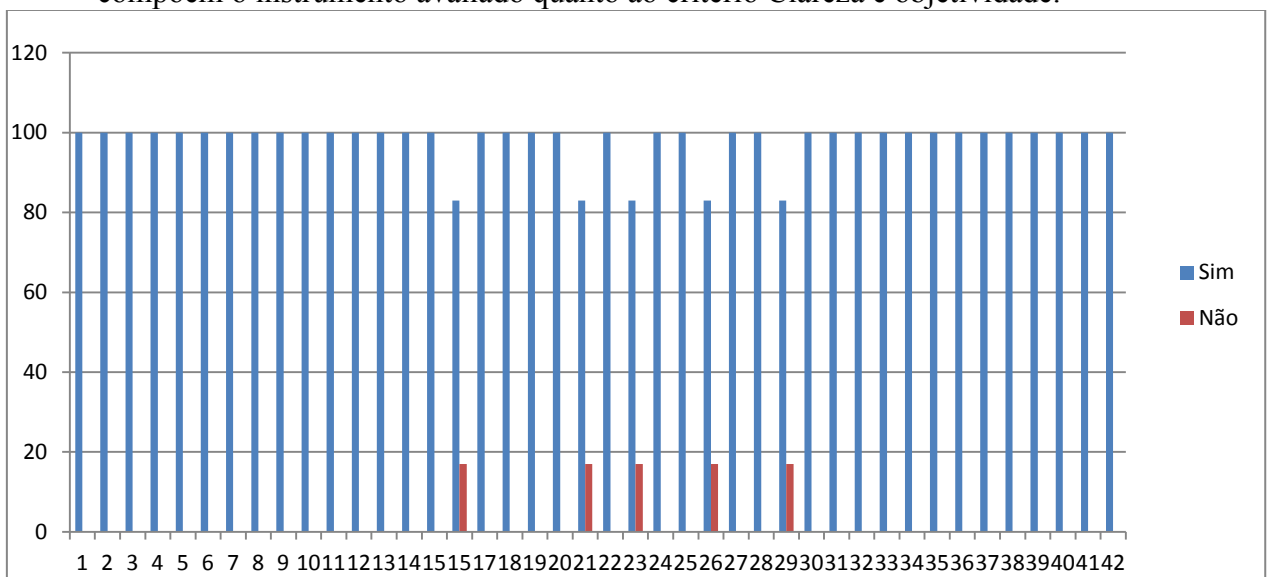
Nessa tabela também verifica-se homogeneidade das respostas relativas à clareza e objetividade por parte dos juizes quando a totalidade (100%) destes consideraram todos os

questos claros e objetivos, pois apenas cinco dos quesitos receberam avaliação, por parte de apenas um juiz cada, de não clareza e objetividade o que não representa significância tendo em vista que um percentual de 83% de aprovação foi verificado.

Com relação à relevância, todos os quesitos foram considerados relevantes, pois os itens que obtiveram avaliação de pouco relevante e/ou irrelevante têm percentual de apenas 17%, o que não justifica exclusão.

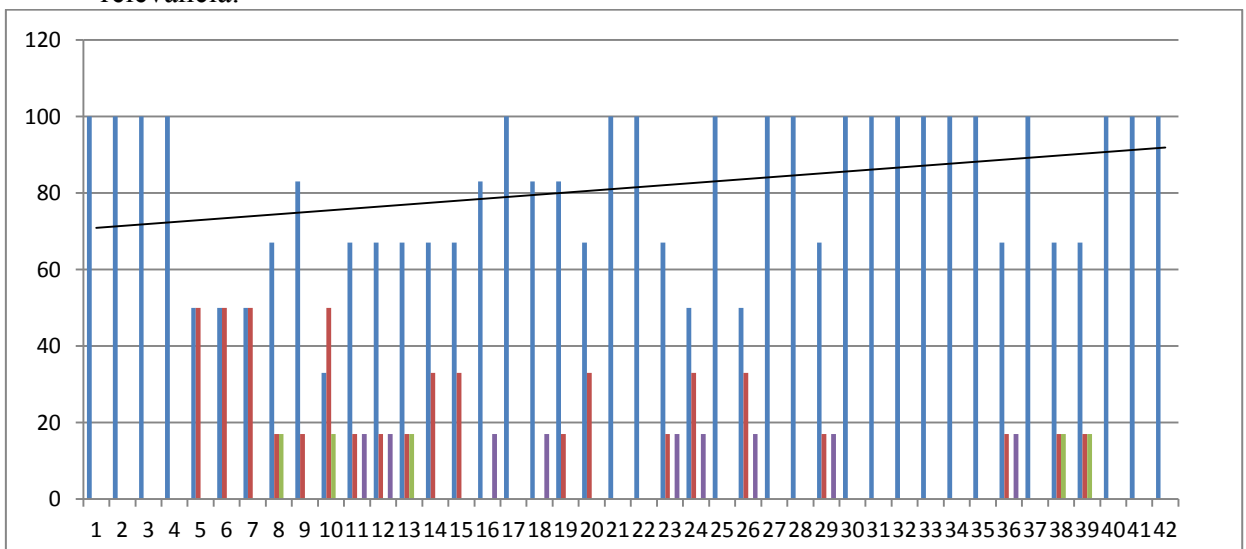
A representação gráfica destes resultados encontram-se nos gráficos 9 e 10.

Gráfico 9 – Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos itens que compõem o instrumento avaliado quanto ao critério Clareza e objetividade.



Fonte: Questionário.

Gráfico 10 - Representação gráfica das respostas dos juízes na avaliação dos quesitos que compõem o item 4 – “Requisitos de Desenvolvimento” quanto ao critério de relevância.



Fonte: Questionário.

O questionário apresentou, ainda, uma coluna destinada às observações e sugestões na qual cada juiz pôde acrescentar sua visão/ponto de vista a respeito de cada quesito. Alguns dos quesitos, mesmo considerados relevantes e/ou muito relevantes, também receberam sugestões de alteração na redação (modo de apresentá-lo), com vistas a melhorar a compreensão ou melhorar o padrão da resposta obtido a partir daquela pergunta. Essas observações e sugestões serviram de base para a reformulação da redação dos quesitos no documento final.

Alguns quesitos receberam sugestões de apenas um juiz, no entanto, independente da frequência das sugestões, essas foram analisadas e, por vezes, foram acatadas mesmo com indicação de alteração manifestada por apenas um juiz, em função da pertinência desta sugestão. Da mesma forma, alguns quesitos receberam sugestões de mais de um juiz, entretanto, na análise destas sugestões foi verificado que a pouca pertinência da sugestão não modificaria a compreensão ou resposta, o que não justificaria a alteração na apresentação do quesito.

No quadro 1, são apresentadas as observações e sugestões feitas pelos juízes. Estas observações e sugestões serviram de fundamentação para a elaboração do instrumento na sua versão final.

Quadro 1 – Sugestões apresentadas pelos juízes e frequência destas

Item/quesito	Sugestão do Juiz	Frequência das sugestões
Situação conjugal	Ter ou não parceiro seria mais significativo.	1
Habilidade psicomotora	Especificar o que se quer saber	1
Habilidade locomotora	Especificar o que se quer saber	1
Destreza manual	Especificar o que se quer saber	1
Religião	Sugestão colocar prática espiritual	2
Sexualidade	Pouco explorado melhoraria esse aspecto e muito pouco trabalhado pelos profissionais de saúde. Alterar para: a doença modificou suas relações sexuais () sim () não Porque	2
Higiene corporal	Mas o que será avaliado? Boa, regular, ruim. Número de banhos / dia	2
Higiene do estoma	Mas o que será avaliado?	2
Irrigação intestinal	Colocar: realiza Irrigação intestinal?	1
Renda familiar	Substituir por condições sócio econômica em número de salários: () 1 a 2 () 3 a 4 () mais de 5	1

Sono e repouso	Acrescentar: número de horas que dorme por dia Se tem insônia: ()sim () não	2
Alimentação e hidratação	Nº de refeições dia; Ingesta hídrica __ml / dia. Preferência alimentar; Restrição alimentar ()sim () não Qual	3

Fonte: Questionário.

Após a análise das observações e sugestões feitas pelos juízes, alguns quesitos tiveram sua redação modificada e dois quesitos foram incluídos.

O quesito procedência foi mantido tendo em vista que o HUWC é um hospital de referência regional e, desta forma, a questão da procedência interfere nas condições de assistência por parte do profissional enfermeiro, caso o paciente tenha que retornar ao seu lugar de origem.

O quesito situação conjugal também recebeu uma consideração de não relevância, fato que, por si, não foi significativo para alteração ou exclusão. Este quesito recebeu uma sugestão de que a pergunta “tem parceiro?” representaria melhor a realidade, entretanto, esta sugestão não foi acatada, tendo em vista que ambas representem a mesma coisa e a pergunta da forma como foi elaborada representa culturalmente um modo mais respeitoso de se obter a mesma resposta.

Quanto ao quesito “tem filhos” 67% considerou muito relevante e relevante e 33% pouco relevante, não obtendo o percentual necessário nem para manutenção nem para exclusão. A manutenção deste quesito foi considerada importante em função da existência de filhos ser sempre uma referência de que a pessoa tem alguém a quem se possa recorrer. Muito embora o fato de ter ou não filhos possa interferir com a questão do autocuidado, tanto quanto a presença de outra pessoa para na vida do paciente, logo, saber com quem ele mora seria tão importante e adequado como subsidio para o desenvolvimento do autocuidado quanto ter filhos. Esse quesito foi mantido. Houve ainda sugestão para o acréscimo de dois quesitos: “*quem reside na casa com o paciente*” no item: “Dados de identificação”, em razão de, a pessoa que reside junta, representar uma proximidade que favorece a manutenção do autocuidado e, “*encaminhamento para outro especialista*”, esta sugestão foi considerada importante tendo em vista possíveis necessidades demandadas pelo paciente que estejam fora do domínio e da competência do enfermeiro.

Para o quesito “Religião” foi sugerido alterar para “*pratica espiritual*”, a análise desta sugestão revelou que prática espiritual envolve tanto todas as religiões como práticas espirituais que não estão formalmente vinculadas a nenhuma religião, bem como, a prática de

fortalecimento interior que pode ser desenvolvida por algumas pessoas que servem de âncora em situações adversas. Logo essa sugestão foi acatada.

Para o quesito Renda familiar foi sugerida alteração para “*condições sócio econômica*” e apresentar padrão de resposta em número de salários. Essa sugestão foi acatada tendo em vista a facilidade de compreensão por parte dos pacientes e de preenchimento por parte do enfermeiro.

Os quesitos Habilidade psicomotora, Habilidade locomotora, Destreza manual, Higiene corporal e Higiene do estoma apresentaram maior frequência de sugestões em face de, os mesmos, se apresentarem pouco esclarecedores (vagos). A esses quesitos foram acrescentadas referências que os tornaram mais claros e de fácil coleta de informações.

A Higiene corporal e a Higiene do estoma também receberam sugestões de melhoramento e especificação do que se pretendia obter de resposta em cada um deles. Esses quesitos são de grande importância e tiveram sua apresentação alterada.

Considerando a ocorrência de complicações, como a mais comumente encontrada a dermatite periestoma, o ostomizado deve assumir o autocuidado e a higiene deve ser rigorosa, assim como a perfeita adaptação da bolsa ao estoma, para evitar o extravasamento de fezes e o odor desagradável que trazem dificuldade de adaptação e sofrimentos para os portadores de ostomia com conseqüente comprometimento na sua qualidade de vida, logo a importância da educação em saúde para o ostomizado como um meio eficaz de promover o cuidado de enfermagem mediante a aplicação da Teoria do Autocuidado. (CREMA; MARTINS JÚNIOR, 1997; SANTOS 2001; REVELES, TAKAHASHI 2007; SAMPAIO 2008; CARVALHO 2003).

Para o item Irrigação intestinal, também foi sugerido descrever com mais clareza esse item para melhor entendimento do entrevistador, considerando as vantagens da auto-irrigação e a melhoria da qualidade de vida do ostomizado que faz uso desta técnica, havendo a necessidade de ser melhor explorado pelo entrevistador, pois com a existência de métodos possíveis de proporcionar melhoria da qualidade de vida do ostomizado é importante que esses sejam apresentados ao ostomizado (CASCAIS *et al.*, 2007 COSTA 2004).

Para o item Alimentação e Hidratação, foi sugerido “*colocar o número de refeições por dia*”, “*Ingesta hídrica em mil por dia*”, “*Preferência alimentar*” e “*tem alguma Restrição alimentar*” considerando a importância da nutrição adequada para a pessoa portadora de ostomia intestinal e educação nutricional com vistas a qualidade de vida, visando mudança nos hábitos alimentares, além de hábitos de vida saudáveis.

Para Sono e repouso foi sugerido complementar com “*número de horas que dorme por dia*” e “*tem insônia*”. Essas alterações sugeridas foram consideradas como de melhoramento para a descrição da situação do paciente, logo essas sugestões também foram acatadas.

Para o item “Sexualidade” foi referido que esse item deveria ser explorado melhor, “*A sexualidade é pouco explorada*”; “*esse aspecto é muito pouco trabalhado pelos profissionais de saúde*”. Foi sugerido, ainda, a alteração do quesito para “*A doença modificou suas relações sexuais?*”. A análise destas sugestões levou ao acatamento da alteração do quesito.

Estudos têm demonstrado a importância da sexualidade na vida do ostomizado e as modificações que acontecem na vida deste com a nova condição de ter uma bolsa aderida ao corpo e as modificações devido a presença do estoma, particularmente no corpo da mulher que sente-se mutilada devido a alteração anatômica do trânsito intestinal, o que contribui para baixa estima repercutindo na qualidade de vida da pessoa ostomizada (ANDRADE *et al* 1997; SANTOS e SAWAIA 2000; BELLATO *et al*, 2007).

A consulta de enfermagem é um espaço adequado para trabalhar esta temática tão importante para ajudar a pessoa ostomizada e o seu parceiro a melhor conviver com a nova condição, considerando o momento em que há privacidade e cumplicidade entre os parceiros. O profissional enfermeiro que precisa adquirir a confiança de ambas as partes para melhor explorar esse tema e poder ajudá-los (MENDONÇA *et al* 2007; Luz *et al*.2009 e Santos 2000).

Foi sugerido também acrescentar “Encaminhamento para outra especialidade se necessário como psicólogo ou assistente social. Para atender todas as necessidades da pessoa em situação de estomia intestinal, é necessária uma equipe multiprofissional. Desse modo o Ministério da Saúde, através da Portaria 900, criou os Serviços para Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo atendidos por equipes formadas por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista. O enfermeiro pode referenciar o ostomizado para qualquer um dos profissionais que fazem parte deste serviço, com vistas a um atendimento especializado, visando a assistência de enfermagem integral e holística à pessoa em situação de estomia intestinal (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

No quadro 2, é apresentada o total dos quesitos integrantes da composição do instrumento.

Quadro 2 – Distribuição dos itens e quesitos que compõem o instrumento para consulta de enfermagem

Ordem	Subdivisões do protocolo	Decisão final
1	Dados de Identificação	Mantido
2	Exame Físico	Mantido
3	Dados Clínicos	Mantido
4	Requisitos Universais	Mantido
5	Requisitos de Desenvolvimento	Mantido
6	Nome	Mantido
7	Nº do Prontuário	Mantido
8	Data de Nascimento	Mantido
9	Idade	Mantido
10	Sexo	Mantido
11	Endereço	Mantido
12	Telefones (residencial, celular, outros contatos)	Mantido
13	Procedência	Mantido
14	Ocupação/Profissão	Mantido
15	Escolaridade	Mantido
16	Situação Conjugal	Mantido
17	Religião	Alterado
18	Tem filhos () Sim () Não Quantos	Mantido
19	Renda Familiar	Alterado
20	Diagnóstico médico	Mantido
21	Condições Gerais	Mantido
22	Sinais vitais T___,P___,R___,PA___/___ mmHg,	Mantido
23	Peso_____	Mantido
24	Dor: local_____, característica____ intensidade	Mantido
25	Condições da parede abdominal	Mantido
26	Cicatrizes_____, dobras de gordura	Mantido
27	() Colostomia () Ileostomia, Diâmetro em mm	Mantido
28	Estoma () Temporário () Definitivo () Ausente	Mantido
29	Estoma () em alça, () terminal () duas bocas	Mantido
30	Forma do estoma () ovalada, () redonda, () irregular	Mantido
31	Complicações (Fístula, Prolapso, Retração, Hérnia, Edema, Estenose, Sangramento)	Mantido
32	Coloração e Umidade	Mantido
33	Efluente(aspecto_____),gases_____)	Mantido
34	Higiene corporal	Alterado
35	Habilidade psicomotora	Alterado

36	Habilidade locomotora _____ Restrição	Alterado
37	Destreza manual	Alterado
38	Alterações sensoriais () Sim () Não Qual	Mantido
39	Pele, mucosas e anexos	Mantido
40	Coloração (Normal, Hipocorada, Icterícia, Cianose)	Mantido
41	Integridade (Íntegra, Equimose, Hematomas, Dermatites, Celulite, Prurido, Úlcera por pressão (estágio I,II,III,IV, característica) Outro	Mantido
42	Problemas alérgicos na pele () Sim () Não Qual	Mantido
43	Hidratação () Hidratada, () Desidratada	Mantido
44	Pelos e fâneros (Normal, Seborreia, Pediculose, Alopecia, Lesões _____)	Mantido
45	Condições da pele periestoma	Mantido
46	Sistema Gastro-Intestinal	Mantido
47	Ausculta (RHA, Normal, Diminuído, Ausente, Obs _)	Mantido
48	Abdome (Plano, Flácido, Globoso, Distendido, Dor à Palpação, Obs _____)	Mantido
49	Dados clínicos	Mantido
50	Requisitos Universais	Mantido
51	Qual o motivo que trouxe você a este ambulatório	Mantido
52	Ano que descobriu a doença	Mantido
53	Já fez algum tratamento para esta doença	Mantido
54	Já foi operado () Sim () Não Quando	Mantido
55	Motivo/causa do estoma	Mantido
56	Algum familiar apresenta o mesmo problema () Sim () Não Quem	Mantido
57	O que sabe sobre o tratamento	Mantido
58	O que sabe sobre o estoma	Mantido
59	Queixas	Mantido
60	Preocupações	Mantido
61	Sono e repouso	Alterado
62	Alimentação e Hidratação	Alterado
63	Eliminações	Mantido
64	Hábitos atuais: etilismo () Sim () Não tabagismo () Sim () Não, outros hábitos () Sim () Não Qual	Mantido
65	Avaliação	Mantido
66	Demanda de autocuidado: () Sim () Não Relacionada a _____	Mantido
67	Capacidade de autocuidado	Mantido
68	Sistema de Enfermagem: Totalmente Compensatório () Parcialmente Compensatório() Apoio Educação ()	Mantido

69	Requisitos de Desenvolvimento	Mantido
70	Sinais vitais T___, P___, R___, PA_____ mmHg,	Mantido
71	Peso	Mantido
72	Dor: local _____, característica_____ intensidade	Mantido
73	Lazer	Mantido
74	Religião	Alterado
75	Atividade Física	Mantido
76	Atividade laboral	Mantido
77	Sexualidade	Alterado
78	Angústia, choro fácil () Sim () Não Porque	Mantido
79	Sentimentos em relação a si	Mantido
80	Expectativa em relação a si:	Mantido
81	Sentimentos em relação à família e a sociedade	Mantido
82	Percepção da necessidade atual	Mantido
83	Higiene corporal	Alterado
84	Higiene do estoma	Alterado
85	Troca da bolsa: Periodicidade _____ Tipo de bolsa	Mantido
86	Irrigação do estoma	Alterado
87	Dieta	Alterado
88	Hidratação	Alterado
89	Eliminação de gases/odor	Mantido
90	Pele íntegra () Sim () Não	Mantido
91	Pele com equimose () Sim () Não	Mantido
92	Pele com hematoma () Sim () Não	Mantido
93	Pele com dermatite () Sim () Não	Mantido
94	Celulite () Sim () Não	Mantido
95	Prurido () Sim () Não	Mantido
96	Pele com problemas alérgicos () Sim () Qual	Mantido
97	Pele () Hidratada () Desidratada	Mantido
98	Utiliza algum produto para proteger a pele () Sim () Não Qual	Mantido
99	Dúvidas es relação ao estoma() Sim () Não Qual	Mantido
100	Dúvidas em relação ao seu cuidado () Sim () Não Qual	Mantido
101	Avaliação	Mantido
102	Demanda de autocuidado: () Sim () Não Relacionada a:	Mantido
103	Capacidade de autocuidado	Mantido
104	Sistema de Enfermagem: Totalmente Compensatório () Parcialmente Compensatório() Apoio Educação ()	Mantido
105	Observação	Mantido

106	Estado Geral	Mantido
107	Gestos e expressões	Mantido
108	Motivação para o autocuidado	Mantido
109	Parecer do Enfermeiro	Mantido
110	Data; Assinatura; Carimbo	Mantido
111	Com quem reside: _____	Incluído
112	Encaminhamento para outro especialista () Sim () Não Qual: _____	Incluído

De acordo com a análise feita pelos juízes, houve um perfil de concordância maior que 80% na maioria dos quesitos analisados. Nenhum quesito foi excluído. Todas as sugestões foram analisadas e procedidas as reformulações adequadas. Esses resultados podem traduzir que o instrumento está pronto para a utilização na prática profissional e submissão ao processo de avaliação para validação do instrumento, o que dará respaldo ao uso como um instrumento oficial.

6 CONCLUSÃO

Ao finalizar este estudo que se propôs a construir e validar o conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem para pessoas em situação de estomia intestinal, pode-se concluir que:

- A revisão da literatura demonstrou a inexistência de um instrumento padrão para consulta de enfermagem para pessoas em situação de estomia intestinal;

- O método de validação de conteúdo de instrumentos, por meio de avaliação por juízes especialistas na área referente ao que se pretende avaliar, se constitui um método adequado para a consolidação de um instrumento para a aplicação na prática cotidiana profissional;

- Demonstrou-se um percentual \geq a 80% de concordância entre os juízes em todos os itens e quesitos analisados, sendo que 93,4% obteve avaliação como sendo muito relevante e relevante;

- Cem por cento (100%) dos itens e quesitos foram considerados adequados, claros, objetivos e dezesseis (16%) dos quesitos considerados relevantes recebeu sugestões para melhoramento da clareza e objetividade. Nenhum item foi considerado irrelevante;

- Um percentual \geq a 80% de concordância entre os juízes resultou na manutenção, reformulação ou exclusão do item. Os resultados conduziram a breves ajustes no instrumento inicial com vistas a torná-lo mais adequado, claro e objetivo bem como adaptado à condição do ostomizado;

- A versão final do instrumento para consulta de enfermagem a pessoas em situação de estomia intestinal está pronta para ser utilizado na prática profissional;

- A aplicação da teoria de Orem na prática da enfermagem propicia ao enfermeiro a oportunidade de planejar as suas ações a partir da identificação das demandas de autocuidado, permitindo a participação do ostomizado e de seus familiares no processo de tratamento, bem como no enfrentamento da nova situação;

- A utilização de um instrumento idealizado para a consulta de enfermagem baseado em uma teoria voltada para o autocuidado é uma estratégia importante para o desenvolvimento de uma assistência que considera a pessoa ostomizada como o principal agente de seu próprio cuidado;

- Com base nestas considerações pretende-se, implementar o instrumento, que teve seu conteúdo validado, nas consultas de enfermagem realizadas com pessoas em situação

de estomia intestinal no ambulatório de coloproctologia do hospital universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará;

- Este instrumento deverá ser submetido a um processo de avaliação para validação do uso junto as pessoas em situação de estomia intestinal, no ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará;

- Convém que antes do início da utilização do instrumento, os enfermeiros sejam capacitados para o domínio desta nova tecnologia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizado com o propósito de construir e validar um instrumento para consulta de enfermagem para pessoas em situação de estomia intestinal, suscitou algumas considerações que podem servir como orientações para uma melhor assistência a estes pacientes. Estas considerações se apresentam como sendo de ordem técnica, quando exige da parte dos enfermeiros, o interesse e o empenho de reconhecer a necessidade de realização do exercício pleno da profissão, com vistas a promover uma assistência de enfermagem adequada e qualificada, bem como a busca de conhecimentos necessários para uma perfeita utilização das tecnologias existentes e destinadas à promoção do cuidado e a geração de melhoria na qualidade de vidas das pessoas. E, também de ordem gerencial, quando exige da parte dos gestores - me refiro a esses, não apenas como diretores ou “gestores maiores”, mas a todos que são detentores de poder decisório com relação ao cuidado e capazes de apresentar tomada de decisão no sentido de implementar uma cultura de trabalho em saúde voltada para a prevenção de doenças ou complicações e promoção da saúde das pessoas, com vistas a melhoria da qualidade de vida.

A pessoa que é submetida a um procedimento considerado agressivo, como a estomia intestinal, tem alteração na fisiologia gastrointestinal, autoestima, imagem corporal, além de outras modificações em sua vida o que representa um desafio para o autocuidado e para o cuidado pelo enfermeiro.

O enfermeiro como um agente de autocuidado deve:

- Utilizar instrumentos adequados ao desenvolvimento de uma prática segura e eficiente, que favoreça ao ostomizado o retorno, o mais precoce possível, às suas atividades normais da vida cotidiana;
- Oferecer ao ostomizado as informações necessárias ao bom convívio com a nova situação dando-lhe a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas relativas ao cuidado de si;
- Adotar medidas adequadas para a resolução dos problemas relativos à falta de conhecimento sobre os cuidados com a estomia e apoio social que ao ostomizado tem direito.

A teoria de enfermagem de Dorothea Orem com seus construtos teóricos: autocuidado, deficiência de autocuidado e sistemas de enfermagem possibilitam a identificação das demandas de autocuidado e sistemas de enfermagem e, dessa maneira, podem contribuir para uma assistência individualizada e para a otimização e utilização dos recursos existentes.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P.; FRANCO, L. H. R. O.; BRÊTAS, A. C. P.; RANSAN, L. M. O.; PEREIRA, A. L. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. **Acta Paul. Enferm.**, v. 2, n. 1, p. 9-13, mar. 1989.
- ALEXANDRE, N. M. C, COLUCI, M. Z. O, Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 201- 210, 2005.
- ANDRADE, V.; MULLER, F. S.; FERREIRA, A. M.; BARCO, R. S.; GOES, F. C. G.; LOUREIRO, S. C. C.; SANTOS, V. L. C. G. A sexualidade do ostomizado na visão do parceiro (Parte II). **Rev. Bras. Colo-proctol.**, v. 17, n. 4, p. 269-276, 1997.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. **Declaração dos direitos dos ostomizados**. Rio de Janeiro, c2003. Disponível em: <<http://www.abraso.org.br/declaracao.htm>>. Acesso: 01 fev. 2012.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS EM ESTOMATERAPIA (APECE). 2013. Disponível em: <<http://apecept.com/page.php?conteudo=pagina&tarefa=ver&id=6&itemh=6item=Home>>. Acesso em: 01 mar. 2013.
- ATTOLINI, R. C.; GALLON, C. W. Qualidade de Vida e Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Colorretal Colostomizados. **Rev. Bras. Colo-proctol.**, v. 30, n. 3, p. 289-298, 2010.
- BARREIRE, S. G.; OLIVEIRA, O. A.; KAZAMA, W.; KIMURA, M.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. **J. Pediatr. (Rio J)**, v. 79, n. 1, p. 55-62, 2003.
- BATISTA, M. R. F. F.; ROCHA, F. C. V.; SILVA, D. M. G.; SILVA JUNIOR, G. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora II. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1043-1047, 2011.
- BELLATO, R.; MARUYAMA, S. A. T.; SILVA, C. M.; CASTRO, P. A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. **Cienc. Cuidado Saúde**, v. 6, n. 1, p. 40-50, 2007.
- BRASIL. Governo Federal. Lei nº 11.506, de 19 de julho de 2007. Institui a data de 16 de novembro como o Dia Nacional dos Ostomizados. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/94621/lei-11506-07>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

BRASIL. Governo Federal. Lei nº 12.738, de 30 de novembro de 2012. Obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12738.htmv.br/>. Acesso em: 01 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. MS lança diretrizes para atendimento a pessoas ostomizadas. **Portal da Saúde**, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33975&janela=1>. Acesso em: 03 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 01 fev.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 01 fev. 2013.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P.-E.; SANTOS, E. K. A. S. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2009.

CARREIRO, P. R. L. C.; SILVA, A. L.; ABRANTES, W. L. Fechamento precoce das colostomias em pacientes com trauma do reto: um estudo prospectivo e casualizado. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 27, n. 5, p. 298-304, 2000.

CARVALHO, W. A. F. Estomas sem pediatria. **Rev. Estima**, v. 1, p. 16 – 23, 2003.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 163-167, 2007.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **SESA fornece bolsas coletoras para ostomizados do interior**. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/>>. Acesso em: 01 fev.2013.

CESARETTI, I. R.; GUIDI, M.E Assistência de enfermagem em estomaterapia: atividade independente. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 11-18, jan./mar. 1994.

CESARETTI, I. U. R.; SANTOS, V. L. C. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 16-21, 2010.

CESARETTI, I. U. R.; SANTOS, V. L. C. S.; SCHIFTAN, S. S.; VIANNA, L. A. C. Irrigação da colostomia: revisão acerca de alguns aspectos técnicos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 2, 2008.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing: a systematic approach**. 4th ed. St Louis: Mosby, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei do exercício profissional Lei nº 7.498, de junho de 1986 e Decreto nº 94.406/87, Art. 8. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 01 fev.2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498, de junho de 1986. Resolução COFEN-272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 01 fev.2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 01 fev.2013.

COSTA, I. G.; MARUYAMA, S. A. T. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto – irrigação de colostomia: estudo de caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 557-563, 2004.

CREMA, E.; MARTINS JÚNIOR, A. Complicações dos estomas intestinais. In: CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba (MG): Pinti; 1997. p.89 -106.

CREMA, E.; SILVA, R. Experiência do Núcleo de Assistência ao Estomizado do Hospital do Servidor Público estadual - SP. In: CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba (MG): Pinti, 1997. p.205 -212.

CRUZ, É. J. E. R.; SOUZA, N. V. D. O.; MAURICIO, V. C. Reinserção da pessoa com estomia intestinal no mundo do trabalho: uma revisão bibliográfica. **Rev. Estima**, v. 9, n. 2, p. 31 – 38, 2011.

CRUZ, G. M. G.; CONSTANTINO J. R. M.; CHAMONE, B. C.; ANDRADE, M. M. A.; GOMES D. M. B. M. Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal. **Rev. Bras. Colo-proctol.**, v. 28, n.1, jan./mar. 2008.

DANOSO, M. T. V, MACIEL. A. M, CHIANCA. T. C. M. Percepção de discentes acerca do ensino de teorias de enfermagem num curso de graduação. **REME Rev. Min Enferm.** 1998; 2 (2):92-7.

DANTAS, R. A. **Modelo de elaboração e validação de escala optométrica de figuras**. Fortaleza, 2006. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/bitstream/123456789/2146/1/2006_tese_radantas.pdf>. Acesso em: 18 maio 2013.

DEON, K. C.; SANTOS, D. M. S. S.; BULLINGER, M.; SANTOS, C. B. Análise psicométrica inicial da versão brasileira do DISABKIDS Atopic Dermatitis Module. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n. 6, p. 1072-1078, 2011.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 286-293, 2003.

DUPPAS, G.; PINTO, I. C.; MENDES, M. D.; BENEDINI, Z. Reflexão e síntese a cerca do modelo do auto cuidado de Orem. **Acta. Paul. Enferm.**, v.7, n.1. p. 19-26, jan/mar. 1994.

DOAN, G. H.; VARCOE, C. Toward compassionate pragmatism and the inseparability of theory/practice. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 28, n.1, p. 81-90, 2005.

ESPADINHA, A. M. N.; SILVA, M. M. C. Van Z. N. O colostomizado e a tomada de decisão sobre a adesão à irrigação. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, n. 4, jul. 2011. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2013.

FARIAS, M. C. A. D.; PAGLIUCA, L. M. F. Modelo teórico do autocuidado: análise crítico-reflexiva da aplicação no cuidado de uma gestante de alto risco. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 98-105, maio/ago. 2006.

FEIJÃO, A. R. **Consulta de enfermagem baseada na teoria de Orem para pacientes com infecção HIV/Tuberculose**: efetividade na adesão e qualidade de vida. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

FARIAS, M. C. A. D.; NÓBREGA, M. M. L. Diagnóstico de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na Teoria do Autocuidado de Orem: estudo de caso. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 59-67, dez. 2000.

FAVERO, L.; MEIER, M. J.; LACERDA, M. R. L.; MAZZA, V. A.; KALINOWSKI, L. C. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2009.

FEIJÃO, A. R. **Consulta de enfermagem baseada na teoria de Orem para pacientes com infecção HIV/Tuberculose**: efetividade na adesão e qualidade de vida. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, 2011.

FERNANDES, R. M.; MIGUIR, E. L. B.; DONOSO, T. V. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Rev. Bras. Colo-proctol.**, v. 30, n. 4, 2010.

FORNAZIER, M. L.; SIQUEIRA, M. M. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 55, n. 4, 2006.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Pacientes ostomizados passam a ser atendidos em posto de saúde**. Disponível em:<<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M.; Dorothea E. Orem.. In: GEORGE, J. B. (Col.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 83-101.

FREITAS, M. R. I.; PELÁ, N. T. R. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 5, 2000.

FURKIM, M. A. W.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, Coopmed, 2009.

GALPERIM, M.; PORTELA, V. **Consulta de enfermagem**. Porto Alegre: EEUFRGS, 1990. Apostila.

GAMELLI, L. M. G.; ZAGO, M. M. F. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 1, jan. 2002.

GONÇALVES, V. L. M.; LEITE, M. M. J. Instrumento para mensuração de atitudes frente ao processo de avaliação de desempenho. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 5, p. 563-567, 2005.

HABR-GAMA, A.; SANTOS, V. L. C. G.; SOUSA JR., A. H. S.; OYA, T.; PINOTTI, H. W. Importância do método de irrigação para o colostomizado. **Rev. Bras. Colo-proctol.**, v. 9, n. 2, p. 49-51, 1989.

IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço** 3. ed. rev atual. ampl. Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala par mensurar a auto eficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 249 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

LIMA, N. D. C.; SILVA, V. M.; BELTRÃO, B. A. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em uma unidade neonatal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 97-106, jul./set.2009.

LOPES, M. J. M.; SILVEIRA, D. T.; FERREIRA, S. R. S. Educação em saúde nas doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida: relato de experiência. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 2, p. 121-130, 1999.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUZ, M. H. B. A.; ANDRADE, D. S.; AMARAL, H. O.; BEZERRA, S. M. G.; BENICIO, C. D. A. V.; LEAL, A. C. A. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em hospital público de Teresina-PI. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 140-146, jan./mar. 2009.

MARCHETTI, R. L.; BOTTINO, C. M. C.; AZEVEDO, D.; MARIE, S. K. N.; CASTRO, C. C. Confiabilidade de medidas volumétricas de estruturas temporais mesiais. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 60, n. 2-B, p. 420-428, 2002.

MARQUES E SILVA, S.; MELO, C. C. L.; ALMEIDA S. B.; QUEIROZ, H. F. Complicações das operações de reconstrução do trânsito intestinal. **Rev. Bras. Coloproctol.**, v. 26, n. 1, p. 24-27, 2006.

MARTINS, M. L.; SILVA, R. D. M.; FANGIER, A.; PERUGINI, V. C.; PEREIRA, V. C.; D'ÁVILA, F. S.; COLLARES, J. V.; ROCHA, M. S. A trajetória do grupo de apoio à pessoa ostomizada: projetando ações em saúde e compartilhando vivências e saberes. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n. 4, out./dez. 2005.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N.A.T. Plano de cuidados compartilhado junto a clientes ostomizados: a pedagogia Freireana e suas contribuições à prática educativa da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, abr. 2012.

MARTINS, V. V. M.; PENNA, L. H. G.; PAULA, M. A. B.; PEREIRA, C. D. C.; Leite, H. C. Sexualidade, estoma e gênero: revisão integrativa da literatura. **Rev. Estima**, v. 9, n. 1, p. 39 – 46, 2011.

MARUYAMA, S. A. T.; BARBOSA, C. S.; BELLATO, R.; PEREIRA, W. R.; NAVARRO, J. P. Auto-irrigação - estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 665-673, 2009. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a26.htm>>. Acesso em: 2 set. 2012.

MATOS, J. C.; LUZ, G. S.; MARCOLINO, J. S.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná - Brasil. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2011.

MEIRELLES, C. A.; FERRAZ, C. A. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 5, set. 2001.

MENDONÇA, R. S.; VALADÃO, M.; CASTRO, L.; CAMARGO, T. C. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 53, n. 4, p. 431-435, 2007.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia . **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, dez. 2004.

OLIVEIRA, C. A . G. S.; RODRIGUES, J. C.; SILVA, K. N. Identificação do nível de conhecimento de pacientes com colostomias para a prevenção de possíveis complicações **Rev. Estima**, v. 5, n. 4, p. 26 – 30, 2007.

OLIVEIRA, G.; MARITAN, C. V. C.; MANTOVANELLI, C.; RAMALHEIRO, G. R.; GAVILHIA, T. C. A.; PAULA, A. A. D. Impacto da estomia: sentimentos e habilidades desenvolvidos frente à nova condição de vida. **Rev. Estima**, v. 8, n. 1, p. 19 – 25, 2010.

OLIVEIRA, S. K. P.; OLIVEIRA, S. K. P. O.; QUEIROZ, A. P. O.; MATOS, D. P. M.; Moura, A. F.; LIMA, F. E. T. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, fev. 2012 .

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5, p. 206-223, 1998.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPam/IBAPP, 1999.

PAULA, M. A. B.; TAKAHASHI, R. F.; PAULA, P. R. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. **Rev. Bras. Colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, mar. 2009 .

PEREIRA, A. P. S.; PELÁ, N. T. R. Atividades grupais de portadores de estoma intestinal definitivo: a busca da aceitação. **Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 574-579, 2006.

PEREIRA, A. P. S.; CESARINO, C. B.; MARTINS, M. R. I.; PINTO, M. H.; NETINHO, J. G. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, fev. 2012.

PESSOA, S. M. F.; PAGLIUCA, L. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. **Rev. Enferm. UERJ**, v.14, n. 3, p. 463-469, 2006.

PIVOTTO, F. et al. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização as possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enferm.**, v. 9, n. 2, p. 32-42, jul./dez. 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

RAIMONDO, M. L.; FEGADOLI, D.; MEIER, M. J.; WALL, M. L.; LABRONICI, L. M.; FERRAZ, M. I. R. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 529-534, 2012.

RAMOS, I. C.; CHAGAS, N. R.; FREITAS, M.C.; MONTEIRO, A. R. M.; LEITE, A. C. S. A Teoria de Orem e o cuidado a paciente renal crônico. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 444-449, abr./jun. 2007.

REVELES, A. G.; TAKAHASHI, R. T. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev. Esc Enferm. USP**, v. 41, n. 2, p. 245-250, 2007.

RODRIGUES, M. M. G. **Autocuidado em crianças/adolescentes com câncer à luz da Teoria de Orem**. 2006. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em:< http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1232>. Acesso em: 04 set. 2009.

SAMPAIO, F. A. A.; AQUINO, P. S.; ARAÚJO, T. L.; GALVÃO, M. T. G. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 94-100, 2008.

SANTOS, C. S. V. B. **Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação**. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Porto, Porto, 1999.

SANTOS, I. C. N. F. S. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 313-318, 2008.

SANTOS, V. L. C. G. **Cuidando do estomizado**: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão. 2006. 205 p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANTOS, V. L. C. G. Fundamentação teórico-metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 34, n.1, mar. 2000.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: cuidando do ostomizado. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

SANTOS, V. L. C. G.; SAWAIA, B. B. Bolsa na mediação “estar ostomizado”- “estar profissional”: análise de uma estratégia pedagógica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 40-50, jul. 2000.

SCHAURICH, D.; CROSSETI, M.G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 182-188, 2010.

SILVA, A. C.; SILVA, G. N. S.; CUNHA, R. R. Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do serviço de estomaterapia do município de Belém-PA. **Rev. Estima**, v. 10, n. 1, p. 12- 19, 2012.

SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 307-311, 2007.

SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 483-490, 2006.

SILVA, I. R. S.; OLIVEIRA, L. S.; BERENQUER, M. F.; SOUSA, A. V. F.; NASCIMENTO, J. A.; COSTA, M. C.. Reprodutibilidade de um protocolo de esforço durante a corrida em piscina funda. **Motri.**, Vila Real, v. 6, n. 4, dez. 2010 .

SILVA, J. B.; COSTA, D. R.; MENEZES, F. J. C.; TAVARES, J. M.; MARQUES, A. G.; ESCALANTE, R. D. Perfil epidemiológico e morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal: experiência de um centro secundário do nordeste brasileiro. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.**, v. 23, n. 3, p.150-153, 2010.

SILVA, R.; TEIXEIRA, R. Aspectos psico-sociais do paciente estomizado. In: CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba, MG: Pinti, 1997. p.193-204.

SIMÕES, M. L. P. B.; BRENNER, S.; LEMOS, R.; DUCK, D.; REY, S. D. Análise das complicações pós-operatórias em decolostomias. **Acta Cir. Bras.**, v. 15, supl. 3, 2000.

SOBEST. Ostomias, feridas e incontinência. Disponível em:<<http://www.sobest.org.br/>> . Acesso em: 01 fev. 2013.

SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 3, p. 341-348, 2002.

SOUZA, J. B.; OLIVEIRA, P. G.; GINANI, F. F. Implicações sexuais na cirurgia do estoma intestinal. In: CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba, MG: Pinti, 1997. p. 177-191.

SOUZA, P. C. M.; COSTA, V. R. M.; MARUYAMA, S. A. T.; COSTA, A. L. R. C.; RODRIGUES, A. E. C.; NAVARRO, J. P. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 1, p. 50-59, 2011.L.

STEIN, L. M.; FEIXL, F.; ROHENKOHL, G. Avanços metodológicos no estudo das falsas memórias: construção e normatização do procedimento de palavras associadas. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 19 n. 2. p. 166 – 176, 2005.

STUMM, E. M. F.; OLIVEIRA, E. R. A.; KIRSCHNER, R. M. Perfil de pacientes estomizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 26-30, jan./mar. 2008.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teorias de enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo. **Texto Contexto Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 86-104, 2002.

III. TORRES, G. V.; DAVIM, R. M. B., NÓBREGA, M. M. L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de orem: estudo de caso com uma adolescente grávida **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 7, n. 62. p. 47-53, abr. 1999.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996.

VIEGAS, E. C. **Gestão dos recurso hídricos: uma análise a partir dos princípios ambientais**. 2007. Dissertação – Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul - RS, 2007.

VIOLIN, M. R.; MATHIAS, T. A. F.; UCHIMURA, T. T. Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos estomizados. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 924-932, 2008.

YAMADA, B. F. A.; FERROLA, E. C.; AZEVEDO, G. R.; BLANES, L.; ROGENSKI, N. M. B. R.; SANTOS, V. L. C. G. Competências do enfermeiro estomaterapeuta (ET) ou do enfermeiro pós-graduado em estomaterapia (PGET). **Rev. Estima**, v. 6, n. 1, p. 33 – 43, 2008.

ZAMPIERI, J. C.; JATOBA, P. P. Histórico. In: CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. 1. ed. Uberaba: Editora Pinti, 1997. p. 13-18.

**APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM
(PROPOSTA INICIAL)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - HUWC

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza – CE

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ESTOMIA INTESTINAL BASEADA NA TEORIA DE OREM	
I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Nº de Prontuário _____
Data de nascimento: ____/____/____	Idade: _____ Sexo: Masc. () Fem. ()
Endereço: _____	
Bairro: _____	Cidade: _____
Telefones: Residencial: _____	Celular: _____ Outros contatos: _____
Procedência: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Ocupação/ Profissão: _____
Situação conjugal: _____	Tem filhos: () Sim () Não Quantos: _____
Renda familiar: _____	Diagnóstico médico _____
II. EXAME FÍSICO	
Condições gerais	
Sinais vitais: PA: _____ X _____ mmHg P: _____ bpm T: _____ ° C FR: _____	mrpm Peso: _____ kg Dor: () Sim () Não Local: _____
Característica: _____	Intensidade: _____
Condições da parede abdominal: _____	
Cicatrizes _____ dobras de gordura _____	
() Colostomia () Ileostomia () Outra _____ : Diâmetro _____ mm	
Estoma: () Temporária () Definitiva () Ausente	
Estoma: () Alça () Terminal () Duas bocas	
Forma do estoma: () Ovalada () Redonda () Irregular	
Complicações: () Fístula () Prolapso () Retração () Hérnia () Edema () Estenose () Sangramento () Outra: _____	
Coloração / Umidade: _____	
Efluente: Aspecto: _____	Gases: _____
Higiene corporal: _____	
Habilidade psicomotora: _____	
Habilidade locomotora: _____ Restrição: _____	
Destreza manual: _____	
Alterações sensoriais: () Sim () Não Qual: _____	
Pele, mucosas e anexos	
Coloração: () Normal () Hipocorada () Ictérica () Cianose () Outros _____	
Integridade: () Íntegra () Equimose () Hematomas () Dermatites () Celulite () Prurido () Úlcera por pressão estágio: () I () II () III () IV Característica _____ () Outros _____	
Problemas alérgicos na pele: () Sim () Não Qual: _____	
Hidratação: () Hidratada () Desidratada	
Pele e fâneros: () Normal () Seborreia () Pediculose () Alopecia () Leões	
Condições da pele periestoma _____	
Sistema gastrointestinal	
Ausculta RHA: () Normal () Diminuído () Ausente Obs: _____	
Abdome: () Plano () Flácido () Globoso () Distendido () Dor à palpação Obs: _____	
III. DADOS CLÍNICOS	
1. REQUISITOS UNIVERSAIS	
Qual o motivo que trouxe você a este ambulatório: _____	

Ano que descobriu a doença: _____
Já fez algum tratamento para esta doença: _____
Já foi operado () Sim () Não Quando: _____
Motivo / causa do estoma: _____
Algum familiar apresenta o mesmo problema () Sim () Não Quem _____
O que sabe sobre o tratamento: _____
O que sabe sobre o estoma: _____
Queixas: _____
Preocupações: _____
Sono e repouso: _____
Alimentação e hidratação: _____
Eliminações _____
Hábitos atuais: Etilismo () Sim () Não Tabagismo () Sim () Não Outros hábitos () Sim () Não
Qual: _____
AVALIAÇÃO
Demanda de autocuidado: () Sim () Não Relacionada a _____
Capacidade de autocuidado _____
Sistema de Enfermagem: () Totalmente Compensatório () Parcialmente Compensatório () Apoio Educação
2. REQUISITOS DE DESENVOLVIMENTO
Sinais vitais: PA: _____ X _____ mmHg; P: _____ bpm; T: _____ °C; FR: _____
mrpm Peso: _____ kg; Dor: () Sim () Não; local: _____
característica: _____; intensidade: _____
Lazer: _____
Religião _____
Atividade física: _____
Atividade laboral: _____
Sexualidade: _____
Angústia: () Sim () Não Choro fácil: () Sim Não () Outros: _____
Sentimentos em relação de si: _____
Expectativa em relação a si: _____
Sentimentos em relação à família e a sociedade: _____
Percepção da necessidade atual: _____
Higiene corporal: _____
Higiene do estoma: _____
Troca da bolsa: Periodicidade: _____ Tipo de bolsa: _____
Irrigação do estoma: _____
Dieta _____
Hidratação _____
Eliminação de gases/odor _____
Pele íntegra: () Sim () Não _____
Pele com equimose: () Sim () Não _____
Pele com hematoma: () Sim () Não _____
Pele com dermatite: () Sim () Não _____
Pele com celulite: () Sim () Não _____
Pele com prurido: () Sim () Não _____
Problemas alérgicos: () Sim () Não Qual: _____
Pele: () hidratada () desidratada _____
Utiliza algum produto para proteger a pele: () Sim () Não Qual _____
Dúvidas em relação ao estoma: () Sim () Não Qual: _____
Dúvidas em relação ao seu cuidado: () Sim () Não Qual: _____
AVALIAÇÃO
Demanda de autocuidado: () Sim () Não Relacionada a _____
Capacidade de autocuidado _____
Sistema de Enfermagem: () Totalmente Compensatório () Parcialmente Compensatório () Apoio Educação
3. OBSERVAÇÃO
Estado Geral: _____
Gestos e expressões: _____
Motivação para o autocuidado: _____
Parecer do Enfermeiro: _____

Data ____/____/____

Enfermeiro / COREN (assinatura e carimbo)

APÊNDICE B - CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES

Convite para os juízes

Fortaleza,

Prezada colega: Dra.

Eu sou João Carlos dos Santos, aluno do Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior – POLEDUC, da Universidade Federal do Ceará – UFC, no meu trabalho de dissertação proponho a construção e validação de um Protocolo de enfermagem - específico para pacientes em situação de estomia intestinal (pré e pós-operatório) - baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, sob a orientação da Professora Dra. Maria de Fatima de Souza. O referido Protocolo será utilizado nas consultas de enfermagem no Ambulatório de coloproctologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, podendo vir a ser um instrumento adequado para estes pacientes a ser utilizado em qualquer instituição que atenda pessoas com estas mesmas necessidades.

A sua experiência profissional e a certeza de que poderá emitir um julgamento precioso acerca do conteúdo deste instrumento foi o motivo que levou a escolher você.

Peço-lhe que faça uma avaliação dos itens que compõem este instrumento composto de dois blocos, de acordo com as orientações que seguem, visto que favorecerão o meu processo de análise.

1. Marcar, em cada item, todos os espaços destinados à sua análise bem como acrescentar qualquer consideração e sugestão que achar pertinente;

2. Caso deseje fazer alguma consideração que julgue não contemplada nos itens e/ou espaços, apresentados, favor utilizar o campo “Outras subdivisões/itens” que se apresentam no final de cada bloco.

3. Peço-lhe a gentileza de devolver este instrumento no prazo de até 10 (dez) dias para que possamos acatar as sugestões/considerações feitas por V. S^a., cumprir o cronograma proposto e manter as datas de qualificação e defesa.

Agradeço, desde já, à sua disponibilidade para colaborar com a nossa pesquisa, certos de que ela será fundamental para o alcance dos objetivos da pesquisa.

Qualquer esclarecimento poderá ser obtido por meio dos nossos contatos:

João Carlos dos Santos. Rua: Coronel Jaime Rolemberg nº 950 casa 7, Maraponga, Fortaleza – CE. Telefones: 3483-7083 e 8786-1048. Endereço eletrônico: santosj.c@oi.com.br

Maria de Fatima de Souza. Rua Barbosa de Freitas nº 2661, apartamento 202, bairro Aldeota telefone: 3272-5893 e 9987-6869. Endereço eletrônico: souza.mfatima@gmail.com

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

Instrumento para Consulta de Enfermagem direcionada a pessoas em situação de estomia intestinal baseado na Teoria de Orem

*Caso verifique a necessidade de outras subdivisões, favor acrescentar no espaço abaixo

Subdivisões do protocolo		Adequação	Relevância	Observações/sugestões
I. Dados de Identificação		() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
II. Exame Físico		() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
III. Dados Clínicos	Requisitos Universais	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Requisitos de Desenvolvimento	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	

Outras subdivisões _____

**Caso verifique a necessidade de outros itens nas subdivisões, favor acrescentar no espaço abaixo

Subdivisões	Item	Clareza e objetividade do item	Relevância do item	Observações/sugestões
	Nome	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Nº do Prontuário	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Data de nascimento	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Idade	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Sexo	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante	

I. Identificação			4. Muito relevante	
	Endereço	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Telefones (residencial, celular, outros contatos)	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Procedência_____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Ocupação/Profissão	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Escolaridade	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Situação conjugal _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Religião	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Tem filhos () Sim ()Não Quantos _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Renda Familiar	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Diagnóstico médico _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	CONDIÇÕES GERAIS	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
Sinais vitais T____,P____,R____,PA____/ ____mmHg, Dor: local____, característica____ intensidade_____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante		
Peso_____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante		
Condições da parede abdominal_____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante		
Cicatrizes_____, dobras de gordura_____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante		
() Colostomia	()Sim ()Não	1.Irrelevante		

II. Exame Físico	() Ileostomia, Diâmetro em mm _____		2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Estoma()Temporário ()Definitivo ()Ausente	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Estoma ()em alça, () terminal ()duas bocas)	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Forma do estoma ()ovalada, ()redonda, ()irregular	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Complicações (Fístula, Prolapso, Retração, Hérnia, Edema, Estenose, Sangramento)	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Coloração e Umidade _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Efluente (aspecto ____).gases _____)	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Higiene corporal _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Habilidade psicomotora _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Habilidade locomotora _____Restrição__	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Destreza manual _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Alterações sensoriais ()Sim ()Não Qual _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	PELE, MUCOSAS E ANEXOS	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Coloração (Normal, Hipocorada, Icterícia, Cianose)	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Integridade (Íntegra, Equimose, Hematomas, Dermatites, Celulite, Prurido, Úlcera por pressão (estágio I,II,III,IV, característica__) Outros _____)	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Problemas alérgicos na pele ()Sim ()Não	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante	

	Qual _____		3.Relevante 4. Muito relevante	
	Hidratação ()Hidratada, ()Desidratada	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Pelos e fâneros (Normal, Seborreia, Pediculose, Alopécia, Lesões _____)	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Condições da pele periestoma _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	SISTEMA GASTRO- INTESTINAL	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Ausculta (RHA,Normal, Diminuído, Ausente, Obs _____)	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Abdome (Plano, Flácido, Globoso, Distendido, Dor à Palpação, Obs _____)	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Dados Clínicos	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
IV. Dado s Clínicos	Requisitos Universais	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante x 4. Muito relevante	
	Qual o motivo que trouxe você a este ambulatório _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Ano que descobriu a doença _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Já fez algum tratamento para esta doença _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Já foi operado ()Sim ()) Não Quando _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Motivo/causa do estoma _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Algum familiar apresenta o mesmo problema ()Sim ()Não Quem _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	O que sabe sobre o tratamento _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Requisitos Universais	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante	

			4. Muito relevante	
	Queixas _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Preocupações _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Sono e repouso _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Alimentação e Hidratação _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Eliminações _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Hábitos atuais: etilismo () Sim () Não tabagismo () Sim () Não, outros hábitos () Sim () Não. Qual _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Avaliação	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Demanda de autocuidado: () Sim () Não () Sim () Não Relacionada a _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante x	
	Capacidade de autocuidado _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante x	
	Sistema de Enfermagem: Totalmente Compensatório () Parcialmente Compensatório () Apoio Educação ()	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante x 4. Muito relevante	
Requisitos de Desenvolvimento	Sinais vitais T____, P____, R____, PA____ mmHg, Dor: local _____, característica _____, intensidade _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Requisitos de Desenvolvimento	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Peso _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS ATUAIS	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
	Lazer _____ _____	() Sim () Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante	

			4. Muito relevante	
Religião _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Atividade Física _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Atividade laboral _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Sexualidade _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Angústia, choro fácil () Sim () Não Porque _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Sentimentos em relação a si _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Expectativa em relação a si: _____	() Sim () Não		1. Irrelevante x 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Sentimentos em relação à família e a sociedade _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Percepção da necessidade atual: _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante x 4. Muito relevante	
Higiene corporal _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Higiene do estoma _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Troca da bolsa: Periodicidade _____ Tipo de bolsa _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Irrigação do estoma _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Dieta _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Hidratação _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	
Eliminação de gases/odor _____	() Sim () Não		1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito relevante	

	CONDIÇÕES DA PELE PERIESTOMA () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Pele íntegra () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Pele com equimose () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Pele com hematoma () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Pele com dermatite () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Celulite () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Prurido () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Pele com problemas alérgicos () Sim () Não Qual _____	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Pele () Hidratada, () Desidratada	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Utiliza algum produto para proteger a pele () Sim () Qual _____	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Dúvidas es relação ao estoma() Sim () Não Qual _____	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Dúvidas em relação ao seu cuidado () Sim () Não Qual _____	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Avaliação () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Demanda de autocuidado: () Sim () Não Relacionada a:	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante x	
	Capacidade de autocuidado _____ () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante x	
	Sistema de Enfermagem: Totalmente Compensatório () Parcialmente Compensatório () () Sim () Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante	

	Apoio Educação ()		3.Relevante x 4. Muito relevante	
	Observação	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Estado Geral: _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante x 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Gestos e expressões: _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante x 4. Muito relevante	
	Motivação para o autocuidado: _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante x 4. Muito relevante	
	Parecer do Enfermeiro _____ _____ _____	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	
	Data; Assinatura; Carimbo.	()Sim ()Não	1.Irrelevante 2.Pouco relevante 3.Relevante 4. Muito relevante	

Outros itens nas subdivisões

PARECER GERAL SOBRE O INSTRUMENTO:

Enfermeiro / COREN
(assinatura e carimbo)

APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM - FINAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - HUWC

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza - CE

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ESTOMIA INTESTINAL BASEADA NA TEORIA DE OREM	
I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Nº de Prontuário _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____	Sexo: Masc. () Fem. ()
Endereço: _____	
Bairro: _____	Cidade: _____
Telefones: Residencial: _____	Celular: _____ Outros contatos: _____
Procedência: _____	Prática espiritual: _____
Escolaridade: _____	Ocupação / Profissão: _____
Situação conjugal: _____	Tem filhos: () Sim () Não Quantos: _____ Com quem reside: _____
Situação sócio econômica em salários: () menor que 1 () 1 – 3 () 3 – 5 () maior que 5	
Diagnóstico médico: _____	
II. EXAME FÍSICO	
Condições gerais	
Sinais vitais: PA: _____ X _____ mmHg P.: _____ bpm T: _____ ° C FR: _____	
mrpm Peso: _____ kg Dor: () Sim () Não Local: _____	
Característica: _____ Intensidade: _____	
Condições da parede abdominal: _____	
Cicatrizes _____ dobras de gordura _____	
() Colostomia () Ileostomia () Outra _____ : Diâmetro _____ mm	
Estoma: () Temporária () Definitiva () Ausente	
Forma do estoma: () Alça () Terminal () Duas bocas	
Forma do estoma: () Ovalada () Redonda () Irregular	
Complicações: () Fístula () Prolapso () Retração () Hérnia () Edema () Estenose () Sangramento () Outra: _____	
Coloração / Umidade: _____	
Efluente: Aspecto: _____ Gases: _____	
Higiene corporal: () Boa () Regular () Ruim Número de banhos / dia: _____	
Possui habilidade psicomotora para realizar o autocuidado _____	
Possui restrição locomotora que prejudique o autocuidado: () Sim () Não Qual _____	
Possui destreza manual para realizar o autocuidado: _____	
Alterações sensoriais: () Sim () Não Qual: _____	
Pele, mucosas e anexos	
Coloração: () Normal () Hipocorada () Ictérica () Cianose () Outros _____	
Integridade: () Íntegra () Equimose () Hematomas () Dermatites () Celulite () Prurido () Úlcera por pressão estágio: () I () II () III () IV Característica _____ () Outros _____	
Problemas alérgicos na pele: () Sim () Não Qual: _____	
Hidratação: () Hidratada () Desidratada	
Pele e fâneros: () Normal () Seborreia () Pediculose () Alopecia () Leões	
Condições da pele periestoma _____	
Sistema gastrointestinal	
Ausculta RHA: () Normal () Diminuído () Ausente Obs: _____	
Abdome: () Plano () Flácido () Globoso () Distendido () Dor à palpação Obs: _____	
III. DADOS CLÍNICOS	
1. REQUISITOS UNIVERSAIS	
Qual o motivo que trouxe você a este ambulatório: _____	
Ano que descobriu a doença: _____	
Já fez algum tratamento para esta doença: _____	

Já foi operado () Sim () Não Quando: _____
Motivo / causa do estoma: _____
Algum familiar apresenta o mesmo problema () Sim () Não Quem _____
O que sabe sobre o tratamento: _____
O que sabe sobre o estoma: _____
Queixas: _____
Preocupações: _____
Sono e repouso: Nº de horas: _____ Tem insônia () Sim () Não
Nº de refeições / dia _____ Restrição alimentar () Sim () Não Qual _____ Preferência: _____
Ingesta hídrica ml/dia: _____ Preferência: _____
Eliminações _____
Hábitos atuais: Etilismo () Sim () Não Tabagismo () Sim () Não Outros hábitos () Sim () Não
Qual: _____
AVALIAÇÃO
Demanda de autocuidado: () Sim () Não Relacionada a _____
Capacidade de autocuidado _____
Sistema de Enfermagem: () Totalmente Compensatório () Parcialmente Compensatório () Apoio Educação
2. REQUISITOS DE DESENVOLVIMENTO
Sinais vitais: PA: _____ X _____ mmHg; P.: _____ bpm; T: _____ °C; FR: _____
mrpm Peso: _____ kg; Dor: () Sim () Não; local: _____
característica: _____ intensidade: _____
Lazer: _____
Religião _____
Atividade física: _____
Atividade laboral: _____
A doença modificou seu relacionamento sexual: () Sim () Não Porque: _____
Angústia: () Sim () Não Choro fácil: () Sim Não () Outros: _____
Sentimentos em relação de si: _____
Expectativa em relação a si: _____
Sentimentos em relação à família e a sociedade: _____
Percepção da necessidade atual: _____
Higiene corporal: () Satisfatória () Regular () Insatisfatória Número de banhos / dia: _____
Quem realiza a higiene do estoma: _____
Troca da bolsa: Periodicidade: _____ Tipo de bolsa: _____
Realiza irrigação do estoma: () Sim () Não Periodicidade: _____
Nº de refeições / dia _____ Restrição alimentar () Sim () Não Qual _____ Preferência: _____
Ingesta hídrica ml/dia: _____ Preferência: _____
Eliminação de gases/odor _____
Pele íntegra: () Sim () Não
Pele com equimose: () Sim () Não
Pele com hematoma: () Sim () Não
Pele com dermatite: () Sim () Não
Pele com celulite: () Sim () Não
Pele com prurido: () Sim () Não
Problemas alérgicos: () Sim () Não Qual: _____
Pele: () hidratada () desidratada
Utiliza algum produto para proteger a pele: () Sim () Não Qual _____
Dúvidas em relação ao estoma: () Sim () Não Qual: _____
Dúvidas em relação ao seu cuidado: () Sim () Não Qual: _____
AVALIAÇÃO
Demanda de autocuidado: () Sim () Não Relacionada a _____
Capacidade de autocuidado _____
Sistema de Enfermagem: () Totalmente Compensatório () Parcialmente Compensatório () Apoio Educação
Encaminhamento para outro especialista () Sim () Não Qual: _____
3. OBSERVAÇÃO
Estado Geral: _____
Gestos e expressões: _____
Motivação para o autocuidado: _____
Parecer do Enfermeiro: _____

Data ____ / ____ / _____

Enfermeiro / COREN (assinatura e carimbo)