UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO: FERRAMENTA DE GESTÃO HOSPITALAR: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM ILEOSTOMIA/COLOSTOMIA NO PÓS-OPERATÓRIO

Belo Horizonte
2025

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO: FERRAMENTA DE GESTÃO HOSPITALAR: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM ILEOSTOMIA/COLOSTOMIA NO PÓS-OPERATÓRIO

Produto técnico resultante do Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços em Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mery Natali Silva Abreu.

Coorientadora: Profa. Dra. Eline Lima Borges.

Belo Horizonte

2025

AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM ILEOSTOMIA/COLOSTOMIA NO PÓS-OPERATÓRIO
Prezado(a) Enfermeiro(a), Este instrumento foi desenvolvido para otimizar a gestão do cuidado, garantindo uma abordagem eficiente e organizada. Ele assegura que todos os aspectos essenciais da gestão do cuidado do paciente com ileostomia/colostomia sejam avaliados de maneira consistente e completa no pós-operatório. A orientação é que a **Parte 1**seja preenchida entre o terceiro e o quinto dia de pós-operatório, enquanto a **Parte 2** deverá ser preenchida nos dias que antecedem a alta hospitalar.
PARTE 1 – Deverá ser aplicado do 3° ao 5° DPO
DOMÍNIO 1 - DADOS GERAIS DO PACIENTE
1. Nome de registro: **Prontuário:**
2. Nome social (se houver):
3. Religião: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Afro-brasileira ☐ Espírita ☐ Islamismo (muçulmano) ☐ Testemunha de Jeová ☐ Budismo ☐ Judaísmo ☐ Sem religião ☐ Outros
4. Sexo biológico: ☐ Feminino ☐ Masculino
5. Orientação sexual: ☐ Bissexual ☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐ Outro:
6. Data de nascimento: _____/_____/_____ **6. Idade (em anos):**_____
7. Peso: _____Kg **8. Altura:**_____ **9. IMC**:_____
10. Estado Civil:☐ Solteiro ☐ Casado/ União Estável ☐ Divorciado/separado ☐ Viúvo
11. Escolaridade:☐ Não sabe ler e nem escrever ☐ Sabe ler e escrever
11.1 Quantos anos de estudo? _____ 11.2 Grau de escolaridade completo: ☐ Educação infantil ☐ Ensino fundamental ☐ Ensino médio ☐ Ensino superior (graduação)
12. Situação profissional atual:☐ Emprego Formal ☐ Emprego informal☐ Desempregado ☐ Afastado temporariamente com aporte previdenciário ☐ Aposentado/reformado ☐ Estudante
13. Moradia: ☐ Mora Sozinho ☐ Mora com companheiro ☐ Mora com filhos☐ Outro:
14.Deficiência: ☐ Intelectual ☐ Física ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Ausente
15. Agravo crônico: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Alcoolismo ☐ Tabagismo ☐ Outros:

16. Histórico familiar de doença intestinal:		
a) Câncer colorretal?	☐ Não	☐ Sim
b) Doença inflamatória	☐ Não	☐ Sim
c) Polipose adenomatosa familiar	☐ Não	☐ Sim
d) Diverticulose	☐ Não	☐ Sim
17.Tratamento posterior Previsto: ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Outros:		
18. Medicamento em uso hospitalar:☐ Antimicrobiano ☐ Corticoide ☐Loperamida☐ Anti-hipertensivo ☐ Hipoglicemiante ☐ Sedativos / Ansiolíticos ☐Diuréticos ☐ Outros:		
DOMÍNIO 2 - DADOS SOBRE A CONFECÇÃO DA ESTOMIA		
19. Motivo da confecção da estomia: ☐Câncer de cólon ☐Câncer de reto☐Poliposeadenomatosa familiar☐ Doença inflamatória intestinal ☐ Proteção de anastomose ☐ Complicações da doença de base ☐ Obstrução ☐ Fístula entérica ☐ Consequência do tratamento ☐ Trauma ou complicações cirúrgicas ☐ Outro:		
20. Cirurgia realizada: ☐Colectomia direita ☐Colectomia esquerda ☐Amputação de reto ☐ Ressecção anterior do reto com excisão total do mesoreto☐Proctocolectomia total ☐Proctocolectomia com bolsa ileal ☐Outra:		
21. Tempo de cirurgia (em dias):		
22.Estomia Intestinal: ☐Ileostomia☐Colostomia ☐Colostomia úmida		
23. Tipo de estomia:☐Terminal ☐Terminal à hartman☐Em alça ☐ Duas bocas justapostas ☐ Duas bocas distantes ☐ Sem informação		
24. Segmento da Colostomia (procedência anatômica):☐Cólon ascendente ☐Cólon transverso☐ Cólon descendente ☐Sigmóide☐ Sem informação		
25. Localização no abdômen:☐Quadrante inferior direito ☐Quadrante superior direito☐ Quadrante inferior esquerdo ☐ Quadrante superior esquerdo ☐ Outro:		
26. Avaliação do contorno corporal e proximidade da estomia de acidentes anatômicos:☐ Drenos ☐ Dobras de pele ☐ Crista ilíaca ☐ Linha da Cintura ☐ Hérnias ☐ Incisões cirúrgicas abertas ☐ Lesão de pele ☐ Presença de pelos ☐ Cicatriz cirúrgica ☐ Outras:		
27. Forma de exteriorização (confecção cirúrgica):☐Uma boca (terminal) ☐ Em alça☐ Duas bocas justapostas ☐ Duas bocas distantes (fístula mucosa) ☐ Outra:		
28. **Abdomên (contorno abdominal):** ☐Plano ☐Flácido ☐Globoso☐ Distendido ☐ Escavado ☐ Pendular		
DOMÍNIO 3 - CARACTERÍSTICA DA ESTOMIA		
29. Formato da estomia: ☐Irregular ☐Ovalada ☐Circular		
29.1 Diâmetro: mm		

30. Mucosa da estomia: ☐Íntegra ☐Não íntegra ☐Úmida ☐Ressecada

31. Coloração da mucosa: ☐Cianótico ☐Pálido ☐Rosado ☐Vermelho vivo☐ Necrótica ☐ Vermelho rubro
32. Nível da estomia: ☐Plano (no nível da pele) ☐Protruso (acima do nível da pele) ☐ Retraído (abaixo do nível da pele)
32.1 Altura da estomia (se protusão): mm ☐ Central ☐ Lateral ☐ Rente à pele
34. Presença de pontos (sutura): ☐Não ☐Sim
34.1 Fio absorvível? ☐Não ☐Sim Fio removível? ☐Não ☐Sim
35. Presença de haste de sustentação? ☐Não ☐Sim
DOMÍNIO 4- COMPLICAÇÕES DA ESTOMIA
36. Presença de complicações? ☐Não ☐Sim
37. Complicações precoces (nas primeiras 24 horas): ☐Sangramento ☐Necrose/Isquemia☐Enterorragia☐ Retração ou afundamento ☐ Evisceração paraestomal☐ Dermatite ☐ Lesão de pele ☐ Infecção
38. Complicações precoces durante o pós-operatório: ☐ Deslocamento mucocutâneo☐ Fístula ☐ Retração ou afundamento ☐ Evisceração paraestomal☐ Dermatite ☐ Lesão de pele ☐ Infecção ☐ Granuloma ☐ Estenose
DOMÍNIO 5 - CARACTERÍSTICA DA PELE PERIESTOMIA
39. Condições da pele: ☐Íntegra ☐Com alteração
40. Presença de alterações na pele peristomal: ☐Eritema ou irritação ☐Erosão ☐Hiperemia☐ Infecção (candidíase ou foliculite) ☐ Lesão necrótica ☐ Lesão proliferativa ☐ Pústula ☐ Ulcerações ☐ Varizes periestomal☐Outra:
DOMÍNIO 6 - FUNCIONAMENTO DA ESTOMIA E CARACTERÍSTICA DO EFLUENTE
41. Efluente: ☐Ausente ☐Presente
42. Consistência do efluente: ☐Líquida ☐Semilíquida ☐Pastosa ☐Semipastosa☐ Formada
43. Alterações das eliminações:☐Diarreia (>800ml/dia) ☐Constipação ☐ Gases em excesso☐ Sangue ☐ Muco ☐ Outra:
DOMÍNIO 7 - EQUIPAMENTO COLETOR E ADJUVANTE EM USO
44. Tipo de equipamento coletor:☐Sistema uma peça ☐Sistema duas peças☐ Transparente/translúcida ☐ Opaca ☐ Base plana ☐ Base convexa ☐ Base recortável ☐ Base não recortável ☐ Base moldável ☐ Com filtro ☐ Sem filtro ☐ Outro:
45. O paciente sentiu algum desconforto com o uso do equipamento? ☐Não ☐ Sim
46. Dia de Pós-operatório da 1ª troca de equipamento: _____

47. Número de trocas realizadas durante a internação:

48. Uso de adjuvantes:☐Spray protetor barreira ☐Pasta de resina com álcool☐ Pasta de resina sem álcool ☐ Disco convexo ☐ Creme barreira ☐ Pó de resina sintética ☐ Cinto de sustentação ☐ Tira/placa/ disco de resina sintética ☐ Outro:
49. Apresenta vazamento de efluente ou infiltração sob a base adesiva?☐Não ☐Sim
50. O recorte da base adesiva está adequado com o tamanho da estomia?☐Não ☐Sim
PARTE 2 – Deverá ser utilizada próximo ao dia da alta hospitalar
DOMÍNIO 8 - NÍVEL DE AUTOCUIDADO DO PACIENTE COM ESTOMIA
51. Esvazia o próprio equipamento coletor?☐Não ☐Sim
52. Respeita o limite de 1/3 ou metade do coletor para o esvaziamento? ☐Não ☐Sim
53.Realiza a troca do equipamento coletor☐Não ☐Sim
Se não, qual o motivo para não realização das trocas?
Se não, qual a pessoa responsável para as trocas?-
54.Condições de higiene na região abdominal da estomia:☐Adequada ☐Razoável ☐Precária☐Obs.:
55. **Grau de independência para realização do cuidado:** ☐Independente ☐Parcialmente
56. **Possui limitações quanto a acuidade visual:** ☐Muita ☐Pouca ☐ Nenhuma
57. **Possui limitação quanto a destreza manual:** ☐Muita ☐Pouca ☐Nenhuma
DOMÍNIO 9 - AÇÕES VISANDO O AUTOCUIDADO
58. Foi informado (a) sobre a existência de algum grupo de apoio? ☐Não ☐Sim
59. Foi encaminhado para algum grupo de apoio no momento da alta? ☐Não ☐Sim
60. Antes de internar passou por consulta com o enfermeiro para receber orientações sobre a cirurgia e cuidado com a estomia?☐ Não ☐ Sim
61. Teve o local da estomia demarcado antes da cirurgia pelo enfermeiro estomaterapeuta? ☐Não ☐Sim
62. Consegue enxergar o local da estomia? ☐Não ☐Sim
63. Teve a oportunidade de realizar a troca do equipamento coletor durante a internação? ☐Não ☐Sim
64. Durante a internação recebeu orientações do enfermeiro sobre os cuidados e como viver com a estomia de forma segura? ☐ Não ☐ Sim
65. Recebeu encaminhamento para o serviço especializado onde irá dar continuidade ao processo de reabilitação?☐ Não ☐ Sim
66. Recebeu no mínimo 2 equipamentos coletores no momento da alta?☐Não ☐Sim
67. Recebeu material instrucional de apoio como cartilha, folder, vídeo?☐Não ☐ Sim

68. Durante a internação passou por consulta com nutricionista para receber orientações sobre a dieta para manejar a estomia? ☐ Não ☐ Sim		
69. Durante a internação recebeu orientação do assistente social a respeito dos direitos por ser pessoa com deficiência? ☐ Não ☐ Sim		
70. Durante a internação o familiar/cuidador recebeu formalmente as orientações sobre o procedimento e cuidado com a estomia? ☐ Não ☐ Sim		
71. Recebeu suporte emocional de amigos e familiares visando o processo de reabilitação da pessoaestomia? ☐ Não ☐ Sim		
72. O ensino para o autocuidado foi realizado ao paciente, família e cuidador, de forma sistematizada e contemplou os aspectos relacionados a:		
a) Anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal?	☐ Não	☐ Sim
b) Procedimento cirúrgico?	☐ Não	☐ Sim
c) Função da estomia?	☐ Não	☐ Sim
d) Cuidados com a higiene da estomia e pele periestomia?	☐ Não	☐ Sim
e) Manuseio de equipamento coletores e produtos adjuvantes relacionados ao cuidado?	☐ Não	☐ Sim
f) Autoimagem e autoestima?	☐ Não	☐ Sim
g) Sexualidade e relacionamentos?	☐ Não	☐ Sim
h) Vida laboral, social e atividades de vida diária?	☐ Não	☐ Sim
i) Nutrição e ingestão de líquidos?	☐ Não	☐ Sim
j) Vestuário?	☐ Não	☐ Sim
l) Medicação?	☐ Não	☐ Sim
m) Atividade física e repouso?	☐ Não	☐ Sim
n) Reconhece as complicações mais frequentes?	☐ Não	☐ Sim