

Educação terapêutica do paciente; Uma abordagem multifacetada da saúde

RESUMO

Esta contribuição apresenta uma revisão de literatura da educação terapêutica do paciente (ETP), além de fornecer um resumo da apresentação oral de dois especialistas em tratamento de feridas em um congresso europeu. Ela relaciona isso aos modelos de cuidado na ciência da enfermagem e a outras pesquisas que contribuem para essa abordagem no cerne da prática em saúde.

Palavras-chave Educação terapêutica do paciente, abordagem centrada no indivíduo, estomaterapia, tratamento de feridas

Como citar Lataillade L and Chabal L. Therapeutic patient education; A multifaceted approach to healthcare. WCET® Journal 2020;40(2):35-42.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.2.35-42>

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DO PACIENTE: UMA INTRODUÇÃO A SUA APLICAÇÃO PRÁTICA EM PACIENTES COM ESTOMAS E/OU FERIDAS

Até 1970, as abordagens educacionais eram raras e limitadas a algumas intervenções isoladas, tais como o "manual para diabéticos". Em 1972, Leona Milles, uma médica americana, demonstrou os efeitos positivos da educação de pacientes. Usando uma abordagem pedagógica, ela permitiu que pacientes de áreas menos privilegiadas de Los Angeles que viviam com diabetes controlassem sua patologia e melhorassem sua independência, dependendo menos de medicamentos¹.

Em 1975, o professor Jean Philippe Assal, um especialista em diabetes de Genebra, Suíça, adotou esse conceito e criou um departamento para a educação e tratamento da diabetes nos hospitais universitários de Genebra. Ele criou uma equipe inovadora e interdisciplinar, composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, cuidadores, arteterapeutas e fisioterapeutas, todos com o mesmo objetivo de incentivar a participação do paciente na aprendizagem². A equipe foi inspirada pelas teorias centradas no indivíduo de Carl Rogers³, pelo trabalho de Kübler-Ross sobre o processo de luto⁴, pelas contribuições de Genebra sobre a ciência da educação de adultos e pelo trabalho sobre as concepções dos aprendizes de didática e epistemologia da ciência em Genebra.

Laurence Lataillade

Enfermeira Clínica Especialista e Estomaterapeuta, Geneva University Hospitals

Laurent Chabal*

Enfermeiro Estomaterapeuta e Professor, Geneva School of Health Sciences, HES-SO University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland. Haute École de Santé Genève, HES-SO Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Vice-Presidente do WCET® 2018–2020

* *Autora correspondente*

Desde então, a educação terapêutica do paciente (ETP) têm sido desenvolvida para pacientes com diferentes doenças e distúrbios crônicos, como asma, insuficiência pulmonar, câncer, doença inflamatória intestinal e, em particular, para pacientes com estomas e/ou feridas. O objetivo da ETP é ajudar os pacientes e cuidadores a entender melhor a natureza da doença que a pessoa possui e as estratégias de tratamento necessárias e auxiliar os pacientes a atingirem um maior nível de autonomia em como eles gerenciam e lidam com a doença.

DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DO PACIENTE (ETP)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1998), ETP é a educação gerenciada por profissionais de saúde treinados na educação de pacientes e destina-se a permitir que um paciente (ou um grupo de pacientes e famílias) gerencie o tratamento de sua condição e previna complicações evitáveis, mantendo ou melhorando a qualidade de vida. Seu objetivo principal é produzir um efeito terapêutico adicional ao de todas as outras intervenções - farmacológica, fisioterapia, etc. A educação terapêutica do paciente destina-se, portanto, a treinar os pacientes nas habilidades de autogerenciar ou adaptar o tratamento à sua doença crônica específica e nos processos e habilidades para lidar com a doença. Também deve contribuir para reduzir o custo dos cuidados de longo prazo para os pacientes e para a sociedade. Ela é essencial para o autogerenciamento eficiente e para a qualidade do atendimento prestado para todas as doenças ou condições de longo prazo, embora pacientes com doenças graves não devam ser excluídos de seus benefícios.

Portanto, "a ETP deve permitir que os pacientes adquiram e mantenham habilidades que lhes permitam gerenciar de forma ideal suas vidas com a doença. É, portanto, um processo contínuo que deve ser integrado aos cuidados de saúde"⁵.

A premissa da ETP como uma abordagem de assistência à saúde é que ela coloca os pacientes ou os cuidadores no centro do relacionamento do profissional de saúde com o paciente, reconhecendo-o como um parceiro integral nos processos de cuidados de saúde⁶⁻⁸. O alicerce dessa abordagem é que o paciente possui conhecimentos, habilidades e experiências que devem ser valorizadas, incentivadas, estimuladas e/ou exploradas. Quanto aos profissionais de saúde, eles precisam reconhecer e destacar o conhecimento dos pacientes sobre si mesmos e suas capacidades, o que exige que o profissional de saúde adapte sua própria posição em relação à prestação de cuidados e educação. Os profissionais de saúde geralmente tendem a falar com os pacientes sobre suas doenças, em vez de treiná-los nos processos diários de gerenciamento para ajudar os pacientes a gerenciar melhor suas condições⁵. Conforme Gottlieb explica^{9,10}, é mais que uma mudança de comportamento, mas sim uma mudança pragmática que pede ao médico que confie nos pontos fortes do paciente em vez de remediar seus pontos fracos e que vai além do que o Modelo de Orem¹¹ propôs.

A ETP é um modelo de educação e apoio para pessoas vivendo com uma ou mais doenças crônicas. O objetivo é apoiar a pessoa em tratamento, envolvendo-a em seus cuidados por meio de um programa educacional que faça sentido para ela e, ao fazê-lo, reduzir o risco de complicações¹² e melhorar sua qualidade de vida. As ferramentas da ETP promovem uma verdadeira colaboração entre o paciente e o profissional de saúde. Isso requer uma abordagem holística, integradora e interdisciplinar¹³.

QUAL É O OBJETIVO DA ETP? QUAL POSIÇÃO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM ADOTAR?

O objetivo para os profissionais de saúde que empregam a ETP é permitir que seus pacientes se tornem independentes em seus processos de cuidados e melhorar a qualidade de vida deles. No entanto, os objetivos dos pacientes nem sempre são os mesmos em todas as ocasiões. Por exemplo, a chegada repentina da doença, como um câncer de cólon e a formação de um estoma, que geralmente é uma consequência disso, tem um grande impacto na vida do paciente. O paciente de estomia passa por muitos processos emocionais que são muitas vezes profundos e intensos e que às vezes os dominam completamente.

A educação terapêutica do paciente visa apoiar o paciente nos estágios e processos desse ajuste emocional para que eles possam se adaptar¹⁴ melhor e acomodar sua doença e estoma em suas rotinas. O objetivo é permitir que o paciente adquira as habilidades para gerenciar seu estoma e seu tratamento, assim como as habilidades psicossociais para integrar seu estoma em sua rotina.

O desafio para os profissionais de saúde é reconciliar esses dois tipos de aprendizagem no programa da ETP, ao mesmo tempo em que leva em consideração as dificuldades encontradas pelo paciente e sua necessidade de aprendizagem. Um relacionamento terapêutico baseado na confiança mútua e parceria é uma condição indispensável para esse processo educacional. No âmbito dessa aliança, a ênfase é colocada em uma relação de equivalência moral entre o paciente e o profissional¹⁵.

O primeiro estágio educacional dentro da estrutura da ETP constitui encorajar e abrir espaço para o paciente se expressar, a fim de revelar e concordar com suas necessidades particulares, que nem sempre são evidentes para o paciente ou para o profissional de saúde.

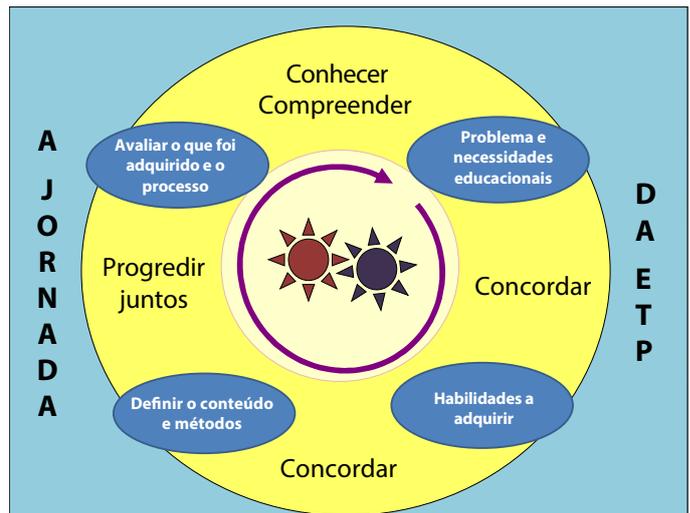


Figura 1. Esquema da jornada da ETP

No esquema da jornada da ETP (o modelo proposto de ETP de Genebra), traduzido livremente de Lasserre Moutet et al.¹⁶ (Figura 1), os seguintes conceitos são descritos:

1. As duas rodas dentadas no centro representam o paciente e o profissional de saúde, ambos envolvidos em um movimento ativo. Ambos possuem uma base de conhecimento específica. O profissional de saúde possui o conhecimento científico, as habilidades clínicas e sua experiência clínica com outros pacientes que enfrentaram condições de saúde semelhantes; o paciente possui sua experiência de vida individual com sua doença e seu tratamento, além de seu próprio conhecimento. Embora essa relação seja, por natureza, assimétrica, mesmo assim ela não é classificada em termos de conhecimento. O profissional de saúde é um mediador que apoia o paciente no processo de transformação de seu conhecimento para uma melhor compreensão de sua doença, das consequências do processo da doença e das intervenções médicas remediais. Para essas engrenagens funcionarem, o ritmo deve ser ajustado. A primeira etapa da jornada da ETP é especialmente importante na manutenção desse envolvimento: o paciente e o profissional devem concordar com o problema, revelando a realidade das situações que o paciente encontra diariamente. Para o profissional de saúde, isso envolve o desenvolvimento de um interesse genuíno no paciente e em sua história de vida com a doença.
2. Com base nesse entendimento comum, serão elucidadas as necessidades educacionais, as habilidades práticas e as competências a serem adquiridas pelo paciente, para que ele possa superar suas dificuldades ou resolver seus problemas cotidianos.

3. Uma vez que os objetivos sejam definidos em conjunto com o paciente, as estratégias empregadas levarão o paciente a encontrar novas ideias, experimentar uma nova perspectiva sobre sua situação e encontrar alternativas para organizar sua vida cotidiana.
4. Finalmente, a jornada e as mudanças feitas serão avaliadas em conjunto para fazer os ajustes e continuar o processo.

Essa abordagem de quatro etapas pode ser feita durante uma ou mais consultas.

QUAL TIPO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DEVEMOS USAR COM PACIENTES ESTOMIZADOS?

Os pacientes estomizados são confrontados com mudanças físicas e, muitas vezes, uma doença crônica^{17,18} que restringe suas habilidades de visualizar uma nova realidade para suas vidas. Um dos papéis principais do enfermeiro estomaterapeuta é ajudar o paciente a se envolver em um aprendizado adequado que lhe permita se adaptar, passo a passo, a um novo equilíbrio na vida.

Independentemente de o estoma ser temporário ou permanente, ele é um choque e afeta todos os aspectos da vida do paciente: vida social e profissional, vida emocional e familiar, identidade pessoal e autoestima. Nas situações em que o estoma é temporário, ele é muitas vezes visto como um grande obstáculo na vida da pessoa durante o período em que ela vive com o estoma. Quando o intestino é reconectado, alguns pacientes temem que precisem de outro estoma, o que de fato é uma possibilidade.

Com o objetivo da independência do paciente em relação ao gerenciamento de seus cuidados ou, quando isso não é possível para o paciente estomizado, para os cuidadores, os enfermeiros estomaterapeutas integram a ETP como um processo contínuo de compreensão da experiência de vida do paciente e criam uma parceria, ensinando e informando o paciente durante todos os estágios do tratamento - pré-operatório, pós-operatório, reabilitação, cuidado domiciliar e acompanhamento a curto e longo prazo.

A educação desse paciente se concentra em diferentes temas, dependendo das necessidades do paciente. Por exemplo, os aspectos organizacionais relacionados ao estoma (cuidado, troca do aparelho, digestão balanceada, segurança alimentar, etc.) que requerem o autocuidado. Algumas dificuldades de autoajuste, tais como autoimagem distorcida, baixa autoestima e implicações psicoemocionais adicionais¹⁹⁻²¹ e a dificuldade em conversar sobre a doença ou o estoma em seu círculo social, ou em retomar as atividades sexuais, provavelmente exigirão o desenvolvimento de habilidades e competências de enfrentamento da doença para facilitar a adaptação. Assim, o profissional pode aplicar seu conhecimento, sabedoria clínica e habilidades interpessoais para encontrar estratégias de ensino apropriadas para os estilos de aprendizado do paciente ou do cuidador, respeitando/integrando os limites, medos e qualquer resistência do paciente, a fim de guiá-lo em cada etapa do processo. Por fim, a integração bem-sucedida desses processos permitirá que o paciente realize seu próprio autocuidado e se adapte à sua vida com a estomia e, às vezes, com sua doença crônica.

POR QUAIS ESTÁGIOS OS PACIENTES DE ESTOMIA PASSAM E COMO PODEMOS AJUDÁ-LOS A SUPERÁ-LOS?

De acordo com Selder²², a experiência de vida com uma doença crônica é semelhante a uma jornada por uma realidade perturbada, cheia de incertezas e que, por fim, leva a uma reestruturação dessa realidade.

De modo a mobilizar os recursos do paciente, trabalhando em suas habilidades de resiliência^{23,24}, consiliência (habilidades de enfrentamento)²⁵ e empoderamento²⁶, os profissionais de saúde devem se encarregar de conhecer o indivíduo e entender suas representações, valores e crenças^{27,28} para incorporá-las aos seus cuidados de saúde. Esses aspectos, que estão muito conectados ao contexto sociocultural e religioso que o indivíduo assimilou, também devem ser considerados para sua integração aos cuidados prestados ao paciente^{29,30}.

De acordo com Bandura^{31,32}, o senso de autoeficácia dos pacientes se baseia em quatro aspectos: domínio pessoal, modelagem, aprendizado social e seu estado fisiológico e emocional. Isso gera três tipos de efeitos positivos em pacientes com um bom nível de autoeficácia: o primeiro diz respeito à escolha dos comportamentos adotados, o segundo à persistência dos comportamentos adotados e o terceiro à sua grande resiliência diante de imprevistos e dificuldades. Os enfermeiros que praticam a ETP poderão mobilizar, por meio de suas intervenções de saúde, esses quatro aspectos da ETP para induzir esses três tipos de efeitos no paciente.

De acordo com Diclemente et al.³³, as mudanças comportamentais na vida só podem ser realizadas em etapas. Na estomaterapia, essas abordagens centradas no indivíduo começam no pré-operatório, onde as explicações são dadas aos pacientes (e suas famílias, quando possível) sobre a eventual necessidade do estoma, o procedimento cirúrgico e os cuidados pós-operativos (recomendação 3.1.2 do WCET[®], Evidência=B+²⁹), embora a estomia ainda não tenha sido confirmada. Essas recomendações foram adotadas pela Wound Ostomy and Continence Nurses Society[®] [Sociedade de Enfermeiros de Feridas, Estomia e Continência] (WOCN[®])³⁴.

O esquema, adaptado e traduzido livremente de Martin and Savary³⁵, descreve os passos principais no processo de aprendizagem que precisam ser cumpridos e estimulados (Figura 2). Dependendo da idade do paciente e do conhecimento, ferramentas e processos utilizados na educação de adultos, os requisitos da ETP podem ser componentes necessários para atingi-los^{36,37}. Outras estratégias deverão ser adotadas para a população mais jovem, especialmente em relação aos adolescentes^{38,39}.

EXEMPLOS DE PROBLEMAS E OBJETIVOS NA EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES ESTOMIZADOS

Esses problemas e objetivos instrutivos podem se aplicar a pacientes com estomias incontinentes, que refletem os cenários mais encontrados (Tabela 1).

No caso de pacientes com outros tipos menos comuns de estomia, como estomias continentais ou estomias de suporte nutricional^{40,41}, alguns desses itens ainda são aplicáveis e/ou precisam ser adaptados à sua situação específica; problemas adicionais e mais específicos podem ser aplicáveis. Esse também é o caso para pacientes com fístula enterocutânea⁴².

Tabela 1

Problemas	Objetivos do aprendizado
Os pacientes estomizados sentem-se restritos em levar a vida que gostariam porque não conseguem controlar a evacuação de urina (urostomia) ou fezes e gases (jejunostomia, ileostomia ou colostomia), sofrendo os efeitos indesejáveis da nutrição no trânsito digestivo.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar suas emoções e ideias relativas às restrições que a estomia representa. Explicar novas sensações e reações do sistema digestivo usando suas experiências cotidianas. Adaptar sua dieta para controlar a evacuação de urina e/ou fezes e gases. Planejar e distribuir a ingestão de alimentos considerando suas atividades. Definir estratégias para controlar as novas sensações: a produção de gases e barulhos.
Os pacientes estomizados podem não querer sair de casa por medo de que a bolsa seja visível sob a roupa ou vazze.	<ul style="list-style-type: none"> Compartilhar seus medos com seu círculo social e cuidadores. Esclarecer os aspectos de suas roupas, para que se sintam à vontade e confortáveis, mantendo, ao mesmo tempo, um estilo que os agrada. Escolher suas estratégias e experimentá-las. Identificar "instrutores" em seu círculo social para ajudá-los a modificar seu guarda-roupas (organizar um "desfile de moda" etc.). Tornar-se consciente de seus pontos fortes, aprender a valorizá-los e descobrir novos.
Os pacientes estomizados sentem-se sobrecarregados e incapazes de cuidar de seu estoma e trocar o dispositivo.	<ul style="list-style-type: none"> Localizar seus recursos, pontos fortes e habilidades. Identificar o que é importante para eles e pelo que vale a pena lutar.
Os pacientes com ileostomia, ou aqueles com estoma de alto fluxo, podem forçar-se a parar de comer ou beber para limitar o fluxo de fezes líquidas.	<ul style="list-style-type: none"> Entender os efeitos negativos desse comportamento para sua saúde. Aprender os sinais da desidratação. Aprender as formas de hidratação e comidas que podem solidificar as fezes e/ou acidificar a urina. Identificar os sinais físicos e interpretá-los como manifestações da desidratação. Implementar, da melhor forma possível, as recomendações relativas à hidratação e dieta para evitar a desidratação.
Os pacientes estomizados têm dificuldade em confrontar a imagem que têm de si próprios.	<ul style="list-style-type: none"> "Fazer as pazes" com sua imagem corporal. Identificar os diferentes aspectos de seu sofrimento em relação à mudança de sua imagem corporal. Identificar as situações cotidianas em que eles se sentem envergonhados e aquelas em que eles se sentem confortáveis. Identificar aspectos de sua aparência física que eles especialmente apreciam. Revisar seus critérios para uma autoimagem positiva. Adotar meios práticos para viver de forma mais confortável com sua nova imagem (roupas, nova bolsa ou acessórios, etc.) em diferentes contextos de suas vidas.

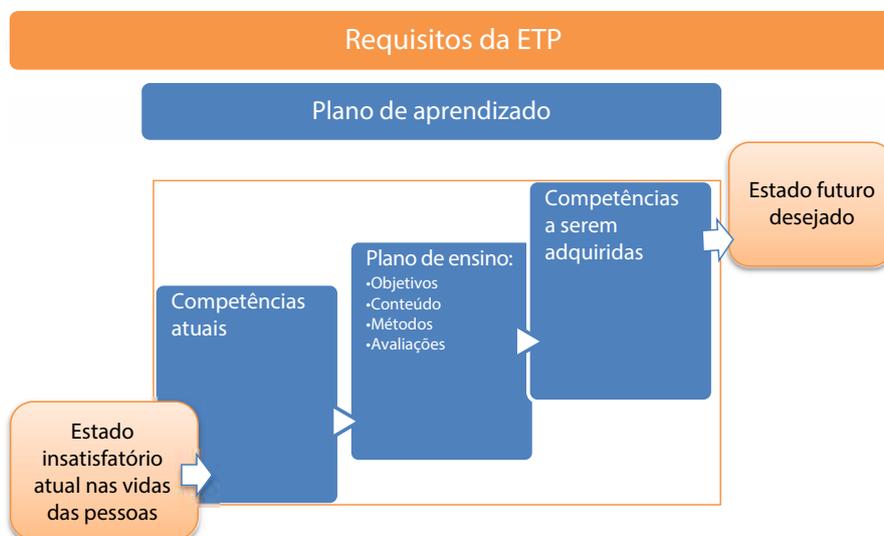


Figura 2. Requisitos da ETP

Em algumas situações, seja por nojo, recusa, negação e/ou deficiência (função motora, cerebral, psicoemocional ou psiquiátrica), pode ser que o paciente estomizado não seja capaz de passar por todos esses processos de aprendizado e empoderamento⁴³. Isso pode ser um problema de curto, médio ou às vezes longo prazo. Nesses casos, o recurso a um cuidador, seja ele um profissional ou um parente próximo, deve ser previsto e organizado. O processo educativo necessário para seu empoderamento deve acontecer de uma maneira relativamente semelhante com o objetivo de promover a capacitação do paciente o máximo possível, de modo que o paciente estomizado possa voltar para casa. A isso, deve-se adicionar a comunicação de apoio e gerenciamento de possíveis mudanças nos relacionamentos interpessoais e, potencialmente, nos relacionamentos íntimos entre os pacientes e seus parceiros. Tais mudanças podem ocorrer aplicando-se os princípios da ETP, e esse tipo de atendimento deverá ser reavaliado regularmente e levado em consideração com uma abordagem holística do paciente e sua respectiva situação.

Esses processos são ainda mais complicados para pacientes que moram sozinhos, ou até mais para idosos, pois isso pode colocar em questão a residência para a alta e também sua capacidade de permanecer em casa. A necessidade de implementação de fortes redes e relés de comunicação nessas circunstâncias lembra o conselho oferecido no relatório de 2012 da American Association of Retired Persons [Associação Americana de Pessoas Aposentadas] (AARP)^{45,46}.

Por fim, o paciente estomizado pode ocasionalmente precisar de mais de um estoma, todos os quais podem ser permanentes (Figuras 3 e 4). De acordo com nossa experiência, essas situações complexas são mais frequentes do que eram anteriormente e estão muitas vezes relacionadas à patologia maligna.



Figura 3. Exemplo de uma pessoa com uma colostomia esquerda permanente e ureterostomia cutânea transileal (intervenção de Bricker) com síndrome da urina roxa na bolsa coletora⁴⁷.

PERSPECTIVAS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS RELACIONADAS A PACIENTES COM FERIDAS CRÔNICAS

Ao contrário de alguns preconceitos, a estomaterapia não se preocupa apenas com o cuidado de pacientes estomizados, embora o uso do termo original estomaterapeuta (ET)⁴⁸ possa levar a essa confusão. De fato, o Enterostomal Therapist Nursing Education Program [Programa de Educação em Enfermagem de Estomaterapia] (ETNEP)⁴⁹ inclui o atendimento a pessoas



Figura 4. Exemplo de um paciente estomizado vários dias após a cirurgia com uma colostomia temporária e uma ileostomia protetiva. A continuidade digestiva seria restaurada em 9 meses em duas intervenções, começando com a estomia a jusante antes da estomia a montante, por um intervalo de algumas semanas.

com feridas, pessoas com distúrbios de incontinência, pessoas com fístulas enterocutâneas e, em algumas escolas, pessoas com mastectomias. Dito isso, a especialização em tratamento de feridas se tornou um serviço especialista por si só e muitos enfermeiros estomaterapeutas colaboram estreitamente com especialistas em feridas. É importante notar que esses aspectos da educação do paciente são especificados no currículo europeu para enfermeiros que se especializam em tratamento de feridas (Unidades 3 e 4)⁵⁰⁻⁵².

Na literatura, em referência à educação fornecida a pacientes com feridas, o conhecimento tem sido descrito como um processo de autogerenciamento, especialmente entre indivíduos que vivem com uma doença crônica, como uma úlcera de perna⁵³. Para a educação ser eficaz, o paciente deve adquirir um benefício percebido das mudanças que seu envolvimento nas atividades preventivas propostas podem gerar. Benefícios físicos ou emocionais reforçarão os efeitos positivos dos conselhos dados⁵⁴.

O benefício do uso de uma abordagem de ensino multimídia reside na combinação de métodos para a transmissão de informações. Isso ajuda a resolver os problemas encontrados pelo paciente, mas também reforça a informação que lhes foi passada^{55,56}.

Inúmeras revisões sistemáticas Cochrane foram realizadas em relação a pacientes com úlceras venosas, úlcera do pé diabético e lesões por pressão. Elas revelaram que:

- Para pacientes com úlceras de perna, não há pesquisas suficientes disponíveis para avaliar as estratégias de apoio aos pacientes que aumentem sua aderência/conformidade, apesar da conformidade com a compressão ser reconhecida como um fator importante na prevenção da recorrência da úlcera de perna⁵⁷.
- Em relação aos pacientes diabéticos, não há evidências suficientes para dizer que a educação - na ausência de outras medidas preventivas - seja suficiente para reduzir a ocorrência de lesões no pé ou amputação do pé/membros inferiores⁵⁸.
- Por fim, em relação às lesões por pressão, os autores notaram que a ideia do envolvimento do paciente continua vaga e inclui um número significativo de fatores que variam

e incluem uma variedade de intervenções e atividades possíveis. Ao mesmo tempo, eles esclarecem que esse envolvimento nos cuidados, tais como respeito aos direitos do paciente, são valores importantes que podem desempenhar um papel em seus cuidados de saúde. Esse envolvimento poderia ter o benefício de melhorar a motivação do paciente e seu conhecimento em relação à sua própria saúde. Além disso, esse envolvimento poderia implicar um aumento na capacidade de gerenciar sua doença e cuidar de si mesmo, melhorando assim seu senso de segurança e permitindo-lhes obter melhores resultados quando se trata de melhorar sua saúde⁵⁹.

Quanto aos pacientes com feridas cancerígenas, as recomendações da European Oncology Nursing Society [Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica] observam a existência de escalas para a avaliação dos sintomas da tipologia dessas feridas, permitindo uma detecção precoce de complicações relacionadas, bem como a redução dos custos relacionados ao tratamento e equipamento usado nos cuidados de saúde, aumentando o envolvimento do paciente. De fato, o uso de algumas das ferramentas descritas podem ser sugeridas aos pacientes para o gerenciamento de suas condições⁶⁰. Para que isso aconteça, é necessário que eles sejam educados quanto ao seu uso, apesar de que essas pessoas podem ter pedido a confiança em si mesmos, seus tratamentos e suas equipes de prestação de serviços de saúde; embora suas doenças possam ter melhorado, suas feridas ainda servem como estigmas visíveis de suas doenças.

Conclusão

A educação terapêutica é o alicerce das intervenções conduzidas em indivíduos com doença crônica, ou em condições crônicas, visando a promoção, prevenção e educação relacionadas à saúde. É uma atividade fundamental que abrange todos os campos da especialização em estomatoterapia. Como cada situação é única, a educação terapêutica permite que os profissionais de saúde desenvolvam as habilidades nessa área para melhorar a prestação de serviços de saúde. Também nos incita a inovar, ter criatividade, se adaptar e pensar além do óbvio a fim de encontrar outras estratégias intervencionistas; também exige que mostremos humildade, o que pode nos levar a pedir ajuda através de nossas redes profissionais a nível nacional e/ou internacional.

De acordo com Adams⁶¹, a ETP continua sendo uma vasta área de intervenções em que a utilidade das intervenções educacionais para melhorar os impactos na saúde ainda está em discussão. No entanto, os resultados dos estudos ainda são muito limitados para apoiar sua evidência. Para outros autores, a eficácia tem sido, até o momento, comprovada pela pesquisa. Para muitos hospitais, ela é alegadamente uma medida de redução de custos, pois permite que as internações hospitalares sejam mais curtas e reduz o número de complicações⁶²⁻⁶⁶.

Por fim, embora o processo educacional comece no hospital, ele também é acompanhado tanto nos serviços ambulatoriais quanto nos serviços de atendimento domiciliar. Nesse sentido, a implementação e a manutenção dos relés de comunicação será primordial para garantir a continuidade do atendimento e a coerência e coordenação dos processos empreendidos e das etapas futuras que serão decididas conjuntamente. O envolvimento de cuidadores familiares nesses processos, com o consentimento do paciente e de seus parentes, é importante.

Eles servem como recursos que não podem ser negligenciados, mesmo que seu envolvimento possa gerar outras questões que devem ser consideradas.

O treinamento dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, na aplicação da ETP reforçará sua experiência e eficiência⁶⁷ na educação dos pacientes, com o conhecimento de que cada situação os impulsionará a encontrar novas estratégias e habilidades para superar os desafios enfrentados.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

A seção sobre feridas foi parcialmente baseada em anotações feitas durante a sessão do University Conference Model [Modelo de Conferência Universitário] (UCM)⁶⁸ sobre o assunto. A sessão aconteceu no congresso de 2017 da European Wound Management Association [Associação Europeia de Tratamento de Feridas] (EWMA) em Amsterdã, Países Baixos, e foi apresentada por Julie Jordan O'Brien, Enfermeira Clínica Especialista em Viabilidade Tecidual e Véronique Urbaniak, Enfermeira de Cuidados Avançados⁶⁹.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam financiamento para este estudo.

REFERÊNCIAS

1. Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med* 1972;286:1388-1391.
2. Lacroix A, Assal JP. Therapeutic education of patients – new approaches to chronic illness, 2nd ed. Paris: Maloine; 2003.
3. Rogers C. Client-centered therapy, its current practice, implications and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
4. Kübler-Ross E. On death and dying. London: Routledge; 1969.
5. World Health Organization. Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers. Report of a World Health Organization Working Group; 1998. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
6. Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston W, MacWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Oxon: Radcliffe; 2003.
7. Kronenfeld JJ. Access to care and factors that impact access, patients as partners in care and changing roles of health providers. *Research in the sociology of health care*. Bingley: Emerald Book; 2011.
8. Dumez V, Pomey MP, Flora L, De Grande C. The patient-as-partner approach in health care. *Academic Med: J Assoc Am Med Coll* 2015;90(4):437-1.
9. Gottlieb LN, Gottlieb B, Shamian J. Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Nursing Leadership* 2012;25(2):38-50.
10. Gottlieb LN. Strengths-based nursing care: health and healing for persons and family. New York: Springer; 2013.

11. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book Inc; 1991.
12. The Official Website of the Disabled Persons Protection Commission; 2018. Available from: <http://www.mass.gov/dppc/abuse-prevention/types-of-prevention.html>
13. Finset A, editor. *Patient education and counselling journal*. Amsterdam: Elsevier; 2019. Available from: <https://www.journals.elsevier.com/patient-education-and-counseling/>
14. Roy, C. *The Roy adaptation model*. New Jersey: Pearson; 2009.
15. Price P. How we can improve adherence? *Diabetes Metab Res Rev* 2016;32(S1):201–5.
16. Lasserre Moutet A, Chambouleyron M, Barthassat V, Lataillade L, Lagger G, Golay A. Éducation thérapeutique séquentielle en MG. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2011;25(869):2–4.
17. Ercolano E, Grand M, McCorkle R, Tallman NJ, Cobb MD, Wendel C, Krouse R. Applying the chronic care model to support ostomy self-management: implications for nursing practice. *Clin J Oncol Nurs* 2016;20(3):269–74.
18. World Health Organization. *Non-communicable diseases*; 2020. Available from: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/
19. Price B. Explorations in body image care: Peplau and practice knowledge. *J Psychiatric Mental Health Nurs* 1998;5(3):179–186.
20. Segal N. *Consensuality: Didier Anzieu, gender and the sense of touch*. New York: Rodopi BV; 2009.
21. Anzieu D. *The skin-ego. A new translation by Naomi Segal (The history of psychoanalysis series)*. Oxford: Routledge; 2016.
22. Selder F. *Life transition theory: the resolution of uncertainty*. *Nurs Health Care* 1989;10(8):437–40, 9–51.
23. Cyrulnik B, Seron C. *Resilience: how your inner strength can set you free from the past*. New York: TarcherPerigee; 2011.
24. Scardillo J, Dunn KS, Piscotty R Jr. Exploring the relationship between resilience and ostomy adjustment in adults with permanent ostomy. *J WOCN* 2016;43(3): 274–279.
25. Wilson EO. *Consilience: the unity of knowledge*. New York: Knopf; 1998.
26. Zimmerman MA. Empowerment theory, psychological, organizational and community levels of analysis. In Rappaport J, Seidman E, editors. *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000. p. 43–63.
27. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Behav* 1988;15(2):175–183.
28. Knowles SR, Tribbick D, Connel WR, Castle D, Salzberg M, Kamm MA. Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, psychological morbidity, and quality of life in individuals with fecal ostomies. *J WOCN* 2017;44(1):69–73.
29. Zulkowski K, Ayello EA, Stelton S, editors. *WCET international ostomy guideline*. Perth: Cambridge Publishing, WCET; 2014.
30. Purnell L. The Purnell Model applied to ostomy and wound care. *JWCET* 2014;34(3):11–18.
31. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191–215.
32. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. Psychological review. San Francisco: Freeman WH; 1997.
33. Diclemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviours. In Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviours. processes of change*. New York: Springer; 1998. p. 3–24.
34. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society – Guideline Development Task Force. WOCN® Society clinical guideline management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy – an executive summary. *J WOCN* 2018;45(1):50–58.
35. Martin JP, Savary E. *Formateur d'adultes: se professionnaliser, exercer au quotidien*. 6th ed. Lyon: Chronique Sociale; 2013.
36. Lataillade L, Chabal L. Therapeutic patient education (TPE) in wound and stoma care: a rich challenge. ECET Bologna, Italy [Oral presentation]; 2011.
37. Merriam SB, Bierema LL. *Adult learning: linking theory and practice*. Indianapolis: Jossey-Bass; 2013.
38. Mohr LD, Hamilton RJ. Adolescent perspectives following ostomy surgery, *J WOCN* 2016;43(5): 494–498.
39. Williams J. Coping: teenagers undergoing stoma formation. *BJN* 2017;26(17):S6–S11.
40. Stroud M, Duncan H, Nightingale J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. *Gut* 2003;52(7):vii1–vii12.
41. Roveron G, Antonini M, Barbierato M, Calandrino V, Canese G, Chiurazzi LF, Coniglio G, Gentini G, Marchetti M, Minucci A, Nembrini L, Nari V, Trovato P, Ferrara F. Clinical practice guidelines for the nursing management of percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy (PEG/PEJ) in adult patients. An executive summary. *JWCON* 2018;45(4):32–334
42. Brown J, Hoeflok J, Martins L, McNaughton V, Nielsen EM, Thompson G, Westendrop C. Best practice recommendations for management of enterocutaneous fistulae (ECF). The Canadian Association for Enterostomal Therapy; 2009. Available from: <https://nswoc.ca/wp-content/uploads/2015/02/caet-ecf-best-practices.pdf>
43. Jukes M. Learning disabilities: there must be a change in attitude. *BJN* 2004;13(22):1322.
44. Wendorf JH. *The state of learning disabilities: 507 facts, trends and emerging issues*. 3rd ed. New York: National Center for Learning Disabilities, Inc; 2014.
45. Reinhard SC, Levine C, Samis S. Home alone: family caregivers providing complex chronic care. AARP Public Policy Institute; 2012.
46. Reinhard SC, Ryan E. From home alone to the CARE act: collaboration for family caregivers. AARP Public Policy Institute, Spotlight 28; 2017.
47. Peters P, Merlo J, Beech N, Giles C, Boon B, Parker B, Dancer C, Munckhof W, Teng H.S. The purple urine bag syndrome: a visually striking side effect of a highly alkaline urinary tract infection. *Can Urol Assoc J* 2011;5(4):233–234.
48. Erwin-Toth P, Krasner DL. *Enterostomal therapy nursing. Growth & evolution of a nursing specialty worldwide*. A Festschrift for Norma N. Gill-Thompson, ET. 2nd ed. Perth: Cambridge Publishing; 2012.
49. World Council of Enterostomal Therapists®, Education Committee; 2020. Available from: <http://www.wcetn.org/the-wcet-education>

50. Pokorná A, Holloway S, Strohal R, Verheyen-Cronau I. Wound curriculum for nurses: post-registration qualification wound management – European qualification framework level 5. *J Wound Care* 2017;26(2):S9–12, S22–23.
51. Probst S, Holloway S, Rowan S, Pokorná A. Wound curriculum for nurses: post-registration qualification wound management – European qualification framework level 6. *J Wound Care* 2019;28(2):S10–13, S27.
52. European Wound Management Association. EQF level 7 curriculum for nurses; 2020. Available from: <https://ewma.org/it/what-we-do/education/ewma-wound-curricula/eqf-level-7-curriculum-for-nurses-11060/>
53. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns* 2003;51(3):267–275.
54. Van Hecke A, Beeckman D, Grypdonck M, Meuleneire F, Hermie L, Verheaghe S. Knowledge deficits and information-seeking behaviour in leg ulcer patients, an exploratory qualitative study. *J WOCN* 2013;40(4):381–387.
55. Ciciiriello S, Johnston RV, Osborne RH, Wicks I, Dekroo T, Clerehan R, O’Neill C, Buchbinder R. Multimedia education interventions for customers about prescribed and over-the-counter medications. *Cochrane Database Syst Rev*; 2013. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008416/full>
56. Moore Z, Bell T, Carville K, Fife C, Kapp S, Kusterer K, Moffatt C, Santamaria N, Searle R. International best practice statement: optimising patient involvement in wound management. London: Wounds International; 2016.
57. Weller CD, Buchbinder R, Johnston RV. Intervention for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*; 2013. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008378.pub2/abstract>
58. Dorrestelijn JA, Kriegsman DMW, Assendelft WJJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*; 2014. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001488.pub5/abstract>
59. O’Connor T, Moore ZEH, Dumville JC, Patton D. Patient and lay carer education for preventing pressure ulceration in at-risk populations. *Cochrane Database Syst Rev*; 2015. Available from: http://www.cochrane.org/CD012006/WOUNDS_patient-and-lay-carer-education-preventing-pressure-ulceration-risk-populations
60. Probst S, Grocott P, Graham T, Gethin G. EONS recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. London: European Oncology Nursing Society; 2015.
61. Adams R. Improving health outcomes with better patient understanding and education. *Risk Manag Healthc Policy* 2010;3:61–72.
62. Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns* 2010;79(3):283–286.
63. Kindig D, Mullaly J. Comparative effectiveness – of what? Evaluating strategies to improve population health. *JAMA* 2010;304(8):901–902.
64. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatt on-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *J Canc Educ* 2011;26(1):12–21.
65. Jensen BT, Kiesbye B, Soendergaard I, Jensen JB, Ammitzboell Kristensen S. Efficacy of preoperative uro-stoma education on self-efficacy after radical cystectomy; secondary outcome of a prospective randomised controlled trial. *Eur J Oncol Nurs* 2017;28:41–46.
66. Rojanasarot S. The impact of early involvement in a post-discharge support program for ostomy surgery patients on preventable healthcare utilization. *J WOCN* 2018;45(1):43–49.
67. Knebel E, editor. Health professions education: a bridge to quality (quality chasm). Washington DC: National Academies Press; 2003.
68. European Wound Management Association; 2020. Available from: <http://ewma.org/what-we-do/education/ewma-ucm/>
69. European Wound Management Association Conference; 2017. Available from: <http://ewma.org/ewma-conference/2017-519/>