UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FLÁVIA DE SIQUEIRA VIEIRA

Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial

RIBEIRÃO PRETO
2014

FLÁVIA DE SIQUEIRA VIEIRA

Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientador: Prof[a] Dr[a] Helena Megumi Sonobe

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Vieira, Flávia de Siqueira
Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial. Ribeirão Preto, 2014.
75f. il.; 30cm.

Dissertação (Mestrado), apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-Graduação: Enfermagem Fundamental.
Orientadora: Sonobe, Helena Megumi

1.Estomias. 2.Cirurgia colorretal. 3.Complicações pós-operatórias. 4.Dermarcação pré-operatória. 5.Enfermagem perioperatória.

VIEIRA, FLÁVIA DE SIQUEIRA

Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem

Aprovado em: ...../...../.....

Banca Examinadora

Prof[a]. Dr[a]. Helena Megumi Sonobe

Instituição: EERP – USP Assinatura: _____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____ Assinatua:_____

Prof. Dr: _____

Instituição: _____ Assinatua:_____

DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo aos meus pais **Carlos** e **Odanira**, por serem meu maior exemplo de determinação, conduta e caráter, por me apoiarem e não me deixarem desistir diante das dificuldades. Dedico também a todos os estomizados intestinais que me possibilitaram adquirir conhecimento e experiência clínica. A todos meu respeito e admiração pelo exemplo de determinação e superação.*

Muito Obrigada!

AGRADECIMENTOS

*A **Deus** pela oportunidade da realização desse sonho, pela força e perseverança que o mesmo me deu para concluir essa dissertação e por me guiar e proteger sempre.*

*À minha orientadora **Helena Megumi Sonobe** pelo voto de confiança, compreensão aos momentos difíceis e contribuição essencial para minha formação assistencial e científica. À senhora toda minha admiração e respeito. Serei eternamente grata.*

*Aos meus pais **Carlos** e **Odanira** pelo incentivo diário, pela compreensão de minhas escolhas e por toda base que me deram e me guiaram até aqui.*

*À minha irmã **Renata** e as amigas **Gilzélia Carvalho** e **Maria Adalgisa Vieira** pelo apoio e motivação nos momentos mais turbulentos.*

*Às minhas amigas **Nariman Lenza, Marissa Oliveira** e **Lívia Martins** que me auxiliaram e comigo trilharam a jornada de ser pós-graduanda.*

*Aos amigos **Thiele Nunes, Taciana Nunes, Júlia Vaz, Tamiris Guimarães, Mateus Takayama, Gabriel Cunha, Victor Zanca, Bruno Zanca, Victor Rissoni** e **Thiago Gabriel** pela parceria e incentivo durante minha trajetória.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP**, aos professores e funcionários dessa instituição que contribuíram para minha formação.*

*À **CAPES** pelo aporte financeiro concedido durante a execução dessa dissertação.*

Muito Obrigada!

"Mar calmo nunca fez bom marinheiro"

(autor desconhecido)

RESUMO

VIEIRA, F.S. **Complicações de estoma e pele periestoma em pacientes em seguimento ambulatorial.** 2014. 75f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Trata-se de um estudo descritivo prospectivo, com abordagem quantitativa, sobre as complicações de estoma e de pele periestoma de estomizados intestinais em seguimento ambulatorial, que teve como objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico desta clientela em um hospital universitário de ensino público; descrever a presença de fatores de risco descritos na literatura científica para esta clientela; e analisar a presença de complicações de estoma e de pele periestoma nesta clientela (CEP/EERP 383.771). Os critérios de inclusão da amostra foram pacientes maiores de 18 anos, independente da raça, classe social e sexo, com estomias intestinais e em seguimento ambulatorial no período da coleta de dados e o critério de exclusão foi paciente com instabilidade clínica. A amostra de conveniência foi composta por 56 estomizados. Utilizou-se instrumento de coleta de dados, contemplando dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, assim como presença de complicações de estoma e pele periestoma e utilização de equipamentos coletores e adjuvantes. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. Foi criado um banco de dados no Excel, mediante dupla digitação, cuja análise estatística descritiva foi realizada pelo Programa SPSS, versão 17.0, com frequência absoluta, relativa e percentual. Os resultados evidenciaram distribuição equitativa em relação ao sexo, média de idade de 56,2 anos, predomínio das neoplasias colorretais 31 (55,4%), de normalidade do índice de massa corporal 47 (83,9%), presença de comorbidades 7 (12,5%), realização de quimioterapia adjuvante 15 (26,8%), cirurgias de grande porte 43 (76,8%) e demarcação pré-operatória 43 (76,8%) e 21 (37,5%) pacientes com complicações de estoma e pele periestoma. Do total de 43 (76,8%) demarcados, 14 (32,6%) apresentaram complicações, enquanto que nos 13 (23,2%) não demarcados, 7 (53,8%) tiveram complicações. Em relação aos equipamentos coletores e adjuvantes 51 (91%) utilizavam bolsa de duas peças, drenável 51 (91%), base flexível 31 (55,4%), cinto 40 (71,4%) e barreira protetora 1 (1,8%). Os fatores de risco para complicações de estoma e de pele periestoma como idade avançada, comorbidade, localização do estoma, não demarcação de estoma e não utilização de barreiras protetoras foi verificada na amostra. Conclui-se que no seguimento ambulatorial desta clientela, há necessidade de avaliação periódica e sistematizada em relação ao autocuidado, indicação dos equipamentos coletores e adjuvantes com adaptação às necessidades de cada paciente, além da identificação dos fatores de risco para prevenção destas complicações.

Descritores: Estomias. Cirurgia colorretal. Complicações pós-operatórias. Demarcação pré-operatória. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

VIEIRA, FS. **Complications of stoma and peristomal skin in patients outpatients**. 2014. 75f. Master (MSc) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2014.

This is a prospective descriptive study with a quantitative approach, on the complications of the stoma and peristomal skin of ostomy intestinal outpatients, we aimed to characterize the sociodemographic and clinical profile of the clientele in a university hospital in public education; describe the presence of risk factors described in the scientific literature for this clientele; and analyze the presence of complications of the stoma and peristomal skin in this clientele (CEP / EERP 383 771). The inclusion criteria for the sample were patients older than 18 years, regardless of race, social class and gender, with intestinal stomas and in outpatients in the period of data collection and the exclusion criteria were patients with clinical instability. The convenience sample consisted of 56 ostomates. Instrument was used for data collection, covering sociodemographic, clinical and therapeutic data, as well as the presence of complications of the stoma and peristomal skin and use of equipment and aids collectors. Data collection occurred from September 2013 to February 2014. A database in Excel, by double entry, whose descriptive statistical analysis was performed using SPSS, version 17.0, with absolute, relative and percentage frequency was created. The results showed equal distribution in relation to sex, average age of 56.2 years, prevalence of colorectal neoplasms 31 (55.4%), normal body mass index 47 (83.9%), presence of comorbidities 7 (12.5%) accomplishment of adjuvant chemotherapy 15 (26.8%), large surgeries 43 (76.8%) and preoperative demarcation 43 (76.8%) and 21 (37.5%) patients with complications of the stoma and peristomal skin. Of 43 (76.8%) demarcated, 14 (32.6%) had complications, whereas in 13 (23.2%) unmarked, 7 (53.8%) had complications. Regarding equipment collectors and adjuvants 51 (91%) used two-piece pouch, drainable 51 (91%), flexible base 31 (55.4%), belt 40 (71.4%) and protective barrier 1 (1, 8%). Risk factors for complications of the stoma and peristomal skin such as age, comorbidity, location of stoma, no demarcation of stoma and non-use of protective barriers was seen in the sample. It is concluded that, for the outpatients, there is need for regular and systematic review in relation to self-care, statement of collectors equipment and aids to adapt to the needs of each patient during follow-up of this clientele, in addition to the identification of risk factors for prevention of these complications.

Descriptors: Ostomy. Colorectal surgery. Postoperative complications. Preoperative demarcation. Perioperative nursing.

RESUMEN

VIEIRA, F.S. **Complicaciones de estoma y de la piel periestoma en pacientes de ambulatorio.** 2014. 75fl. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo cuantitativo sobre las complicaciones de estoma y de la piel periestomal de pacientes con estomía intestinal en seguimiento de ambulatorio, que tuvo como objetivo caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de la clientela en un hospital universitario público; describir la presencia de los factores de riesgo descritos en la literatura para esta clientela; y analizar la presencia de complicaciones del estoma y de la piel periestomal en esta clientela (CEP/EERP 383 771). Los criterios de inclusión para la muestra fueron pacientes mayores de 18 años, sin distinción de raza, clase social y género, con estomas intestinales, de ambulatorio, en el período de recolecta de datos; el criterio de exclusión fue paciente con instabilidad clínica. La muestra de conveniencia consistió de 56 pacientes con estomía intestinal. El instrumento utilizado para la recolección de datos como informaciones sociodemográficos, clínicos y terapéuticos, así como la presencia de complicaciones del estoma y de la piel periestomal, utilización de equipos de estomía. Los datos fueron recolectados de septiembre de 2013 hasta febrero de 2014. La base de datos en Excel fue construida, con doble digitación, cuyo análisis estadístico descriptivo se realizó con el programa SPSS, versión 17.0, con la frecuencia absoluta, relativa y el porcentaje. Los resultados mostraron una distribución equitativa en relación al sexo, edad media de 56,2 años, prevalencia de los neoplasmas colorrectales 31 (55,4%), índice de masa corporal normal de 47 (83,9%), presencia de comorbilidades 7 (12,5%), realización de quimioterapia adyuvante 15 (26,8%), cirugías de gran porte 43 (76,8%), demarcación preoperatorio 43 (76,8%) y 21 (37,5%) pacientes con complicaciones del estoma y de la piel periestomal. De 43 (76,8%) demarcados, 14 (32,6%) presentaron complicaciones, mientras que en 13 (23,2%) no demarcados, 7 (53,8%) presentaron complicaciones. En relación a los equipos de estomía 51 (91%) utilizavan equipo de dos piezas, drenable 51 (91%), base flexible 31 (55,4%), cinturón 40 (71,4%) y la barrera de protección de la piel 1 (1, 8%). Factores de riesgo de complicaciones de la estoma y de la piel periestomal tales como edad, comorbilidad, ubicación de estoma, no demarcación de estoma y no utilización de elementos de protección se observó en la muestra. Se concluye que existe la necesidad de una evaluación periódica y sistemática de los cuidados personales, indicación de equipos de estomía y soporte profesional para la adaptación a las necesidades de cada paciente en el seguimiento de ambulatorio, además de la identificación de factores de riesgo para la prevención de estas complicaciones.

Descriptores: Estomía. Cirugía colorrectal. Complicaciones postoperatorias. Demarcación preoperatoria. Enfermería perioperatoria.

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização clínica dos estomizados (N=56), segundo as variáveis do estudo. Ribeirão Preto, 2014 38

Quadro 2. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, segundo a presença de complicação de estoma e de pele periestoma. Ribeirão Preto, 2014 40

Quadro 3. Caracterização da amostra segundo utilização de equipamentos coletores, adjuvantes e quantidade fornecida no Programa de Ostomizados. Ribeirão Preto, 2014 43

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APC - Adenomatous polyposis coli

CCR - Câncer colorretal

DC - Doença de Crohn

DCNT - Doenças crônicas não-transmissíveis

DII - Doenças inflamatórias intestinais

EERP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAF - Polipose Adenomatosa Familiar

RCU - Retocolite Ulceratica

SUS - Sistema Único de Saúde

USP - Universidade de São Paulo

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WOCN - Wound Ostomy and Continence Nurses Society

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 12

1. INTRODUÇÃO..... 13

2. OBJETIVOS..... 20

3. REFERENCIAL TEÓRICO..... 21

Patologias colorretais e a indicação de cirurgias com confecção de estomia intestinal..... 21

Complicações de estoma e de pele periestoma em estomizados intestinais..... 24

4. MATERIAL E MÉTODO..... 33

Aspectos Éticos..... 33

Descrição do Estudo..... 33

Local do Estudo..... 34

Critérios de Inclusão e Exclusão..... 34

Instrumento de coleta de dados..... 35

Análise de dados..... 36

5. RESULTADOS..... 37

6. DISCUSSÃO..... 45

Caracterização geral da amostra com dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos..... 45

Caracterização da estomia intestinal dos pacientes em seguimento ambulatorial... 52

Caracterização dos equipamentos coletores e adjuvantes utilizados pelos estomizados intestinais 54

Implicações para Enfermagem..... 56

7.CONCLUSÃO..... 58

8.CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 60

REFERÊNCIAS..... 61

APÊNDICES..... 67

Apêndice A –Instrumento de coleta de dados..... 67

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 69

ANEXOS..... 71

Anexo A – Oficio do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP..... 71

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP..... 72

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação me interessei sobre a temática estomaterapia e oncologia. Em virtude desse interesse iniciei em 2008 atividades no projeto de extensão “Aprendendo com o ensino de pacientes estomizados e seus familiares” da Pró-reitoria de Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo. Esse projeto focaliza o ensino pré-operatório e o ensino do autocuidado de estomizados intestinais e seus familiares, internados na especialidade da Coloproctologia de um hospital universitário no interior de São Paulo.

No desenvolvimento dessas atividades aprofundei meus conhecimentos sobre os cuidados com a estomia e a importância do seguimento para prevenir complicações de estoma e pele periestoma, pois muitos pacientes retornavam após alguns meses ao ambulatório**,** com complicações. Para a resolução destas complicações de estoma e pele periestoma, muitos necessitavam de intervenções cirúrgicas ou a retomada do ensino do autocuidado, ou ainda a necessidade de indicação de equipamentos mais adequados para a resolução destas complicações.

Concomitantemente ao projeto de extensão, desenvolvi projetos de Iniciação Científica acerca da assistência de enfermagem aos pacientes com patologias coloproctológicas. Assim, realizei o estágio supervisionado na unidade de internação cirúrgica desta especialidade, o que me auxiliou na elaboração de questões de pesquisas e na elaboração do projeto de pesquisa para a seleção do mestrado, ao término da graduação.

Em 2012, iniciei o Curso de Mestrado e concomitante, a de Especialização em Enfermagem Oncológica para aprofundar os conhecimentos na temática e aperfeiçoar esta proposta de pesquisa**.**

Assim neste estudo, buscamos subsídios para a assistência de enfermagem aos pacientes com estomias intestinais em relação às complicações de estoma e de pele periestoma.

1. INTRODUÇÃO

A palavra estomia tem origem grega *stoma* e significa “boca”, “abertura”, assim estomia intestinal é uma abertura com eversão e fixação de alça intestinal na pele da região abdominal, criada por meio de intervenção cirúrgica para o tratamento de doenças ou traumas no aparelho digestório (SANTOS, CESARETTI, 2000; MATHEUS, LEITE, DÁZIO, 2004; SANTOS et al., 2007; SCHWARTZ, 2007; RATLIFF, 2010; ROCHA, 2011).

O segmento intestinal exteriorizado determina a especificidade da denominação adotada, assim a ileostomia é a comunicação do íleo com o exterior, colostomia aquela que comunica o cólon com meio externo e a transversostomia apresenta o cólon transverso fixado na parede abdominal. A estomia pode ser confeccionada em caráter de urgência ou eletiva, podendo ser uma condição temporária ou definitiva, com confecção terminal ou em alça (MATHEUS, LEITE, DÁZIO, 2004; MEEKER, 2007;).

As estomias temporárias são as que permanecem por período determinado para favorecer a resolução da fase aguda da doença com desvio do trânsito intestinal para favorecer a cicatrização da anastomose intestinal mais distal à derivação e a prevenção de complicações como peritonites e abscessos intra-abdominais, nos casos de doenças inflamatórias intestinais avançadas, doença diverticular, traumas abdominais, incontinência anal, polipose adenomatosa familiar e megacólon chagásico. Assim, após cerca de três a seis meses pode ser realizada a reconstrução do trânsito intestinal, com seguimento ambulatorial e controle por meio de exames especializados como colonoscopia (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; MATHEUS; LEITE; DÁZIO, 2004; SCHWARTZ, 2007; ROCHA, 2011).

A colostomia é feita por meio de técnicas cirúrgicas em alça ou terminal. A estomia em alça pode ser feita em qualquer parte do intestino grosso. A colostomia em alça normalmente é uma estomia temporária, com sutura da alça na pele do abdômen, com manutenção de um suporte (pino de sustentação), até que haja a maturação dos pontos, impedindo o retorno da alça para a cavidade abdominal, principalmente nos traumas abdominais, incontinência anal e megacólon chagásico (NETTINA, 2007; SCHWARTZ, 2007; ROCHA, 2011).

As estomias definitivas resultam da ressecção do reto e do aparato esfincteriano anal para substituir a perda do ânus e a função esfinctérica, quando do diagnóstico de câncer colorretal (CCR) situados no terço inferior do reto, carcinomas do canal anal, em situações de complicações do tratamento de radioterapia como retite actínica e com menor frequência em casos de Doença de Crohn com localização retal (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; SCHWARTZ, 2007; ROCHA, 2011).

Outras indicações para a confecção da estomia definitiva incluem traumatismos anais e retais que não podem ser tratados com outros métodos; as lesões de medula espinhal traumática ou congênita que causam paralisia esfincteriana acarretando incontinência anal; e as neoplasias avançadas que comprometem a condição clínica do paciente quando se realiza a colostomia definitiva sem abordar o reto e o canal anal (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; SCHWARTZ, 2007; ROCHA, 2011).

As colostomias definitivas podem ter a exteriorização do cólon esquerdo, sigmoide e ou do descendente. As colostomias terminais possuem geralmente um diâmetro de 2,5 cm, com protrusão recomendada de 0,5 cm para prevenir a irritação da pele, principalmente em casos de diarreia. Normalmente o estoma possui coloração rosada sendo que alguma alteração é indicativa de complicação (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; ROCHA, 2011).

A confecção de uma estomia acarreta diversas mudanças na vida do paciente no que se refere à autoimagem, autoestima, imagem corporal e para a realização do autocuidado, repercutindo na dinâmica familiar, no relacionamento interpessoal, assim como em todos os aspectos da vida. A estomia intestinal pode alterar a imagem corporal e autoestima do individuo pela presença da estomia, pela ausência de esfíncter anal, falta de controle voluntário, o que implica muitas vezes em dificuldades de enfrentamento e de concretizar seu papel diante da sociedade, família e trabalho. Também pode enfrentar problemas socioeconômicos pela perda salarial quando deixa de trabalhar, além do aumento de gastos durante o adoecimento manter a saúde e o autocuidado (LENZA et al.,2013).

A ocorrência de complicações de estoma e de pele periestoma pode ter desdobramentos psicossociais e econômicos, o que influencia a adaptação destes pacientes em relação à estomia e no manejo dos equipamentos coletores e

adjuvantes (PAULA, SANTOS, 1999; O´SHEA, 2001; COLWELL, FICHERA, 2005; BRAND, DUJOVNY, 2008; MILLAN et al., 2010).

No Brasil de 1970, diante destas dificuldades, os estomizados intestinais começaram a reivindicar seus direitos e direcionar políticas públicas de saúde e assistenciais, mediante a organização de grupos de autoajuda e associações de estomizados intestinais, com auxílio dos profissionais da saúde. A primeira associação de estomizados no Brasil foi criada em 1975, em Fortaleza e posteriormente a Associação Brasileira de Ostomizados em 1994 (GERALDI et al., 2012).

Com a promulgação da Constituição da Republica Federativa do Brasil em 1988, houve maior respaldo para assegurar os direitos para os cidadãos brasileiros. Assim, no Artigo 23, Capitulo II, determinou-se para a competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, dar proteção e garantia das pessoas com deficiência (BRASIL, 2010).

O decreto no. 5.296/2004 que trata da Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, determina que as pessoas com estoma possuem deficiência física e, portanto, tem direitos como atendimento prioritário, condições gerais de acessibilidade, implantação da acessibilidade arquitetônica e urbanística, acesso à informação, comunicação e ajudas técnicas (BRASIL, 2010).

Toda a pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), desde os Postos de saúde e Unidades de Família até os Serviços de Reabilitação ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2010).

Recentemente, a Portaria SAS/MS n^{0} 400 de 16 de novembro de 2009, estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde de Pessoas Estomizadas no âmbito do SUS, define os três níveis de atenção à saúde de pessoas com estoma, além das responsabilidades com a promoção da saúde, assistência, reabilitação e com as suas respectivas atribuições (BRASIL, 2010).

Diante das considerações apresentadas, ressaltamos aspectos imprescindíveis da assistência de enfermagem aos estomizados intestinais em relação à prevenção de complicações de estoma e de pele periestoma.

A prevenção de complicações de estoma e de pele periestoma inicia-se no período pré-operatório com a demarcação de estoma, ensino ao paciente e família com abordagem psicossocial sobre cirurgia e suas consequências, assim como o

preparo físico colônico, realização de exames especializados como colonoscopia, tomografia computadorizada, além de exames de sangue e avaliação de risco cirúrgico (SANTOS, CESARETTI, 2000; MENDONÇA et al., 2007).

Além disso, na admissão do paciente é imprescindível informações acerca das rotinas da unidade e o seguimento a ser realizado na Instituição.

O preparo físico inclui além dos cuidados com a dieta, da administração medicamentosa e do preparo colônico, a demarcação de estoma com ensino pré-operatório, realizada pela enfermeira estomaterapeuta, e isto tem sido apontado como um dos fatores que previnem as complicações de estoma e de pele periestoma (O´SHEA, 2001; COLWELL, FICHERA, 2005; BRAND, DUJOVNY 2008; SUNG et al., 2010; MILLAN et al., 2010; PITTMAN, 2011).

A demarcação de estoma pré-operatória tem sido apontada como um dos fatores para a prevenção de complicações de estoma e de pele periestoma e de reabilitação destes pacientes. Trata-se da determinação dos limites por meio de uma marca na parede abdominal para delimitar uma região ideal para a confecção da estomia, que permita a adaptação dos equipamentos coletores, com o mínimo de desconforto para os pacientes e favorecer o autocuidado. Este procedimento, realizado privativamente pelo enfermeiro estomaterapeuta ou enfermeiro com capacitação técnico-científica, pressupõe avaliação das condições gerais do paciente com exame físico, da evolução clínica e terapêutica, além da capacidade para o autocuidado e das atividades de vida cotidiana como trabalho, lazer, vestuário, utilização de próteses ou órteses (MENDONÇA et al., 2007; KANN, 2008).

As principais recomendações para a demarcação de estoma são distância de no mínimo 5 cm de proeminências ósseas como rebordo costal e crista ilíaca, bem como de cicatriz umbilical, cicatrizes prévias, pregas cutâneas, linha da cintura e do provável local da incisão cirúrgica abdominal. Além disso, deve-se verificar o tipo de estoma a ser confeccionado, localizar o músculo reto abdominal. O local deve ser marcado com caneta dermográfica e esta técnica deve ser realizada com o paciente, nas posições deitado, sentado e em pé (PAULA, SANTOS, 1999; MENDONÇA et al., 2007; KANN, 2008).

A demarcação de estoma pré-operatória favorece o autocuidado na troca da bolsa coletora, na higiene do estoma e da pele periestoma, o que contribui na prevenção de complicações de estoma e de pele periestoma precoces e tardias,

sendo considerado um direito do paciente candidato a uma estomia (PAULA, SANTOS, 1999; MENDONÇA et al., 2007; SANTOS et al., 2007; BRAND, DUJOVNY 2008; MILLAN, et al., 2010).

No período pós-operatório, a enfermeira deve avaliar a estomia em relação à coloração e tamanho, monitorar o débito de 24 horas, além de possíveis complicações clínicas e retomar o ensino do autocuidado. Com a avaliação sistematizada e periódica da estomia intestinal e da pele periestoma é possível prevenir e identificar complicações mais precocemente, o que possibilita intervenção com rápida resolução. O suporte especializado da enfermagem nessa fase é essencial para a adaptação à condição de estomizado intestinal (PAULA, SANTOS, 1999; BRAND, DUJOVNY 2008; SALVADALENA, 2008; NYBAEK et al., 2009; SUNG et al., 2010; PITTMAN, 2011; MILLAN, et al., 2010).

Pacientes ao serem questionados sobre o seu tratamento no cotidiano assistencial, apresentam dificuldades em entender sobre a cirurgia realizada e suas consequências, o que pode ser minimizado com o estabelecimento um vínculo dos profissionais de enfermagem com o paciente e família, além dos outros profissionais que integram a equipe multiprofissional (MENDONCA et al., 2007; BRAND, DUJOVNY, 2008; MILLAN et al., 2010)

Estudo estimou os custos de tratamento de complicações de estomias intestinais em 3017 pacientes, com a utilização de uma ferramenta de avaliação de Ostomias, que se baseia na coloração, ulceração e condições da pele periestoma como critérios de avaliação. O custo médio total estimado para um período de sete semanas de cuidados, no qual se incluiu equipamentos coletores e adjuvantes, foi de 263 euros para aqueles com complicações de pele periestoma (n=1742) em comparação com 215 euros para aqueles sem complicações de pele periestoma (n=1172). Os cuidados realizados para os pacientes sem complicações foram cuidados básicos com a estomia e os cuidados preventivos, com o ensino do autocuidado. O que demonstra a importância dessa prevenção não só para o bem-estar do paciente, mas também para a gestão da assistência à saúde (MEISNER et al., 2012).

A enfermagem no seguimento ambulatorial deve retomar o ensino desses pacientes em relação aos cuidados higiênicos e troca dos equipamentos de estomia e utilização de adjuvantes, para possibilitar a adequação do autocuidado no

domicílio e a prevenção de complicações de estoma e pele periestoma. Isso assegura o alcance da recuperação fisiológica, bem como a reabilitação psicossocial, com a retomada das atividades cotidianas (PAULA, SANTOS, 1999; BRAND, DUJOVNY 2008; MILLAN et al., 2010; Al-MOMANNI, MILLER, STEPHENSON, 2013).

Considerando que uma das complicações de pele periestoma mais frequentes são as dermatites, a assistência de enfermagem aos estomizados intestinais inclui o ensino do autocuidado, tanto das características normais do estoma quanto das possíveis alterações, que indicam a necessidade de cuidados específicos e busca por atendimento profissional especializado (O´SHEA, 2001; COLWELL, FICHERA, 2005; GRAY, COLWELL, GOLDBERG, 2005).

Em estudo caso-controle sobre o conhecimento dos pacientes sobre o seu estoma, autocuidado e comportamento demonstrou que os pacientes que participaram de um programa de educação por multimídia apresentavam maior conhecimento sobre seu estoma e maior capacidade de autocuidado do que os pacientes que participaram das orientações convencionais no pós-operatório. Independente da estratégia de ensino desses pacientes é importante apresentar um espaço para esclarecimentos de dúvidas e demonstração prática desses cuidados para assegurar um aprendizado significativo (LO et al., 2010).

O conhecimento necessário ao enfermeiro para intervir no cuidado de pacientes com lesões periestomas deve estar fundamentado em conhecimentos de anatomia, fisiologia da cicatrização, tratamentos e prognósticos, bem como a experiência clínica com coberturas não medicamentosas para tratar primeiramente as lesões e possibilitar a utilização das bolsas coletoras por essa clientela, com base em evidências científicas. Contudo, na revisão de literatura identificamos estudos descritivos sobre as complicações, porém não abordavam a indicação de coberturas não medicamentosas, que pudessem subsidiar este estudo (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; PAULA, SANTOS, 1999; COWELL, FICHERA, 2005; SANTOS et al., 2007; SILVA, FIGUEIREDO, MEIRELES, 2007; SCHWARTZ, 2007; BORGES et al., 2008; BRAND, DUJOVNY 2008; SALVADALENA, 2008; MILLAN, et al 2010; SUNG et al., 2010; PITTMAN, 2011, Al-MOMANNI, MILLER, STEPHENSON, 2013).

Ressaltamos a importância do conhecimento técnico-científico do enfermeiro para o planejamento da assistência de enfermagem aos pacientes com

complicações de estoma e pele periestoma em seguimento ambulatorial, pois requer recursos materiais e humanos especializados.

O estomizado intestinal possui uma deficiência física reconhecida pela Política Nacional para Pessoas com Deficiência, que por meio do Programa de Ostomizados tem acesso ao cuidado especializado e aos equipamentos coletores (bolsas de colostomia), porém temos poucos estudos que exploraram as complicações de estoma e de pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial, bem como a demanda de necessidades de assistência de saúde e de enfermagem, além de equipamentos e adjuvantes (BRASIL, 2008).

Mesmo com a implementação de políticas públicas para a assistência dos estomizados intestinais, há de se notar que os tratamentos das complicações de estomas e da pele periestoma geram gastos adicionais para o serviço de saúde. As coberturas e os recursos humanos adequados demandam um orçamento, que nem sempre é viável e disponibilizado no Programa de Ostomizados, o que implica na necessidade de intervenção preventiva em relação a essas complicações (OMURA, ANAZAWA, 1994; BRAND, DUJOVNY 2008; MILLAN, et al 2010; SUNG et al., 2010; Al-MOMANNI, MILLER, STEPHENSON, 2013).

Ainda temos poucos estudos sobre as complicações de estoma e de pele periestoma para esta clientela. Assim, diante das considerações realizadas, a questão de pesquisa deste estudo foi: Quais as complicações de estoma e de pele periestoma em pacientes em seguimento ambulatorial?

Para o aprimoramento da assistência em enfermagem a essa clientela buscamos identificar e analisar os tipos de complicações de estoma e de pele periestoma, assim como os fatores de risco descritos na literatura científica com os resultados deste estudo. Assim esperamos subsidiar o seguimento ambulatorial de estomizados intestinais e o ensino do autocuidado.

2. OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da clientela com estomia intestinal em seguimento ambulatorial no hospital universitário de ensino público;

- Descrever a presença de fatores de risco, descritos na literatura científica nacional e internacional nesta clientela, como idade, obesidade, demarcação de estoma pré-operatória e utilização de equipamentos coletores;

- Analisar a presença de complicações de estoma e de pele periestoma e os fatores de risco, descritos na literatura científica nacional e internacional nesta clientela, como idade, obesidade, demarcação de estoma pré-operatória e utilização de equipamentos coletores nesta clientela.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo foi construído mediante revisão de literatura sobre as situações com indicação cirúrgica de confecção de estomia intestinal, classificação das complicações de estoma intestinal e de pele periestoma, bem como a assistência de enfermagem especializada para a prevenção e tratamento das complicações de estoma e de pele periestoma em estomizados intestinais.

Patologias colorretais e a indicação de cirurgias com confecção de estomia intestinal

Doenças inflamatórias intestinais (DII)

As DII é um termo que abrange principalmente a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU). O início dessas doenças é precoce, acometendo indivíduos com idade entre 15 a 30 anos. As DII não apresentam predomínio entre os sexos, porém, há uma possível associação genética. Sua incidência varia de acordo com a localidade. Na América do Sul pode chegar a 0,08 por 100.000 habitantes (BIONDO-SIMÕES et al., 2003).

Acredita-se que as DII decorram da reatividade anormal dos linfócitos T da mucosa gastrointestinal a uma microflora normal não patogênica. As manifestações clínicas mais comuns são a diarreia, náuseas e dor abdominal (BIONDO-SIMÕES et al., 2003).

A Doença de Crohn é uma DII que acomete qualquer parte do trato gastrointestinal e caracteriza-se por uma inflamação descontinua de partes do intestino. Sua etiologia não é bem conhecida, mas estudos relacionam-na com causas genéticas, imunes e causas infecciosas. O agravo da condição clínica desses pacientes gera necessidade de cirurgia que muitas vezes ocasiona a criação de uma estomia intestinal (BIONDO-SIMÕES et al., 2003).

A RCU consiste em uma inflamação idiopática, que acomete a mucosa do reto e do cólon. Assim como a DC, os principais sintomas são diarreia, tenesmo, eliminação de muco, enterorragia e dor abdominal. Apresenta remissão e recidiva. O tratamento inicial é clínico, porém assim como a DC os casos graves necessitam de

intervenção cirúrgica com a possibilidade de confecção de estomias intestinais (BIONDO-SIMÕES et al., 2003).

Outra doença é a Diverticulite que consiste na inflamação dos divertículos. Normalmente essa inflamação acomete o intestino grosso. Sua incidência tem aumentado nos últimos anos. Estima-se que 30% da população com mais de 60 anos e 60% dos indivíduos com mais de 80 anos serão afetados. A tomografia tem sido considerada o melhor exame diagnóstico. O tratamento pode incluir dieta rica em fibras, antibioticoterapia oral, de amplo aspecto, internação e cirurgia (DIAS, GODIN, NAHAS, 2009).

Polipose Adenomatosa Familiar (PAF)

Outra patologia que pode acarretar em cirurgias com confecção de estomias intestinais é a Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) que consiste numa doença hereditária de caráter autossômico dominante, sendo responsável por apenas 1% dos casos de câncer de colorretal na população. O defeito genético situa-se no gene *adenomatous polyposis coli* (APC) que se localiza no braço longo do cromossomo 5q21. Filhos de indivíduos com PAF tem risco de 50% de herdar o gene, por esse motivo à detecção precoce e a prevenção é necessária (CAMPOS et al., 2003).

Doença de Chagas

A Doença de Chagas é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi,* afeta 16 a 18 milhões de pessoas no continente americano. A via mais importante de transmissão é a vetorial, pelas fezes do inseto triatomíneo contaminado, popularmente conhecido como barbeiro. A causa principal de morbidade e mortalidade na doença de Chagas é o acometimento cardíaco, porém pode ocorrer acometimento em outros locais como o tubo digestivo ocasionando megaesôfago e megacólon aparentemente por destruição dos neurônios que controlam sua motilidade. O tratamento no caso do megacólon muitas vezes é cirúrgico com remoção da parte acometida do intestino e com confecção de uma estomia intestinal (MARTINS et al., 1995).

Câncer colorretal (CCR)

O CCR é um câncer que abrange tumores que acometem um segmento do colón e/ou o reto. Encontra-se entre os cincos primeiros cânceres mais frequentes e sua incidência não é homogênea em todo o país, é mais prevalente nas regiões Sul e Sudeste. Estima-se que em 2010 teve 30.140 novos casos sendo 14.180 em homens e 15.960 em mulheres e 13.344 mortes por CCR (BRASIL, 2014).

O CCR atinge pessoas de qualquer sexo e idade, mas é mais comum após os 50 anos. Os sintomas mais frequentes são mudança nos hábitos intestinais, constipação ou diarreia, anemia, fraqueza, dor abdominal, perda de peso, presença de sangue nas fezes e tenesmo. Os exames para confirmação do diagnóstico incluem toque retal, pesquisa de sangue oculto nas fezes, enema opaco e colonoscopia (GATES, 2009).

O toque retal é um exame clínico que possibilita o toque das paredes do reto baixo e médio. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é um exame que necessita de três amostras de fezes consecutivas, quando seu resultado é positivo, é indicada a colonoscopia. A colonoscopia é um exame realizado por um aparelho de fibra ótica, longo e flexível, que é introduzido no ânus e permite também a visualização do cólon e do reto. Além disso, é possível realizar biópsia durante este exame (GATES, 2009).

Outro exame diagnóstico é o enema opaco é um exame que necessita a inserção de sulfato de bário através do ânus para seguir com o exame radiológico. Após evacuação do bário, injeta-se ar no intestino e logo após, faz-se o raio-x. Esse exame permite a visualização de todo cólon e reto (GATES, 2009).

O tratamento do CCR depende da localização e extensão do tumor. A quimioterapia antineoplásica é o tratamento com medicações com ação sistêmica, pode ser feito antes (neoadjuvante) ou após o tratamento cirúrgico (adjuvante). A radioterapia normalmente é selecionada para tratamento de neoplasias retais, principalmente como tratamento adjuvante para reduzir o tamanho tumoral e aumentar a possibilidade de sua ressecção total. A cirurgia, ainda é o tratamento de primeira escolha, sendo que é possível a ressecção da parte acometida e os linfonodos correspondentes (GATES, 2009).

No câncer de reto, a cirurgia é indicada de 8 a 12 semanas após o tratamento com radioterapia, podendo ser necessária à confecção de estomia de caráter temporário para proteção de anastomose ou de caráter definitivo quando há comprometimento da região perineal com necessidade de ressecção do ânus (GATES, 2009).

A sobrevivência do paciente com CCR tem aumentado com o decorrer dos anos em decorrência da melhora das técnicas de rastreamento e terapêuticas. O tratamento central é a ressecção adequada do tumor primário, que pode ser feita por laparotomia ou videolaparoscopia (VENDRAMINI, ALBUQUERQUE, SCHIMIT, 2012).

A videolaparoscopia vem sido utilizada em procedimentos colorretais com redução na taxa de complicações, principalmente no tratamento da doença diverticular do cólon, de pólipos colorretais, doenças inflamatórias intestinais, da endometriose do cólon, e também de problemas como prolapso retal (VENDRANI et al., 2012).

Estudo de Pastor et al. (2009) identificou que dos 25 pacientes 12 realizaram laparoscopia e 13 laparotomia. A cirurgia por laparoscópica é mais vantajosa por ser rápida, segura e eficaz para a confecção de estomias intestinais.

Abordaremos a seguir aspectos conceituais sobre as complicações de estomas intestinais e de pele periestoma.

Complicações de estoma e de pele periestoma em estomizados intestinais

Salvadalena (2008) analisou 21 estudos publicados entre 1990 e 2007, sendo que somente seis publicações abordavam as definições conceituais das complicações de pele periestoma e apenas duas publicações as definições conceituais de complicações de estoma.

As complicações de estomas e de pele periestoma estão relacionadas aos fatores que incluem idade, alimentação, técnicas cirúrgicas, esforço físico precoce, dificuldades no autocuidado, ocorrência de infecções, aumento de peso, localização do estoma e utilização de equipamentos coletores inadequados (PAULA, SANTOS, 1999; O´SHEA, 2001; SANTOS et al., 2007; BRAND, DUJOVNY 2008; MILLAN et al., 2010; Al-MOMANNI, MILLER, STEPHENSON, 2013).

A obesidade é vista como um fator de risco para ocorrência de complicações de estoma e de pele periestoma. As complicações associadas à obesidade são a necrose, retração, deiscência mucocutânea e estenose. Por esse motivo, pacientes obesos, que necessitam de cirurgia abdominal com estomia intestinal devem receber ensino pré-operatório e pós-operatório com incentivo da redução do peso antes da cirurgia para prevenir futuras complicações (COLWELL, FICHERA, 2005).

Pode ainda ocorrer agravamento da condição clínica do paciente com estomia intestinal como a anemia devido aos sangramentos, o desequilíbrio hidroeletrolítico por alto débito pela estomia, principalmente nos ileostomizados ou por infecções fúngicas, aumentando a possibilidade de complicações de estoma e de pele periestoma (PAULA, SANTOS, 1999; SANTOS et al., 2007; SCHWARTZ, 2007).

A incidência das complicações de estoma varia de 12% a 72%. A maior série da literatura relata uma taxa de 34% em 1616 pacientes, sendo que 28% das complicações de estoma ocorreram precocemente (KANN, 2008).

Ainda não há um consenso entre os estudiosos sobre as definições de complicações de estoma e de pele periestoma, o que implica em dificuldades para a avaliação da ocorrência destas.

Um estudo buscou verificar a validade e a procedência de testes de avaliação de necrose em estomas intestinais, com a utilização do tubo de ensaio para dimensionar a sua extensão. Esta forma de avaliação tem sido utilizada, porém há necessidade de estudos, que assegurem a fundamentação em evidências científicas (MARTIN et al., 2001).

Assim, neste estudo, utilizaremos as definições já estabelecidas pela Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN), por constituir o órgão internacional de estomaterapia, reconhecidamente a especialidade para enfermeiros, que se dedicam à assistência aos pacientes com estomias, feridas e incontinências, e de definições com base na revisão de literatura (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; PAULA, SANTOS, 1999; COWELL, FICHERA, 2005; SANTOS et al., 2007; SILVA, FIGUEIREDO, MEIRELES, 2007; SCHWARTZ, 2007; SALVADALENA, 2008; SUNG et al., 2010).

Meirelles e Ferraz (2001) analisaram 50 pacientes estomizados em um Programa de Ostomizados de Ribeirão Preto e identificaram que 47 (96%) desses pacientes apresentavam o estoma inserido corretamente no músculo reto

abdominal, e desses, 9 (19,2%) apresentaram hérnia paraestomal, 6 (12,7%) prolapso e 2 (4,3%) as duas complicações.

A localização do estoma restringe ou potencializa a ocorrência de complicações de estoma tardias. Apesar da ocorrência de complicações nos pacientes com a estomia no músculo reto abdominal, a literatura recomenda a sua demarcação como um fator de minimização de complicações. As complicações foram relacionadas aos fatores como técnica cirúrgica, aumento da pressão intra-abdominal e redução do tônus muscular decorrentes da cirurgia ou do processo de envelhecimento, que aumentam a ocorrência das complicações (MEIRELLES, FERRAZ, 2001).

Em um estudo com 239 estomizados intestinais que avaliou a ocorrência de complicações de estomas intestinais com a realização ou ausência de demarcação de estoma pré-operatória, os resultados evidenciaram que os estomizados intestinais não demarcados apresentaram maiores dificuldades de adaptação em relação ao estoma e maior incidência de complicações como problemas de pele periestoma ver porcentagem (PITTMAN, 2011).

Muitas vezes, a confecção das estomias intestinais fica sob a responsabilidade do cirurgião menos experiente na equipe cirúrgica, o que não é recomendado, pois isso pode influenciar na qualidade cirúrgica. A técnica cirúrgica, a demarcação de estoma pré-operatória, o ensino do paciente e da família, bem como o suporte emocional têm sido identificados como fatores contribuintes para o sucesso da confecção de estomia do paciente, o que implica na participação fundamental da enfermagem (SANTOS, CESARETTI, 2000; SALVADALENA, 2008).

As complicações de estoma são classificadas em precoces e tardias.

As complicações de estoma precoces surgem ainda no período intra-hospitalar e estão frequentemente relacionadas às cirurgias emergenciais, quando não é possível realizar a demarcação de estoma, pois há risco de morte do paciente. As mais frequentes são o edema, a deiscência mucocutânea, as fístulas, a isquemia e a necrose (SANTOS, CESARETTI, 2000; BRAND, DUJOVNY 2008; SALVADALENA, 2008; MILLAN, et al 2010; SUNG et al., 2010; AL-MOMANNI, MILLER, STEPHENSON, 2013).

As complicações de estoma tardias ocorrem durante o seguimento ambulatorial e são consequentes à evolução clínica do paciente e da doença, dos

efeitos colaterais dos tratamentos, dificuldades na realização do autocuidado, utilização de equipamentos inadequados, além da ausência de demarcação de estoma pré-operatória, sendo as de maior frequência, a retração, o prolapso e a estenose (SALVADALENA, 2008; SUNG et al., 2010; WOCN, 2010).

Assim, apresentamos as definições conceituais das principais complicações de estoma precoces que são edema, deiscência mucocutânea, fístula entérica e necrose.

Complicações de estoma precoces

Edema

O edema pode ser fisiológico ou patológico. O patológico é resultante da inadequação da dimensão do orifício do estoma, que é menor que o diâmetro da alça intestinal, por tração excessiva no caso de colostomias em alça, por obstrução ou por recidiva da doença. O edema fisiológico regride entre quatro e seis semanas de pós-operatório (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; SILVA, FIGUEIREDO, MEIRELES, 2007).

Deiscência mucocutânea

A deiscência mucocutânea é o rompimento da sutura com descolamento do estoma da pele, onde é realizada a sutura, com incidência relatada de 2% a 30% nestes pacientes e cujos fatores de risco estão relacionados à infecção, tensão na linha de sutura e à falta de condição clínica para a recuperação fisiológica. Ocorre com maior frequência nas ileostomias, seguida das colostomias, geralmente na primeira semana de pós-operatório (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Fístula entérica

A fístula entérica é a comunicação anormal entre o estoma e o tecido circundante, com de incidência entre 3,9% a 15% e os principais fatores de risco são

Doença de Crohn e trauma mecânico. Essa complicação também pode ocorrer devido à técnica cirúrgica, aos cuidados pós-operatórios e a presença de recidiva da doença (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; WOCN, 2010).

Necrose

A necrose é decorrente da diminuição do fluxo sanguíneo na porção intestinal, que forma o estoma e inviabiliza a sua manutenção. Quando há completa isquemia tecidual há necessidade de correção cirúrgica com ressecção desta porção, tracionando-se a porção posterior para formar novo estoma. Ocorre de 2 a 10% em estomizados intestinais e os fatores de risco incluem obesidade, hipotensão, hipovolemia, edema da parede intestinal, êmbolos e técnica realizada para a sutura do estoma na pele da parede abdominal (WOCN, 2010). Essa complicação geralmente ocorre nas colostomias e a obstrução do fluxo sanguíneo para o estoma pode estar relacionado ao mesocólon e no interior da cavidade abdominal ao trajeto parietal (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994).

Complicações de estoma tardias

Apresentamos as definições conceituais das principais complicações de estoma tardias, que são a retração, prolapso e estenose.

Retração

Retração é o desaparecimento da protrusão normal do estoma ou sua localização abaixo do nível da pele. Esta pode ser intermitente, quando o estoma se retrai para o interior da cavidade abdominal dependendo da posição corporal do paciente. É denominada fixa quando o estoma foi suturado inadequadamente na parede abdominal. A retração pode ocorrer devido à tensão sobre o estoma, causada por espaçamento da parede abdominal, cicatriz excessiva e obesidade, principalmente nas ileostomias (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; COWELL, FICHERA, 2005).

A retração também pode ocorrer em pacientes desnutridos, ou em uso de corticoides. A retração ocorre nesses casos devido a má cicatrização (KANN, 2008).

Isquemia e retração também podem ocasionar retração, nesses casos a revisão cirúrgica por laparotomia é aconselhada (KANN, 2008).

Prolapso

Prolapso ocorre quando há saída de parte da porção intestinal através da abertura onde o estoma foi confeccionado cuja incidência é de 2% a 25%. Constitui fatores de risco, a confecção de transversostomia por esta ser fixada em região abdominal com ausência de órgãos que possam dar sustentação e cuja tensão mecânica exercida força o estoma para a cavidade abdominal; a dilatação intestinal no ato cirúrgico e a técnica cirúrgica para a rafia do estoma na parede abdominal; e o aumento da pressão intra-abdominal no pós-operatório por distensão ou tosse (WOCN, 2010).

Estenose

Estenose é o estreitamento do diâmetro ou contração do estoma, que pode estar associada à estrutura da pele ou da fáscia muscular, o que dificulta a drenagem de efluentes, cuja incidência é de 2% a 10% nos estudos. O fator de risco identificado é a formação excessiva de tecido cicatricial na pele ou na fáscia (WOCN, 2010).

Complicações de pele periestoma

As complicações de pele periestoma, que serão abordadas neste estudo, são a dermatite de contato e a hérnia paraestomal por constituírem as mais frequentes (PAULA, SANTOS, 1999; WOCN, 2010).

A incidência de complicações de pele periestoma em pacientes com dificuldades de manejo da estomia tem sido relatadas em 39% dos pacientes com colostomia e 55% com ileostomia (WOCN, 2010).

Dermatite de contato

A dermatite de contato é resultante da exposição da pele aos efluentes do estoma ou às preparações químicas. A dermatite alérgica é a resposta inflamatória da pele por hipersensibilidade aos elementos químicos em contato com a pele periestoma (WOCN, 2010).

Convém ressaltar que a dermatite pode ocorrer, tanto no período precoce como tardio, e pode estar associada à exposição da pele ao efluente intestinal, ao adesivo microporoso, por trauma mecânico em virtude da técnica abrasiva na limpeza da pele, remoção traumática dos equipamentos, trocas frequentes, utilização de equipamentos e à ocorrência de infecções (PAULA, SANTOS, 1999; SCHWARTZ, 2007; SANTOS et al., 2007).

O grau da dermatite de contato pode variar desde uma irritação de pele leve a necrose periestoma e ulceração. Muitas das dermatites decorrem de negligência de cuidados e inadequação dos equipamentos coletores e de adjuvantes (KANN, 2008).

A solução não invasiva dessa complicação está vinculada à adequação do equipamento coletor, de acordo com as necessidades do estomizado intestinal, utilização de barreiras protetoras, e realizar seguimento especializado de enfermagem para avaliação periódica em relação ao autocuidado e indicação de equipamentos e adjuvantes, principalmente para a prevenção de complicações de estoma e de pele periestoma (KANN, 2008).

Em estudo com 610 pacientes estomizados, a complicação precoce de maior incidência (42,1%) foi dermatite de contato na pele periestoma (KANN, 2008).

Dermatites de contato ocorrem entre 18% e 55% dos pacientes com estomia e a hérnia paraestomal em 1% a 37% (WOCN, 2010).

Em 199 pacientes com estomias intestinais, 44,8% apresentaram complicações de pele periestoma, sendo que destes, 43% estavam cientes das complicações e somente 16% haviam procurado assistência profissional para sua resolução (NYBAEK et al., 2009).

Sung et al. (2010) concluiu que 40% dos estomizados passam por uma ou mais experiências de complicações de estoma ou de pele periestoma. Apesar de muitos fatores de risco em relação às complicações de estoma e pele periestoma têm sido investigados, mas poucos fatores foram identificados.

O vazamento do efluente intestinal e índice de massa corpórea (IMC) maior que 30kg/m^2 foram correlacionados com a ocorrência de complicações de pele periestoma (SALVADALENA, 2008; NYBAEK et al., 2009; SUNG et al., 2010; PITTMAN, 2011).

Hérnia paraestomal

A hérnia paraestomal é o defeito na fáscia muscular abdominal, que resulta em maior tensão da alça intestinal, que resulta em uma protuberância na área periestoma.

A incidência depende do tipo de estoma, sendo que as maiores taxas estão associadas às colostomias terminais. Em geral a sua incidência varia de 16% a 62,5% nos estomizados intestinais. Os fatores de risco são o aumento da pressão intrabdominal, crescimento tumoral, obesidade, estado nutricional, idade avançada, tabagismo, utilização de medicamentos imunossupressores, estoma por longa permanência e localização do estoma fora do músculo reto abdominal. Para cada 1mm de comprimento de abertura da fáscia muscular há um aumento de 10% do risco para o desenvolvimento de hérnia paraestomal (WOCN, 2010; PILGRIM, MCLNTYRE, BAILEY, 2010; BAFFORD, IRANI, 2013).

Embora normalmente assintomática, a hérnia pode levar a dor, abaulamentos, dificuldades de adequação do equipamento coletor, obstrução e mudanças na quantidade e calibre das fezes. Esses sintomas mais a obstrução completa do estoma requerem cirurgia de reparação urgente (BAFFORD, IRANI, 2013).

A hérnia paraestomal normalmente é diagnosticada clinicamente por meio de exame físico. Uma análise adequada deve incluir a avaliação do paciente em posição vertical e supina com a bolsa coletora removida, de modo que a abertura do estoma possa ser palpada. A tomografia computadorizada também pode ser utilizada e é útil em pacientes obesos (BAFFORD, IRANI, 2013).

O tratamento geralmente é cirúrgico. O não-cirúrgico abrange cintas de suporte e educação do paciente e da família em relação a prevenção de hérnias, como orientar a evitar esforço físico e aumento da pressão intra-abdominal. As dificuldades com o equipamento coletor podem ser corrigidas com o uso de bases

flexíveis com abertura e tamanho adequados e com aplicação de protetores de pele (BAFFORD, IRANI, 2013).

Aproximadamente de 20% a 30% dos pacientes com hérnia paraestomal exigem a reparação cirúrgica. A correção cirúrgica é indicada principalmente se houver obstrução, dor e dificuldade de evacuação. Antes de realizar a correção cirúrgica, a possibilidade de fechamento do estoma deve ser avaliada (BAFFORD, IRANI, 2013).

O surgimento da hérnia paraestomal é uma consequência direta da confecção do estoma. Apesar de todos os esforços empregados na sua prevenção, a frequência é bastante elevada e aumenta com o tempo (BAFFORD, IRANI, 2013).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da EERP-USP segundo os preceitos éticos de Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução CNS 466/2012, de forma a assegurar o anonimato, sigilo e riscos mínimos dos participantes, Parecer n°. 383.771/2013 (BRASIL, 2012)

Em relação à análise de riscos e benefícios, os dados foram coletados com os pacientes e nos prontuários dos mesmos, com adoção de códigos numéricos sequenciais, de modo a impedir a sua identificação dos participantes e para evitar a quebra de sigilo.

Apesar de não ter a previsão de benefícios diretos aos sujeitos desta pesquisa, acreditamos que os resultados obtidos darão subsídios para melhorar a assistência de enfermagem aos estomizados intestinais em seguimento ambulatorial.

Descrição do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo prospectivo, com abordagem quantitativa, sobre as complicações de estoma intestinal e pele periestoma em pacientes com seguimento ambulatorial por patologias colorretais.

O delineamento descritivo prospectivo se deve ao fato do estudo descrever situações, contextos e perfis de pessoas de temáticas ainda pouco exploradas, com detalhes sobre o objeto estudado, ou seja, como é e como se manifesta. Nesse estudo buscamos descrever o perfil de estomizados intestinais em seguimento ambulatorial e as características específicas sobre complicações de estoma e de pele periestoma. Com a seleção de uma amostra e o acompanhamento de avaliação do desfecho de interesse nos pacientes estomizados, durante o seguimento ambulatorial previa a possibilidade de identificação de intercorrências e complicações de estoma e de pele periestoma nas consultas posteriores e complementação de informações necessárias (HULLEY et al., 2003; HERNÁDEZ et al., 2013).

Portanto, os desfechos de interesse, no caso as complicações de estoma e de pele periestoma, foram obtidos durante o período de coleta de dados, apropriado para o alcance dos objetivos do estudo (POLIT, BECK, 2011).

Local do estudo

O local do estudo foi o ambulatório da Especialidade de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP, onde temos inserção.

O ambulatório da Especialidade da Coloproctologia está organizado com uma dinâmica de atendimento nas 5ª feiras, sendo o período da tarde para os pacientes oncológicos e o período da manhã para os pacientes com as demais patologias, com destaque as doenças inflamatórias intestinais.

Em média são realizados 80 atendimentos no período da manhã e 30 atendimentos no período da tarde por dia de atendimento ambulatorial, destes em média seis (6) são estomizados intestinais. Há uma ausência média de 15 pacientes, para cada data de atendimento agendado.

Para organizar a coleta de dados, tivemos acesso à listagem dos pacientes com agendamento para atendimento ambulatorial e assim pudemos identificar os possíveis participantes deste estudo. Estes foram convidados pela pesquisadora, com fornecimento das informações sobre os objetivos e os procedimentos do estudo.

Mediante aceite, solicitamos a assinatura do TCLE, em duas vias, o que constituiu a formalização da participação destes pacientes neste estudo.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão na amostra deste estudo foram: paciente maior de 18 anos, independente da raça ou classe social, de ambos os sexos, submetidos ao tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal em seguimento ambulatorial, no período da coleta de dados estabelecido para seis meses, que ocorreu de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

O critério de exclusão da amostra foi paciente com instabilidade clínica durante a coleta de dados**.** Caso houvesse pacientes nestas condições, seriam encaminhados à equipe cirúrgica para avaliação e conduta.

A amostra de conveniência deste estudo foi de um total de 56 participantes.

Inicialmente, frequentamos o ambulatório nos dias de consulta da especialidade de Proctologia e de Proctologia Oncológica para conhecermos a organização da dinâmica de atendimento desta equipe cirúrgica.

Previamente ao dia de atendimento ambulatorial, tínhamos acesso à listagem dos pacientes com consultas agendadas, contudo não havia a possibilidade de identificar aqueles com estomia intestinal. Assim, a partir desta lista, analisávamos pelo sistema de informatização hospitalar os dados de prontuário de cada paciente, principalmente sobre os procedimentos coloproctológicos e a verificação daqueles que contemplavam os critérios de inclusão. Desta forma foi possível identificarmos os possíveis participantes e planejarmos a coleta de dados no ambulatório na quinta-feira, mediante o convite e aceite pelo paciente estomizado.

Cada dia de atendimento ambulatorial da Coloproctologia realizava cerca de 80 consultas pela manhã para pacientes com patologias colorretais gerais e 30 pacientes à tarde, especificamente para casos oncológicos. Ao longo do período de coleta de dados tivemos uma média de seis (6) pacientes estomizados intestinais por dia de atendimento ambulatorial, em geral, dois (2) pacientes no período da manhã e quatro (4) no período da tarde.

Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido para o estudo, com base na literatura e na experiência das pesquisadoras, que contempla idade, sexo, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), presença de comorbidade, diagnóstico médico, cirurgia, demarcação de estoma pré-operatória, tipo de estoma, equipamentos coletores e adjuvantes utilizados, características do estoma, presença ou ausência de complicações de estoma e pele periestoma e resolução das complicações (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; POTTER, PERRY, 2005; BORGES et al., 2008; WOCN, 2010).

Foi realizada validação aparente do instrumento (Apêndice A), por enfermeiros com experiência clínica na assistência a essa clientela e de pesquisa na temática, membros do Grupo de Estudo da Reabilitação de Paciente Cirúrgico Oncológico, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). As sugestões foram analisadas e integradas ao instrumento de coleta de dados (POLIT, BECK, 2011).

Foi realizado teste piloto com o instrumento de coleta de dados proposto em pacientes com estomias intestinais, após análise dos dados coletados, verificou-se que não havia necessidade de alterações no instrumento.

A pesquisadora realizou a avaliação clínica de todos os estomizados intestinais, participantes deste estudo, para verificar a presença de complicações de estoma e de pele periestoma e o tipo de equipamentos coletores e adjuvantes utilizados por estes.

Foi utilizada uma sala de consulta no ambulatório, cedida para o desenvolvimento do estudo, assegurando privacidade, anonimato e sigilo aos participantes.

Os dados foram analisados utilizando o SPSS for Windows versão 17.0, com elaboração de banco de dados Microsoft Excel, mediante dupla entrada ou digitação dos dados.

Análise de Dados

A análise estatística descritiva foi empregada para as características sociodemográficas, clínicas e ocorrência de complicações por meio de frequência absoluta, relativa e percentual (SUNG et al., 2010).

Os resultados estão apresentados em quadros.

5. RESULTADOS

No Quadro 1, apresentamos a caracterização geral da amostra do estudo em relação aos dados clínicos, terapêuticos, realização de demarcação pré-operatória, ocorrência de complicações de estoma e de pele periestoma e resolução destas.

A amostra deste estudo foi constituída por 56 (100%) pacientes com estomias intestinais, sendo que 28 (50%) eram do sexo masculino e 28 (50%) do feminino, com média de idade de 56,2 anos.

Em relação ao IMC, 47 (83,9%) participantes estavam dentro do padrão de normalidade (18,5 a 24,9 Kg/m^2), 1 (1,8%) abaixo do peso (< 18,5 Kg/m^2), 6 (10,7%) com sobrepeso (25 a 29,9 Kg/m^2) e 2 (3,6%) com obesidade (> 30 Kg/m^2).

O diagnóstico que definiu a necessidade de confecção do estoma intestinal nos participantes deste estudo foi a Neoplasia Colorretal em 31 (55,4%) participantes, seguido de DII em 19 (33,9%) e por outras patologias em 6 (10,7%). Dentre as outras patologias, foram incluídas Megacólon Chagásico, Polipose Adenomatosa Familiar e Prolapso Retal.

Ao analisarmos os 56 (100%) pacientes da amostra deste estudo, 7 (12,5%) apresentaram uma comorbidade, 7 (12,5%) apresentaram duas ou mais comorbidades, enquanto que 42 (75%) não apresentaram nenhuma. As comorbidades identificadas foram hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças imunológicas (fibromialgia, psoríase, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS), doenças metabólicas (hiperlipedemia, hipotireoidismo) e doenças oncológicas.

Dos 56 (100%) participantes, 37 (66%) não realizaram tratamento adjuvante, enquanto que 15 (26,8%) realizaram quimioterapia antineoplásica e 4 (7,2%) radioterapia e quimioterapia antineoplásica associadas.

Do total da amostra, 46 (82,1%) cirurgias com confecção de estomias intestinais foram realizadas no hospital universitário e 10 (17,9%) em instituições hospitalares de outras localidades.

Quadro 1. Caracterização clínica dos estomizados (N=56), segundo as variáveis do estudo. Ribeirão Preto, 2014.

Variáveis	N=56	%
Sexo		
Feminino	28	50
Masculino	28	50
Índice de Massa Corporal		
Baixo peso (< 18,5 Kg/m^2)	01	1,8
Normal (18,5 a 24,9 Kg/m^2)	47	83,9
Sobrepeso (25 a 29,9 Kg/m^2)	06	10,7
Obesidade (> 30 Kg/m^2)	02	3,6
Diagnóstico		
Neoplasia Colorretal	31	55,4
Doenças Inflamatórias Intestinais	19	33,9
Outras Patologias	06	10,7
Comorbidade		
1 comorbidade crônica	07	12,5
2 ou mais comorbidades crônicas	07	12,5
Sem comorbidades	42	75,0
Tratamento adjuvante		
Não houve indicação	37	66,0
Quimioterapia antineoplásica	15	26,8
Quimioterapia antineoplásica e Radioterapia	04	7,2
Instituição – Tratamento Cirúrgico		
Hospital universitário	46	82,1
Instituições de outras localidades	10	17,9
Cirurgia realizada		
Cirurgia de porte grande	43	76,8
Cirurgia de porte médio	13	23,2
Demarcação de estoma pré-operatória		
Sim	43	76,8
Não	13	23,2
Complicações de Estoma ou Pele Periestoma		
Complicação de pele periestoma	17	30,3
Complicação de estoma	02	3,6
Complicações de estoma e pele periestoma	02	3,6
Sem complicações	35	62,5
Resolução das complicações de estoma		
Cirúrgica	03	5,4
Ensino de autocuidado	01	1,7
Ausência de complicações	52	92,9
Resolução das complicações pele periestoma		
Cirúrgica	03	5,4
Ensino de autocuidado/estomaterapeuta	16	28,5
Ausência de complicações	37	66,1

De todas as 56 (100%) cirurgias, 43 (76,8%) foram de grande porte como retossigmoidectomia, laparotomia exploradora e amputação abdominoperineal de reto. As outras 13 (23,1%) cirurgias foram de médio porte como enterectomia e colectomia.

A demarcação de estoma pré-operatória foi realizada em 43 (76,8%) pacientes e em 13 (23,2%) não, ressaltando-se que 10 (17,9%) haviam realizado a cirurgia em outras instituições.

Na avaliação clínica, dos 56 (100%) pacientes, verificou-se que 21 (37,5%) pacientes apresentaram complicações, sendo que 2 (3,6%) foram complicações de estoma, 17 (30,3%) complicações de pele periestoma e 2 (3,6%) com complicações de estoma e de pele periestoma concomitantemente. Os demais 35 (62,5%) não apresentaram nenhuma complicação.

Das complicações de estoma, tivemos 1 (1,8%) participante com necrose e 3 (5,4%) com prolapso. Em relação às complicações de pele periestoma encontramos 3 (5,4%) pacientes com hérnia paraestomal e 16 (28,6%) com dermatites.

A resolução cirúrgica das complicações ocorreu em 3 (5,4%) casos de complicações de estoma, sendo que 1 (1,8%) por necrose e 2 (3,6%) por prolapso. Para as complicações de pele periestoma, a resolução cirúrgica ocorreu em 3 (5,4%) por hérnia.

A resolução não cirúrgica ocorreu em 1 (1,8%) paciente com complicação de estoma por prolapso e em 16 (28,6%) pacientes com complicações de pele periestoma por dermatite, com intervenções educativas sobre o autocuidado com equipamentos coletores e adjuvantes por profissionais da saúde e por enfermeiro estomaterapeuta para a resolução das complicações.

No Quadro 2, apresentamos a descrição comparativa na amostra do estudo em relação à presença ou ausência de complicações de estoma e de pele periestoma, porte cirúrgico, localização e tipo de estomia, demarcação de estoma pré-operatória, além do tipo de equipamentos coletores e adjuvantes em uso.

Dos 28 (100%) participantes do sexo feminino, 13 (46,4%) apresentaram complicações de estoma ou de pele periestoma e 15 (53,6%) não. Dos 28 (100%) pacientes do sexo masculino 8 (28,6%) apresentaram complicações de estoma ou complicações de pele periestoma e 20 (71,4%) não apresentaram.

A média de idade na época de ocorrência de complicações de estoma e de pele periestoma nesta amostra foi de 58,7 anos.

Quadro 2. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, segundo a presença de complicação de estoma e de pele periestoma. Ribeirão Preto, 2014.

	Complicação de Estoma e Pele Periestoma				**Total**	
	Ausente		**Presente**			
Sexo	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Feminino	15	53,6	13	46,4	28	100
Masculino	20	71,4	08	28,6	28	100
IMC						
Baixo Peso	00	0,0	01	100,0	01	100
Normal	29	61,7	18	38,3	47	100
Sobrepeso	05	83,3	01	16,7	06	100
Obesidade Grau I	01	50,0	01	50,0	02	100
Diagnóstico						
Neoplasias colorretais	22	71,0	09	29,0	31	100
Doenças Inflamatórias Intestinais	11	57,9	08	42,1	19	100
Outras Patologias	02	33,3	04	66,7	06	100
Porte cirúrgico						
Grande porte	30	69,7	13	30,3	43	100
Médio porte	05	38,5	08	61,5	13	100
Demarcação						
Não	06	46,2	07	53,8	13	100
Sim	29	67,4	14	32,6	43	100
Local da estomia						
Transverso	03	75,0	01	25,0	04	100
Sigmóide	22	66,7	11	33,3	33	100
Íleo	10	52,6	09	47,4	19	100
Temporalidade						
Temporária	10	58,8	07	41,2	17	100
Definitiva	25	64,1	14	35,9	39	100
Estoma						
Terminal	24	63,2	14	36,8	38	100
Alça	11	61,1	7	38,9	18	100
Tipo de bolsa						
Uma peça	02	40,0	03	60,0	05	100
Duas peças	33	64,7	18	35,3	51	100
Bolsa drenável						
Não	02	40,0	03	60,0	5	100
Sim	33	64,7	18	35,3	51	100
Base						
Rígida	14	56,0	11	44,0	25	100
Flexível	21	67,7	10	32,3	31	100
Cinto						
Não utiliza	07	43,8	09	56,3	16	100
Utiliza	28	70,0	12	30,0	40	100

Quanto ao IMC, as complicações de estoma e de pele periestoma foram maiores na categoria dos pacientes com padrão de normalidade do IMC com 47 (84%). Deste total, 18 (38,3%) apresentaram complicações de estoma ou de pele periestoma.

Dos 9 (100%) pacientes, que apresentaram alteração do IMC, tanto abaixo como acima do padrão de normalidade (18,5 a 24,9 Kg/m^2), 3 (33,3%) apresentaram complicações de estoma ou de pele periestoma.

Do total de 56 (100%), 31 (55,4%) pacientes tinham Neoplasia Colorretal. Deste total de 31 (100%), 22 (71%) não apresentaram complicações e 9 (29%) apresentaram complicações, sendo que 1 (3,2%) apresentou concomitantemente prolapso (complicação de estoma) e dermatite (complicação de pele periestoma); e 8 (25,8%) apresentaram dermatite.

Do total de 56 (100%), 19 (33,9%) eram casos de DII. Deste total de 19 (100%), 11 (57,9%) não apresentaram nenhuma complicação e 8 (42,1%) apresentaram complicações, sendo 1 (5,2%) caso de necrose (complicação de estoma) e 8 (42,1%) de complicações de pele periestoma, 3 (37,5%) com hérnia paraestomal e 5 (62,5%) com dermatite.

Do total de 56 (100%), 6 (10,7%) pacientes apresentaram outras patologias (Megacólon Chagásico, Polipose Adenomatosa Familiar e Prolapso Retal). Do total 6 (100%), 1 (16,6%) com prolapso (complicação de estoma) e 2 (33,3%) dermatite (complicação de pele periestoma).

Quanto ao porte cirúrgico das 56 (100%) cirurgias, 13 (23,2%) foram de porte médio. Das 13 (100%) cirurgias de médio porte, 8 (61,5%) pacientes apresentaram complicações, sendo que 6 (46,1%) haviam sido submetidos à cirurgia de Colectomia e 2 (15,4%) Enterectomia; contudo 5 (38,5%) não apresentaram complicações.

Do total de 56 (100%), 43 (76,8%) foram cirurgias de grande porte. Do total de 43 (100%), os 13 (30%) pacientes que apresentaram complicações de estoma e de pele periestoma haviam sido submetidos às cirurgias de Retossigmoidectomia, Laparotomia exploradora e Amputação abdominoperineal de reto; porém 30 (69,7%) não apresentaram estas complicações.

Em relação à demarcação, dos 56 (100%) estomizados, 43 (76,8%) foram demarcados e 13 (23,2%) não. Do total de 43 (100%) demarcados 14 (32,6%)

apresentaram complicações e 29 (67,4%) não. Enquanto nos 13 (100%) não demarcados, 7 (53,8%) apresentaram complicações de estoma e pele periestoma e 6 (46,2%) não apresentaram nenhuma complicação.

Do total de 56 (100%), em relação ao segmento selecionado para a confecção do estoma, 33 (58,9%) foram realizadas no sigmoide, 19 (33,9%) no íleo e 4 (7,2%) no transverso. Dos 33 (100%) pacientes com estomia no sigmoide, 11 (33,3%) apresentaram complicações e 22 (66,7%) não. Dos 19 (100%) com estomia no íleo, 9 (47,4%) apresentaram complicações e 10 (52,6%) não. Dos 4 (100%) no transverso, 1 (25%) apresentou complicação e 3 (75%) não apresentaram nenhuma complicação.

Do total de 56 (100%) em relação à temporalidade da estomia, 17 (30,4%) casos foram temporários, nos quais 7 (41,2%) com complicações, enquanto que nos 39 (69,6%) definitivos houve 14 (35,9%) com complicações.

Do total de 56 (100%), em relação ao tipo de estomia, verificou-se que nas 38 (67,8%) terminais ocorreram 14 (36,8%) complicações e nas 18 (32,1%) em alça com 7 (38,9%) complicações.

Do total de 56 (100%), quanto ao equipamento coletor 51 (91%) utilizavam bolsa de duas peças drenável e 5 (9%) bolsa de uma peça não drenável. Dos 51 (100%) que usavam bolsa de duas peças drenável, 18 (35,3%) apresentaram complicações e 33 (64,7%) não. Por outro lado, dos 5 (100%) que utilizavam bolsa de uma peça não drenável, 3 (60%) apresentaram complicações e 2 (40%) não.

Quanto à base, dos 56 (100%), 25 (44,6%) usam base rígida e 31 (55,4%) base flexível. Dos 25 (100%) que usavam base rígida, 11 (44%) apresentaram complicações e 14 (56%) não. Dos 31 (100%) que usavam a base flexível, 10 (32,3%) apresentaram complicações e 21 (67,7%) não.

Quanto à utilização de adjuvantes, dos 56 (100%), 40 (71,4%) pacientes utilizavam cinto e 16 (28,6%) não utilizavam nenhum. Dos 40 (100%) que usavam o cinto, 12 (30%) apresentaram complicações e 28 (70%) não. No entanto, dos 16 (100%) que não utilizavam o cinto, 9 (56,3%) apresentaram complicações e 7 (43,8%) não.

No Quadro 3, apresentamos os dados sobre os equipamentos coletores, adjuvantes em uso pelos participantes do estudo, bem como o fornecimento pelo Programa de Ostomizados.

Quadro 3. Caracterização da amostra segundo utilização de equipamentos coletores, adjuvantes e quantidade fornecida no Programa de Ostomizados. Ribeirão Preto, 2014.

,

Variáveis	N=56	%
Programa de Ostomizados de Ribeirão Preto		
Não	20	35,7
Sim	36	64,3
Motivo da troca da bolsa		
Estabeleceu data	30	53,6
Descolamento	26	46,4
Quantidade de bolsas recebidas		
5 – 6	48	85,7
7 – 10	7	12,5
>10	1	1,8
Quantidade é suficiente		
Não	03	5,4
Sim	53	94,6
Barreiras Protetoras		
Não Utiliza	55	98,2
Utiliza	01	1,8

Em relação ao cadastramento em um programa governamental para estomizados, do total de 56 (100%), 36 (64,3%) eram cadastrados no Programa de Ostomizados de Ribeirão Preto e 20 (35,7%) eram programas de outras localidades.

O motivo alegado para a troca do equipamento coletor foi a recomendação de periodicidade pela equipe de enfermagem do Programa de Ostomizados com estabelecimento de datas para 30 (53,6%) participantes, sendo que para os colostomizados a frequência era a cada sete dias e para os ileostomizados a cada cinco dias. Para 26 (46,4%) participantes, o descolamento tem sido o indicativo para a troca do equipamento coletor. Apesar dos dois motivos referidos pelos participantes deste estudo, a média de periodicidade da troca da bolsa coletora foi de 6 dias.

Quanto à quantidade de equipamentos coletores recebidos, dos 56 (100%), 53 (94,6%) alegaram receber quantidade suficiente para a necessidade mensal, enquanto que 3 (5,4%) alegaram não receber quantidade mensal suficiente.

Dos 56 (100%), 48 (85,7%) recebiam de 6 a 7 bolsas por mês, 7 (12,5%) recebiam de 7 a 10 bolsas por mês e 1 (1,8) recebia mais de 10 bolsas por mês.

Dos 56 (100%) participantes do estudo, apenas 1 (1,8%) utilizava barreira protetora e 55 (98,2%) não.

6. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi realizada, respectivamente em quatro seções: Caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica; Caracterização da estomia intestinal dos pacientes em seguimento ambulatorial; Caracterização dos equipamentos coletores e adjuvantes utilizados pelos estomizados intestinais e Implicações para a Assistência de Enfermagem.

Caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica

Nosso estudo, apesar de apresentar uma amostra por conveniência, obtivemos o mesmo número de estomizados intestinais, tanto do sexo feminino como masculino. Entretanto, no estudo de Fernandes et al. (2010) identificou maior número de estomizados do sexo feminino (66,7%) na amostra, assim como no estudo de Meirelles e Ferraz (2001) com 64% do sexo feminino.

Importante salientar que para o ano de 2014 estimou-se mais casos novos de CCR para mulheres do que para homens, correspondendo a um risco estimado de 15 casos novos a cada 100 mil homens e 17 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014). Portanto, o predomínio de mulheres estomizadas em outros estudos, pode estar relacionado às características epidemiológicas da doença de base, no caso o CCR, que foi o diagnóstico mais incidente como causa da confecção da estomia intestinal (SANTOS et al., 2007).

No nosso estudo, apesar do predomínio do diagnóstico oncológico, a distribuição entre sexos foi equitativa, porém ressaltamos que houve maior número de complicações no sexo feminino 13 (46,4%) em relação ao masculino 8 (28,6%).

Não encontramos nenhum estudo, que tenha comparado a ocorrência de complicações entre os gêneros.

Importante notar também que nos últimos anos as mudanças na sociedade decorrentes do declínio da taxa de natalidade, da urbanização e maior longevidade populacional houve aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) como o CCR e consequentemente o aumento da confecção de estomias intestinais (LENZA et al., 2013).

O predomínio de estomizados intestinais em virtude do CCR e de DII também foi encontrado em outros estudos, sendo que 75% da indicação da confecção de estomia são em decorrência da neoplasia representa da patologia de base que define (SASAKI et al., 2012).

A gravidade das DCNT gera comprometimento da condição clínica com diminuição do estado geral do paciente dificultando a realização dos cuidados necessários com a estomia e equipamentos coletores, principalmente pelo predomínio de pacientes com condição oncológica e DII, que causam fadiga fisiológica por serem submetidos às cirurgias de grande porte e levam maior tempo para a sua recuperação. Portanto, pacientes debilitados necessitam ter auxílio de familiares ou acompanhantes para realizar o autocuidado e também para evitar complicações de estoma e de pele periestoma no futuro (GATES, FINK, 2009; SASAKI et al., 2012).

A faixa etária dos estomizados desse estudo variou entre 24 anos e 88 anos, cuja média foi de 56,2 anos, que indica o predomínio de casos de neoplasia colorretal em relação às doenças inflamatórias intestinais.

As patologias colorretais com indicação de confecção da estomia intestinal apresenta um perfil epidemiológico com indivíduos idosos para CCR e as DII em pessoas mais jovens, em torno dos 18 anos (RAYMOND et al., 2013).

A idade avançada ocasiona algumas alterações como disfunção cognitiva, alterações musculoesqueléticas, déficits sensoriais e alterações nas habilidades funcionais. Portanto, o idoso estomizado apresenta maior risco de complicações de pele periestoma, uma vez que suas habilidades para realizar o autocuidado estão prejudicadas. Assim, faz-se necessário um suporte profissional especializado com envolvimento de familiares para auxiliá-lo no cuidado ou realizá-lo por ele, e assim evitar as possíveis complicações (RAYMOND et al., 2013).

Fernandes et al. (2010) identificaram a faixa etária de estomizados entre 27 a 40 anos e de 50 a 81anos, sendo que a maioria da amostra foi constituída por indivíduos com CCR e DII.

O IMC também pode interferir na presença de complicações, no nosso estudo, a maioria dos pacientes apresentou IMC dentro da normalidade, o que pode estar relacionado ao fato destes terem realizado a cirurgia há cerca de três anos e a

doença de base estar sob controle com melhora da condição clínica geral (RAYMOND et al., 2013)

Porém, a mudança de IMC no pós-operatório pode alterar a funcionalidade das estomias e dificultar o manejo do equipamento coletor ocasionando vazamento do conteúdo fecal e assim lesar a pele, resultando em dermatite. O ganho de peso, e o IMC maior que 30kg/m^2 também pode estar relacionado à tensão na parede abdominal e ocasionar retração do estoma. Isso indica a necessidade de avaliação periódica para adequar as características dos equipamentos coletores, bem como a utilização de adjuvantes (SALVADALENA, 2008; NYBAEK et al, 2009; SUNG et al., 2010; PITTMAN, 2011; RAYMOND et al., 2013)

A presença de comorbidades pode interferir no estado geral do paciente, com aumento da gravidade e comprometimento da evolução e resposta clínica às terapêuticas, o que pode dificultar ainda mais o autocuidado e a manutenção das atividades de vida diária, influenciando a reabilitação destes pacientes (KAN et al., 2008; PITTMAN, 2008; BELLATO et al., 2007).

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são comorbidades, comumente encontradas na população geral e isso também é aplicável para os estomizados deste estudo. Estas patologias podem comprometer o processo de recuperação fisiológica, aumentando a possibilidade de complicações pós-operatórias, inclusive de complicações de estoma e de pele periestoma (NETTINA, 2007).

Na revisão de literatura, Kann (2008) refere que os estomizados intestinais com diabetes apresentam complicações de estoma e de pele periestoma.

No nosso estudo, muitos pacientes realizaram tratamento oncológico neoadjuvante (pré-operatório) e adjuvante (pós-operatório) distintamente, bem como a quimioterapia antineoplásica e a radioterapia, em associação.

A quimioterapia antineoplásica, possui ação sistêmica e interfere nos passos do ciclo celular, especificamente na síntese do DNA e na replicação das células tumorais, porém pode acarretar efeitos adversos como danos às células-tronco, toxicidade às células sadias e aos tecidos adjacentes, bem como toxicidade hepática e neurológica, que debilitam o paciente e dificultam a realização do seu autocuidado (GATES, 2009).

A radioterapia é o tratamento do câncer por meio de radiação ionizante, com uma quantidade específica para diminuir o volume tumoral e eliminar as células

cancerígenas. A radioterapia também causa dano celular, com alterações no DNA, que causa a apoptose, ou seja, causa a morte da célula tumoral (GATES, 2009).

Além do comprometimento imunológico, os efeitos adversos, principalmente as reações dermatológicas, que podem ocorrer na segunda semana do tratamento, pode resultar no agravamento da condição clínica e ainda causar ressecamento da pele e eritema. Este conjunto de reações pode evoluir para a descamação e situações, que podem agravar as complicações de pele periestoma como a dermatite (GATES, 2009).

No nosso estudo, a maioria das cirurgias foi realizada no hospital universitário e este por constituir referência regional e até nacional, recebe encaminhamento de pacientes com maior gravidade e assim as cirurgias realizadas foram de grande porte como Retossigmoidectomia, Laparotomia Exploradora e Amputação Abdominoperineal. Porém, a ocorrência de complicações foi maior nas de médio porte como Colectomia e Enterectomia que são cirurgias que resultam em ileostomias e transversostomias e essas tendem a apresentar mais complicações de pele periestoma em decorrência do ph alcalino do conteúdo ileal (SANTOS et al., 2007; FERNANDES et al., 2010).

Estudos citam fatores de risco para complicações, como idade avançada, IMC e eletividade da cirurgia. Em relação a eletividade cirúrgica, apontam que as complicações de estoma e de pele periestoma são mais frequentes em cirurgias de emergência, apresentando complicações em torno de 13% nas cirurgias eletivas e 31% nas cirurgias de urgência (KANN, 2008; PITTMAN et al., 2008; FERNANDES et al., 2010; MILLAN et al., 2010).

Neste estudo, a amostra (100%) foi submetida à cirurgia eletiva e de grande porte. Não foi encontrados estudos sobre a influência do porte da cirurgia na ocorrência de complicações de estoma e periestoma.

Ressaltamos a importância do planejamento pré-operatório, principalmente com a demarcação de estoma, para minimizar a ocorrência de complicações de estoma e de pele periestoma (MENDONÇA et al., 2007; KAN, 2008).

Na maioria dos casos de neoplasia colorretal, o tratamento cirúrgico indicado foi a retossigmoidectomia e a amputação abdominoperineal, que indicam a realização de cirurgias de porte grande pelo diagnóstico em estadiamento III e IV (SANTOS et al., 2007).

As cirurgias para a confecção de estomia intestinal podem ser realizadas de forma convencional ou por videolaparoscopia. Nos resultados deste estudo todos realizaram cirurgias convencionais, chamadas “abertas”, porém a cirurgia por videolaparoscopia poderia ser uma opção por prevenir complicações cirúrgicas, complicações de estoma e de pele periestoma por envolver equipe especializada, além de diminuir o tempo de cirurgia e de internação (KANN, 2008; PASTOR et al., 2009).

A cirurgia é um procedimento diagnóstico ou terapêutico para uma doença, lesão ou deformidade, por meio de um instrumento, que constitui uma situação de estresse por provocar reações orgânicas e psicossociais (PENICHE, CHAVES, 2000; SMELTZER, BARE, 2005).

Os agentes estressores são físicos (frio, calor, agentes químicos), agentes fisiológicos (dor, fadiga) e psicossociais (medo frente a situações pessoais, grupais do cotidiano) (PENICHE, CHAVES, 2000; SMELTZER, BARE, 2011).

A partir do momento que o paciente passa por um agente estressor inicia-se uma “adaptação fisiológica ao estresse” que é a capacidade do organismo em manter um estado de relativo equilíbrio ou de homeostase. Passando por Síndrome de adaptação local (SAL) e Síndrome de adaptação geral (SAG) (PENICHE, CHAVES, 2000; SMELTZER, BARE, 2011).

Quando esse estresse continua mesmo após todo o processo de tentativa de adaptação à imunidade do indivíduo pode decair e assim prejudicar seu estado geral, adaptação a nova condição de estomizado e a realização de seu autocuidado (PENICHE, CHAVES, 2000; SMELTZER, BARE, 2011).

A preparação para cirurgia deve-se iniciar no pré-operatório com avaliação do paciente e demarcação do local do estoma (AL-MOMANNI, MILLER, STHEPHENSON, 2013).

A demarcação é a determinação dos limites por meio de marcas, o estomaterapeuta demarca o estoma na parede abdominal para delimitar uma região ideal para a confecção da estomia, que permita a adaptação dos equipamentos coletores com o mínimo de desconforto para os pacientes (WOCN 2007; Al-MOMANNI, MILLER, STHEPHENSON 2013).

Consiste em várias etapas, como verificar a o tipo de estoma a ser realizado, localizar o músculo reto abdominal, escolher o local do estoma sendo este abaixo da

margem costal, do local da incisão cirúrgica, distanciando quando possível de antigas cicatrizes, pregas cutâneas, linha da cintura, crista ilíaca e cicatriz umbilical. O local deve ser marcado com caneta dermográfica e deve-se observar o local com o paciente deitado, sentado e em pé (MENDONÇA et al., 2007; WOCN 2007; KANN, 2008; Al-MOMANNI, MILLER, STHEPHENSON 2013).

No nosso estudo, observamos que a maioria dos pacientes foi demarcada no pré-operatório. Assim, a demarcação permite situar o estoma numa área que assegura a adaptação do equipamento coletor e que é de fácil visualização do paciente e, portanto constitui uma estratégia de prevenção de complicações de estoma e de pele periestoma (AL-MOMANNI, MILLER, STHEPHENSON 2013).

Estudos relatam que a demarcação de estoma pré-operatória, facilita as atividades de autocuidado referentes à troca da bolsa coletora, à higiene do estoma e da pele periestoma, contribuindo para prevenir complicações, sendo um direito do paciente. Enquanto a localização inadequada do estoma acarreta na má adaptação da base do equipamento ao estoma, o que pode resultar no vazamento do conteúdo drenado pelo estoma e iniciar uma possível dermatite. Além disso, pode criar um conflito emocional por essa preocupação e gerar isolamento social (MENDONÇA et al., 2007; SANTOS et al., 2007; KANN, 2008).

A localização inadequada do estoma é mais comum em cirurgias de urgência o que nos faz refletir a importância do planejamento da assistência e da demarcação pelo enfermeiro estomaterapeuta no período pré-operatório (SANTOS et al., 2007).

As taxas de complicações variam muito de um estudo para outro, alguns relatos se concentram somente em ileostomias ou colostomias, o que dificulta a formulação de uma análise global e até mesmo uma comparação com nossos achados (KANN, 2008).

Estudos apontam uma incidência de complicações de estoma e de pele periestoma em pacientes estomizados intestinais, que variam de 13% a 69% e de 21% a 60% (SANTOS et al., 2007; KANN, 2008). Somente alguns estudos citam a realização da demarcação de estoma pré-operatória, contudo não há explicitação desta na maioria dos estudos da nossa revisão de literatura.

As diferentes taxas de incidência das complicações de estoma e de pele periestoma em pacientes estomizados intestinais podem estar relacionadas a não valorização e realização de avaliação clínica sistematizada pelos profissionais de

saúde e à falta de adoção e padronização das definições destas complicações (SALVADALENA et al., 2008).

No Brasil, Santos et al. (2007) identificaram a presença de complicações de estoma e de pele periestoma em pacientes estomizados intestinais em 103 (57,9%) de sua amostra, porém não explicita a realização da demarcação pré-operatória. Cabe ressaltar que no nosso estudo, a presença de complicações ocorreu em 21 (37,5%), sendo que (76,8%) da amostra havia sido demarcada.

Quanto à especificidade das complicações, estudos identificaram a ocorrência de complicações de estoma como prolapso (12,7%), retração do estoma (10,1%), estoma plano (18,6%) e hérnia paraestomal (10,7%); as dermatites (28,7%) como complicações de pele periestoma (SANTOS et al., 2007; MEIRELLES, FERRAZ, 2001).

No nosso estudo identificamos a presença de 3 (5,4%) pacientes com prolapsos, 3 (5,4%) com hérnias paraestomais e 16 (28,6%) com dermatites.

Prolapso é uma das complicações tardias mais comuns após a criação do estoma. A incidência estimada é entre 2 a 26%. A alta variabilidade entre as taxas destas complicações pode ser atribuída à localização anatômica do estoma, a técnica cirúrgica utilizada e ao diagnóstico de base (HUSSAIN et al., 2008)

A Transversostomia em alça é apontada como a estomia com maior risco de ocasionar prolapsos com uma taxa aproximada de 30%. Esse maior risco se deve ao fato do estoma ser fixado no local onde não há órgãos que possam dar sustentação e cuja tensão mecânica exercida força o estoma para a cavidade abdominal (HUSSAIN et al., 2008; WOCN, 2010).

Embora muitas vezes, o prolapso não cause dor ou obstrução, há situações em que sua ocorrência induz o sofrimento emocional nos pacientes, além de interferir na adaptação do equipamento coletor, que pode resultar em uma irritação na pele, com ulceração e hemorragia (HUSSAIN et al., 2008).

O tratamento do prolapso pode ser convencional ou cirúrgico. Prolapsos em estomas temporários podem ser administrados convencionalmente até a realização da reversão da estomia. Nos estomas definitivos é recomendada a correção cirúrgica para facilitar o uso dos equipamentos coletores e evitar ulcerações e estrangulamento do estoma, o que justifica a indicação do tratamento cirúrgico em sua maioria, como nos dois casos do nosso estudo (HUSSAIN et al., 2008).

No nosso estudo também identificou a presença da hérnia paraestomal. Estudos apontam que a ocorrência da hérnia relaciona-se com fatores como infecção de ferida operatória, aumento da pressão abdominal, desnutrição, idade avançada, obesidade, corticoterapia, denervação da musculatura periestomal, orifício parietal com diâmetro maior que o diâmetro da alça, localização do estoma lateralmente ao músculo reto abdominal e técnica cirúrgica na construção do estoma (PITREZ et al., 2000).

A hérnia paraestomal pode resultar em outras complicações mais graves como obstrução, isquemia e necrose, assim como alterações na musculatura diafragmática com insuficiência respiratória relativa, lombalgias, diminuição de retorno venoso no sistema cava e tromboembolismo (PITREZ et al., 2000).

A correção convencional é a escolha inicial, porém quando os sintomas ocasionados pela presença da hérnia são graves, o tratamento cirúrgico é indicado. No nosso estudo, nos casos que a hérnia paraestomal foi identificada, o tratamento foi a correção cirúrgica (PITREZ et al., 2000).

A dermatite foi a maior complicação de pele periestoma em nosso estudo. Ela geralmente ocorre em virtude do uso inadequado dos equipamentos coletores, como o corte excessivo do diâmetro da base em relação ao estoma ou por indicação inadequada do equipamento coletor e da falta da demarcação de estoma pré-operatória. Portanto, há necessidade do planejamento de uma assistência especializada aos pacientes estomizados intestinais com inclusão da demarcação de estoma pré-operatória, ensino pré e pós-operatório em relação ao autocuidado de estoma e equipamentos coletores para pacientes e familiares, para prevenir complicações de estoma e pele periestoma, encaminhamento aos programas de estomizados e seguimento ambulatorial especializado (FERNANDES et al., 2010; SANTOS et al., 2007).

Caracterização da estomia intestinal dos pacientes em seguimento ambulatorial

Estudo sobre a avaliação de complicações relacionadas aos estomas e o perfil dos pacientes estomizados cadastrados no programa de estomizado em Campo Grande, encontrou igualmente como em nosso estudo, estomias localizadas

no cólon (85,4%), no íleo (11,8%) e terminais (68,4%). Uma possível justificativa para esses achados em nosso estudo seria o grande número de pacientes oncológicos com localização do tumor no reto médio e baixo, uma vez que na maioria destes casos é indicado o tratamento cirúrgico com a ressecção abdominoperineal que leva a confecção de uma estomia terminal e definitiva (SANTOS et al., 2007).

A localização da estomia no cólon também foi encontrada no estudo de Fernandes et al. (2011) em Minas Gerais, sendo que 91,7% tinham estomia em cólon descendente ou sigmoide e 8,3% em cólon ascendente.

As ileostomias são indicadas, na maioria das vezes, para pacientes com DII e obstrução e/ou perfuração por neoplasia de cólon. O conteúdo ileal é alcalino e rico em enzimas proteolíticas e, portanto pode causar lesões e dermatites graves quando em contato com a pele. Para evitar o contato do efluente com a pele, a ileostomia deve ser confeccionada com eversão da mucosa e protrusão da alça, com saliência de cerca de 3 a 6 cm da borda cutânea, após a eversão (ROCHA, 2011).

Em nosso estudo, verificamos dermatite em 16 (84,4%) dos 19 (100%) ileostomizados, o requer um seguimento ambulatorial especializado.

As colostomias são mais indicadas nos casos de tumores que acometem o canal anal, nesses casos são confeccionadas em caráter permanente e localizam-se na porção mais distal, o que justifica o predomínio desta estomia no nosso estudo considerando predomínio CCR em relação ao DII (ROCHA, 2011).

Por outro lado, é importante notar que a maioria dos casos com ileostomias eram temporárias, porém verificou-se a permanência prorrogada por anos, sem a reversão recomendada nos 3 a 6 meses após sua confecção. Esse achado corrobora com outros estudos que apontam que, em cerca de 40% a 60% das estomias temporárias, não são revertidas. Isso se deve à gravidade da doença de base e as condições físicas do paciente, que podem estar agravados devido à idade avançada, evolução da fisiopatologia avançada e a busca tardia de assistência médica que leva ao estabelecimento do diagnóstico tardio, o que impossibilita a realização da conduta da terapêutica cirúrgica recomendada e inviabiliza a reconstrução de trânsito (HUSSAIN et al., 2008).

Caracterização dos equipamentos coletores e adjuvantes utilizados pelos estomizados intestinais

No estudo de Fernandes et al. (2010), a maioria dos pacientes fazia uso do equipamento coletor drenável (66,6%), com base recortável (91,6%), assim como observamos no nosso estudo. Porém, no estudo de Fernandes et al. (2010) a maioria (91,6%) utilizava a bolsa de uma peça diferentemente do nosso estudo, cuja maioria (91) utilizava bolsa de duas peças.

A bolsa drenável facilita o esvaziamento do efluente e a base recortável permite que o recorte seja o mais próximo do diâmetro do estoma, evitando o extravazamento do conteúdo fecal e prevenindo a ocorrência de complicações de pele periestoma (SANTOS, 2007; FERNANDES et al., 2010).

Para auxiliar a reabilitação da pessoa estomizada são oferecidos diversos produtos, dentre os quais se destacam os equipamentos coletores e adjuvantes de proteção de pele, que possibilitam maior conforto aos estomizados, que devem ser indicados, de acordo com a necessidade de cada paciente e com a avaliação clínica do enfermeiro capacitado ou enfermeiro estomaterapeuta, para tornar possível ao autocuidado e evitar complicações periestomas (FERNANDES et al., 2010).

Os pacientes recebem seus equipamentos coletores em programas de estomizados nos quais são cadastrados. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 400 de 16 de novembro de 2009, estabeleceu diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde de Pessoas Ostomizadas, no âmbito do SUS. A finalidade dessa Portaria é atender a todos os pacientes com estomas urinários e intestinais.

Os equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança assegurados para os estomizados intestinais por essa Portaria são as bolsas de colostomia fechada com adesivo microporoso, bolsa de colostomia com adesivo microporoso drenável, conjunto base e bolsa para estomia intestinal, barreiras protetoras de pele sintética e/ou mista em forma de pó/ pasta e/ou placa, assim como bolsa coletora de peça única. Além disso, os equipamentos podem ser opacos ou transparentes e ainda com resina recortável ou pré-recortada, com base convexa ou plana, com barreira protetora de pele e/ou adesivo microporoso (BRASIL 2010).

As bases planas são indicadas para estomas com protrusão, que permita adaptação ao estoma, enquanto as bases convexas são indicadas para estomas

planos, sem protrusão ou retraídos. Sua utilização possibilita prevenir má adaptação da bolsa e vazamento do efluente e por conseguinte previne, principalmente a dermatite (SANTOS, CEZARETTI, 2000; SANTOS et al., 2007).

No nosso estudo predominou a utilização da bolsa opaca, que pode ser mais confortável para os pacientes por manter a discrição em relação ao conteúdo da bolsa, porém pode dificultar a visualização de extravasamento ou descolamento internos e podem constituir risco para dermatite (SANTOS, CEZARETTI, 2000; SANTOS et al., 2007).

A indicação de bolsa transparente, de peça única, é normalmente feita no período pós-operatório imediato para facilitar a visualização e avaliação do estoma e do efluente (SANTOS, CEZARETTI, 2000; SANTOS et al., 2007).

Devido a essa diversidade de produtos ofertados, os enfermeiros precisam conhecer profundamente as características dos equipamentos coletores e adjuvantes, bem o paciente, tipo de estomia intestinal, hábitos de vida para indicar o melhor equipamento para atender a demanda de necessidade individuais, que proporcionem segurança, praticidade, adaptação e proteção da pele para evitar complicações de estoma e de pele periestoma (SANTOS, CEZARETTI, 2000; SANTOS et al., 2007).

Fernandes et al. (2010) apresentaram 2 pacientes que utilizavam adjuvantes como a pasta de resina sintética para auxiliar a fixação do equipamento coletor na pele, enquanto em nosso estudo apenas um paciente fazia uso desse adjuvante.

O uso de barreira protetora de pele previne complicações e deveria ser indicado para os estomizados intestinais, contudo isso implica na necessidade de maior investimento no ensino de autocuidado e supervisão e avaliação periódica (SANTOS et al., 2007; FERNANDES et al., 2010).

O padrão de troca verificado em estudos foi de uma a duas vezes por dia para aqueles que usavam coletor não-drenável ou fechado e de duas a quatro vezes por semana para os que utilizavam o sistema drenável (FERNANDES et al., 2010).

No nosso estudo, o padrão de troca foi de 3 a 7 dias (1 ou 2 vezes por semana) em virtude de descolamento da base da bolsa (46,6%) ou por estabelecimento da periodicidade da troca de equipamentos (53,6%), tanto pelos colostomizados como pelos ileostomizados. Importante notar que a recomendação para os colostomizados é a troca a cada 7 dias e para os ileostomizados a cada 5

dias para prevenir complicações de pele periestoma e assegurar conforto evitando odor desagradável ao frequentar, principalmente os espaços sociais.

Ao realizar a troca do equipamento quando há o descolamento, há maior possibilidade de extravasamento do conteúdo fecal e de maior ocorrência de complicações de pele periestoma (FERNANDES et al., 2010; HUSSAIN et al., 2008).

Implicações para a Assistência de Enfermagem

A enfermagem ao identificar todo esse contexto exposto anteriormente, deve iniciar o planejamento da assistência ao futuro estomizado intestinal no período pré-operatório, no qual a enfermeira deve avaliar o paciente não só fisicamente, mas também observar os aspectos psicossociais como conhecimentos do paciente sobre seu diagnóstico, cirurgia e consequências, do autocuidado para o atendimento das necessidades do paciente e assim auxiliar de forma adequada a prevenção de complicações de estoma e pele periestoma (MENDONÇA et al., 2007).

Cabe ressaltar que a redução de ansiedade e estresse sobre o adoecimento e tratamentos para estomizados intestinais e seus familiares, pode ser realizada por meio do ensino pré-operatório e a demarcação de estoma e sua retomada no pós-operatório para assegurar o encaminhamento ao programa de estomizados e o preparo da alta hospitalar.

A transição hospital-domicílio, pois os primeiros seis meses de pós-operatório tem sido identificada como uma das fases mais críticas para esta clientela pois além da necessidade de cuidados específicos para a recuperação fisiológica e de cuidados com os equipamentos coletores, há necessidade de retomar as atividades cotidianas e lidar com as mudanças do corpo e gerenciamento da nova condição no espaço familiar e social. Além disso, outros aspectos passam a fazer parte do contexto e dessa forma o suporte profissional especializado possibilita melhor enfrentamento neste período (TAYLOR, 2008; JONSSON, STENBERG, FRISMAN, 2010; TAYLOR, RICHARDSON, COWLEY, 2010)

O ensino do autocuidado para os pacientes estomizados deve ser realizado desde o pré-operatório e reforçado no pós-operatório e no seguimento ambulatorial. O ensino deve abordar a técnica da troca da bolsa coletora, a definição de uma estomia intestinal, sua função, os cuidados necessários, permitindo o manuseio de

equipamentos coletores pelo paciente e familiar, assim como a observação do estoma e o conhecimento das suas características normais, para que assim possa evitar a ocorrências de algumas complicações e/ou identificá-las precocemente (MENDONÇA et al., 2007).

Por outro lado, é importante considerar as necessidades individuais e escolher as estratégias mais adequadas para o ensino destes pacientes, oferecendo oportunidade de sanar as dúvidas e desenvolvimento de habilidades para adequar os recursos individuais, de estrutura do domicílio, familiares e da comunidade e assegurar a possibilidade de supervisão da realização do autocuidado por um enfermeiro especializado (SILVA et al. 2014)

Um estudo de intervenção com o objetivo de reduzir o sofrimento psíquico de pacientes estomizados realizou orientações sobre a bolsa coletora e entrevista com enfermeira com seguimento por telefone de 3 a 7 semanas após a primeira intervenção. Os resultados desse estudo mostraram que esse programa de ensino e seguimento foi eficaz nos aspectos de redução do estresse, ansiedade, depressão e melhoria de qualidade de vida o que confirma a necessidade do planejamento do cuidado com o seguimento adequado para a adaptação do estomizado a sua nova condição (JEFFORD et al., 2013).

O enfermeiro, portanto, deve orientar os pacientes sobre esses aspectos para prevenir, identificar e tratar complicações de estoma e pele periestoma.

Em relação às complicações de estoma e de pele periestoma, no nosso estudo verificamos que dos 56 (100%), 2 (3,6%) pacientes apresentaram complicações de estoma, 17 (30,3%) pacientes complicações de pele periestoma e 2 (3,6%) complicações de estoma e pele periestoma.

A assistência de enfermagem no seguimento ambulatorial deverá retomar o ensino do autocuidado iniciado no pré-operatório desses pacientes, considerando suas individualidades, atividade cotidiana e características físicas e psicossociais, abordando os cuidados higiênicos e a troca da bolsa coletora, assim como a utilização de adjuvantes, para possibilitar a adequação do autocuidado no domicílio e a prevenção de complicações de estoma e de pele periestoma, o que poderá auxiliar o estomizado intestinal na retomada das suas atividades cotidianas para o alcance da sua reabilitação (PAULA, SANTOS, 1999; BRAND, DUJOVNY 2008; Al-MOMANNI, MILLER, STEPHENSON, 2013; MILLAN et al., 2010).

CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento do nosso estudo, verificamos que:

- em relação às características sociodemográfica e clínica da clientela com estomia intestinal em seguimento ambulatorial no hospital universitário de ensino público, houve uma distribuição equitativa entre os sexos, idade média de 56,2 anos, com predomínio de indivíduos com IMC dentro da normalidade, do diagnóstico de neoplasia colorretal, presença de uma ou mais comorbidades, da realização de quimioterapia antineoplásica, de cirurgia de grande porte realizada no hospital universitário e da demarcação pré-operatória.
- em relação à presença de fatores de risco, descritos na literatura científica nacional e internacional nesta clientela, como idade, obesidade, demarcação de estoma pré-operatória e utilização de equipamentos coletores e adjuvantes, identificamos que idade avançada; alterações no IMC, tanto acima como abaixo do padrão de normalidade; e ausência de demarcação pré-operatória apresentaram maiores frequências de complicações de estoma e de pele periestoma; assim como estomias localizadas no íleo, utilização de bolsas de uma peça e ausência de uso de cinto e barreiras protetoras de pele.

Os estomizados deste estudo apresentaram algumas características que na literatura são descritas como fatores de risco para complicações de estoma e de pele periestoma, como presença de comorbidades, idade avançada, não utilização de barreiras protetoras e não demarcação do estoma pré-operatória. Essas características interferem no estado geral do estomizado e consequentemente na realização do autocuidado, que podem resultar em complicações de estoma e de pele periestoma.

A dermatite está relacionada ao extravasamento do conteúdo fecal alcalino, que ocorre pela má adequação da bolsa coletora ao abdômen por falta de habilidade do estomizado, má localização do estoma por falta da demarcação pré-operatória, e descolamento do equipamento em virtude do excesso de tempo de utilização do mesmo. Portanto, a enfermagem deve iniciar um planejamento da assistência perioperatória que inclua uma avaliação clínica, demarcação de estoma pré-operatória e ensino do paciente e familiar, focalizando o autocuidado e na

identificação dos fatores de risco para favorecer a prevenção de complicações de estoma e de pele periestoma.

Assim, o conhecimento sobre essa temática torna-se imprescindível para o planejamento da assistência aos estomizados intestinais, pois envolve a previsão e a provisão de recursos humanos para as intervenções educativas sobre a utilização de equipamentos coletores e adjuvantes para melhor adaptação do estomizado intestinal, durante o seguimento ambulatorial. Ao longo do seguimento ambulatorial, há necessidade de avaliação periódica e sistematizada em relação ao autocuidado e necessidade de indicação de equipamentos mais adequados às mudanças físicas e psicossociais, que ocorrem em função das consequências das terapêuticas e da retomada das atividades cotidianas.

Portanto, conhecer o perfil dos pacientes estomizados em seguimento ambulatorial, a ocorrência de complicações de estoma e pele periestoma e os fatores de risco envolvidos, é essencial para o estabelecimento de protocolos de assistência especializada, uma vez que estas informações nessa clientela em no nosso contexto ainda são pouco exploradas, assim como no contexto internacional. Além disso, é possível estabelecer algumas medidas para a prevenção destas complicações.

As estomias intestinais são confeccionadas para melhorar a condição clínica do paciente, no entanto, a presença de complicações de estoma e de pele periestoma, podem gerar problemas físicos e psicossociais.

Considerando os nossos resultados, acreditamos que estudos futuros devem ser realizados sobre os fatores envolvidos na ocorrência de complicações de estoma e de pele periestoma em estomizados intestinais, com melhor delineamento metodológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver esse estudo proporcionou-me maior aproximação com os estomizados intestinais aprimorando meus conhecimentos sobre o comprometimento psicossocial e físico para esses pacientes. Acreditamos que os nossos resultados contribuam no planejamento da assistência no seguimento ambulatorial.

As dificuldades encontradas para a realização desse estudo foram os movimentos de paralisação dos profissionais do hospital universitário no ano de 2011 e 2012, o que reduziu o número de cirurgias e consequentemente o número de pacientes com estomias intestinais em seguimento ambulatorial, no período de nossa coleta de dados reduzindo a amostra.

Também encontramos dificuldades para realizar a revisão de literatura acerca da temática. Foi necessária muita persistência e inúmeras buscas nas bases de dados, pois há poucos estudos, tanto nacionais como internacionais.

Para a realização de estudos futuros sobre complicações de estoma intestinal e de pele periestoma acreditamos ser importante além da descrição dos fatores de risco e dos equipamentos utilizados por esses pacientes a correlação dessas variáveis com a presença de complicações para aprimorar o conhecimento sobre essa temática.

REFERÊNCIAS

AL-MOMANI, H.; MILLER, C.; STEPHENSON, M. Stoma siting and the “arcuate line” Douglas: might it be of relevance to later herniation? **Colorectal Disease,** v.16, n. 1, p. 141-143, 2013.

BAFFORD, A. C.; IRANI, J.L. Management and complications os stomas. **Surg Clin N Am,** v.93, n.1, p.145-166, 2013.

BELLATO. R. et al. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. **Texto Contexto Enferm,** v. 15, n. 2, p. 334-342, 2006.

BIONDO-SIMÕES, M. D. L. P. et al. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: Revisão. **Rev Bras Coloproct,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.172-182, 2003.

BORGES, E. L. et al. **Feridas como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

BRAND, M. I.; DUJOVNY, N. Preoperative considerations and creation of normal ostomies. **Clinics in colon and rectal surgery,** v. 21, n. 1, p. 5-16, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília: Editora do ministério da saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_saude_deficiencia.pdf. Acesso em 17. Jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Portaria no 400 de 16 de novembro de 2009.** Disponível em: http://www.mprs.mp.br/areas/dirhum/arquivos/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf. Acesso em 17. jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf. Acesso em 28 de julho de 2014.
.

CAMPOS, F. G. et al. Manifestações extracolônicas da polipose adenomatosa familiar: incidência e impacto na evolução da doença. **Arq gastroenterol,** v. 40, n. 2, p. 92-98, 2003.

COLWELL, J. C.; FICHERA, A. Care of the Obese Patient with an Ostomy. **J Wound Ostomy Continence Nurs,** v. 32, n. 6, p. 378-383, 2005.

DIAS, A. R.; GODIN, A. C. N.; NAHAS,S.C. Atualização no tratamento de diverticulite aguda do cólon. **Rev bras coloproct,** v. 29, n. 3, p. 363-371, 2009.

FERNANDES et al. Perfil da clientela ostomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. .**Rev Bras Coloproctol,** v. 30, n. 4, p. 385-392, 2010.

GATES, R. A; FINK, R. M. **Segredos em enfermagem oncológica**: respostas necessárias ao dia-a-dia. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GERALDI, I. et al. **Associação Brasileira de Estomaterapia.** Campinas, SP: Editora Arte Escrita, 2012.

GRAY, M.; COLWELL, J.C.; GOLDBERG, M.T. What treatment are effective for the management of peristomal hernia. **J Wound Ostomy Continence Nurs,** cidade, v. 32, n. 2, p. 87-92, 2005.

HERNÁNDEZ, S. R. et al. **Metodologia de Pesquisa.** Porto Alegre: Penso, 2013.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

HUSAIN, S. G.; CATALDO, T. E. Late Stomal Complications. **Clinics in colon and rectal surgery,** v. 21, n. 1, p. 31-40, 2008.

JEFFORD, M. et al. Evaluating a nurse-led survivorship care package (survivorCare) for bowel cancer survivors: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials,** v.14, n.1, p. 260-269, 2013.

JONSSON, STENBERG; FRISMAN; The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery; **European Journal of Cancer Care**; v. 20, n. 1, p. 248-256, 2010.

KANN, B.R. Early Stomal Complications. **Clinics in Colon and rectal surgery,** v. 21, n. 1, p. 23-30, 2008.

LENZA, N. F.B. et al. O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. **Rev Bras Promoção a Saúde,** v. 26, n. 1, p. 139-145, 2013.

LO, S. F. et al. Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. **Journal of Advanced Nursing,** v. 67, n. 1, p. 68-76. 2010.

MARTINS, et al. Tratamento do megacólon chagásico por vialaparoscopia. **Rev bras colo proct,** v.15, n.2, p. 68-69,1995.

MARTIN, R. Assessment of Stomal Necrosis: the test tube. **J Wound Ostomy Continence Nurs,** v.28, n.5, p. 233- 235, 2001.

MATHEUS, M. Q.; LEITE, S. M. C.; DÁZIO, E. M. R. Compartilhando o cuidado da pessoa estomizada. In: Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2004, Belo Horizonte. **Anais do 2º congresso Brasileiro de Extensão Universitária.** Belo Horizonte: CEUFE, 2004.

MEEKER, M. H. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.** 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

MEIRELLES, C. A.; FERRAZ, C. A. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrencias tardias em pacientes ostomizados. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p. 32-38, 2001

MEISNER, S. et al. Peristomal Skin Complications Are Common, Expensive, and Difficult to Manage: A Population Based Cost Modeling Study. **PLoSone,** cidade, v. 7, n. 5, p. 1-8, 2012.

MENDONÇA, R. S. et al. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Rev Bras de Cancerologia,** v. 53, n. 4, p. 431-435, 2007.

MILLAN, M. et al. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. **Colorectal Disease,** v. 8, n. 1, p. 88-89, 2010.

NETTINA, S. M. B. **Prática de Enfermagem.** 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NYBAEKL, H. et al. Skin Problems in Ostomy Patients: A Case-control Study of Risk Factors**. Acta Derm Venereol**, Uppsala, v. 89, n. 1, p. 64-67, 2009.

OMURA, Y. R. B. M.; ANAZAWA, M. D. Outcome of Peristomal Skin Manegament by Long-Term Use of Skin Barrier. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, cidade, v. 21, n. 6, p. 251-256, 1994.

ORTIZ, H.; RAGUE, J. M.; FOULKES, B. **Indicaciones y cuidados de los estomas.** Barcelona: Editorial JIMS, 1994.

O´SHEA, H. S. R. Teaching the adult Ostomy Patient. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 28, n. 1, p. 47-54, 2001.

PAULA, R. A. B.; SANTOS, V. L. C. Estudo retrospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestomal. **Rev bras Coloproct**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 155-163, 1999.

PASTOR, D. M. et al. Parastomal hernia repair: a single center experience. **Jsls,** v. 13, n. 1, p. 170-175, 2009.

PENICHE, A. C. G, CHAVES E. C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 45-50.Janeiro 2000.

PILGRIM, C. H.; MCLNTYRE, R.; BAILEY, M. Prospective audito f parastomal hérnia: prevalence and associated comorbidities. **Dis Colon Rectum,** v. 53, n. 1, p. 71-76, 2010.

PITTMAN, J. Characteristic of the patient with an ostomy. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 38, n. 3, p. 271-279, 2011.

PITREZ, F. A. B. et al. Reparo de grandes hérnias ostomais com permanência do estoma, utilizando tela de polipropileno. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões,** v. 28, n. 2, p.116-120, 2000.

POTTER, P. A ; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RATLIFF, C. R. Early Peristomal Skin Complications Reported by WOCN Nurses. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, Charlottesville, v. 37, n. 5, p. 505-510, 2010.

RAYMOND, S. et al. Changes in Body Mass Index and Stoma Related Problems in the Elderly. **J. Geriatr Oncol,** v.4, n.1, p. 84-89, 2012.

ROCHA, J. J. R. **Coloproctologia:** Princípios e Práticas. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

SALVADALENA, G. Incidence of Complications of the Stoma an Peristomal Skin Among Individuals with Colostomy, Ileostomy, and Urostomy. A systematic Review**. J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 35, n. 6, p. 596-607, 2008.

SANTOS, C. H. M. et al. Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações Relacionadas ao Estoma. **Rev Bras Coloproct**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.16-19, 2007.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia:** cuidando do Ostomizado**.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

SASAKI, V. D. M. et al. Health care service for ostomy patients: profile of the clientele. **J Coloproctol,** v.32, n.3, p. 232-239, 2012.

SILVA, J. et al. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. **Rev Rene**,v. 15, n. 1, p. 166-73, 2014.

SCHWARTZ, M. P. Estomias. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007. p. 261-274.

SUNG, Y. H. et al. Factors Affecting Ostomy – Related Complications in Korea. **J.Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 37, n. 2, p. 166-172. 2010.

TAYLOR, C. Discharge after colorectal cancer surgery 2: Planning; **Nursing Times**; v. 104, n. 29, p. 30-31, 2008.

_____; RICHARDSON, A; COWLEY, S. Restoring embodied control following surgical treatment for colorectal cancer: A longitudinal qualitative study; **International Journal of Nursing Studies**; v. 47, n. 1, p. 946-956, 2010.

VENDRANI, D. L. et al. Ressecções colorretais laparoscópicas e laparotomicas no Câncer colorretal. **Arq Bras Cir Dig,** São Paulo, v. 25, n. 2, p. 81-87. 2012.

WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. **Management of the Patients with a Fecal Ostomy:** Best Practice Guideline for Clinicians. ed: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Iniciais do Paciente: _____ Registro HC:_____

Idade: _____anos Data de nascimento: _____/_____/_____

Sexo: Masculino (1) Feminino (0) Altura:_____m Peso_____kg IMC_____kg/m^2

Comorbidades: Diabetes Mellitus(0) Hipertensão arterial(1) Outras:(2) _____

Diagnóstico: Neoplasia Colorretal(0) Trauma Abdominal(1) Doença de Crohn(2)

Retocolite Ulcerativa(3) Doença diverticular(4) Incontinência anal(5)

Polipose adenomatosa familiar(6) Megacólon(7) Outro:(8)_____

Cirurgia: _____ **Data:** ____/____/____

Demarcação: Não(0) Sim(1) **Data:** ____/____/____

Tipo de Estomia:

Cólon – ascendente(0) Transerverso(1) Sigmóide(2) Ileostomia (3)

Temporária(0) Definitiva(1)

Terminais (0) Alça (1)

Tipo de equipamento:

Bolsa de uma Peça(0) Bolsa de duas Peças(1)

Bolsa Fechada "Não Drenável"(0) Bolsa Drenável(1)

Bolsa Transparente(0) Bolsa Opaca(1)

Base recortável(0) Base Pré-recortada(1)

Base flexível(0) Base rígida (1)

Base Plana(0) Base convexa(1)

Barreiras protetoras:Resina Natural(0) Resina semi-sintética(1) Resina sintética mista(2)

Adjuvantes: Cinto elástico(0) Outros (1) _____

Característica do Estoma:

Coloração – Avermelhada(0) Outros(1) _____

Formato – Oval(0) Arredondado(1) Outros(2) _____

Complicação documentada no prontuário:

A- Complicações de estoma:

Necrose(0) Deiscência mucocutânea(1) Retração(2) Estenose(3) Edema(4)

Prolapso (5) Sangramento (6) Fístula (7) Infecção (8) Outras (9) _____

Início da complicação: ____/____/_____

Resolução:

_____

_____

_____

B- Complicações de pele periestoma: Hérnia paraestomal(0) Abscesso periestoma(1)

Foliculite(2) Dermatite Irritativa(3) Dermatite Alérgica(4) Outras(5) _____

Início da complicação: ____/____/_____

Resolução:

_____

_____

_____

Avaliação do estoma e pele periestoma no dia da coleta de dados:

Sem complicações(0)

Com complicações(1)

Especificar: _____

_____

APÊNDICE B – TERMO DE CONESENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) senhor(a),

Eu, Flávia de Siqueira Vieira, enfermeira mestranda do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo, estou desenvolvendo o estudo "Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial", sob a orientação da Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe – COREn 50353(SP). Gostaríamos de convidar você a participar desta pesquisa que tem o objetivo de caracterizar o perfil dos pacientes com estomia intestinal em seguimento aqui no Hospital das Clínicas; identificar a presença de fatores de risco descritos nas pesquisas e a sua relação no desenvolvimento de complicações de estoma e pele periestoma intestinal e analisar os tipos de estomas e as complicações apresentadas bem como as dificuldades para a utilização das bolsas de colostomia/ileostomia.

Caso concorde em participar, a pesquisadora realizará uma avaliação do seu estoma, que consiste em verificar coloração, tamanho e presença de complicações no estoma e na pele periestoma e se há problemas no uso das bolsas de colostomia. Ainda consultará seu prontuário para verificar informações sobre a colostomia/ileostomia. Esta avaliação terá uma duração de 30 minutos.

Sua participação é voluntária, não está previsto nenhum gasto por você participar da pesquisa e também não receberá nenhum tipo de remuneração. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso prejudique o seu atendimento e tratamento no Hospital das Clínicas. Ao participar desta pesquisa, acreditamos que os riscos esperados para você serão mínimos e poderão estar relacionados aos desconfortos durante a avaliação do estoma. Caso tenha algum desconforto, sua participação será imediatamente interrompida e será solicitada avaliação da enfermeira estomaterapeuta e da equipe cirúrgica no local de seu atendimento e tomadas às devidas providências. Esclarecemos que será usado código para manter o sigilo de sua identificação.

Caso tenha dúvidas e queira esclarecimentos e orientações sobre o uso das bolsas de colostomia você poderá recebê-los, da pesquisadora e da enfermeira estomaterapeuta, ao final da sua participação. Acreditamos que os resultados deste estudo nos ajudarão a determinar os problemas que os pacientes com colostomia/ileostomia apresentam nos primeiros anos após a cirurgia e assim melhorar as orientações de enfermagem sobre os riscos para complicações de estoma e ensino de autocuidado com as estomias intestinais.

Caso você se sinta prejudicado por ter participado desta pesquisa, você poderá buscar indenização nas leis vigentes no Brasil.

Os dados coletados serão analisados em conjunto, publicados e apresentados em eventos científicos.

Qualquer dúvida ou informação que necessitar, poderá entrar em contato conosco pelo telefone: (16) 3602-3409.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto avaliou o projeto para ver se tem algum prejuízo para quem participa da pesquisa. Assim, se por acaso você tiver alguma dúvida ética, poderá entrar em contato com este Comitê de Ética pelo telefone (16) 36023381.

Você deverá assinar duas vias deste documento, sendo que uma lhe será entregue, devidamente assinada pela pesquisadora responsável, e a outra será arquivada.

Eu, _____, RG n.: _____, após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar voluntariamente da pesquisa "Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial" e autorizo a utilização das informações para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

_____ _____

Assinatura do sujeito de pesquisa Data

_____ _____

Flávia de Siqueira Vieira Data

RG 44.895.591-X

ANEXO A – OFÍCIO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.051
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 220/2013

Ribeirão Preto, 04 de Setembro de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 166ª Reunião Ordinária, realizada em 04 de setembro de 2013.

Protocolo CAAE: 11096813.5.0000.5393

Projeto: Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial.

Pesquisadores: Helena Megumi Sonobe
Flávia de Siqueira Vieira

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – PARECER DO CÔMITE DE Ética E PESQUISA DO HCFMRP/USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial

Pesquisador: Flávia de Siqueira Vieira
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 11096813.5.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 388.122
Data da Relatoria: 04/09/2013

Apresentação do Projeto:
De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Objetivo da Pesquisa:
De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Recomendações:
De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da Instituição Proponente.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

Continuação do Parecer: 388.122

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIBEIRAO PRETO, 09 de Setembro de 2013

Assinador por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br